



ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**“MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR DURANTE LA GESTACIÓN
Y/O PUERPERIO”**

Tesis para optar al grado de
Licenciado en Obstetricia y Puericultura.

Integrantes:

Tamara Castillo Ramírez.
Paz Gutiérrez Iturriaga.
M^a Gabriela Moya González.
Nicole Muñoz Peñaloza.
Daniela Muñoz Rivera.
Nadía Palma Vásquez.
Mónica Valero Muñoz.

Docente Guía:

Ana María Alvarado Vargas

Seminario de Tesis

“Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar durante la Gestación y/o Puerperio”

A nuestras familias, por su apoyo incondicional, las que brindaron fortaleza cuando lo necesitamos para ampliar nuestros conocimientos y horizontes, por ser guías e inspiradores en momentos trascendentales y difíciles.

De forma especial, dedicamos esta labor a aquellas mujeres que viven con desasosiego, que sienten culpa, que mueren en vida abatidas por una áspera realidad experimentada...

AGRADECIMIENTOS

A los directores de salud de las Corporaciones Municipales para el desarrollo social de Valparaíso y Viña del Mar, y a los directores de los establecimientos seleccionados, por autorizarnos a realizar las encuestas para llevar a cabo nuestra tesis.

A las matronas (es), de los distintos consultorios en donde aplicamos las encuestas, quienes colaboraron activamente otorgándonos un espacio físico y también invitando a las gestantes y puérperas a participar de este proyecto.

A todas aquellas mujeres que estuvieron dispuestas a abrir las puertas de su intimidad para compartir una realidad dolorosa.

A don Francisco Espinoza C., por ayudarnos en el análisis estadístico.

Para finalizar queremos agradecer sinceramente a todas aquellas personas que nos dieron su apoyo incondicional y que de una u otra forma colaboraron en la labor de nuestro proyecto de tesis.

INDICE

1.- RESUMEN.	.....	- 1 -
2.- INTRODUCCIÓN.	.....	- 2 -
3.-JUSTIFICACIÓN.	.....	- 4 -
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	.....	- 7 -
5.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.	.....	- 8 -
6.- MARCO TEÓRICO.	.....	- 9 -
6. 1.- <i>Generalidades de Violencia.</i>	.....	- 10 -
6. 2.- <i>Epidemiología.</i>	.....	- 18 -
6. 3.- <i>Factores de Riesgo.</i>	.....	- 23 -
6. 4.- <i>Violencia durante el Período grávido-puerperal.</i>	.....	- 30 -
6. 5.- <i>Dinámica de la Violencia Intrafamiliar.</i>	.....	- 34 -
6. 6.- <i>Factores Protectores y Prevención de Violencia Intrafamiliar.</i>	.....	- 37 -
7.- OBJETIVOS.	.....	- 43 -
8.- VARIABLES.	.....	- 45 -

9.- METODOLOGÍA.	.....	- 61 -
10.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.	.....	- 64 -
11.- CONCLUSIONES.	.....	- 101 -
12.- RECOMENDACIONES.	.....	- 108 -
13.- BIBLIOGRAFÍA.	.....	- 109 -
14.- ANEXOS.	.....	- 112 -
<i>14. 1.- Anexo N° 1: Encuesta para Gestantes.</i>	.....	- 113 -
<i>14. 2.- Anexo N° 2: Encuesta para Puérperas.</i>	.....	- 131 -
<i>14. 3.- Anexo N° 3: Test de Apgar Familiar.</i>	.....	- 147 -
<i>14. 4.- Anexo N° 4: Test de Autoimagen.</i>	.....	- 148 -
<i>14. 5.- Anexo N° 5: Cuestionario de selección de Depresión para embarazadas (CSD-20).</i>	.....	- 151 -
<i>14. 6.- Anexo N° 6: Cuestionario sobre Depresión Post-natal Edimburgo (EPDS).</i>	.....	- 156 -
<i>14. 7.- Anexo N° 7: Consentimiento Informado.</i>	.....	- 159 -
<i>14. 8.- Anexo N° 8: Folleto de instancias de consulta y denuncia.</i>	.....	- 160 -
<i>14. 9.- Anexo N° 9: Tablas de Gráficos.</i>	.....	- 161 -
<i>14. 10.- Anexo N° 10: Análisis Estadístico Chi-cuadrado.</i>	.....	- 165 -

RESUMEN

Estudio de casos y controles, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de violencia intrafamiliar en gestantes y puérperas, e identificar las características biopsicosociales involucradas en su desencadenamiento. La muestra se conformó por 196 gestantes y 25 puérperas de los ocho consultorios con más demanda de los municipios de Valparaíso y Viña del Mar las cuales acudieron a control entre octubre del 2006 y enero del 2007

La prevalencia de violencia intrafamiliar en el período grávido-puerperal alcanza el 24,9% de mujeres encuestadas, donde el 24% corresponde a gestantes y el 32% a puérperas.

Dentro de las características biopsicosociales estadísticamente significativas asociadas a VIF se encontraron: Estado civil, consumo de sustancias legales e ilegales, apgar familiar, antecedentes de trastornos psicológicos, intención suicida y trastornos depresivos. No obstante, hay otras características que no alcanzaron relevancia estadística como: edad, escolaridad, ocupación, consumo de fármacos, paridad, planificación de la gestación y autoestima.

Es la violencia psicológica (50,9%) 10 veces mayor que la violencia física (5,5%). Y el lugar más frecuente donde se desarrollan los actos violentos es en el propio hogar (74,5%). Dentro de los motivos que la gatillan adquieren relevancia: los celos (36,4 %), embarazo y problemas económicos (23,6%) y el estrés laboral (18,2%).

El 54,6% de las mujeres encuestadas víctimas de violencia intrafamiliar no solicita ayuda, sólo el 27,2 % lo hace, siendo su principal red de apoyo la familia (12,7%) y carabineros (9,1%) en segunda instancia. Con respecto a los motivos de no denuncia de la víctima, se destaca la vergüenza (29,0%), el no saber como pedir ayuda (22,6%) y miedo al agresor (16,1%). Cabe destacar, que el 25,8% no la realiza porque lo considera innecesario, no quiere causar problemas o siente que el maltrato es merecido.

El profesional matrona/ón tiene un deber ético con respecto a este problema social. Actúa en los diferentes niveles de atención, y es capaz de pesquisar precozmente situaciones de violencia y brindar una atención oportuna a la víctima, por la estrecha relación que mantiene con usuarias/os del servicio público del país.

INTRODUCCIÓN

La mujer ha sido desde la antigüedad un pilar fundamental dentro de la familia y la sociedad. Sin embargo, a través de la historia sus derechos han sido continuamente vulnerados, tanto en el ámbito público, como el privado. La evolución de la conciencia social acerca de los derechos de la mujer ha generado en la actualidad nuevos roles en los que ésta puede desenvolverse, reafirmando su autonomía, adquiriendo mayor participación e insertándose cada vez más en nuevos espacios dentro de la comunidad en la que habita.

Sin embargo, subyace una problemática paradójica que ha prevalecido de forma paralela a los avances y logros por alcanzar la igualdad en la sociedad. Esta disyuntiva se refiere al fenómeno de la violencia intrafamiliar (VIF) la cual se encuentra inmersa en el sistema patriarcal, las relaciones de poder y roles de género que perpetúan las desigualdades entre hombres y mujeres, arraigadas íntimamente en las distintas culturas y favorecida por factores de orden sociocultural, psicológicos, ideológicos, educativos y políticos que legitimizan la violencia intrafamiliar como un medio válido de resolver conflictos. De este sistema vertical resultan afectados los más débiles, entre otros, las mujeres, quienes a lo largo de la historia han sido objeto de diversas formas de violencia.

El rápido crecimiento demográfico y la migración interna de personas de bajos recursos hacia los centros más desarrollados que se produjo en anteriores décadas, ha favorecido a lo largo del tiempo el crecimiento marginal de las sociedades, con problemas de vivienda, hacinamiento y educación. Son este tipo de circunstancias las que sumadas al desempleo, alcoholismo y drogadicción dan como consecuencia el surgimiento de la violencia dentro de la familia. Esta multiplicidad de factores se puede presentar de diversas formas generando un deterioro a nivel sistémico de quien la padece.

En Chile, sólo desde 1991 la violencia es reconocida y abordada como un problema público. El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) es la Institución llamada a abordar el problema de la violencia que vive la mujer en la familia como un "problema social y público multicausal, cuya raíz se encuentra básicamente en la persistencia de patrones culturales y que, por tanto, debe ser asumido por toda la sociedad"¹.

¹ *Violence Against Women: a priority health issue. WHO. Geneva, 1997.*

La violencia intrafamiliar es actualmente un problema endémico del cual la gestante y puérpera no están exentas. Se debe considerar que estas mujeres en particular están en un período significativo en el cual no sólo lo físico cambia, sino también el aspecto psicológico y/o emocional.

A su vez, la violencia intrafamiliar genera inequidad en la mujer, denigrando su condición y coartando su autoestima. En el período grávido y puerperal repercute en alteraciones del ámbito biopsicosocial, afectando negativamente los cimientos del progreso de una sociedad; la formación de vínculos afectivos y su fortalecimiento, que surgen y se desarrollan con la maternidad.

El carácter sociocultural de la violencia intrafamiliar en esta etapa de la vida refuerza la perpetuación de esta problemática de forma transgeneracional, que tiene como consecuencia en la mujer, la relegación de su salud y derechos reproductivos.

La violencia intrafamiliar durante el período de gestación y puerperio define un contexto de situaciones adversas como embarazo no deseado, inadecuado acceso al cuidado prenatal, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, una mala historia obstétrica, abortos espontáneos, nutrición materna deficiente, infecciones, anemia, parto prematuro y disminución del crecimiento fetal, entre otras.

Es de suma importancia que el profesional matrona/ón abarque el estudio de este tema en particular ya que éste debe transmitir con severidad la convicción de que el respeto es un derecho que debe exigirse y al que no se debe renunciar. El respeto es debido, nada debe hacerse para merecerlo y por ende no puede perderse.²

El propósito de este estudio es develar algunas de las incógnitas del problema de violencia intrafamiliar que sufren muchas de nuestras usuarias durante la gestación y el puerperio para contribuir a la promoción de relaciones familiares saludables, a la pesquisa precoz de VIF y a la intervención oportuna desde nuestro rol de profesionales especialmente dedicados al cuidado de la salud integral de la mujer y su grupo familiar.

² Perrone R, Nannini M. *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia, Un abordaje sistémico y comunicacional*. Editorial Paidós, Página 81, Buenos Aires 1997.

JUSTIFICACIÓN

La violencia intrafamiliar, ya sea en cualquiera de sus formas, siempre tendrá como resultado una serie de repercusiones negativas que trascienden una amplia gama de niveles del desarrollo personal. Esta se perpetúa y valida a través de mecanismos básicos de socialización, atravesando fronteras, raciales, religiosas, educativas e incluso socioeconómicas.

La violencia contra las mujeres, especialmente la que ocurre en el hogar, es una práctica que ha sido legitimada a través de los siglos y sus manifestaciones generalmente no pasan de ser "anécdotas de la vida diaria" que sólo trascienden a titular de las noticias cuando adquieren un carácter de espectacular.³

Es relevante señalar que existen dos periodos en la vida de la mujer, la gestación y puerperio, que no se encuentran exentos de la violencia intrafamiliar y, más aún, constituyen factores de riesgo para ser víctimas de ello.

Los especialistas de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), definen la violencia durante la gestación como "Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la gestante". Una encuesta de hogares, realizada por el CDC mostró que hay una probabilidad del 60,6% mayor que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está.

Ésta y otras investigaciones avalan la violencia intrafamiliar como uno de los principales factores que amenazan la salud y vida de madres e hijos que se encuentran constantemente en riesgo.

La violencia intrafamiliar hacia las gestantes se ha relacionado con una serie de consecuencias tales como: aumento de peso insuficiente, bajo peso al nacer, infección uterina, infecciones vaginales, cervicales o renales, metrorragias, trauma abdominal, exacerbación de enfermedades crónicas, complicaciones durante el parto, retraso en el cuidado prenatal, aborto espontáneo, ruptura de membranas, placenta previa, traumatismos del parto y muerte del Recién Nacido. Es necesario considerar que los efectos del maltrato intrafamiliar durante el embarazo son tanto físicos como emocionales. La violencia intrafamiliar tiene un alto impacto en la salud mental de la mujer agredida:

³ Larraín S., *Violencia Puertas Adentro, La mujer golpeada, Editorial universitaria, Pagina 23, Chile, 1994*

una de cada dos mujeres presenta índices significativos de desorden mental ⁴, se desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, adicción al tabaco, alcohol y drogas, suicidio y homicidio. Pudiendo interferir todos estos procesos con el vínculo madre-hijo, durante el puerperio, que finalmente podría estar ausente.

Las consecuencias psicológicas a largo plazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Pudiendo ser objeto de la misma violencia experimentada por su madre.

Ante la magnitud avasallante de la violencia intrafamiliar, el sector salud debe modificar su papel tradicional y ampliarlo a esferas de la prevención del maltrato intrafamiliar y de la promoción de la convivencia pacífica, tanto desde la especificidad de su quehacer como en concertación y coordinación con otros sectores y organizaciones ciudadanas.

Prevenir la violencia intrafamiliar implica afrontar las causas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de género, sociales, económicas y políticas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles. En este contexto, cada individuo y cada organización es un eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema. Asimismo, es necesario integrar las instancias propicias para la prevención, pesquisa y derivación de la violencia intrafamiliar que conciernen al profesional de la salud matrona/ón, especialmente en el desempeño de una labor multidisciplinaria con la articulación de redes de apoyo teniendo a favor la cercanía y el vínculo que se establece con las usuarias al participar de forma activa en la promoción de la salud a lo largo de su etapa reproductiva.

Es por esta razón, que dentro de las actividades del Programa de Salud de la Mujer, en el que participa en gran parte el profesional matrona/ón, se incluye como objetivo principal el “contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que introduzca la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud”.

⁴ Entel, Rosa: “Mujeres en Situación de Violencia”. Buenos Aires.2002.

“La Confederación Internacional de Matronas-CIM y la Federación Internacional de Ginecobstetricia-FIGO, han establecido como otro de los roles preponderantes de la Matronería a nivel mundial la lucha contra la violencia intrafamiliar y sexual, mediante la labor educativa y promocional con las Mujeres, Hombres y Familias en pro del involucramiento del hombre en la sexualidad y paternidad responsables, así como la necesidad del apego a todo Recién Nacido”. (Acuerdo de Bologna).⁵

Es al profesional matrona/ón a quien le corresponde proporcionar una atención oportuna, eficiente y humanizada en casos de violencia intrafamiliar y ser parte activa de un equipo multidisciplinario para el seguimiento eficaz a largo plazo. Los esfuerzos deben ser dirigidos a trabajar en la creación y fortalecimiento de redes de apoyo local y realizar actividades de difusión y promoción de una vida saludable. Asimismo, a la prevención de recurrencia de violencia intrafamiliar durante la gestación y/o puerperio, identificando los factores relacionados a esta problemática con el fin de detectar situaciones de riesgo para su oportuna atención.

El profesional matrona/ón tiene la oportunidad para detectar precozmente casos de violencia intrafamiliar en gestantes y puérperas ya que este grupo en particular sigue una secuencia de controles habituales. Además posee la facultad de proporcionar atención durante todo el período reproductivo de la mujer y así entregar los espacios de confianza y seguridad necesarios para la posible pesquisa de anomalías en la esfera biopsicosocial, y más aún en el ámbito psicoafectivo.

La importancia del problema de la violencia intrafamiliar, su alta prevalencia, carácter repetitivo y las dramáticas repercusiones que tiene en la víctima, en los distintos miembros de la familia y en la sociedad, apoya la necesidad que como futuras matronas nos comprometamos con el estudio, prevención y desarrollo de programas con este fin.

⁵ *Guía de Intervención en casos de Violencia Intrafamiliar y medidas de seguridad. Campaña Regional por una respuesta a la Violencia contra las mujeres. OMS-OPS. Colegio de Matronas Chile.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Prevalencia y características biopsicosociales asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres durante el período grávido-puerperal en control en consultorios municipalizados de Valparaíso y Viña del Mar durante el período octubre 2006 – enero 2007”.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- **CARACTERÍSTICAS BIOPSICOSOCIALES:** Conjunto de elementos biológicos, psicológicos y sociales que afectan positiva o negativamente a un ser humano.
- **GESTANTE:** Se define como toda mujer que se encuentra entre el período comprendido entre la implantación del embrión y el parto. Definiéndose a su vez la gestación como el período de tiempo cuya duración aproximada es de 280 días (de 36 a 40 semanas).
- **PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL:** Es el período que se extiende desde la implantación del embrión hasta los 40 días postparto. Definiéndose a su vez el puerperio como el período que se inicia con el parto.
- **PREVALENCIA:** Es la proporción de individuos de una población que presentan un evento específico en un momento o período de tiempo determinado.
- **PUÉRPERA:** Se define como toda mujer que finaliza la gestación hasta los primeros 40 días después del parto.
- **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:** Todo tipo de maltratos físicos, psicológicos y /o sexual ocasionados por un agresor o más, pertenecientes al grupo familiar, hacia otro miembro de la misma (víctima).

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES DE VIOLENCIA

Se entiende por violencia toda acción o comportamiento que atente contra la dignidad, libertad e integridad física, sexual y psicológica de cualquier persona y que provoque la limitación al bienestar o al libre ejercicio de sus derechos. Asimismo, la Violencia Intrafamiliar corresponde a todas las situaciones o formas de abuso de poder o maltrato (físico, sexual o psicológico) de un miembro de la familia sobre otro o que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos.

Dentro de la violencia es necesario definir términos como:

Violencia Física: Entendida como actos que atenten o agredan el cuerpo de la persona, por medio del uso de la fuerza física o de algún objeto u arma, que pueda provocar o no lesiones internas, externas o ambas. Como por ejemplo: golpes con manos o puños, objetos o armas, patadas, bofetadas, zamarreos, pellizcos, empujones y tirones que provocan pérdida de pelo o dientes, moretones, heridas en cualquier parte del cuerpo no importando su gravedad, fracturas por golpes o caídas debido a empujones y quemaduras de cualquier tipo causadas intencionalmente.

Violencia Psicológica: Es toda acción u omisión que tiene por objeto causar temor, intimidar, y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quién se está agrediendo con el fin de dañar la autoestima, la identidad o el desarrollo de la persona. Son actos de violencia psicológica los insultos constantes, el uso de gestos y amenazas para provocar temor; la humillación, la indiferencia, el chantaje, el uso de frases desvalorativas como decir que no “vale como mujer” o que “otras personas son mejores que ella” u otras formas de menosprecio. Que el agresor no la deje o le ponga problemas para visitar amistades o familiares. Ridiculizaciones en público o en el ámbito privado, destrucción de objetos preciados, etc.

Violencia Sexual: Es la imposición de actos de carácter sexual que en el marco de una relación de pareja establecida o no con vínculo legal, u otros integrantes del grupo familiar, implican una apropiación y uso del cuerpo de la mujer, utilizando la fuerza, la amenaza o la manipulación para imponerle una conducta sexual contraria a su voluntad. La definición incluye el abuso y la violación propiamente tal. Ejemplo: que el agresor fuerce a tener relaciones sexuales a través de chantaje,

manipulación o golpes, o la realización de prácticas penetrativas no deseadas y la imposición del uso o prohibición de métodos anticonceptivos.

Si bien estos tres tipos de violencia pueden darse por separado, en su mayoría se combinan o siguen una secuencia de gravedad. Por esta razón, es de suma importancia determinar las fases de la violencia intrafamiliar y reconocerlas para hacer un diagnóstico certero y así proporcionar una ayuda integral a la víctima. (Véase en *"Dinámica de la Violencia Intrafamiliar"* páginas 34-36). Cabe destacar que existen estudios donde las mujeres consideran más grave el maltrato emocional que la violencia física. Los insultos incesantes y la tiranía que constituyen el maltrato emocional, son más dolorosos que los ataques físicos, porque menoscaban la seguridad y confianza en sí mismas.

Además, la violencia física "tiene un alto impacto en la salud mental de la mujer agredida: 1 de cada 2 mujeres presenta índices significativos de desorden mental, siendo los síntomas más notorios: tensión y angustia, depresión, dificultad para dormir y pérdida de concentración"⁶.

La Violencia Intrafamiliar es un problema que se reconoce mundialmente como una forma de violación a los derechos humanos, demostrándose sólo en estas últimas décadas como un problema mayor. Es por esta razón que tanto organismos internacionales como los pertenecientes a cada país han denunciado los actos de violencia con el fin de crear y adoptar mecanismos e instrumentos a todo nivel para efectuar acciones concretas y dar una efectiva solución a esta cruda realidad.

Es por esto que el 18 de diciembre de 1979, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó como Declaración Internacional de derechos para la mujer la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer"⁷. Esta Convención entra en vigencia como Tratado Internacional el 3 de septiembre de 1981 y es ratificado por alrededor de 20 países. Ésta define lo que constituye la discriminación contra la mujer; la igualdad y las medidas para lograrla. Así también establece un programa de acción para que los Estados garanticen el goce de esos derechos.

La Convención declara: la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la

⁶ Entel, Rosa: *"Mujeres en Situación de Violencia"*. Buenos Aires, 2002.

⁷ "Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer" Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de Diciembre de 1979. entrada en vigor el 3 de Septiembre de 1981, conformidad con el artículo 27(1).

base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (Artículo 1).

Por otro lado en 1993, la Asamblea General de la ONU aprueba la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”⁸, uno de los primeros documentos internacionales de derechos humanos en abordar el tema de violencia en contra la mujer. Ésta afirma que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de todas las personas e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades. A los efectos de la presente Declaración por "violencia contra la mujer" se entiende: todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Artículo 1). Así también expresa en su Artículo 2 los actos por los que se distingue la violencia hacia la mujer como: la violencia física, sexual y psicológica que se produzca dentro del grupo familiar, dentro de la comunidad en general y la perpetrada o tolerada por el Estado.

Asimismo en su declaración invoca a condenar los actos de violencia en contra de la mujer, mediante el establecimiento de todo tipo de sanciones legales, facilitando a las víctimas el acceso a los mecanismos de justicia. Así también, considera la posibilidad de elaborar planes de acción para promover la protección de la mujer contra toda forma de violencia.

En 1994, la Organización de los Estados Americanos (OEA), por intermedio de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), aprueba la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención de Belém Do Pará", la que expresamente señala: “Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.” (Artículo 1).

“Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

⁸ “Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer”. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de Diciembre de 1993.

a) Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

b) Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.” (Artículo 2)⁹

A su vez considera que la erradicación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para el desarrollo individual y social, y define a la violencia como una ofensa a la dignidad humana y que es lo que mantiene la desigualdad entre hombres y mujeres.

En su Artículo 6 señala que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros:

1. el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y
2. el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

Del mismo modo, en 1995, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer aprueba la Plataforma de Acción de Beijing¹⁰ en la que se instó a los Gobiernos a "condenar la violencia contra la mujer y abstenerse de invocar ninguna costumbre, tradición o consideración de carácter religioso para eludir las obligaciones con respecto a su eliminación que figuran en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer". Además, se reafirma el compromiso de “defender los derechos y la dignidad humana intrínseca de las mujeres y los hombres, todos los demás propósitos y principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular, la Convención

⁹ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”. Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, en su vigésimo cuarto período ordinario de sesiones, del 9 de Junio de 1994, en Belém do Pará, Brasil. Entrada en vigor el 5 de Marzo de 1995 de conformidad con el Artículo 21.

¹⁰ “Declaración y Plataforma de Acción de Beijing”. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Reunida en Beijing del 4 al 15 de Septiembre de 1995, año del cincuentenario de la fundación de la Naciones Unidas.

sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, así como la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y la Declaración sobre el derecho al desarrollo”.

Por lo demás reconoce que la violencia contra la mujer tiene costos sociales, sanitarios y económicos elevados para el individuo y la sociedad, y que es uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación frente al hombre. En muchos casos, la violencia contra las mujeres y las niñas ocurre en la familia o en el hogar, donde a menudo se tolera la violencia.

De igual manera expresa que “la violencia contra la mujer se ve agravada por presiones sociales, como la vergüenza de denunciar ciertos actos; la falta de acceso de la mujer a información, asistencia letrada o protección jurídica; la falta de leyes que prohíban efectivamente la violencia contra la mujer; el hecho de que no se reforme la legalidad vigente; el hecho de que las autoridades públicas no pongan el suficiente empeño en difundir y hacer cumplir las leyes existentes; y la falta de medios educacionales para combatir las causas y consecuencias de la violencia”.

La violencia se ve reflejada en la sociedad, donde es asimilada por modelos culturales fomentados en el núcleo social, la familia, donde acciones u omisiones por parte de un integrante perjudica el bienestar físico, psicológico o la libertad y el derecho del pleno desarrollo de otro miembro familiar.

Por otro lado, en Chile según la Ley de Violencia Intrafamiliar LEY N. 19.325 se entiende por acto de violencia intrafamiliar, “todo maltrato que afecte la salud física o psíquica de quien, aún siendo mayor de edad, tenga respecto al ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o siendo menor de edad o discapacitado, tenga a su respecto la calidad de descendiente, adoptado, pupilo, colateral consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive, o esté bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar que vive bajo un mismo techo o aún cuando no se conviva con el grupo familiar”.¹¹

¹¹ Título 1, Artículo 1 de Ley N° 19.325 que Establece Normas sobre Procedimiento y Sanciones relativos a los actos de Violencia Intrafamiliar. Publicada en el Diario Oficial el 27 de Agosto de 1994.

Actualmente en Chile la Ley N. 20.066¹² Establece la Ley de Violencia Intrafamiliar que sustituye a la Ley de Violencia Intrafamiliar (Ley 19.325 de octubre de 1994), modifica el Código Penal y a la Ley que crea Tribunales de Familia. Establece el deber de prevención y asistencia al Estado chileno, el cual deberá adoptar políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas. Esta ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma (Párrafo 1, artículo 1).

Según el artículo 4° de esta ley, “corresponderá al Servicio Nacional de la Mujer proponer al Presidente de la República las políticas públicas para el cumplimiento de los objetivos de esta ley. En coordinación y colaboración con los organismos públicos y privados pertinentes formulará anualmente un Plan Nacional de Acción”.¹³

Destacar también, “la representación judicial de la víctima en casos calificados por el Servicio Nacional de la Mujer, el cual podrá asumir el patrocinio y representación de la mujer víctima de los delitos constitutivos de violencia intrafamiliar que sea mayor de edad, si ella así lo requiere.”¹⁴

El código penal establece las sanciones en casos graves o gravísimas con pena de cárcel de 10 años y un día a 15 años, considerando lesiones que dejen demente, inútil para el trabajo, impotente, impedido de algún miembro importante o notablemente deforme. Las lesiones simplemente graves son aquellas que provocan enfermedad o incapacidad para el trabajo por más de 30 días con sanción establecida de 3 años y un día a 5 años. Las lesiones menos graves son consideradas aquellas que provocan enfermedad o incapacidad para trabajar por menos de 30 días, tal acto es castigado con presidio menor hasta en su grado medio de 541 días a 3 años. Además en esta nueva ley no podrán ser consideradas como leves las lesiones que constituyen violencia intrafamiliar.

Las amenazas con arma blanca o de fuego al conseguir su propósito o no, el agresor se somete a penas desde 541 días a 5 años o 61 días a 3 años respectivamente. El delito de maltrato habitual se sancionará con penas de 61 a 540 días de cárcel, en dicha habitualidad se considera el número de actos

¹² Ley N° 20.066 que Establece la Ley de Violencia Intrafamiliar promulgada el 22 de Septiembre del año 2005 y publicada en el Diario Oficial el 07 de Octubre del 2005.

¹³ Ley N° 20.066 que Establece la Ley de Violencia Intrafamiliar promulgada el 22 de Septiembre del año 2005 y publicada en el Diario Oficial el 07 de Octubre del 2005

¹⁴ Ley N° 20.066 que Establece la Ley de Violencia Intrafamiliar promulgada el 22 de Septiembre del año 2005 y publicada en el Diario Oficial el 07 de Octubre del 2005

de violencia y su proximidad en el tiempo. El maltrato que afecte la integridad física y psíquica, considerado como maltrato no habitual será multado con 15 UTM.

Además se aplicarán medidas de protección a las víctimas en situación de riesgo, como en actos de intimidación, drogadicción, alcoholismo, condenas judiciales o antecedentes psiquiátricos por parte del agresor. Además el tribunal cautelará especialmente los casos en que la víctima esté embarazada, se trate de una persona con discapacidad o tenga una condición que la haga vulnerable.

Entre las medidas accesorias, hacia el agresor, esta ley contempla el abandono del hogar, prohibición a acercarse al domicilio, al lugar de trabajo o lugar de estudio de la víctima, prohibición de porte y tenencia de armas de fuego, asistencia a programas terapéuticos o de orientación familiar, entre otros.

Se establece además, un registro civil donde quedarán registradas las personas condenadas por violencia intrafamiliar.

Al realizar constancia se registran las declaraciones sobre los hechos de violencia ante carabineros, pero no da inicio al juicio. La denuncia de un caso de violencia intrafamiliar se puede realizar en policía de investigaciones o carabineros, quienes remiten la denuncia al juzgado civil. O bien directamente se puede interponer una demanda o denunciar en el juzgado civil que corresponda a la residencia de la víctima.

La denuncia puede ser oral o escrita, poniendo en conocimiento a la justicia sobre el hecho y puede denunciar cualquier persona que tenga conocimiento del suceso.

La demanda sólo la puede realizar la víctima o su representante legal que pasa a ser parte del juicio. Debe ser escrita y se presenta al juzgado civil, realizando las peticiones concretas y legales.

Desde el año 2004 hasta ahora, más de 150 mujeres han sido asesinadas por su pareja o ex pareja. El 50% de las mujeres que denuncian, se retractan por temor o vergüenza. Tardan un promedio de 7 años antes de atreverse a denunciar y otras, nunca lo hacen.¹⁵

¹⁵ *Estadísticas del SERNAM 2006*

Por otro lado, dentro de la información recolectada el “Acta de derechos de la mujer Maltratada”, ampliamente difundida en los medios de comunicación, revalida y promociona de manera práctica los derechos de las víctimas.

ACTA DE DERECHOS DE LA MUJER MALTRATADA¹⁶

- Yo tengo derecho a no ser golpeada jamás.
- Yo tengo el derecho de cambiar la situación.
- Yo tengo el derecho de vivir libre del temor a ser golpeada.
- Yo tengo el derecho de requerir y esperar una correcta atención por parte de la policía y los sistemas de atención que necesite.
- Yo tengo el derecho de compartir mis sentimientos y no ser aislada de familiares, amigos y otras personas.
- Yo tengo derecho a ser tratada como una persona adulta.
- Yo tengo derecho a salir de un ambiente de maltrato.
- Yo tengo derecho a mi privacidad.
- Yo tengo el derecho de expresar mis propios pensamientos y sentimientos.
- Yo tengo derecho a desarrollar mis habilidades y talento personal.
- Yo tengo el derecho de denunciar a mi esposo/compañero golpeador.
- Yo tengo derecho a no ser perfecta.

¹⁶ “*Understanding Wife Assault*”, de D. Sinclair y ha sido tomada del libro “*Battered wives and powerless loss: What can counsellors do?*” De Patricia G. Ball y Elizabeth Wyman.

EPIDEMIOLOGÍA

Determinar la prevalencia de VIF y su extensión en la población resulta dificultoso, ya que hay diversos elementos que influyen en el reconocimiento de la violencia como son:

- Las características específicas de la violencia intrafamiliar.
- Déficit en la detección del evento de violencia.
- Comportamiento de la sociedad frente al problema.

La mayor parte de las cifras disponibles con respecto a casos de violencia intrafamiliar corresponden a población que consulta o que busca algún tipo de ayuda dentro de la comunidad, como la mayoría de las mujeres, o en los casos en que por causa de los daños ocasionados, es el Servicio de Salud quien pesquisa la violencia intrafamiliar, en el caso de los niños.

La información que se dispone sobre datos estadísticos de la violencia en general, es todavía escasa y medir la prevalencia real es complejo, porque se subestiman los niveles de ésta, debido a la escasa notificación de casos¹⁷ y "porque constituye un problema que atraviesa temas de sensibilidad general como poder, género y sexualidad"¹⁸. Sin embargo, las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se supone. En distintas partes del mundo, "entre un 16% y 52% de las mujeres experimentan violencia física por parte de sus compañeros y por lo menos, una de cada cinco mujeres son objeto de violencia o intento de violencia a lo largo de su vida".

"La violencia anula la autonomía de la mujer y disminuye su potencial como persona y miembro de la sociedad y esta experiencia tiene no sólo consecuencias directas sobre su propio bienestar, sino también sobre sus familias y comunidades".¹⁹

Los datos sobre violencia contra la mujer a nivel mundial son alarmantes: según Naciones Unidas, una de cada 3 mujeres en todo el mundo han sufrido maltratos, violaciones o golpes por parte de los hombres. En Estados Unidos, alrededor de 2 millones de mujeres son golpeadas por sus parejas. En la India el 46% de los hombres abusa sexual y físicamente de sus mujeres y en Pakistán cada año

¹⁷ *Violence Against Women: a priority health issue. WHO. Geneva, 1997.*

¹⁸ *SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer). Prevalencia de la violencia intrafamiliar, detección y análisis. Documento de trabajo. Versión preliminar. Gobierno de Chile, Santiago, 2001.*

¹⁹ *Violence Against Women: a priority health issue. WHO. Geneva, 1997.*

cientos de mujeres mueren acusadas de deshonorar a su familia. Aún así, el 46% de los europeos atribuye la violencia doméstica a las provocaciones de la mujer.²⁰

Cristina Vila en 1987 decía que en los países de las Naciones Unidas el 75% de la VIF estaba dirigida hacia la esposa y que “la mujer golpeada es la mujer víctima de violencia física, psíquica y sexual ejercida por su marido, compañero o novio. Ésta es controlada permanentemente por su compañero, quien la fuerza a realizar acciones que no desea o le impide realizar otras que desea”.²¹

La misma autora señala que el 25% de los “abortos espontáneos” en EEUU se producen como consecuencia del abuso físico ejercido sobre la mujer embarazada.

Un estudio prospectivo realizado Baltimore y Houston en 1994 a mujeres de bajos ingresos sobre “golpizas durante el embarazo”, indicó que una de cada seis mujeres embarazadas era golpeada en el presente embarazo.²²

En una encuesta realizada en México a una muestra de 342 mujeres escogidas al azar, se observó que el 20% de las mujeres violentadas recibieron golpes y puñetazos en el estómago durante el embarazo.

En Costa Rica de 80 mujeres el 49% informaron ser golpeadas por sus parejas durante el embarazo. De ellas, el 7.5% sufrieron un aborto espontáneo debido al abuso.

El primer estudio realizado en Chile en 1992 y actualizado en el 2001, abordó las categorías de violencia psicológica, física (leve y grave), y sexual en el contexto específico de la violencia conyugal. Dentro de estas categorías, debemos tener claridad que “la violencia se manifiesta en escalada y que cuando las manifestaciones son más graves se mantienen los otros tipos de violencia”.²³

²⁰ Caravantes, Marta: *La Igualdad Esencial*. Madrid, 2000.

²¹ Entel, Rosa: “*Mujeres en Situación de Violencia*”. Buenos Aires, 2002.

²² Heise, Lori (en colaboración con J.Pitanguy y A.Germain): “*Violencia contra la Mujer: la carga oculta de Salud*”. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington; D.C, 1994.

²³ SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer). *Prevalencia de la violencia intrafamiliar, detección y análisis*. Documento de trabajo. Versión preliminar. Gobierno de Chile, Santiago, 2001.

Las cifras actuales ponen de manifiesto una impactante realidad. En 1992, 1 de cada 4 mujeres experimentaba violencia física, a diferencia del año 2001 cuya cifra aumentó a 1 de cada 3 mujeres.²⁴

La investigación más importante sobre Violencia hacia la mujer en Chile es “Violencia Familiar: la situación de la mujer en Chile”, publicada en el año 1993 con el patrocinio del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), el apoyo financiero y técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

En este estudio se utilizó un cuestionario adaptado de “Escala de Tácticas de Conflicto”, de Galles y Straus, el que se efectuó en todos los niveles socioeconómicos e incluyeron a todas las mujeres con un rango de edad entre 22 y 55 años. Se obtuvo que de 1000 mujeres encuestadas el 29.5% vivía en situación de violencia. Además se menciona que hubo circunstancias específicas que gatillaron el inicio de las agresiones como: período post-parto, consumo de alcohol y drogas (por parte del hombre) y desempleo o ingresos esporádicos de la pareja.

En la investigación realizada por Larraín (1994) con el auspicio de la OPS y el patrocinio del SERNAM a un universo representado por mujeres con pareja estable residentes en la Región Metropolitana se destacó que el 33.9% de las mujeres vive violencia psicológica y el 25.9% violencia física, categorizada como violencia física menos grave (15.2%) y violencia física grave (10.7%). Además se observó que la VIF no es dependiente de un nivel socioeconómico en particular, sino que atraviesa todos los niveles sociales pero dentro de éstos hay fluctuaciones con respecto al tipo de violencia ejercida con mayor frecuencia: en niveles socioeconómicos bajos la violencia se expresa en un mayor porcentaje como violencia física y en niveles socioeconómicos altos con mayor frecuencia en violencia psicológica.²⁵

En el estudio del año 2001 se observó que la violencia psicológica se mantiene con una prevalencia semejante en los diferentes tramos de edad (15 – 29; 30 – 39; 40 - 49); mientras que la violencia física en la historia de pareja, se da con mayor frecuencia en las mujeres del tramo de edad 40 – 49 años.

²⁴ Aliaga P: *Violencia contra la mujer. Conferencia dictada en el Curso Precongreso: Actualizaciones para Matronas. XXIX Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología, Santiago, Chile 2001.*

²⁵ Entel, Rosa: *“Mujeres en Situación de Violencia”*. Buenos Aires, 2002.

Respecto a la violencia en el noviazgo, la investigación señala que la prevalencia de la violencia psicológica es de 11,4%, y la física o sexual de un 9,7%.

A medida que aumenta el nivel educacional es mayor el porcentaje de mujeres que han vivido relaciones de pareja sin violencia: la prevalencia de violencia física es de un 40% para las mujeres que tienen enseñanza básica o media incompleta y de un 29% para aquellas que tienen enseñanza media completa o superior.

La violencia en la pareja está presente en todos los estratos socioeconómicos: la ha sufrido el 39% de las mujeres del estrato alto y medio alto, en el estrato medio el 45% y en el estrato bajo-muy bajo el 59%.

Un 42% de las mujeres que viven violencia física, reconoce haber quedado con algún tipo de lesión. Entre las más frecuentes se encuentran rasguños y moretones (88,5%); cortes, pinchazos y mordeduras (33,8%); torceduras y dislocaciones (22%) (Ferrer, 2001).

Una investigación reciente en Chile encontró que el embarazo funciona como un factor de protección (Arcos et al., 2000). Simultáneamente, una investigación realizada en México (Castro & Ruiz, 2002) muestra que, en términos de prevalencia, el embarazo no hace ninguna diferencia, ya que tanto antes como durante el embarazo se encontró una prevalencia del 25%. Al mismo tiempo, en otras latitudes se reporta que el embarazo constituye, al contrario, un factor de riesgo en la intensificación del maltrato al 39.5% de las mujeres que ya han tenido experiencias de violencia física. (Goodwin et al., 2000).²⁶

Se concluyó también, que de los factores presentes en el inicio de la agresión, el primer embarazo corresponde a un 25%, los 12 meses post-parto al 35.2% y el nacimiento del primer hijo el 25.3%.

El último estudio que encargó las Naciones Unidas al área de Ciudadanía y Derechos Humanos de la Corporación La Morada, coordinado por Soledad Rojas y realizado por Camila Maturana y Gloria

²⁶ “La investigación sobre violencia contra la mujer en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría no responde”. *Cad. Saú de Pública. V.19n.1 Río de Janeiro. Enero/Febrero 2003.*

Maira, constató que al menos 84 mujeres fueron víctimas de femicidio en Chile en los años 2001 y 2002.²⁷

Según Carabineros, durante el año 2005 se constataron 82.596 denuncias por violencia en contra de la mujer, cifra que a julio del año 2006 alcanzó a 45.449 denuncias. Aprehendidos por la misma razón fueron 1932 en el año 2005. La cantidad de aprehendidos en el año 2006, hasta julio se elevó a 2.786, aproximadamente un 50% más que durante todo el año anterior.

²⁷ *El Mercurio Valparaíso S.A.P. Año 178- Nro.61.774.*

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo ligados a la violencia intrafamiliar no responden a un fenómeno de causa-efecto. Se consideran de manera multifactorial debido a las distintas formas que esta adopta, ya que, sin duda, en el fenómeno de la violencia al igual que como ocurre en muchas otras conductas del ser humano, influyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, que están en constante interacción. Por esta razón es difícil precisar los factores específicos mediante los cuales ésta se manifiesta. Sin embargo, se ha relacionado a situaciones de alta vulnerabilidad que inciden en la aparición y mantención de la violencia, y que explicarían por qué, en contextos similares, se producen situaciones de violencia y en otras no.

La violencia intrafamiliar, se encuentra presente en todas las culturas, sin distinción de sexo, edad, raza, religión o clase social. Sin embargo, el ser mujer, ser menor de edad, discapacitado o adulto mayor y encontrarse en una relación de pareja con desequilibrio de poder o al interior de una familia de estructura rígida, con un alto grado de control entre sus miembros y con valores culturales que favorecen una división jerárquica vertical y patriarcal; supone un mayor riesgo de sufrirla. La mujer, en estos casos, tiende a ser más vulnerable mientras menor poder tiene dentro de la estructura jerárquica familiar o al ser física y/o psicológicamente dependiente, lo que genera en el grupo al cual pertenece interrelaciones autoritarias, de subordinación y de maltrato.

Aunque dado el bajo índice de detección, probablemente muchas víctimas de maltrato no respondan a un perfil determinado. No obstante, en la mujer se pueden encontrar características como: un bajo nivel cultural y educacional, baja autoestima, actitudes de sumisión y dependencia debido a una concepción rígida y estereotipada de los roles de género, nivel socioeconómico de pobreza, muchas veces atrapadas en círculos viciosos de dependencia económica, abandono, embarazos frecuentes, falta de confianza en sí mismas, temor por la vida de sus hijos y la propia. Este suceso se caracteriza por un aislamiento social que impide acceder a fuentes de apoyo externas ya sean familiares o comunitarias, así como desconocimiento de sus derechos ante la Ley. Además, podrían presentarse situaciones de consumo o dependencia de alcohol o drogas.

Parece ser que la falta de educación en la mujer no sólo es sinónimo de desventaja social, sino que además de mayor vulnerabilidad frente a algún tipo de agresión durante un embarazo. Esto se ve incrementado cuando su pareja también tiene bajo nivel de escolaridad. Todo esto ha sido documentado

por Nasir y Hyder ²⁸ a partir de una revisión de los distintos estudios hechos generalmente en países subdesarrollados.

Otro factor probablemente desencadenante de violencia, es que las mujeres que realizan algún tipo de actividad remunerada fuera del hogar tienden a padecer más violencia que aquellas que se dedican exclusivamente a las labores de su casa²⁹. Las razones de por qué sucede esto no están muy claras ya que faltan estudios al respecto. Sin embargo, algunas explicaciones a ello suponen que el hombre en esta situación podría ver como una amenaza el hecho de que la mujer tenga sus propios recursos o que pueda valerse por sus propios medios, o bien, considera que es una forma de “perder” su autoridad y la dependencia que tiene el grupo familiar hacia él. Por lo cual necesariamente usa la violencia como forma de reafirmar su poder.

Además, estudios coinciden que el desempleo y la inestabilidad en los ingresos económicos producen mayores niveles de estrés en el hombre, favoreciendo de esta forma los episodios agresivos hacia la gestante. Es por esta razón, que aunque la violencia no hace distinción de clases sociales, la pobreza acarrea mayor tensión social que contribuye a situaciones como el hacinamiento y las dificultades económicas.

Otro factor que puede aumentar la posibilidad de episodios violentos, comprende los antecedentes de violencia o exposición a la misma que hayan tenido en la niñez o adolescencia en sus respectivas familias de origen, ya sea como víctimas directas de maltrato o como testigos de actos violentos. Los varones tendrán más posibilidades de convertirse en hombres violentos y las niñas en víctimas, al aprender que la sociedad acepta la violencia hacia las mujeres.

Diversos estudios concluyen que las mujeres que refieren haber padecido violencia durante la infancia tienen más probabilidad de sufrir lo mismo en algún embarazo, existe una directa relación en la frecuencia de violencia en la niñez y en la que se da durante la gestación³⁰. Esto coincide con otros estudios que señalan que al experimentar violencia en la infancia o presenciarla entre los padres, es mayor el riesgo de padecerla en la etapa adulta.

²⁸ Khurram NA, Hyder A. *Violence against pregnant women in developing countries. Eur J Public Health 2003; 13: 105-107.*

²⁹ Muñoz T, Torres AM, Vergara ME. *Maltrato a la mujer: Un estudio descriptivo y comprensivo. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de La Frontera, Temuco. 1993.*

³⁰ Hedning LW, Janson PO. *Violencia doméstica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos. Acta Obstet Gynecol Scand 2000.*

Los factores que incrementan el riesgo asociado al agresor, principalmente hombre, son: el consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas, como las drogas y el alcohol que pueden extremar la personalidad, puesto que es uno de los factores que facilitan las conductas violentas en el agresor porque reduce los umbrales de inhibición³¹.

Algunas investigaciones indican que “el uso de alcohol entre los cónyuges está fuertemente relacionado con el abuso sexual y físico”³², así como otras encuentran una asociación entre el consumo excesivo de alcohol y el abuso físico por parte del varón hacia la gestante, incrementando éste a medida que aumenta el consumo de estas bebidas por la pareja³³.

Si bien el agresor es generalmente un individuo sin trastornos psicopatológicos evidentes, la violencia puede emerger de cualquier estructura de personalidad psicótica, psicopática, perversa o neurótica, siendo por lo general más grave cuanto mayor sea el trastorno.

Se señalan otros factores como la inadecuada respuesta institucional y/o comunitaria a los casos de violencia intrafamiliar, debido a la naturalización de la violencia o a la falta de capacitación o formación. De igual manera, la ausencia de legislación adecuada o dificultades en la aplicación de la existente, sumado a la ausencia de redes comunitarias de apoyo, generan también un riesgo importante al actuar como elementos perpetuadores de la violencia.

Entre las teorías que analizan los factores que potenciarían la violencia se encuentra el estudio denominado modelo Ecológico³⁴ aquí se analizan los diversos factores de riesgo provenientes de distintos ámbitos o niveles de influencia. En él se describen los siguientes factores: Macrosistema y Ecosistema, Microsistema, Individual.

Factores del Macrosistema: Aquí se ubicaría toda la organización social, los sistemas de creencias, valores y los estilos de vida que prevalecen en una cultura específica, que incluye: la noción que establece que “un verdadero hombre” es dominante, rudo y mantiene el honor; roles de género rígidos y definidos según los cuales la mujer debe ser pasiva y sumisa y el hombre controlador y

³¹ Muñoz T, Torres AM, Vergara ME. *Maltrato a la mujer: Un estudio descriptivo y comprensivo. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de La Frontera, Temuco. 1993.*

³² Mc Farlane J, Parker B, Seken K. *Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships and effects on birth weight. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996;25:313-320.*

³³ Muhajarine N, D'Arcy C. *Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. CMAJ 1999;160(7):1007-1011.*

³⁴ Heise, Lori. *“Violencia en contra de la mujer: la cara oculta sobre la salud.” OPS: Washington, 1994.*

agresivo; la sensación de que se tiene el derecho de propiedad sobre la mujer; la aceptación social del castigo físico hacia ellas.

La ética cultural que condona la violencia como una forma de solucionar los desacuerdos incluye aspectos como la cultura patriarcal y su impacto en la violencia, la violencia estructural, las deficiencias del control social y del sistema legal para sancionar la violencia intrafamiliar.

Factores del Exosistema: Está compuesto por el entorno social inmediato de la familia, es decir, instituciones religiosas, judiciales, educativas, laborales, recreativas, etc.; el funcionamiento de estas instituciones y los mensajes que emiten, constituyen un factor fundamental en la presencia o disminución de la violencia. Según Heise, los predictores de riesgo en el ámbito de estructuras sociales son: el desempleo o bajo nivel socioeconómico; el aislamiento de la mujer de su entorno familiar y social; y la asociación del agresor con delincuentes, a quienes tiene que demostrar su capacidad de agresión para que lo tengan en alta estima.

Otro componente importante son los Medios de Comunicación Masivos, dado su potencial multiplicador, los modelos violentos que proporcionan, tienen gran influencia en la generación de actitudes y legitimación de conductas violentas. También se encuentran aquí los factores situacionales, tales como aislamiento social, cesantía, hacinamiento, etc.

Factores del Microsistema: Para el hombre violento y su pareja, el microcosmos más inmediato es la familia, la cual, generalmente, es el lugar y el contexto de los episodios de abuso. “Las mujeres están más expuestas a la violencia en el hogar que en la calle, lo que tiene graves repercusiones para la salud femenina”.³⁵

Los factores predictores relacionados con este microsistema tienen que ver con la estructura de la familia tradicional-patriarcal, como el dominio masculino en la misma y el control de la riqueza por parte del hombre. Otras variables que predicen el riesgo de violencia tienen que ver con un desequilibrio en la estructura de poder en la familia, como conflictos frecuentes en torno a la división de tareas, el consumo de alcohol por parte de la pareja y que la mujer tenga una mayor escolaridad que

³⁵ *Doctor Lee Jong-wook, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fuentes: OMS, Europa Press, Mujereshoy.*

el hombre. Además, existe una asociación entre el consumo de alcohol, las adicciones en general y la relación entre la violencia física y sexual.

Factores Individuales (ontogénicas): Son las características propias, tanto genéticas como aprendidas, que determinan el tipo de respuesta de una persona. Entre los factores individuales que pueden predecir el que un hombre sea violento están: haber presenciado situaciones de violencia doméstica y/o haber padecido abuso en la infancia, ya sea física, sexual y /o psicológica. Sin embargo, es importante aclarar que no todos los hombres que abusan de la mujer fueron testigos de agresiones ni fueron agredidos siendo niños.

En relación con las mujeres, el único factor predictivo relacionado con ser víctima de maltrato, es el hecho de haber presenciado violencia entre sus padres o tutores en la niñez.

La perspectiva ecológica divide el factor individual en cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:

- **Dimensión cognitiva:** Es aquel que “comprende las estructuras y esquemas cognitivos, la forma de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.”³⁶

El agresor tiene un concepto rígido y estructurado de los hechos, con pocas probabilidades de variar sus opiniones, además de no poseer la capacidad autocrítica. Tiende a maximizar los defectos de la víctima creando una imagen acentuada con críticas severas, y a su vez minimiza sus conductas y actos violentos.

Por su parte, la víctima crea una imagen errónea de la autoridad que representa su agresor, aumentando el poder que éste tiene sobre ella. Como consecuencia de los insultos recurrentes, se aprecia una evidente baja autoestima, lo que provoca en la mujer sentimientos de incapacidad y desamparo, volviéndose dependiente, impidiendo de esta forma resolver los conflictos y romper con el ciclo de la violencia.

- **Dimensión conductual:** incluye el “repertorio de comportamientos con que una persona se relaciona con el mundo”.

³⁶ “Una reconstrucción posible”. Edición SERNAM. 1997.

La persona violenta tiende a adoptar distintas actitudes, dependiendo en el medio en que se encuentre, generalmente frente a la sociedad se demuestra amable, correcto y equilibrado lo que no hace sospechar de malos tratos. Paralelamente, ella, trata de ocultar estas actitudes frente al resto cayendo frecuentemente en contradicciones, como denunciarlo y posteriormente retirar la demanda.

En el círculo más cercano o frente a la víctima, reaparecen las agresiones de tipo físicas y /o verbales. Por su parte, la mujer adopta más frecuentemente una actitud pasiva, para no provocar una agresión, o bien expresar libremente las emociones contenidas.

- Dimensión psicodinámica: Se refiere a la “dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad.”

Las personas violentas durante su infancia estructuran la pauta de resolución de conflictos, considerando la agresión como el método más rápido y efectivo.

Psicológicamente el agresor se caracteriza por la dificultad de expresar emociones y verbalizar sentimientos, baja autoestima, oposición al autoconocimiento y capacidad de proyectar las culpas y responsabilidades a las demás personas.

Por su parte la mujer se vuelve cada vez más dependiente, temerosa, indefensa, sumisa e impotente. Además de estar en constante conflicto, ya que tiene la necesidad de expresar sus sentimientos, pero a su vez, está el temor de las reacciones que posiblemente tenga el agresor en contra de ella.

- Dimensión Interaccional: “Corresponde a las pautas de relación y comunicación interpersonal”

Como se describió anteriormente la violencia es cíclica, la frecuencia e intensidad de los episodios agresivos varía dependiendo de las distintas fases. Específicamente en la relación de pareja, el vínculo que se construye esta basado en la dependencia y sumisión, donde se necesitan dos factores asimétricos fundamentales; una mujer obediente y dócil y un individuo con características de líder, dominante, autoritario y con facilidad para manipular las situaciones. (*Véase en "Dinámica de la violencia intrafamiliar" paginas 34-36*).

Otro sustento teórico explicativo fundamental es la Teoría de Género, que permite la comprensión de este fenómeno a través del análisis del orden social de género, aportando elementos de estudio tales como situación y condición de la mujer, desigualdad de la distribución del poder, roles, relaciones de género, y la socialización de género³⁷.

Estos elementos constituyen factores de riesgo importantes en relación con la presencia de conductas violentas.

Consecutivamente las evidencias van demostrando que la violencia familiar es un problema social de enorme magnitud que está sustentado en una compleja red de estructuras culturales, sociales, legales y relacionales que complejizan su comprensión y abordaje.

³⁷ Mahbub ul Haq, "Reflexiones sobre el desarrollo humano", 1995.

VIOLENCIA DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL

Pese al aumento de las publicaciones sobre Violencia Intrafamiliar hacia la mujer, los factores que desencadenan un episodio de violencia y el impacto que éste tiene sobre el desarrollo fisiológico de una gestación y puerperio no ha tenido el nivel de análisis que se debe, pese a que, información entregada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2003 señala que “entre un 4% y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia doméstica durante el embarazo”.³⁸

El desarrollo del embarazo es una de las etapas de la vida más vulnerable y con mayor riesgo tanto para la mujer como para el feto, por este motivo la preocupación y motivación ante la salud y bienestar de ambos debe ser una tarea de todo el grupo familiar, el equipo de salud y la comunidad. Sin embargo, según algunos estudios parece ser que esta fase es la responsable del comienzo o acrecimiento de agresión en contra la mujer.

“El embarazo debería ser una etapa durante la cual la salud y el bienestar a las mujeres fueran especialmente respetados. Sin embargo las encuestas sugieren que las embarazadas son el blanco preferido para el abuso”.³⁹

Según la destacada escritora argentina Mirta Videla “para comprender tanto las reacciones normales como las patológicas que presenta un adulto frente al embarazo, debemos remontarnos a su infancia y diremos con Freud que el “complejo de Edipo” constituye el nódulo central de la neurosis. El famoso triángulo es el fundamento del desarrollo del embarazo, puesto que durante el mismo los padres vuelven a vivir, en relación con su hijo, las pautas internas de su propio triángulo edípico”.⁴⁰

Una de las explicaciones a este fenómeno son los cambios y estrés que debe experimentar el padre con respecto a la llegada de este nuevo ser. Este estrés generalmente se manifiesta en el hombre como angustia, inseguridad, miedos y dependencia hacia la pareja. “Donde los conflictos inconscientes

³⁸ Nasir Khurram et al. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. “Pregnant women more likely to experience violence.” Cited by Feminist Majority Foundation. June 24, 2003.

³⁹ Heise, Lori (en colaboración con J.Pitanguy y A.Germain): “Violencia contra la Mujer: la carga oculta de Salud”. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington; D.C, 1994.

⁴⁰ Videla, Mirta.: “Maternidad Mito y Realidad”. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1990.

no resueltos tempranamente inciden en la presencia de un querer y no querer llevar adelante un embarazo. El hijo es vivido inconscientemente como un intruso en la pareja".⁴¹

Por su parte, la gestante también experimenta ciertas modificaciones psicosomáticas las que involucran cambios corporales como el peso y el abultamiento abdominal, y por otro lado, psicológicas como nuevas sensaciones, emociones, miedos y fantasías relacionados con sus "propios deseos infantiles, o sus exigencias frente a la madre, el miedo a los propios sentimientos agresivos hacia el hijo", lo que refleja conflictos en relación con su maternidad. Situación que hace más vulnerable a la mujer, ya que en muchos casos estos cambios no son bien percibidos por su pareja.

Las consecuencias del maltrato durante el embarazo o puerperio son tanto físicas como emocionales. En muchas ocasiones el primer episodio de agresión física ocurre en estos períodos, pues el agresor lo percibe como una amenaza para su dominio. Se debe tomar en cuenta también las depresiones post parto, la ignorancia y la incomprensión de las necesidades de la mujer. Se ha documentado, además, que en el caso de mujeres que son víctimas de maltrato físico antes y durante la gestación, la violencia en este período suele ser más intensa.

Además, dentro de los estudios revisados, las probabilidades de haber tenido al menos un aborto, espontáneo o provocado, eran más elevadas entre las mujeres que decían sufrir violencia física o sexual a manos de su pareja, que las que no la sufren. Lo que hace cuestionar la permanencia del círculo de la violencia y su continuidad en la sociedad, especialmente en el grupo estudiado.

A su vez, también encontramos embarazos no deseados, en los cuales el proceso gestacional y la maternidad se convierten en una labor dificultosa, donde los sentimientos no son de gratificación y acompañamiento, sino de reproche y negación. Se debe comprender que cualquiera sea la realidad con la que se enfrente el nuevo miembro familiar, producirá un gran cambio en la vida de la madre y su entorno, obstaculizándose en ocasiones la acogida y vínculos afectivos.

Una publicación en *The Journal of Law*⁴², dice que en una gestación no planificada es cuatro veces más probable que se produzca violencia doméstica, sin embargo el problema de este estudio es

⁴¹ Entel, Rosa. : "Mujeres en situación de Violencia Familiar". Espacio editorial, Buenos Aires, 2002.

⁴² Heise, Lori. "Reproductive Freedom and Violence Against Women: What are the Intersections?" *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 27:1993.

que no manifiesta si aquella gestación fue producto de violación en la relación de pareja, abuso sexual o debido a la negación del uso de métodos anticonceptivos.

Es por esto que un embarazo no planificado, aunque posteriormente puede ser bien aceptado, supone una situación estresante que exige un mayor esfuerzo adaptativo durante la gestación, pudiendo generar un alto nivel de ansiedad en la embarazada. Por lo cual, los embarazos no deseados quedan expuestos a las consecuencias psicobiológicas del estrés materno. Además, la calidad de la relación de pareja puede actuar como amortiguador de todas las demandas asociadas al embarazo y puerperio, o actuar en cambio como un mayor potenciador.

La gestación no deseada se ha asociado a otras conductas de riesgo para la salud, como el retraso del reconocimiento de los signos del embarazo e inasistencia a los controles pre y post natales, así como menor intencionalidad de amamantar.

Por otro lado, el embarazo inesperado está relacionado a un mayor riesgo en el control, evolución y resultado de la gestación. Se convierte además en un indicador de riesgo psicopatológico en el puerperio. Los trastornos emocionales en el post-parto incluyen factores predictores como la depresión previa, psicopatología durante el embarazo, mala relación de pareja, pobre apoyo social y acontecimientos vitales estresantes durante la gestación.

Estudios relacionan la maternidad no planificada con la edad, situación económica y número de hijos, demostrando una mayor frecuencia en madres jóvenes o adolescentes (menores de 25 años)⁴³. En cuanto a la paridad el riesgo es mayor en caso de madres con 3 o más hijos, lo cual revela que no se trata de una situación accidental, sino de malos hábitos de salud, posiblemente susceptibles a una intervención psicoeducativa⁴⁴. Finalmente, la presencia de problemas económicos y al bajo nivel educacional se encuentran altamente asociados al embarazo no planificado.

El embarazo no planificado también es considerado uno de los factores que desencadena agresión en la pareja, puesto que el estrés que experimentan ambos es aún mayor, principalmente cuando la relación no tiene la solidez necesaria para enfrentar tal realidad. La ausencia de planificación del embarazo subtiende la reorganización del grupo familiar y sus consecuencias.

⁴³ Henshaw, 1998; Beck y Cols, 1999.

⁴⁴ D'Angelo y Cols, 2004.

Para el hombre patriarcal la actitud de las mujeres ante la vida y la maternidad no le es significativa, pues la mayoría de las veces la respuesta inicial del hombre a una nueva gestación es de reprimenda contra ella, convirtiéndose en un nuevo punto de conflicto en la relación, y a su vez muchas veces provoca en la mujer un rechazo de su condición de gestante. Los actos violentos y de hostilidad no sólo provienen de la pareja sino que también de cualquier otro integrante de su grupo familiar.

Por otra parte, los conflictos internos del grupo familiar pueden llevar consigo la disolución de una relación de pareja o bien el abandono o rechazo de los seres más cercanos a la mujer. Todo esto dificulta la formación del vínculo afectivo y su posterior fortalecimiento. Ésta es la principal razón por la cual se suelen adoptar soluciones extremas, como intentos de aborto, entregar en adopción su hijo e incluso el suicidio.

Otro serio problema de salud pública que además está relacionado con la mayor frecuencia de violencia doméstica es el embarazo adolescente, en donde a las crisis propias de la gestación se le adicionan las de la adolescencia aumentando con ello el estrés, la emotividad y los conflictos no resueltos.

Según un estudio publicado por la OPS⁴⁵, las adolescentes embarazadas sufren más violencia por parte de sus parejas, especialmente quienes tienen entre 13 y 17 años de edad, sin embargo las causas no están esclarecidas por la falta de análisis con respecto al caso.

También podemos considerar las dificultades que experimentan las familias de menor ingreso económico, ya que éstos se deben distribuir entre un mayor número de individuos. Las dificultades económicas y el soporte social que aporta la presencia masculina en la casa para la mujer son premisas que le impiden, en muchas ocasiones, romper con la relación violenta.

Es muy importante abarcar las causas que desencadenan un episodio de violencia para enfocar la prevención a esos factores, ya que existe evidencia que las mujeres que tienen experiencias de violencia física o psicológica antes o durante el embarazo con frecuencia ésta continúa después del parto. Además se relaciona con la falta de acceso al cuidado prenatal, complicaciones durante el embarazo y femicidios.

⁴⁵ *Nearly 10 percent of Teenage Mothers Experience Violence while Pregnant*, *Family Planning Perspectives*, 31:1999.

DINÁMICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La magnitud social de la Violencia Intrafamiliar y sus consecuencias, hasta hace poco se mantenían ocultas dentro de la vida privada. Sin embargo, ésta se manifiesta de varias maneras y no ocurre con igual frecuencia ni con en el mismo grado de severidad.

La dinámica muestra que al principio de la mayoría de las relaciones interpersonales es muy difícil que aparezca la violencia. Durante este período se muestra un comportamiento positivo en donde cada miembro muestra su mejor faceta. En cuanto a las relaciones de pareja, si ocurriera en esta instancia algún episodio violento la posibilidad de que éstas finalicen es muy alta.

La dinámica de la Violencia Intrafamiliar es cíclica y está constituida por 3 fases, las que difieren en duración según sea el caso. Éstas pueden durar días, semanas, meses o años y se describe generalmente en la violencia ejercida hacia la mujer que se encuentra en relación de pareja.

FASE 1: Acumulación de tensión.

- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. El comportamiento agresivo se manifiesta por ejemplo como dar portazos, arrojar o romper objetos, etc.
- A medida que la relación continúa se incrementa la demanda, así como el estrés.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia como por ejemplo manteniendo la casa limpia, a los hijos mas silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El agresor se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede como el tiempo y comportamiento de la mujer (la vestimenta, las amistades, a donde va, con quien está, etc.).
- El agresor trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Se manifiestan frases como: “Si nos amamos no necesitamos a nadie más”, “La gente te llena la cabeza de tonteras”, “Los demás están todos locos”.

FASE 2: Episodio agudo de violencia.

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas.
- El agresor hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- Como resultado del episodio, la tensión y el estrés desaparecen en el agresor. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

FASE 3: Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel.

- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.
- En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.
- Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.
- A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su estrés, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.
- Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez.

El agresor no se detiene por sí solo. Si la pareja permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

A su vez, el círculo de la violencia se retroalimenta perpetuamente ya que la sociedad está rodeada de prejuicios que condenan de antemano a las mujeres y justifican a los hombres violentos, es así que un gran número de refranes y dichos populares los refuerzan.

Estos mitos, que muestran a mujeres eligiendo ser maltratadas o disfrutando de la violencia que padecen, nos hacen tener una predisposición negativa ante ellas, provocando en la sociedad un efecto de rechazo no sólo hacia las víctimas de la violencia sino hacia las mujeres en general.

Por otro lado, en múltiples estudios se ha declarado que la violencia doméstica influye en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y puede entrañar un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH. Asimismo, las mujeres física o sexualmente maltratadas aluden a la promiscuidad de su pareja y a su negativa a utilizar preservativos con más frecuencia que las mujeres que no padecían malos tratos; acciones que hacen perpetuar los hechos de violencia y la verticalidad de ésta.

FACTORES PROTECTORES Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia ejercida en mujeres es un problema social de dimensiones amplias, que afecta en forma endémica a numerosas familias, trayendo consigo desfavorables consecuencias que dejan a la vista situaciones que evidencian el tipo de sociedad en que se vive y como ésta se relaciona.

Se han distinguido factores llamados protectores de Violencia Intrafamiliar, que son influencias que modifican o disminuyen el impacto de las variables de riesgo, cualquiera sea su naturaleza u origen, son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. No generan, necesariamente efectos directos, sino que influyen en la respuesta de las personas y los sistemas frente a situaciones de riesgo. Son cualidades, conocimientos, actitudes y capacidades tanto como experiencias personales y familiares positivas.

Se aprecian diversos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de sufrir violencia; es decir, que en la medida en que sean más débiles los factores protectores, aumenta la posibilidad de que una gestante, puérpera, familia o comunidad enfrenten situaciones de esta categoría. A la inversa, cuantos más factores protectores haya y menos factores de riesgo, o la posibilidad de que éstos puedan ser contrarrestados por los factores protectores, las probabilidades de sufrir o ejecutar una respuesta violenta son menores.

A grandes rasgos los factores protectores se pueden distinguir entre externos e internos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños, tales como; redes de apoyo o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía, etc.

En la interacción protectora de estos factores, es posible reconocer ciertas características que expresan una mayor sensibilidad de la familia frente a las influencias protectoras. Estas características tienen relación con:

- **El fomento y fortalecimiento de factores protectores de la familia y la pareja:** Este se fundamenta en la necesidad de afianzar patrones de crianza, restablecer las relaciones de género, ampliando así la interacción y alianza dentro de la familia fortaleciendo relaciones de apoyo y

cooperación. Es importante mencionar la promoción y fomento de la cultura de los derechos en la cotidianidad de la vida familiar.

- **Fortalecimiento de factores protectores en las comunidades:** El concepto de Red es vital en los campos familiar, comunitario e institucional para fortalecer el crecimiento social, a su vez generar en el entorno de la gestante o puérpera, en situación de violencia o en riesgo de sufrirla, una red de apoyo o protección que contribuya a su fortalecimiento, desarrollo y superación de los problemas que la agobian. Además de ampliar la participación social y los espacios de diálogo, a través de apoyo comunitario.

De igual manera, es importante fortalecer las redes de apoyo de las adolescentes embarazadas víctimas de violencia, fomentando la comunicación, entendimiento y comprensión por parte de su entorno, por ser uno de los grupos con menores redes de protección y mayor vulnerabilidad en el sistema.

- **La comunicación y motivación social:** En el desarrollo de la socialización se incluyen variados procesos de incorporación y transmisión valores, actitudes y conductas. Igualmente, se debe considerar que la comunicación y motivación favorece el cambio de las personas, influyendo en temas arraigados en la cultura que originan y perpetúan el comportamiento violento.

La valoración de la educación y la proyección familiar reafirma los procesos de motivación. Esto trae consigo cambios, desafíos y metas que influyen a nivel individual, familiar y sociocultural.

- **La construcción de familias democráticas y funcionales:** Comprende el desarrollo de estrategias de apoyo a los padres y madres, involucrando el ciclo vital familiar inmerso en la cultura a la que pertenece. Así también, los procesos de socialización y crianza de los hijos resultan fundamentales en pro de la convivencia y funcionalidad familiar.

El objetivo de construir y fortalecer familias democráticas y funcionales enfatiza el fomento de los vínculos afectivos, y la promoción de espacios para la comunicación familiar, mediante la optimización y disposición de tiempos destinados a reforzar los afectos en todas sus formas.

La buena disposición y tolerancia de todos y cada uno de los integrantes de la familia, fomenta la comprensión de los procesos y etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida, sabiendo enfrentarlas y asumirlas como tales.

De igual manera, cada integrante de la familia desempeña un rol en la sociedad, en su acontecer diario y en diferentes instancias, donde es importante evidenciar la participación, autonomía e independencia de cada miembro.

Por otro lado, la educación sobre el fomento de las buenas relaciones familiares y en las que se incluya el respeto a los derechos humanos, ayuda a reducir factores generadores o gatillantes de violencia como el consumo de alcohol y/o drogas.

Otra forma de clasificar los factores protectores considera los ámbitos individuales, familiares y socioculturales facilitando así una mejor comprensión y abordaje al tema.

Dentro de los factores protectores individuales se incluyen: Refuerzo de autoestima, asertividad, habilidades de comunicación, el reconocimiento y la expresión de emociones, los que resultan fundamentales para la mujer en un período trascendental como lo es el embarazo o el postparto. Además, se deben considerar las interacciones interpersonales positivas, la participación social y el crecimiento socioemocional, ya que estos influyen en forma directa sobre los estados psicoafectivos, que se desencadenan con mayor frecuencia durante éstos períodos. Por otra parte, se debe reforzar la responsabilidad y tolerancia social, y fomentar un buen uso del tiempo libre como, por ejemplo, espacio de placer, creatividad y desarrollo de potencialidades.

No deja de ser menos importante la capacidad de enfrentar positivamente el estrés. En la mujer esta capacidad, antes y después del parto, generalmente se ve disminuida, a causa de una serie de cambios fisiológicos que involucran la esfera psicoemocional. El manejo del estrés en la adversidad, la destreza para solucionar problemas, sentimientos de control y seguridad, adaptabilidad, autonomía y conductas prosociales favorecen una gestación y lactancia saludables en todo aspecto, lo que aumenta las posibilidades de crear y sostener un buen vínculo con el recién nacido, y que éste permanezca a través del tiempo.

Por otra parte, dentro de los factores familiares se puede distinguir: La expresión y demostración física y verbal del amor de pareja y a los hijos, ya que la familia se reconoce como un

ente transmisor de hábitos y creencias. A su vez, el entorno familiar es un agente socializador que inculca estilos de vida y prácticas saludables o protectoras, y además, establece modelos para la resolución de problemas.

La familia es considerada como mecanismo biológico e institución social que permite la sobrevivencia del individuo y de la especie al aumentar las capacidades innatas que cada persona posee. De igual forma, al enfatizar sobre su identidad, la familia permite una mayor integración y adaptación a la sociedad de cada miembro perteneciente a ésta.

Es de gran importancia el nivel de comunicación que la gestante o puérpera mantenga con su familia, ésta debe abordar temas de interés y de motivación individual, respetando así la libre expresión de cada uno de los integrantes. Esto resulta fundamental en la aceptación de sus pares y en la de la mujer. Como resultado de esta interacción se puede lograr un vínculo afectivo positivo donde se involucren la pareja como tal y la relación padres e hijos, generando estabilidad emocional dentro de todo el núcleo familiar.

La familia, como sistema permeable, evidencia un nuevo factor protector como lo es el favorecer cambios y evoluciones dentro de su constitución y en la sociedad, al estar inserta en ésta. No es de menor importancia el grado de cohesión que experimenta el grupo familiar, ya que permite el apoyo de unos a otros, manteniendo la unidad familiar en momentos trascendentales como la llegada de un nuevo integrante.

De igual manera, el evitar comparaciones es un punto a favor en las relaciones que se establecen dentro del grupo familiar, ya que se valora a cada uno de los integrantes como ser único e irremplazable, reforzando así conductas positivas en pro de una convivencia armónica. Resulta fundamental ser consistentes con las normas y límites que se establecen.

Por otro lado, la familia es capaz de vivenciar en conjunto experiencias de toda índole, incluyendo la situación de presenciar el nacimiento y crecimiento de un nuevo integrante del grupo, considerando que éste requerirá de otros para su sobrevivencia e instrucción. Esto establece una relación que durará años forjando patrones de comportamiento y socialización. Estos patrones son los que muchas veces quedan impregnados en la esencia de cada uno de los integrantes del núcleo familiar.

Queda así consignado que la familia, como sistema que tiene características propias que la hacen diferente a múltiples organizaciones, es la base psicobiológica del desarrollo del ser humano.

Por otra parte, los factores protectores socioculturales se ven involucrados en el refuerzo de valores como la solidaridad, esfuerzo, trascendencia, humanismo, la mayor integración a la educación, trabajo y sociedad, alternativas de recreación que promuevan estilos de vida saludables, redes sociales de apoyo y protección social comunitaria.

El conocimiento de estos factores puede contribuir a la prevención de situaciones de maltrato. No obstante, se debe utilizar con cautela la información relacionada con los factores de riesgo, ya que ninguno de éstos explica por sí solo la ocurrencia del maltrato. Tampoco existe una asociación de factores que sea característica de alguna de las formas de maltrato. No necesariamente las familias que poseen algunas de estas características, maltratan a sus miembros y en muchas ocasiones, familias que no reúnen estas condiciones asumen conductas agresivas. Esta información permite entender la problemática, reconocer y brindar apoyo a víctimas de VIF, pero nunca para calificar ni estigmatizar casos.

En síntesis, es importante promover los factores protectores a través de acciones de enseñanza – aprendizaje, dirigidas a embarazadas o puérperas y sus parejas, padres y otros adultos.

Es necesario tener una perspectiva lo más integral posible acerca de esta problemática rodeada de mitos y estereotipos culturales, ya que la perspectiva de género juega un papel fundamental para explicar este fenómeno.

Para buscar soluciones lo más coherentes posibles a dicha problemática, es importante detectar de manera oportuna todas las causas que llevan a una mujer o familia a vivir bajo situación de violencia, es decir, partiendo de la base del conocimiento, para luego formar una visión más acabada de lo que está ocurriendo y así poder intervenir de manera correcta. A la vez, implementar la utilización de las herramientas y técnicas que configuren una intervención lo más adecuada posible, dado que se puede revertir una situación de violencia si se ataca el problema de manera directa y tanto víctimas como victimarios participen activamente de este proceso de cambio.

En la sociedad actual, la Violencia Intrafamiliar dejó de ser un tema privado, propio de la familia, pasando a ser parte de lo público, generando con ello mayor conocimiento, manejo y estudio

“Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar durante la Gestación y/o Puerperio”

del tema. De esta forma, se logran crear nuevos espacios de discusión, difusión, opinión y políticas públicas, dando la instancia para la agrupación y organización de las mujeres vulneradas por este estigma social.

OBJETIVOS

1-. Conocer la prevalencia de Violencia Intrafamiliar (VIF) en mujeres en período grávido- puerperal.

2-. Comparar a las mujeres víctimas de VIF durante el período grávido-puerperal con el grupo control según características personales.

- Edad.
- Nivel de escolaridad.
- Ocupación.
- Estado civil.
- Antecedentes penales.
- Consumo de sustancias.
- Consumo de fármacos.
- Condición obstétrica.
- Paridad.
- Planificación del embarazo actual.

3-. Comparar al grupo de mujeres víctimas de VIF durante el período grávido-puerperal con el grupo control según características del grupo familiar:

- Tipo de familia.
- Apgar familiar.

4-. Comparar a las mujeres víctimas de VIF durante el período grávido-puerperal con el grupo control según características psicológicas:

- Antecedentes de violencia intrafamiliar.
- Antecedentes de trastornos psicológicos.
- Intención suicida.
- Autoimagen.
- Estado depresivo.

5-. Caracterizar el acto violento que sufren las mujeres víctimas de VIF durante el período grávido-puerperal según:

- Tipo de violencia, al cual es sometida la mujer en período grávido-puerperal.
- Causas que desencadenan el acto violento.
- Premeditación del acto violento, por parte del agresor.
- Lugar físico del cuerpo de la víctima, donde se centra mayoritariamente la agresión.
- Lugar geográfico en donde se produce la agresión.
- Tipo de apoyo a quien recurre la mujer en período grávido-puerperal.
- Motivos de no denuncia identificados por la mujer agredida en período grávido-puerperal.

6-. Caracterizar al principal agresor de las mujeres que sufren VIF durante el período grávido-puerperal según variables personales:

- Edad.
- Nivel de escolaridad.
- Ocupación.
- Antecedentes penales.
- Consumo de sustancias.
- Antecedentes de trastornos psicológicos.
- Relación con la víctima.
- Antecedente de violencia intrafamiliar.

VARIABLES**A.-Caracterizar a la gestante o puérpera según variables personales:**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
PREVALENCIA	Proporción de individuos de una población que presentan un evento específico en un momento o periodo de tiempo determinado.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
EDAD	Años cronológicamente cumplidos de la mujer al momento de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> <15 años. 15-19 años. 20-29 años. 30-39 años. 40 y más años. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de años.
ESCOLARIDAD	Número de años aprobados por la mujer en el sistema formal de educación.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin escolaridad. ▪ Enseñanza Básica incompleta. ▪ Enseñanza Básica completa. ▪ Enseñanza Media Incompleta. ▪ Enseñanza Media Completa. ▪ Enseñanza de Nivel Superior Incompleto ▪ Enseñanza de Nivel Superior Completa. ▪ No responde. ▪ Otros Estudios.

OCUPACIÓN	Labor que realiza la mujer al momento de la encuesta.	Remunerada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador (especificar). ▪ Estudia y trabaja (especificar). ▪ Dueña de casa y trabaja (especificar).
		No remunerada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dueña de casa. ▪ Estudiante. ▪ Dueña de casa y estudia ▪ Otros.
		Otros.	
		No responde.	
ESTADO CIVIL	Aquella calidad permanente que ocupa un individuo en la sociedad que depende de las relaciones de pareja y que da lugar a un conjunto de derechos y obligaciones.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltero. ▪ Casado. ▪ Separado (a). ▪ Conviviente. ▪ Viudo (a). ▪ Otro. ▪ No responde.
ANTECEDENTES PENALES	Anotación en un registro público o en los archivos judiciales de alguna condena por delitos perpetrados por la gestante o puérpera.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con antecedentes penales. ▪ Sin antecedentes penales. ▪ No responde.

CONSUMO DE SUSTANCIAS	Uso por parte de la mujer de algún tipo de sustancias adictivas, nocivas para el organismo.	Legales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcohol. ▪ Tabaco.
		Ilegales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marihuana. ▪ Pasta base. ▪ Neoprén. ▪ Cocaína. ▪ Otros.
		Ambas.	
		No consume.	
		No responde.	
CONSUMO DE FÁRMACOS	Uso por parte de la mujer de algún tipo de medicamento, ya sea indicado por profesional o automedicado.	Asociados a problemas de Salud Mental.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antidepresivos. ▪ Ansiolíticos. ▪ Hipnóticos. ▪ Otros.
		No asociados a problemas de Salud Mental.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analgésicos. ▪ Antiinflamatorios. ▪ Antihipertensivos. ▪ Hipoglicemiantes. ▪ Otros.
		Ambas.	
		No consume.	
		No responde.	

CONDICIÓN OBSTÉTRICA	Etapa que cursa la mujer al momento de la encuesta en relación a la gestación o al puerperio.	Gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos de 20 semanas. ▪ 20 a 30 semanas. ▪ 31 y más semanas.
		Puérpera.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-10 días. ▪ 11-20 días. ▪ 21-30 días. ▪ 31-40 días.
PARIDAD	Número de partos previos de la gestante al embarazo actual o de la puérpera en estudio.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nulípara. ▪ Multípara de 1. ▪ Multípara de 2. ▪ Multípara de 3. ▪ Multípara > de 3. ▪ No responde.
PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN	Acuerdo entre la pareja para planear la llegada de un hijo.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si. ▪ No. ▪ No responde.

B.-Caracterizar al grupo familiar de la gestante o puérpera:

<p>TIPO DE FAMILIA</p>	<p>Forma de agrupación que tiene la familia a la cual pertenece.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia nuclear. ▪ Familia Extendida. ▪ Familia monoparental. ▪ Familia Unipersonal. ▪ No responde.
<p>APGAR FAMILIAR</p>	<p>Instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, útil en la identificación de familias de riesgo. (Anexo N° 3).</p>	<p>Familia muy funcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7-10 puntos.
		<p>Familia moderadamente disfuncional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4-6 puntos.
		<p>Familia severamente disfuncional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-3 puntos.
		<p>No responde.</p>	

C.- Características psicológicas de la agredida:

ANTECEDENTES DE VIF	Episodios de agresión en los 5 años previos al embarazo y/o puerperio ejercidos por parte de algún miembro del grupo familiar.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si. ▪ No. ▪ No responde.
VIF ACTUAL	Episodios de agresión sufridos por la mujer durante esta gestación y/o puerperio por parte de algún miembro del grupo familiar.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si. ▪ No. ▪ No responde.
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	Episodios previos de algún tipo de alteraciones mentales y/o emocionales reflejadas en la conducta del individuo, diagnosticados médicamente.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión. ▪ Bipolaridad. ▪ Esquizofrenia. ▪ Otros. ▪ No posee. ▪ No responde.
INTENCIÓN SUICIDA	Utilización de alguna maniobra o método por parte de la gestante o puérpera que tiene por objetivo finalizar su vida.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si. ▪ No. ▪ Lo ha pensado. ▪ No responde.

AUTOIMAGEN	Concepto personal que tiene cada embarazada o puérpera sobre si misma, al momento de la encuesta, dependiendo de los aspectos psicológicos, físicos, social y espiritual. (Anexo N° 4)	Autoimagen Psicosocial Positiva.	▪ ≥ 5 puntos.
		Autoimagen Psicosocial Negativa.	▪ < 5 puntos.
		Autoimagen Psicosocial No responde.	
		Autoimagen Corporal Conforme.	▪ ≥ 2 puntos.
		Autoimagen Corporal Disconforme.	▪ < 2 puntos.
		Autoimagen Corporal No responde.	

DEPRESIÓN	Trastorno del ánimo y autoestima de la gestante o puérpera evaluada a través del “Cuestionario de selección de depresión CDS-20” y “Escala de Edimburgo” respectivamente. (Anexos N° 5 y 6 respectivamente).	Gestantes con posible trastorno depresivo.	▪ ≥ 9 puntos.
		Gestantes sin posible trastorno depresivo.	▪ ≤ 8 puntos.
		Gestante no responde.	
		Puérperas sin posible trastorno depresivo.	▪ < 12 puntos
		Puérperas con posible trastorno depresivo.	▪ ≥ 12 puntos.
		Puérpera no responde.	

TIPO DE VIOLENCIA	Forma de violencia ejercida por parte de el o los agresor(es), la que afecta la integridad y equilibrio de la víctima ya sea de forma física, psicológica y/o sexual.	Física.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zamarreos. ▪ Pellizcos. ▪ Mechoneos. ▪ Empujones. ▪ Bofetadas. ▪ Combos. ▪ Patadas.
		Psicológica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insultos. ▪ Gritos. ▪ Descalificación. ▪ Indiferencia.
		Sexual.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso. ▪ Violación.

D.- Caracterizar el acto violento propiamente tal:

<p>CONTEXTO DE LA AGRESIÓN</p>	<p>Situación o actitud que desencadena un episodio de violencia.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrés laboral. ▪ Discusiones por hijo(s). ▪ Problemas económicos. ▪ Problemas de alcohol y/o de drogas. ▪ Celos. ▪ Familia. ▪ Demanda sexual. ▪ Desobediencia. ▪ Embarazo. ▪ Nacimiento. ▪ Otros (especificar).
<p>PREMEDITACIÓN</p>	<p>Acciones que dan cuenta que el episodio de violencia obedece a una planificación por parte del agresor</p>	<p>Visibilidad de las lesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lugar visible. ▪ Lugar no visible. ▪ Ambas.
		<p>Instrumentalización del acto agresivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si. ▪ No.

SITIO ANATÓMICO DE LA AGRESIÓN	Zona del cuerpo que habitualmente es golpeada por el agresor	Zona crítica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cabeza. ▪ Tórax (mamas). ▪ Abdomen. ▪ Genitales.
		Zona no crítica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremidades. ▪ Espalda.
		Ambas.	
LUGAR GEOGRÁFICO DE LA AGRESIÓN	Lugar Físico en donde se ha producido el acto violento propiamente tal.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dentro del Hogar. ▪ Otra casa. ▪ Vecindario (cercano al hogar). ▪ Vía pública. ▪ Otro lugar. ▪ No responde.
TIPO DE REDES DE APOYO	Es la ayuda inmediata y mediata solicitada por la gestante o puérpera a terceras personas o en organizaciones estatales y/o no estatales al enfrentar violencia.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia. ▪ Terceras personas, no familiares. ▪ Centro de Salud o Centro Hospitalario. ▪ Carabineros. ▪ Otras organizaciones. ▪ No solicita Ayuda. ▪ No responde.

<p>MOTIVOS DE NO DENUCIA</p>	<p>Son las razones y circunstancias que utiliza la víctima de Violencia Intrafamiliar como justificación, para no solicitar ayuda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miedo al agresor. ▪ Vergüenza. ▪ Causas económicas. ▪ Lealtad. ▪ Amor. ▪ Hijos. ▪ Miedo al fracaso. ▪ Miedo al “que dirán”. ▪ Miedo a la soledad. ▪ Por costumbre. ▪ Por ineficiencia de la justicia. ▪ No sabía como pedir ayuda. ▪ La mujer siente que merece lo que le ocurre. ▪ Otra causa. ▪ No responde.
-------------------------------------	--	--

E.- Caracterizar al principal agresor según variables personales:

EDAD	Años cronológicamente cumplidos del o los agresor(es) al momento de la encuesta.	<15 años. 15-19 años. 20-29 años. 30-39 años. 40 y más años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de años.
ESCOLARIDAD	Número de años aprobados del o los agresor(es) en el sistema formal de educación		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin escolaridad. ▪ Enseñanza Básica incompleta. ▪ Enseñanza Básica completa. ▪ Enseñanza Media Incompleta. ▪ Enseñanza Media Completa. ▪ Enseñanza de Nivel Superior. ▪ No responde

OCUPACIÓN	Labor que realiza el o los agresor(es) al momento de la encuesta.	Remunerada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajador (especificar). ▪ Estudia y trabaja (especificar). ▪ Dueña de casa y trabaja (especificar). ▪ Jubilada/o.
		No remunerada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cesante. ▪ Dueña de casa. ▪ Estudiante.
		Otros.	
		No responde.	
ANTECEDENTES PENALES	Anotación en un registro público o en los archivos judiciales de alguna condena por delitos perpetrados por el o los agresor(es).		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con antecedentes penales. ▪ Sin antecedentes penales. ▪ No responde.

CONSUMO DE SUSTANCIAS	Uso por parte del o los agresor(es) de algún tipo de sustancias adictivas, nocivas para el organismo.	Legales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcohol. ▪ Tabaco.
		Ilegales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marihuana. ▪ Pasta base. ▪ Neoprén. ▪ Cocaína. ▪ Otros.
		Ambas.	
		No consume	
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	Episodios previos de algún tipo de alteraciones mentales y/o emocionales reflejadas en la conducta del individuo, diagnosticados médicamente.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión. ▪ Bipolaridad. ▪ Esquizofrenia. ▪ Otros. ▪ No posee. ▪ No sabe. ▪ No responde.
RELACIÓN CON LA VÍCTIMA	Relación de parentesco y/o afectiva que mantiene la víctima con el o los agresor(es).		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja. ▪ Padre. ▪ Madre. ▪ Suegro. ▪ Suegra. ▪ Hermanos. ▪ Otros. ▪ No responde.

ANTECEDENTES DE VIF	Episodios previos conocidos por la víctima de algún tipo de agresión o maltrato sufrido por el o los agresor(es).		<ul style="list-style-type: none">▪ Con antecedentes.▪ Sin antecedentes.▪ No responde.
----------------------------	---	--	--

METODOLOGÍA

La Investigación realizada corresponde a un estudio de casos y controles en mujeres gestantes y puérperas que se atendieron en Consultorios de la Comuna de Valparaíso y Viña del Mar en el período comprendido entre octubre 2006- enero del 2007.

La primera etapa del estudio se basó principalmente en la revisión y recolección de material bibliográfico para la delimitación del problema, el planteamiento de objetivos generales y específicos, la definición de variables y finalmente para la confección del Marco Teórico, para concluir en la elaboración del instrumento de recolección de datos.

Universo, unidad de análisis y muestra

El universo corresponde a todas las mujeres en período grávido puerperal que acudieron a control de salud en los consultorios: Reina Isabel, Mena, Barón, Quebrada Verde, Nueva Aurora, Las Torres, El Olivar y Cordillera de las Comunas de Valparaíso y Viña del Mar entre los meses octubre 2006 y enero 2007.

Consultorio	Gestantes en control	Gestantes encuestadas	Puérperas en control	Puérperas encuestadas
Reina Isabel	202	30	39	6
MENA	153	23	17	3
Barón	150	23	22	3
Quebrada Verde	311	47	40	6
Nueva Aurora	151	23	22	3
Cordillera	100	15	7	1
Las Torres	165	25	14	2
El Olivar	155	24	20	3
Total	1387	210	181	27

Se entrevistó a 237 mujeres de las cuales 16 omitieron un número excesivo de preguntas por lo cual no se incluyeron dichas encuestas ya que variaría de manera significativa el análisis de los resultados. La muestra quedó conformada finalmente por 196 embarazadas y 25 puérperas.

La unidad de análisis son las mujeres gestantes y puérperas que participaron del proyecto.

Metodología de recolección de datos

Para la obtención de los datos se necesitó en primera instancia la autorización de la Dirección de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL), de la Corporación Municipal de Viña del Mar (CORMUVIÑA) y de los directores de los Consultorios seleccionados.

El instrumento para la recolección de datos fue una encuesta conformada por 31 preguntas autoaplicadas (Anexo N° 1 y 2), dentro de las que se incluyeron Test de Apgar Familiar (Anexo N° 3), Test de Autoimagen (Anexo N° 4), Test de Depresión para gestantes (Anexo N° 5) y Test de Depresión para puérperas (Anexo N° 6) . Dicha encuesta se probó en septiembre de 2006 en las gestantes y puérperas pertenecientes a los Consultorios Lusitania y Placilla, con el fin de:

- Identificar el grado de comprensión de las preguntas por parte de las usuarias.
- Determinan los factores que pudieran influir negativamente en la aplicación del instrumento.
- Realizar los ajustes correspondientes, en cuanto a mejorar la comprensión de la usuaria al contestar o al orden correcto de las preguntas.

Luego de la corrección del instrumento, éste se probó nuevamente en el Consultorio Cordillera de Valparaíso y finalmente, esta vez sin cambios, se transformó en la encuesta final por lo que se incluyó en la muestra todas las encuestas realizadas en dicho Centro de Salud.

Análisis de los datos

Luego de la aplicación de la encuesta para la recolección de datos, estos se analizaron mediante el programa computacional Excell, entre los meses de enero-marzo 2007.

Limitaciones del estudio

La muestra fue escogida por conveniencia.

También era esperable en el estudio que las mujeres se negaran a contestar la encuesta o que sus respuestas no fueran fidedignas o contradictorias entre sí, por diversas razones como:

- Son mujeres que sufren de maltrato y VIF, que tienen vergüenza, miedo y desconfianza, entre otros sentimientos.
- Son mujeres que se sienten ajenas a este tema y que no les interesa responder este tipo de encuestas.

Otra limitación importante es que se tuvo que eliminar a 6 mujeres de la muestra ya que ellas omitieron un gran número de preguntas, lo que si harían variar los resultados finales.

Consideraciones éticas

Se invitó a cada persona a participar según los criterios de inclusión descritos anteriormente, dando a conocer los objetivos y métodos de la realización del estudio solicitando la firma del consentimiento informado (Anexo N° 7).

Junto con la encuesta se entregó un folleto informativo (Anexo N° 8) donde se señalaron instancias de consulta y denuncia. El folleto se adoptó al flujograma que cada establecimiento poseía para dar respuesta a los casos detectados de violencia intrafamiliar.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

TABLA N° 1

PREVALENCIA DE VIF EN MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO –PUERPERAL*

	GESTANTES		PUÉRPERAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con VIF	47	24,0%	8	32,0%	55	24,9%
Sin VIF	149	76,0%	17	68,0%	166	75,1%
TOTAL	196	100%	25	100%	221	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 - Enero 2007.

La prevalencia de VIF en la muestra de mujeres encuestadas es de 24,9%.

En el grupo de gestantes alcanza al 24% y aumentó al 32% entre las puérperas. Las diferencias no son estadísticamente significativas (chi cuadrado 3,84 $p > 0.05$).

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN
PRESENCIA DE VIF Y EDAD***

EDAD	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
<15	0	0,0%	2	1,2%
15 – 19	15	27,3%	45	27,1%
20 – 29	28	50,9%	82	49,4%
30 – 39	10	18,2%	34	20,5%
40 y más	2	3,6%	3	1,8%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

En ambos grupos la distribución de las mujeres según edad es homogénea, concentrándose entre los 20 y 29 años.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y ESCOLARIDAD*

ESCOLARIDAD	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Sin Escolaridad	0	0,0%	1	0,6%
E. Básica Incompleta	5	9,1%	12	7,2%
E. Básica Completa	5	9,1%	6	3,6%
E. Media Incompleta	17	30,9%	66	39,8%
E. Media Completa	15	27,3%	40	24,1%
E. Superior Incompleta	2	3,6%	22	13,3%
E. Superior Completa	10	18,2%	17	10,2%
Otros	1	1,8%	2	1,2%
No responde	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

El nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres es homogéneo, en ambos grupos la mayoría tiene Educación Media Completa o Incompleta.

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y OCUPACIÓN*

TIPO DE OCUPACIÓN	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Remunerada	12	21,8%	44	26,5%	56	25,3%
No remunerada	43	78,2%	120	72,3%	163	73,8%
No responde	0	0,0%	2	1,2%	2	0,9%
TOTAL	55	100%	166	100%	221	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

Tanto en el grupo control como en el de las mujeres violentadas la distribución según tipo de ocupación es similar, observándose un ligero aumento del porcentaje de mujeres con actividad no remunerada en el grupo con violencia (78,2% v/s 72,3%).

La diferencia no es estadísticamente significativa (chi cuadrado 5,99 p>0,05).

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y ESTADO CIVIL*

ESTADO CIVIL	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Soltera	22	40,0%	68	41,0%
Casada	7	12,7%	47	28,3%
Separada	0	0,0%	5	3,0%
Convive	26	47,3%	46	27,7%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

Dentro del grupo control el 28,3% corresponde a mujeres casadas superando en más del doble a las mujeres violentadas del mismo estado civil.

Del total de mujeres víctimas de VIF el 47,3% convive, siendo casi 2 veces mayor al grupo control en la misma categoría. Las diferencias son estadísticamente significativas (chi cuadrado 7,82 $p > 0.05$).

TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN
PRESENCIA DE VIF Y ANTECEDENTES PENALES***

ANTECEDENTES PENALES	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
No	53	96,4%	162	97,6%
Si	1	1,8%	3	1,8%
No responde	1	1,8%	1	0,6%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

Los antecedentes penales se dan en igual proporción en ambos grupos de mujeres.

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y CONSUMO DE SUSTANCIAS*

CONSUMO DE SUSTANCIAS	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Legales	12	21,80%	12	7,20%
Ilegales	2	3,60%	0	0,00%
Ambas	1	1,80%	1	0,60%
Otros	0	0,00%	0	0,00%
No consume	35	63,60%	131	78,90%
No responde	5	9,10%	22	13,30%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

El consumo de sustancias legales es 3 veces mayor en mujeres con VIF que en el grupo control, cuando se trata de sustancias ilegales la proporción es 3 veces mayor.

TABLA N° 8

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN
PRESENCIA DE VIF Y CONSUMO DE FÁRMACOS***

CONSUMO DE FÁRMACOS	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Asociados a problemas de Salud Mental	1	1,8%	2	1,2%
No Asociados a problemas de Salud Mental	2	3,6%	14	8,4%
Ambas	2	3,6%	1	0,6%
No consume	35	63,6%	131	78,9%
No responde	15	27,3%	18	10,8%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

En ambos grupos la mayoría de las mujeres no consume fármacos. Sin embargo, el consumo de fármacos asociados a problemas de salud mental es levemente mayor entre las mujeres víctimas de VIF.

TABLA N° 9**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y CONDICIÓN OBSTÉTRICA****A.-DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y SEMANAS DE GESTACIÓN***

SEMANAS DE GESTACIÓN	GESTANTES CON VIF		GESTANTES SIN VIF	
	Nº	%	Nº	%
<20	13	27,7%	42	28,2%
20 – 30	21	44,7%	63	42,3%
31 y +	13	27,7%	44	29,5%
TOTAL	47	100%	149	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

La distribución de las gestantes según semanas de gestación es similar, encontrándose la mayoría entre las 20 a 30 semanas.

B.- DISTRIBUCIÓN DE PUÉRPERAS SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y DÍAS DE PUERPERIO*

DÍAS DE PUERPERIO	PUÉRPERAS CON VIF		PUÉRPERAS SIN VIF	
	Nº	%	Nº	%
1 - 10 d	0	0,0%	5	29,4%
11 - 20 d	3	37,5%	8	47,1%
21 - 30 d	2	25,0%	3	17,6%
31 - 40 d	3	37,5%	1	5,9%
TOTAL	8	100%	17	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

La distribución de las puérperas víctimas de VIF según días de puerperio es bastante homogénea, en tanto el grupo control tiene mayoritariamente menos de 20 días de puerperio.

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRAVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y PARIDAD

A.- DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y PARIDAD*

PARIDAD	GESTANTES CON VIF		GESTANTES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Nulípara	24	51,1%	85	57,0%
Múltipara 1	9	19,1%	37	24,8%
Múltipara 2	10	21,3%	22	14,8%
Múltipara 3	3	6,4%	3	2,0%
Múltipara >3	1	2,1%	2	1,3%
TOTAL	47	100%	149	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

En ambos grupos la mayoría de las gestantes eran nulíparas. La paridad es ligeramente menor en el grupo de mujeres sin violencia, donde sólo el 3,3% son múltiparas de 3 o más, proporción que aumenta al 8,5% entre las gestantes que sufren de VIF. Estas diferencias no son estadísticamente significativas (chi cuadrado 9,49 p > 0.05).

B.- DISTRIBUCIÓN DE PUÉRPERAS SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y PARIDAD*

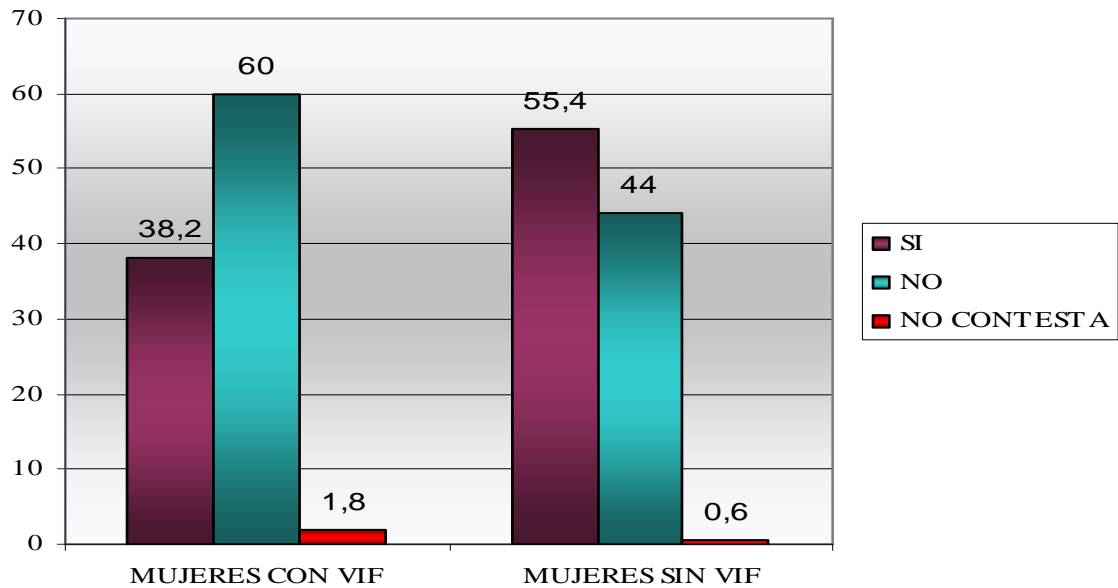
PARIDAD	PUÉRPERAS CON VIF		PUÉRPERAS SIN VIF	
	Nº	%	Nº	%
Múltipara 1	4	50,0%	6	35,3%
Múltipara 2	3	37,5%	7	41,2%
Múltipara 3	1	12,5%	0	0,0%
Múltipara >3	0	0,0%	4	23,5%
TOTAL	8	100%	17	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

En ambos grupos la mayoría de las puérperas son múltiparas de 1 o 2.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN*



*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Tabla N° 1 (Anexo N° 9).

El 60% de las mujeres víctimas de VIF no habían planificado la gestación, porcentaje que disminuye al 44% en el grupo control. La diferencia no es estadísticamente significativa (chi cuadrado 5,99 $p > 0.05$).

TABLA N° 11

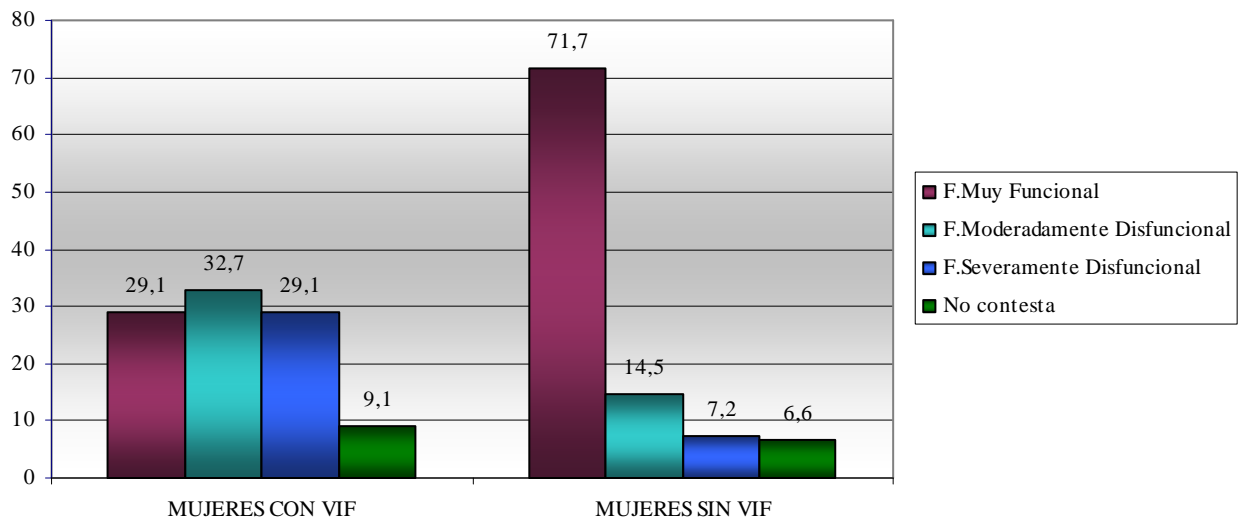
**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN
PRESENCIA DE VIF Y TIPO DE FAMILIA***

TIPO DE FAMILIA	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Nuclear	16	29,1%	52	31,3%
Monoparental	2	3,6%	4	2,4%
Extendida	37	67,3%	109	65,7%
Unipersonal	0	0,0%	1	0,6%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

No existe mayor diferencia entre los distintos tipos de familia, al tener similar distribución entre mujeres violentadas y el grupo control.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y APGAR FAMILIAR*

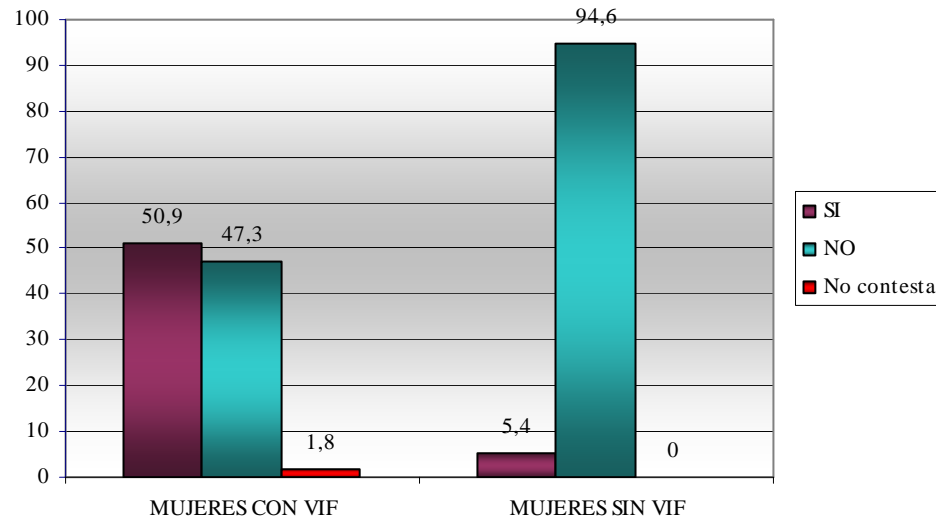
*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Tabla N° 2 (Anexo N° 9).

Las mujeres que sufren de VIF provienen mayoritariamente de familias moderada o severamente disfuncionales (61,8%); a la inversa, el 71,7% de las mujeres que no sufren de VIF tienen familias muy funcionales. Estas diferencias son estadísticamente significativas (chi cuadrado 7,82 $p > 0.05$).

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y ANTECEDENTES DE VIF*



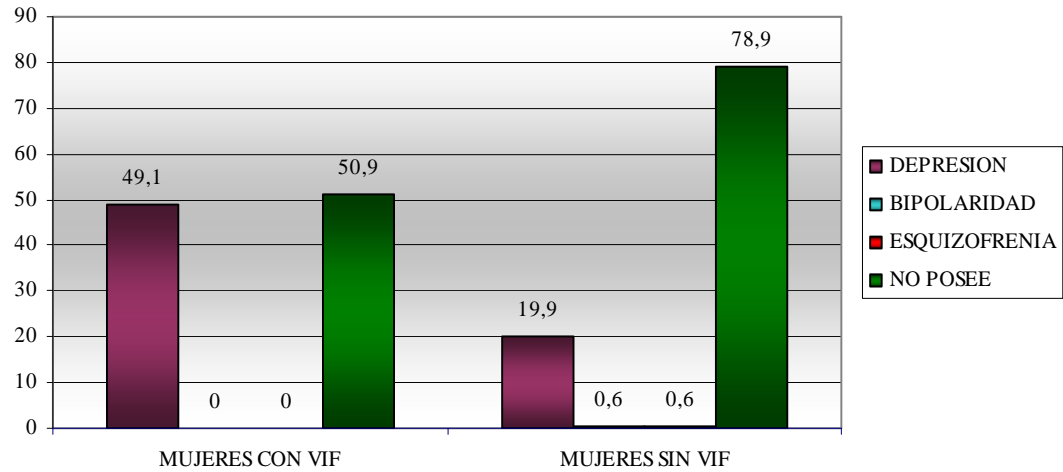
*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Tabla N° 3 (Anexo N° 9).

El antecedente de VIF esta presente casi 10 veces más en las mujeres que sufren violencia (50,9%) que en aquellas que no la padecen (5,4%).

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y ANTECEDENTES DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS*

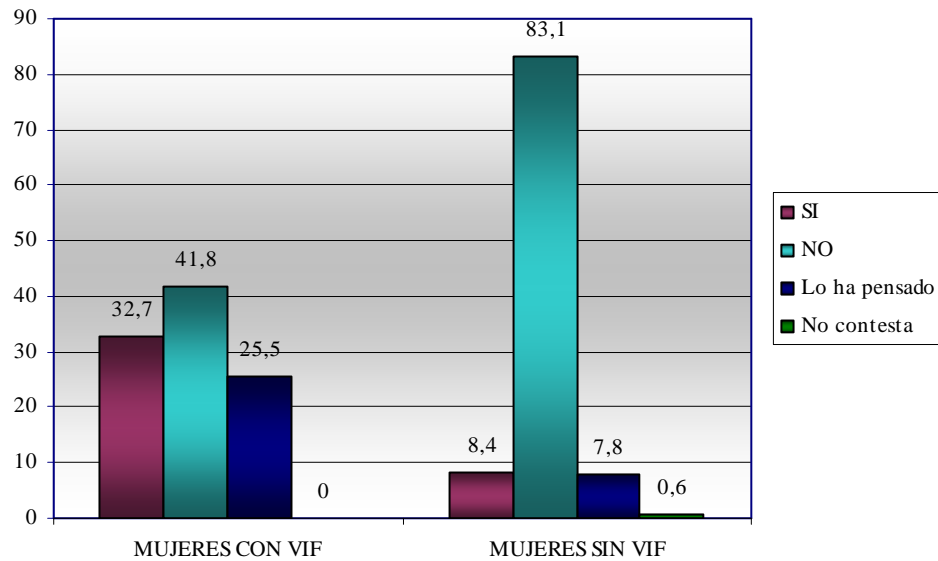


*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Tabla N° 4 (Anexo N° 9).

El antecedente de Depresión es 2 veces mayor en las mujeres víctimas de VIF que en el grupo control. Las diferencias son estadísticamente significativas (chi cuadrado 7,82 p > 0.05).

GRÁFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF E INTENCIÓN SUICIDA*

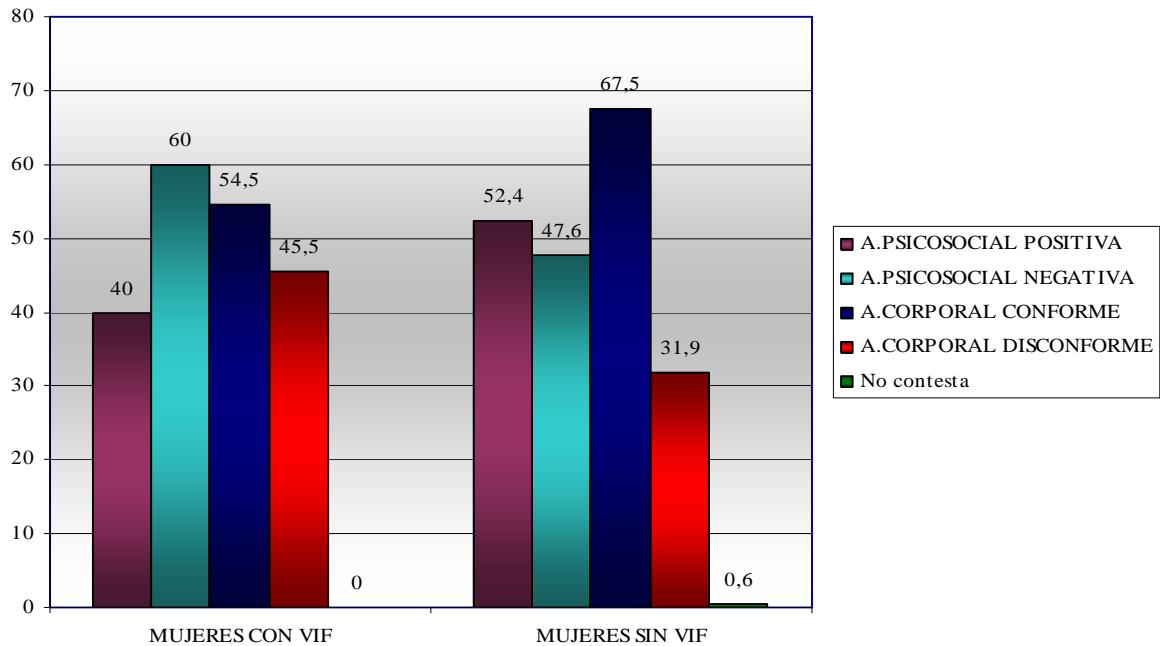
*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Tabla N° 5 (Anexo N° 9).

La ideación suicida y la intención suicida son 3 veces más frecuentes entre las mujeres víctimas de VIF que en el grupo control. Las diferencias son estadísticamente significativas (chi cuadrado 7,82 $p > 0.05$).

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y AUTOESTIMA*

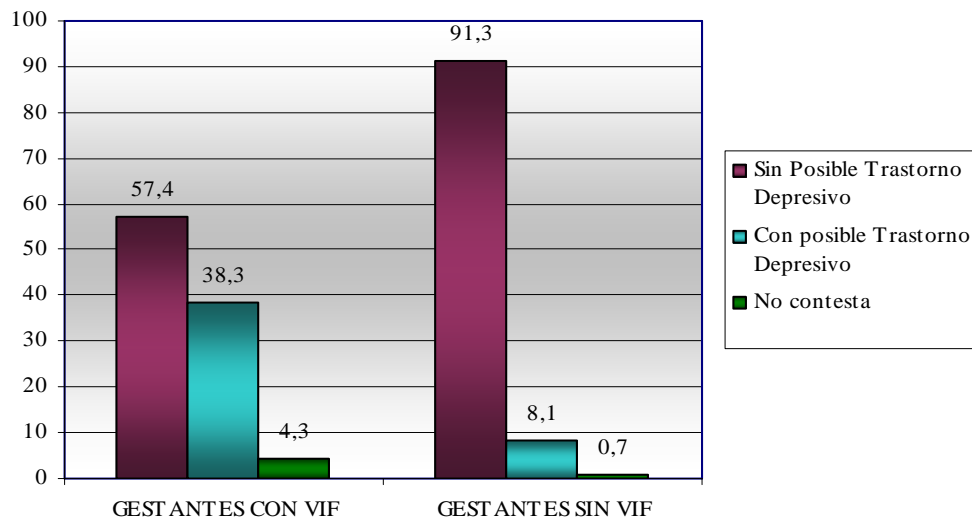


*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

* Autoestima medida según "Test de Autoimagen" (Anexo N° 4).

*Tabla N° 6 (Anexo N° 9).

La proporción de mujeres con autoimagen psicosocial negativa y autoimagen corporal disconforme es mayor en el grupo de víctimas de VIF que en el grupo control. Las diferencias no son estadísticamente significativas (Autoestima Psicosocial: chi cuadrado 3,84 $p > 0.05$ / Autoestima Corporal: chi cuadrado 5,99 $p > 0.05$).

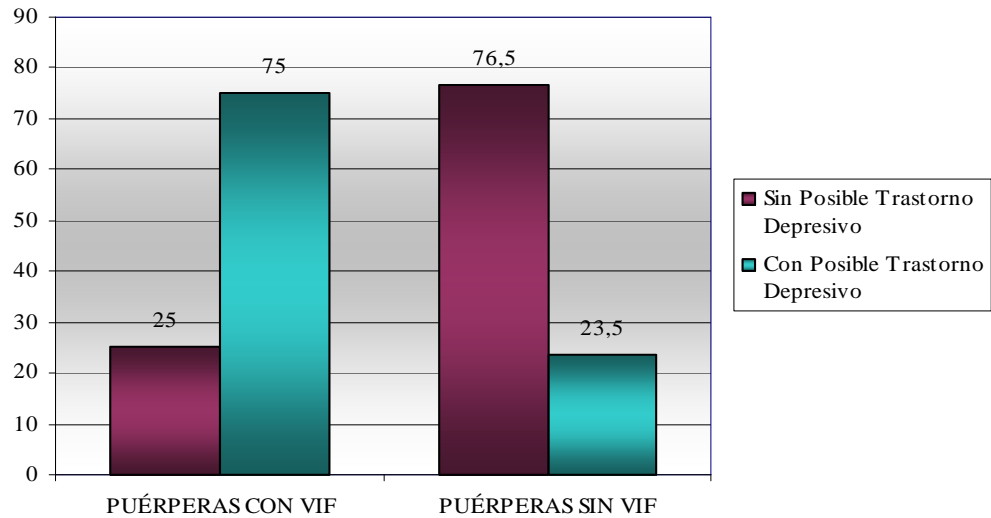
GRÁFICO N° 7**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y TRASTORNOS DEPRESIVOS****A.- DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y TRASTORNOS DEPRESIVOS***

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Depresión medida según "Cuestionario de selección de Depresión para embarazadas (CSD-20)" (Anexo N° 5).

*Tabla N° 7 (Anexo N° 9).

Las gestantes con posible trastorno depresivo que padecen violencia sobrepasan en más de 4 veces al grupo control (38,3% v/s 8,1%). Las diferencias son estadísticamente significativas (chi cuadrado 5,99 $p > 0.05$).

B.- DISTRIBUCIÓN DE PUÉRPERAS SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y TRASTORNOS DEPRESIVOS*

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Depresión medida según "Cuestionario sobre depresión postnatal Edimburgo (EPDS)" (Anexo N° 6).

*Tabla N° 8 (Anexo N° 9).

La proporción de puérperas con posible trastorno depresivo es tres veces mayor entre las mujeres víctimas de VIF que en el grupo control. Estas diferencias son estadísticamente significativas (chi cuadrado 3,84 $p > 0.05$).

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA*

TIPO DE VIOLENCIA	N°	%
Física	3	5,5%
Psicológica	28	50,9%
Física y Psicológica	23	41,8%
Física, Psicológica y Sexual	1	1,8%
TOTAL	55	100,0%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

En el grupo de mujeres víctimas de VIF un 94,5% experimentó violencia psicológica sola o acompañada de otras formas de violencia, en tanto el 49,1% sufre maltrato físico.

TABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN CONTEXTO DE LA AGRESIÓN*

SITUACIONES QUE DESENCADENAN LA AGRESIÓN	N°	%
Estrés laboral	10	18,2%
Discusión por hijos	9	16,4%
Problemas económicos	13	23,6%
Alcohol – drogas	8	14,5%
Celos	20	36,4%
Familia	9	16,4%
Desobediencia	6	10,9%
Embarazo	13	23,6%
Otros motivos	3	5,5%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*El total excede al tamaño de la muestra porque existe más de una alternativa.

Dentro de los motivos que gatillaron la violencia hacia la mujer, se destacan cuatro causales: en primer lugar los celos (36,4 %), luego en igual porcentaje, se encuentran el embarazo y los problemas económicos (23,6%) y finalmente el estrés laboral (18,2%). Otra fuente importante de conflicto lo constituyen los hijos y la familia (16,4%).

TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PREMEDITACIÓN DEL AGRESOR*

PREMEDITACION		N°	%
VISIBILIDAD	Visible	12	21,8%
	No visible	4	7,3%
	Ambas	11	20,0%
	TOTAL	27	100%
INSTRUMENTALIZACIÓN	Si	7	12,7%
	No	20	50,9%
	TOTAL	27	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Total referente sólo a las mujeres que son víctimas de violencia física.

El 21,8% de las agresiones son dirigidas a zonas corporales visibles (cabeza y extremidades superiores) y el 12,7% corresponde a agresiones en las cuales se utilizó algún tipo de objeto para realizar el acto violento.

TABLA N° 15**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN SITIO ANATÓMICO DE LA AGRESIÓN***

SITIO ANATÓMICO DE LA AGRESIÓN	N°	%
Crítico	9	33,3%
No Crítico	7	25,9%
Ambas	11	40,7%
TOTAL	27	100,0%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Total referente sólo a las mujeres que son víctimas de violencia física.

EL 33.3% de las mujeres agredidas físicamente resultaron ser maltratadas en zonas críticas de sus cuerpos (cabeza, abdomen, mamas y genitales). No obstante, el 40,7% refiere haber sido agredida tanto en zonas críticas como no críticas de sus cuerpos.

TABLA N° 16

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN LUGAR GEOGRÁFICO DE LA AGRESIÓN *

LUGAR EN QUE ES VIOLENTADA	N°	%
Hogar	41	74,5%
Otra casa	7	12,7%
Vecindario	6	10,9%
Vía publica	11	20,0%
Otro lugar	3	5,5%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*El total excede al tamaño de la muestra porque existe más de una alternativa.

El 74,5% de las agresiones ocurren en los hogares y un 20% se producen en la vía pública.

TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN REDES DE APOYO*

REDES DE APOYO	N°	%
Familia	7	12,7%
No familiares	1	1,8%
Centro de Salud	2	3,6%
Carabineros	5	9,1%
No pidió ayuda	31	56,4%
No responde	9	16,4%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

La mayoría de las mujeres no solicita ayuda, sólo el 27,2 % lo hace y se dirige principalmente a la familia (12,7%) y en segunda instancia a carabineros (9,1%).

TABLA N° 18

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN MOTIVO DE NO DENUNCIA*

MOTIVO DE NO DENUNCIA	N°	%
Miedo al agresor	5	16,1%
Vergüenza	9	29,0%
Causas económicas	2	6,5%
Amor	3	9,7%
Hijos	4	12,9%
Miedo al fracaso	2	6,5%
Miedo al "que dirán"	4	12,9%
Miedo a la soledad	3	9,7%
Costumbre	2	6,5%
Insuficiencia de la justicia	2	6,5%
No sabia como pedir ayuda	7	22,6%
Siento que lo merezco	2	6,5%
Otra causa	8	25,8%
TOTAL	31	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

* El total se limita sólo a las mujeres que no realizan denuncia del acto agresivo. El total excede al tamaño de la muestra porque existe más de una alternativa.

Entre los motivos de no denuncia se destacan la vergüenza (29,0%), no saber como pedir ayuda (22,6%) y el miedo al agresor (16,1%). Los hijos y el "miedo al que dirán" aparecen en un 12,9%.

TABLA N° 19

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN EDAD DEL AGRESOR/A*

EDAD DEL AGRESOR	N°	%
Menor de 15 años	0	0,0%
15 – 19 años	2	3,6%
20 – 29 años	18	32,7%
30 – 39 años	11	20,0%
40 y más años	14	25,5%
No responde	10	18,2%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

Dentro de la descripción del agresor la edad predominante fluctúa en el rango de los 20 – 29 años correspondiente al 32,7%.

TABLA N° 20

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN ESCOLARIDAD DEL AGRESOR/A*

ESCOLARIDAD DEL AGRESOR	N°	%
E. Básica Incompleta	6	10,9%
E. Básica Completa	4	7,3%
E. Media Incompleta	12	21,8%
E. Media Completa	11	20,0%
E. Superior	11	20,0%
No sabe	1	1,8%
No responde	10	18,2%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

La mayoría de los agresores tiene Escolaridad Media Completa e Incompleta (20,0% y 21,8%) respectivamente, destacándose un 20,0% con Educación Superior.

TABLA N° 21

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN OCUPACIÓN DEL AGRESOR/A*

OCUPACIÓN DEL AGRESOR	N°	%
Remunerada	29	52,7%
No remunerada	16	29,1%
No responde	10	18,2%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

El 52,7% de los agresores tiene una actividad remunerada.

TABLA N° 22

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN ANTECEDENTES PENALES DEL AGRESOR/A*

ANTECEDENTES PENALES DEL AGRESOR	N°	%
No	37	67,3%
Si	8	14,5%
No responde	10	18,2%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

El 14,5% de los agresores presentaban antecedentes penales.

TABLA N° 23

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL AGRESOR/A*

CONSUMO DE SUSTANCIAS	N°	%
Legales	34	61,8%
Ilegales	20	36,4%
Ambas	11	20,0%
Otros	1	1,8%
No sabe	7	12,7%
No consume	17	30,9%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*El total excede al tamaño de la muestra porque existe más de una alternativa.

El 61,8% de los agresores consume sustancias legales y el 36,4% hace uso de sustancias ilegales. Existe un 20% de agresores que utiliza ambos tipos de sustancias.

TABLA N° 24

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DEL AGRESOR/A*

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DEL AGRESOR	Nº	%
Depresión	6	10,9%
Bipolaridad	1	1,8%
Esquizofrenia	1	1,8%
No posee	20	36,4%
No sabe	14	25,5%
Otra	3	5,5%
No responde	10	18,2%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

El 36,4% de los agresores no tiene antecedentes de trastorno psicológico, el dato se desconoce en el 25,5% de los casos. El 14,5% de los agresores padece algún tipo de Trastorno Psicológico; predominando la depresión con un 10,9%.

TABLA N° 25

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN RELACIÓN CON EL AGRESOR/A*

RELACIÓN DEL AGRESOR CON LA VÍCTIMA	N°	%
Pareja	27	49,1%
Padre	7	12,7%
Madre	10	18,2%
Suegro	1	1,8%
Suegra	4	7,3%
Hermanos	12	21,8%
Otros	4	7,3%
No responde	10	18,2%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*El total excede al tamaño de la muestra porque existe más de una alternativa.

De la relación entre víctima-victimario se desprende que la pareja es el principal agresor con un 49,1%, seguido de los hermanos en un 21,8% y finalmente de la madre en un 18,2% de los casos.

TABLA N° 26

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIF DURANTE EL PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN ANTECEDENTES DE VIF DEL AGRESOR/A*

ANTECEDENTES DE VIF	N°	%
Si	23	41,8%
No	19	34,5%
No responde	13	23,6%
TOTAL	55	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

El 41,8% de los agresores tiene a su vez antecedentes de VIF (41,8%).

CONCLUSIONES

1. En relación a la prevalencia de VIF en mujeres en período grávido-puerperal en la muestra de mujeres encuestadas, es de un 24,9%. El grupo de las gestantes alcanza un 24% y las puérperas un 32%. Esto se correlaciona con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2003 que establece que “entre un 4% y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia doméstica durante el embarazo”⁴⁶ y con los datos obtenidos en el estudio “Violencia Familiar: la situación de la mujer en Chile”, publicado en el año 1993 en el cual se obtuvo que de 1000 mujeres encuestadas el 29.5% vivía en situación de violencia.

2. Con respecto a las características personales de las mujeres víctimas de VIF se logró establecer lo siguiente:
 - En ambos grupos la distribución de mujeres según edad es homogénea, concentrándose entre los 20 y los 29 años. Es también este grupo etario el que presenta una mayor prevalencia de VIF con un 50,9%. Resultado que contrasta con un estudio publicado por la OPS⁴⁷, donde existe una tendencia de que las adolescentes embarazadas sufren más violencia por parte de sus parejas, especialmente quienes tienen entre 13 y 17 años de edad.

 - El nivel de escolaridad es homogéneo para ambos grupos. Sin embargo en ambos se concentra mayoritariamente en el nivel de Enseñanza Media Incompleta, que también corresponde al grupo que presenta mayor VIF con un 30,9%. Según el primer estudio realizado en Chile en 1992 y actualizado en el 2001, a medida que aumenta el nivel educacional es mayor el porcentaje de mujeres que han vivido relaciones de pareja sin violencia: la prevalencia de violencia física es de un 40% para las mujeres que tienen enseñanza básica o media incompleta y de un 29% para aquellas que tienen enseñanza media completa o superior. Sin embargo, dentro de los factores predictores relacionados con la estructura tradicional-patriarcal señala en la teoría que la mujer que tenga mayor escolaridad que el hombre tiene mas riesgo de sufrir VIF.

⁴⁶ Nasir Khurram et al. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. “Pregnant women more likely to experience violence.” Cited by Feminist Majority Foundation. June 24, 2003.

⁴⁷ Nearly 10 percent of Teenage Mothers Experience Violence while Pregnant”, *Family Planning Perspectives*, 31:1999.

- En las mujeres víctimas de VIF no hubo diferencia significativa con el grupo control respecto a la actividad. Este resultado contrasta con un estudio que señala que las mujeres que realizan algún tipo de actividad remunerada fuera del hogar tienden a padecer más violencia que aquellas que se dedican exclusivamente a las labores de su casa.
- Víctimas de VIF con antecedentes penales alcanzan sólo el 1,8%. Porcentaje similar presentan las mujeres que no sufren de VIF.
- Un 21,8% de víctimas de VIF consumen sustancias legales, mientras que un 3,6% declara consumir sustancias ilegales. El consumo de sustancias legales es 3 veces mayor en mujeres con VIF que en el grupo control, cuando se trata de sustancias ilegales la proporción es 3 veces mayor. Las diferencias, en ambos casos, son estadísticamente significativas y concuerda con algunas investigaciones que indican que “el uso de alcohol entre los cónyuges está fuertemente relacionado con el abuso sexual y físico”. En ambos grupos la mayoría de las mujeres no consume fármacos. Sin embargo, el consumo de fármacos asociados a problemas de salud mental es levemente mayor entre las mujeres víctimas de VIF (1,8 %) siendo congruente con la teoría que supone un menoscabo en la salud mental de la mujer producto de la violencia.
- Según la condición obstétrica, un 88,69% de las encuestadas estaban en período de gestación, mientras que un 11,31% se encontraban en el puerperio. Dentro de las gestantes la distribución según semanas de gestación es similar.
- En el caso de las gestantes no hay mayor diferencia en la distribución de ambos grupos con respecto a la paridad, siendo la mayoría de las mujeres nulíparas en ambos casos. En el caso de las que presentan VIF la nuliparidad alcanza el 51,1%. En el caso de las puérperas tampoco existen mayores diferencias en la distribución de ambos grupos. Dentro del grupo de mujeres violentadas, el 50% corresponde a Multíparas de 1. Estas diferencias no son estadísticamente significativas. Estos resultados se comparan con un estudio mencionado anteriormente, el que señala que las madres con 3 o mas hijos tienen un mayor riesgo de sufrir VIF.

- El 60% de las mujeres víctimas de VIF no habían planificado la gestación, porcentaje que disminuye al 44% en el grupo control. Esta diferencia se correlaciona con publicaciones que señalan la no planificación como un factor de riesgo, por el estrés que esta situación desencadena. Además la publicación *The Journal of Law*⁴⁸ dice que en la gestación no planificada es cuatro veces mas probable que se produzca violencia domestica.
3. Con respecto a las características del grupo familiar de las mujeres víctimas de VIF se establece lo siguiente:
- No existe mayor diferencia entre la distribución de los distintos tipos de familia, entre mujeres violentadas y el grupo control. Por otra parte, las mujeres que sufren de VIF provienen mayoritariamente de familias moderada o severamente disfuncionales (61,8%); a la inversa, el 71,7% de las mujeres que no sufren de VIF tienen familias muy funcionales. Estas diferencias son estadísticamente significativas. Como se menciona en puntos anteriores la familia y su grado de cohesión actúa como un factor protector de VIF. Además en la cuarta conferencia mundial sobre la mujer refiere que en muchos casos, la violencia contra las mujeres ocurre en la familia o en el hogar, donde a menudo se tolera la violencia.
4. Con respecto a las características psicológicas de las mujeres víctimas de VIF tenemos:
- El antecedente de VIF es casi 10 veces mayor en aquellas mujeres que sufren de VIF (50,9%) que aquellas que declaran no padecerla (5,4%). Diversos estudios concluyen que existe una directa relación con la violencia experimentada en la niñez y la que se da durante la gestación⁴⁹. Además se señala en el estudio modelo ecológico como único factor predictivo relacionado con ser victima de maltrato, es el hecho de haber presenciado violencia entre sus padres o tutores en la niñez⁵⁰.

⁴⁸ Heise, Lori. “Reproductive Freedom and Violence Against Women: What are the intersections?” *The Journal of Law, medicine and Ethics*, 27:1993.

⁴⁹ Heding LW, Janson PO. *Violencia doméstica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos. Acta Obstet Gynecol Scand* 2000.

⁵⁰ Heise, Lori. “Violencia en contra de la mujer: la cara oculta sobre la salud.” *OPS: Washington*, 1994.

- Un 49,1% de las mujeres que padecen VIF presentan antecedentes de depresión. El antecedente de depresión en las víctimas de VIF es 2 veces mayor que en el grupo control. Las diferencias son estadísticamente significativas. A su vez, las gestantes con trastorno depresivo que padecen violencia sobrepasan en más de 4 veces al grupo control (38,3% v/s 8,1%). Las diferencias son también estadísticamente significativas y concuerda con la teoría que indica un impacto negativo en la salud mental de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, donde finalmente surgen los pensamientos suicidas y la intención suicida que resultan ser 3 veces más frecuentes entre las mujeres víctimas de VIF que en el grupo control.
 - Los trastornos de autoestima se dan en mayor proporción en el grupo que padece de VIF. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas. Dicho resultado concuerda con lo descrito en el estudio del modelo ecológico, donde los factores de riesgo individuales en su dimensión cognitiva menciona un agresor que maximiza defectos de la víctima creando una imagen acentuada con críticas severas y como consecuencia de esto se aprecia una evidente baja de autoestima de la víctima⁵¹.
5. Con respecto a las características del acto violento en sí que sufren las víctimas de VIF, las conclusiones son las siguientes:
- La violencia psicológica (50,9%) es 10 veces mayor que la violencia física (5,5%). Por otra parte, la combinación de estas dos expresiones de violencia corresponde a un 41,8%. En la investigación realizada por Larraín (1994) arroja que el 33,9% de las mujeres vive violencia psicológica y el 25,9% violencia física, categorizada como violencia física menos grave (15,2%) y violencia física grave (10,7%)⁵². Además un estudio de Galles y Straus arroja que 29,5% de las encuestadas vivía situación de violencia. Datos sobre violencia intrafamiliar según Naciones Unidas, una de cada 3 mujeres en todo el mundo han sufrido VIF.
 - Dentro de los motivos que gatillaron la violencia hacia la mujer, se destacan cuatro causales: en primer lugar los celos (36,4 %), luego en igual porcentaje, se encuentran el embarazo y los problemas económicos (23,6%) y finalmente el estrés laboral (18,2%). Otra fuente importante

⁵¹ Heise, Lori. *“Violencia en contra de la mujer: la cara oculta sobre la salud.”* OPS: Washington, 1994.

⁵² Entel, Rosa: *“Mujeres en Situación de Violencia”*. Buenos Aires, 2002.

de conflicto la constituyen los hijos y la familia (16,4%). Resultados relativamente congruentes con la investigación “Violencia Familiar: la situación de la mujer en Chile”, publicada en el año 1993 donde se señalan como factores gatillantes: período post-parto, consumo de alcohol y drogas (por parte del hombre) y desempleo o ingresos esporádicos de la pareja. En un estudio sobre violencia a la mujer en América Latina⁵³ concluyó que factores presentes en el inicio de la agresión, el primer embarazo con un 25%, los 12 meses post parto al 35% y el nacimiento del primer hijo el 25%.

- Según la premeditación del acto violento se obtuvo que un 21,8% de las agresiones son dirigidas a zonas corporales visibles (cabeza y extremidades superiores) y el 12,7% corresponde a agresiones en las cuales se utilizó algún tipo de objeto para realizar el acto violento. No existe mayor diferencia entre los lugares Críticos (cabeza, abdomen, mamas y genitales; 33%) y No Críticos (brazos, piernas y espalda; 25,9%) de la agresión.
- El principal lugar geográfico donde se desarrolla el acto violento es el hogar con un 74,5%, totalmente concordante con los estudios ya descritos, donde es en el microsistema, generalmente, el lugar y el contexto de los episodios de abuso.
- Sólo el 27,2 % solicitó ayuda, siendo la familia la principal red de apoyo con un 12,7% y en segunda instancia carabineros con un 9,1%. Un 54,6% simplemente no pidió ayuda. Entre los motivos de no denuncia se destacan la vergüenza (29,0%), no saber como pedir ayuda (22,6%) y el miedo al agresor (16,1%). En el grupo de otras causas (25,8%) corresponde entre otros a no considerar necesaria la denuncia, no querer causar problemas o sentir que es merecido. Según Carabineros, durante el año 2005 se constataron 82.596 denuncias por violencia en contra de la mujer, cifra que a julio del año 2006 alcanzó a 45.449 denuncias. Según la Plataforma de Acción de Beijing la violencia contra la mujer se ve agravada por presiones sociales, como la vergüenza de denunciar ciertos actos; la falta de acceso de la mujer a la información, asistencia letrada o protección jurídica. Datos estadísticos de SERNAM del año 2006 dicen que el 50% de las mujeres que denuncian, se retractan por temor y vergüenza.

⁵³ “La investigación sobre violencia contra la mujer en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría no responde”. Cad. Saù de Pública. V.19n.1 Río de Janeiro. Enero / febrero 2003.

6. Con respecto a las características personales del agresor, el estudio arrojó los siguientes resultados:
- Así como el grupo etario agredido con mayor prevalencia correspondía al rango entre los 20-29 años, el rango etario del agresor predomina entre los 20-29 años con un 32,7%. A edades mayores la distribución es homogénea.
 - El 61,8% de los agresores posee Escolaridad Básica Completa. La mayoría de los agresores tiene Escolaridad Media Completa e Incompleta (20,0% y 21,8%) respectivamente, destacándose un 20,0% con Educación Superior. El 49,1% de los agresores tiene una actividad remunerada. Dentro del grupo que no posee actividad remunerada destacan las dueñas de casa con un 14,5%. Según el denominado modelo Ecológico⁵⁴, una de las teorías que analizan los factores que potenciarían la violencia, otras variables que predicen el riesgo de violencia tienen que ver con un desequilibrio en la estructura de poder en la familia, como conflictos frecuentes en torno a la división de tareas, el consumo de alcohol por parte de la pareja y que la mujer tenga una mayor escolaridad que el hombre. En la teoría también se señala como motivo de conflicto y violencia los problemas económicos y la cesantía.
 - El 14,5% de los agresores presentaban antecedentes penales.
 - De las sustancias consumidas el 61,8% corresponde a legales y el 36,4% a ilegales. El 56,4% de los agresores utiliza ambos tipos de sustancias. Dato que se reafirma con algunas investigaciones que señalan el consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas, principalmente drogas y alcohol, como factores facilitan las conductas violentas en el agresor al reducir los umbrales de inhibición.
 - El 14,5% de los agresores posee algún tipo de Trastorno Psicológico; predominando la depresión con un 10,9%. Si bien el agresor es generalmente un individuo sin trastornos psicopatológicos evidentes, la violencia puede emerger de cualquier estructura de personalidad, siendo por lo general más grave cuanto mayor sea el trastorno.

⁵⁴ Heise, Lori. “Violencia en contra de la mujer: la cara oculta sobre la salud.” OPS: Washington, 1994.

- De la relación entre víctima-victimario se desprende que la pareja es el principal agresor con un 49,1%, seguido de los hermanos en un 21,8% y finalmente de la madre en un 18,2%. Datos sobre violencia intrafamiliar según Naciones Unidas, una de cada 3 mujeres en todo el mundo han sufrido maltratos, violaciones o golpes por parte de los hombres Según cifras del SERNAM, desde el año 2004 mas de 150 mujeres han sido asesinadas por su pareja o ex pareja.
- El 41,8% de los agresores tiene a su vez antecedentes de VIF (41,8%). Cifra que concuerda con lo indica el modelo ecológico, donde el haber presenciado situaciones de violencia doméstica y/o haber padecido abuso en la infancia, ya sea física, sexual y /o psicológica supone cierta predisposición en el sujeto a ser eventualmente un victimario.

RECOMENDACIONES

A partir del estudio realizado, como autoras del mismo y futuras profesionales enfocadas a la salud integral de las mujeres y su grupo familiar, nos vemos en la obligación de aportar con recomendaciones que pudiesen generar un cambio a favor de una vida saludable para la gestante, puérpera, su recién nacido y su familia en general.

- Que el profesional matrona/ón otorgue una atención integral de salud la cual sea eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al usuario/a o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como entes sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.
- Capacitar a los profesionales de la salud constantemente en lo que se refiere a VIF, con el objetivo de que éstos posean las herramientas necesarias para detectarla y otorgar la ayuda necesaria dependiendo de cada caso.
- Creación de equipos multidisciplinarios e intersectoriales que incluya a colegios, jardines infantiles, profesionales de la salud, del área legal y en general a toda la comunidad para que realicen un seguimiento activo a familias en riesgo.
- Existencia de sesiones familiares en atención primaria que eduquen al grupo familiar completo sobre VIF y sus consecuencias, entregando herramientas para relaciones saludables y resolución de conflictos.
- Existencia de encuestas para detección de VIF, las que se realicen a lo largo del control prenatal, con el fin de hacer un seguimiento a esa gestante evitando consecuencias de violencia.
- Aplicación de encuestas para embarazadas y puérperas sobre apgar familiar y autoestima y depresión.
- Mayor divulgación y educación a toda la población acerca del tema de VIF a través de afiches, folletos, charlas, etc con el fin de mejorar las relaciones interpersonales y crear conciencia de lo que significa este delito, obteniendo finalmente un resguardo óptimo tanto para la víctima como para su familia y una sanción adecuada para el o los agresores/as.
- Promoción de Redes de Apoyo para víctimas de VIF
- Realizar mayor investigación acerca del tema VIF; sus causas, consecuencias e impacto en las distintas etapas del proceso reproductivo y ciclo vital familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- ALIAGA P.: Violencia contra la mujer. Conferencia dictada en el Curso Precongreso: Actualizaciones para Matronas. XXIX Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología, Santiago, Chile 2001.
- ARCOS G, Estela, UARAC U, Myrna, MOLINA V, Irma *et al.* Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. . *Rev. méd. Chile.* [online]. dic. 2001, vol.129, no.12.
- ARCOS G, Estela, MOLINA V, Irma, REPOSSI F, Ángela *et al.* Violencia doméstica y sexualidad. . *Rev. méd. Chile.* [online]. nov. 1999, vol.127, no.11.
- CARAVANTES M. : La Igualdad Esencial. Madrid, 2000.
- ENTEL R. "Mujeres en situación de violencia intrafamiliar: Embarazo y violencia- El varón violento frente al embarazo-Modalidades de Intervención desde el trabajo social." Editorial Espacio, 2002, Buenos Aires. Argentina.
- HEDING LW, JANSON PO, Violencia doméstica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000
- HEISE, LORI (en colaboración con J.Pitanguy y A.Germain): "Violencia contra la Mujer: la carga oculta de Salud". Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington; D.C, 1994.
- HEISE, LORI. "Reproductive Freedom and Violence Against Women: What are the Intersections?" *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 27:1993.
- HENSHAW, 1998; BECK Y COLS, 1999.
- KHURRAM N, HOPKINS J, Bloomberg School of Public Health. "Pregnant women more likely to experience violence." Cited by Feminist Majority Foundation. June 24, 2003.
- KHURRAM N, HYDER A. Violence against pregnant women in developing countries. *Eur J Public Health* 2003; 13: 105-107.
- LARRAÍN HEIRMANS S. "Violencia Puertas Adentro". La mujer golpeada. Editorial Universitaria, 1994, Santiago, Chile.
- JONG-WOOK LEE, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fuentes: OMS, Europa Press, Mujereshoy.
- MAHBUB UL HAQ, "Reflexiones sobre el desarrollo humano", 1995

- MC FARLANE J, PARKER B, SEKEN K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships and effects on birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996;25:313-320.
- MINISTERIO DE SALUD, CHILE “Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar”. MINSAL, Diciembre 1997. Santiago, Chile.
- MUHAJARINE N, D’ARCY C. Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *CMAJ* 1999;160(7):1007-1011.
- MUÑOZ T, TORRES AM, VERGARA ME. Maltrato a la mujer: Un estudio descriptivo y comprensivo. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de La Frontera, Temuco. 1993.
- OMS-OPS. Colegio de Matronas Chile: “Guía de Intervención en casos de Violencia Intrafamiliar y medidas de seguridad. Campaña Regional por una respuesta a la Violencia contra las mujeres”
- PERRONE R. y NANNINI M. “Violencia y Abusos Sexuales en la familia, un abordaje sistémico y comunicacional”. *Terapia Familiar*. 1º Edición, 1997. Editorial Piados. Buenos Aires. Argentina. *Violence Against Women: a priority health issue*. WHO. Geneva, 1997.
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, CHILE “Sensibilización sobre violencia Intrafamiliar”. Santiago, 1994
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, CHILE “Violencia Intrafamiliar y Derechos Humanos”. Seminarios. Edición Virginia Aguirre, 1995.
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, CHILE “Una Reconstrucción posible”. Santiago, 1997.
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, CHILE “Prevalencia de la violencia intrafamiliar, detección y análisis”. Documento de trabajo. Versión preliminar. Gobierno de Chile, Santiago, 2001.
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, CHILE: “Una reconstrucción posible”. Edición 1997.
- SINCLAIR D, “Understanding Wife Assault” y ha sido tomada del libro “Battered wives and powerless loss: What can counsellors do? De Patricia G. Ball y Elizabeth Wyman.
- VELBOER M., CLAVEL-ARCAS C., GARCÍA C. y ELLSBERG M. “La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud”. Publicación Ocasional N° 12, OPS. 2003.

- VIDELA, M.: “Maternidad Mito y Realidad”. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1990.
- Violence Against Women: a priority health issue. WHO. Geneva, 1997
- VIZCARRA L, María Beatriz, CORTES M, Julia, BUSTOS M, Luis *et al.* Violencia conyugal en la ciudad de Temuco: Un estudio de prevalencia y factores asociados. . *Rev. méd. Chile.* [online]. dic. 2001, vol.129, no.12.
- www.apsique.com.
- www.congreso.cl
- www.ilustrados.com.
- www.sernam.cl
- www.violenciaintrafamiliar.org/chile.

ANEXOS

ANEXO N° 1

N° Correlativo del Instrumento

Encuesta para Gestantes

Identificación del encuestador: _____

Fecha de Aplicación: ____ de _____ del 200__

Consultorio de procedencia: _____

Marque con una cruz su condición actual:

Embarazada semanas
------------	------------------

1.-Edad:años**2.- Estado Civil: (Marque con una cruz)**

Soltera	
Casada	
Separada	
Conviviente	
Viuda	
Otro	¿Cuál?

3.-Escolaridad: (Marque con una cruz)

Sin Escolaridad.	
Básica Incompleta (menos de 8 años).	
Básica Completa (8 años).	
Media Incompleta (menos de 4 años).	
Media Completa (4 años).	
Educación Superior Incompleta.	
Educación Superior Completa.	
Otros estudios (especifique)	

4.- ¿Que actividad realiza usted?

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Estudiante	
Dueña de Casa	
Trabaja	(Especifique)
Otro	(Especifique)

5.- ¿Ha estado embarazada alguna vez?

(Marque con una cruz)

a.- Si	
b.- No	
c.- Sólo ahora	

6.- ¿Cuántos partos ha tenido?Nº **7.- ¿Este último embarazo fue planificado?**

(Marque con una cruz)

a.- Si	
b.- No	

8.- Quienes viven en su casa

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Padre	
Madre	
Hermanos	
Pareja	
Suegra	
Suegro	
Abuela	
Abuelo	
Hijos	
Otros (especifique)	

9.-Ha sido usted condenada por algún delito (Marque con una cruz)

No		
Si		¿Cual?

10.- En su vida, ha presentado algún tipo de trastorno psicológico como:

(Marque con una cruz)

a.- Depresión	
b.- Bipolaridad.	
c.- Esquizofrenia.	
d.- Otros (especifique).	
e.- No	

11.- Usted consume algún tipo de sustancias como: (Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

a.- Tabaco.	
b.- Alcohol.	
c.- Marihuana.	
d.- Pasta Base.	
e.- Neoprén.	
f.- Cocaína.	
g.- Fármacos como:	
-Analgésicos.	
-Antinflamatorios.	
-Antidepresivos. Amilriptilina Fluoxetina Ravotril Otros	
-Antihipertensivos. Enalapril Espironolactona Atenolol Propanolol Captopril Nifedipino Metildopa Otros	
-Hipoglicemiantes. Metformina Clorpopramida Glibenglamida Nivalin Otros	
h.- Otro (especifique)	
i.- No Consume.	

12.- ¿Ha intentado usted alguna vez quitarse la vida? (Marque con una cruz)

a.- Si	
b.- No	
c.- Lo ha pensado.	

13.- ¿En los 5 años previos a este último embarazo, ha sufrido alguna vez algún tipo de violencia Física, Psicológica o Sexual por parte de familiares (madre, padre, hermanos(as), hijo(a), pareja, cónyuge, suegro o suegra, abuelo o abuela)?

Si	
No	

14.- ¿Durante este embarazo o puerperio ha sido usted insultada, o agredida psicológica, sexual o físicamente por parte de algún miembro de su familia? Identifique en la siguiente tabla el tipo de agresión a la cual ha sido sometida. (Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Si he sido victima de violencia	
Indiferencia	
Gritos	
Descalificaciones Ej.: No sirves para nada Es típico de ti Que mas se podia esperar de ti “Tonta” “Imbécil” “Estúpida” “Mongólica” “Desgraciada” “Enferma”	
Insultos o Garabatos	
Abuso En el plano sexual la obliga a hacer cosas que ud. no desea.	
Zamarreos	
Empujones	
Pellizcos	
Bofetadas	
Mechoneos	
Combos	
Patadas	
Violación	
Otros	¿Cuál?:
No he sido victima de violencia	

* Si su respuesta es **NO** pase a la pregunta **29**

* Si su respuesta es **SI** continúe con la pregunta **15**

15.- Si su respuesta es SI, encierre en un círculo a su PRINCIPAL agresor y marque con una cruz en el caso de que hayan otros agresores:

Pareja	
Padre	
Madre	
Suegro	
Suegra	
Hermanos	
Otros	¿Quién?:

16.- Las situaciones que desencadenan la agresión tienen relación con:

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Estrés y/o cansancio en el trabajo	
Discusiones por hijo(s).	
Problemas económicos.	
Problemas de alcohol y/o de drogas	
Celos.	
Por la familia	
Demanda sexual	
Desobediencia	
Embarazo	
Nacimiento	
Otro motivo	¿Cuál?:

17.- ¿En que lugar la han agredido? (Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Hogar	
Otra casa	
Vecindario	
Vía pública	
Otro lugar	¿Dónde?:

18.- En el caso de haber recibido agresión física, estas son en:

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Cabeza	
Pecho	
Abdomen	
Espalda	
Brazos	
Genitales	
Piernas	
Otro lugar	¿Dónde?:

19.- ¿Ha sido golpeada con objetos?

(Como cinturón, herramientas, piedras, cuchillos, cortaplumas)

Si	
No	

Con respecto a su agresor o agresora
(aquel que señalo con un círculo)

Responda las siguientes preguntas:

20.- La edad de su agresor(a) es:

21.- Cuantos cursos alcanzó a terminar en el colegio/escuela/liceo su agresor(a)

(Marque con una cruz)

Sin Escolaridad	
Básica Incompleta	
Básica Completa	
Media incompleta	
Media Completa	
Nivel Superior	
No sabe	
Otra (especifique)	

22.- En este momento, en que se desempeña su agresor(a):

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Estudiante	
Dueña de Casa	
Trabaja	
Cesante	
Jubilado	
Otro (especifique)	

23.- La persona que la ha agredido, ha sido acusado por algún delito:**(Marque con una cruz)**

No	
Si	
¿Cual?	

24.- La persona que la ha agredido, consume algún tipo de las sustancias que aparecen a continuación:**(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)**

Alcohol	
Tabaco	
Marihuana	
Pasta Base	
Cocaína	
Neoprén	
No sabe	
Otra (especifique)	¿Cuál?:

25.- Su agresor sufre de...**(Marque con una cruz)**

Depresión	
Bipolaridad	
Esquizofrenia	
No	
No sabe	
Otra	¿Cuál?:

26.- Su agresor tiene antecedentes de haber sido a su vez víctima de Violencia Intrafamiliar.

(Marque con una cruz)

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

27.- ¿Ha solicitado usted alguna vez ayuda?

(Marque con una cruz)

a.- No:

b.- Si: ¿A quién?: _____

28.- Si su respuesta es NO marque con una cruz cual o cuales fueron las causas por las cuales NUNCA HA SOLICITADO AYUDA:

(Puede marcar más de una alternativa)

Miedo al agresor.	<input type="checkbox"/>
Vergüenza.	<input type="checkbox"/>
Causas económicas.	<input type="checkbox"/>
Lealtad.	<input type="checkbox"/>
Amor.	<input type="checkbox"/>
Hijos.	<input type="checkbox"/>
Miedo al fracaso.	<input type="checkbox"/>
Miedo al "que dirán".	<input type="checkbox"/>
Miedo a la Soledad.	<input type="checkbox"/>
Por costumbre.	<input type="checkbox"/>
Por ineficiencia de la justicia.	<input type="checkbox"/>
No sabía como pedir ayuda.	<input type="checkbox"/>
Siento que merezco lo que me ocurre	<input type="checkbox"/>
Otra causa (especifique)	<input type="checkbox"/>

29.- Durante las últimas 2 ó 3 semanas: (Marque con una cruz)**a.- ¿Se ha sentido cansada o decaída?**

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

b.- ¿Ha podido concentrarse en lo que hace?

Mejor que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Algo menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

c.- ¿Ha estado despertando muy temprano, sin poder dormirse nuevamente?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

d.- ¿Se ha sentido muy cansada y agotada?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

e.- ¿Se siente con buen ánimo y energía?

Mejor que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos energía que de costumbre	
Mucho menos energía que de costumbre	

f.- ¿Ha logrado mantener su ritmo de actividades normales?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Algo menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

g.- ¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Menos interés que de costumbre	
Mucho menos interés que de costumbre	

h.- ¿Ha perdido interés en su apariencia personal?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Menos interés que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

i.- ¿Se siente usted una persona útil para los demás?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos útil que de costumbre	
Mucho menos útil que de costumbre	

j.- ¿Se siente capaz de tomar decisiones?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos que de costumbre	
Mucho menos capaz que de costumbre	

k.- ¿Ha sentido que no puede solucionar sus problemas?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

l.- ¿Ha podido disfrutar de la vida diaria?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Algo menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

m.- ¿Se ha sentido triste y deprimida?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

n.- ¿Ha sentido que usted no vale nada?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

ñ.- ¿Ha sentido que la vida no ofrece esperanza alguna?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

o.- ¿Tiene esperanzas respecto de su futuro personal?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

p.- ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

q.- ¿Ha pensado la posibilidad de quitarse la vida?

No, en lo absoluto.	
Creo que no	
Se me ha pasado por la mente	
Sí, definitivamente lo he pensado	

r.- ¿Se ha encontrado pensando que mejor estaría muerta y lejos de todo?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

s.- ¿Se le viene a la mente la idea de quitarse la vida una y otra vez?

No, en lo absoluto.	
Creo que no	
Se me ha pasado por la mente	
Sí, definitivamente me ha pasado	

30.- Con respecto a mi familia: (Marque con una cruz)

Cuestionario	Casi Siempre	Algunas Ocasiones	Casi Nunca
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia toma decisiones y comparte temas.			
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de realizar nuevas actividades o de hacer cambios en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo (espacio o dinero) que mi familia y yo pasamos juntos.			

31.- Con respecto a mi misma

A.- Dentro de su grupo de amigas Ud. es: (puede responder a más de una)

- Divertida.....
- Chistosa.....
- Molestosa.....
- Callada.....
- Fome.....
- Tímida.....
- Conversadora.....

B. Comparándose con sus amigas se siente:

- Igual a las demás.....
- Mejor que las demás.....
- Peor que las demás.....

C. ¿Cree que es buena para: (puede responder más de una)

- Deportes.....
- Trabajos manuales.....
- Pintura.....
- Leer.....
- Música.....
- Otro.....
- Ninguno.....

D. Con respecto a su apariencia física ud. se considera:

- a) Atractiva.....
- b) Normal.....
- c) Poco atractiva.....

E. Cambiaría algo de su apariencia física:

a) Si.....

b) No.....

F. Si su respuesta es "si" ¿Qué cambiaría?

a) Estatura.....

b) Peso.....

c) Apariencia física.....

d) Vestimenta.....

e) Voz.....

f) Color de piel.....

g) Color de ojos.....

h) Cabello.....

j) Otros.....

MUCHAS GRACIAS
POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 2

N° Correlativo del Instrumento

Encuesta para Puérperas

Identificación del encuestador: _____

Fecha de Aplicación: ____ de _____ del 200__

Consultorio de procedencia: _____

Marque con una cruz su condición actual:

Puérpera días
----------	---------------

1.-Edad:años

2.- Estado Civil: (Marque con una cruz)

Soltera	
Casada	
Separada	
Conviviente	
Viuda	
Otro	¿Cuál?

3.-Escolaridad: (Marque con una cruz)

Sin Escolaridad.	
Básica Incompleta (menos de 8 años).	
Básica Completa (8 años).	
Media Incompleta (menos de 4 años).	
Media Completa (4 años).	
Educación Superior Incompleta.	
Educación Superior Completa.	
Otros estudios (especifique)	

4.- ¿Que actividad realiza usted?

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Estudiante	
Dueña de Casa	
Trabaja	(Especifique)
Otro	(Especifique)

5.- ¿Ha estado embarazada alguna vez?

(Marque con una cruz)

a.- Si	
b.- No	
c.- Sólo ahora	

6.- ¿Cuántos partos ha tenido?Nº **7.- ¿Este último embarazo fue planificado? (Marque con una cruz)**

a.- Si	
b.- No	

8.- Quienes viven en su casa

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Padre	
Madre	
Hermanos	
Pareja	
Suegra	
Suegro	
Abuela	
Abuelo	
Hijos	
Otros (especifique)	

9.-Ha sido usted condenada por algún delito

(Marque con una cruz)

No		
Si		¿Cual?

10.- En su vida, ha presentado algún tipo de trastorno psicológico como:

(Marque con una cruz)

a.- Depresión	
b.- Bipolaridad.	
c.- Esquizofrenia.	
d.- Otros (especifique).	
e.- No	

11.- Usted consume algún tipo de sustancias como: (Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

a.- Tabaco.	
b.- Alcohol.	
c.- Marihuana.	
d.- Pasta Base.	
e.- Neoprén.	
f.- Cocaína.	
g.- Fármacos como:	
-Analgésicos.	
-Antinflamatorios.	
-Antidepresivos. Amilriptilina Fluoxetina Ravotril Otros	
-Antihipertensivos. Enalapril Espironolactona Atenolol Propanolol Captopril Nifedipino Metildopa Otros	
-Hipoglicemiantes. Metformina Clorpopramida Glibenglamida Nivalin Otros	
h.- Otro (especifique)	
i.- No Consume.	

12.- ¿Ha intentado usted alguna vez quitarse la vida? (Marque con una cruz)

a.- Si	
b.- No	
c.- Lo ha pensado.	

13.- ¿En los 5 años previos a este último embarazo, ha sufrido alguna vez algún tipo de violencia Física, Psicológica o Sexual por parte de familiares (madre, padre, hermanos(as), hijo(a), pareja, cónyuge, suegro o suegra, abuelo o abuela)?

Si	
No	

14.- ¿Durante este embarazo o puerperio ha sido usted insultada, o agredida psicológica, sexual o físicamente por parte de algún miembro de su familia? Identifique en la siguiente tabla el tipo de agresión a la cual ha sido sometida.

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Si he sido victima de violencia	
Indiferencia	
Gritos	
Descalificaciones Ej: No sirves para nada Es típico de ti Que mas se podia esperar de ti "Tonta" "Imbecil" "Estupida" "Mongolica" "Desgraciada" "Enferma"	
Insultos o Garabatos	
Abuso En el plano sexual la obliga a hacer cosas que ud. No desea.	
Zamarreos	
Empujones	
Pellizcos	
Bofetadas	
Mechoneos	
Combos	
Patadas	
Violación	
Otros	¿Cuál?:
No he sido victima de violencia	

* Si su respuesta es **NO** pase a la pregunta **29**

* Si su respuesta es **SI** continúe con la pregunta **15**

15.- Si su respuesta es SI, encierre en un círculo a su PRINCIPAL agresor y marque con una cruz en el caso de que hayan otros agresores:

Pareja	
Padre	
Madre	
Suegro	
Suegra	
Hermanos	
Otros	¿Quién?:

16.- Las situaciones que desencadenan la agresión tienen relación con:

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Estrés y/o cansancio en el trabajo	
Discusiones por hijo(s).	
Problemas económicos.	
Problemas de alcohol y/o de drogas	
Celos.	
Por la familia	
Demanda sexual	
Desobediencia	
Embarazo	
Nacimiento	
Otro motivo	¿Cuál?:

17.- ¿En que lugar la han agredido? (Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Hogar	
Otra casa	
Vecindario	
Vía pública	
Otro lugar	¿Dónde?:

18.- En el caso de haber recibido agresión física, estas son en:

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Cabeza	
Pecho	
Abdomen	
Espalda	
Brazos	
Genitales	
Piernas	
Otro lugar	¿Dónde?:

19.- ¿Ha sido golpeada con objetos?

(Como cinturón, herramientas, piedras, cuchillos, cortaplumas)

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Con respecto a su agresor o agresora
(aquel que señalo con un círculo)

Responda las siguientes preguntas:

20.- La edad de su agresor(a) es:

21.- Cuantos cursos alcanzó a terminar en el colegio/escuela/liceo su agresor(a)

(Marque con una cruz)

Sin Escolaridad	
Básica Incompleta	
Básica Completa	
Media incompleta	
Media Completa	
Nivel Superior	
No sabe	
Otra (especifique)	

22.- En este momento, en que se desempeña su agresor(a):

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Estudiante	
Dueña de Casa	
Trabaja	
Cesante	
Jubilado	
Otro (especifique)	

“Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar durante la Gestación y/o Puerperio”

23.- La persona que la ha agredido, ha sido acusado por algún delito:

(Marque con una cruz)

No	
Si	
¿Cual?	

24.- La persona que la ha agredido, consume algún tipo de las sustancias que aparecen a continuación:

(Marque con una cruz, puede marcar más de una alternativa)

Alcohol	
Tabaco	
Marihuana	
Pasta Base	
Cocaína	
Neoprén	
No sabe	
Otra (especifique)	¿Cuál?:

25.- Su agresor sufre de...

(Marque con una cruz)

Depresión	
Bipolaridad	
Esquizofrenia	
No	
No sabe	
Otra	¿Cuál?:

26.- Su agresor tiene antecedentes de haber sido a su vez víctima de Violencia Intrafamiliar.

(Marque con una cruz)

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

27.- ¿Ha solicitado usted alguna vez ayuda?

(Marque con una cruz)

a.- No:

b.- Si: ¿A quién?: _____

28.- Si su respuesta es NO marque con una cruz cual o cuales fueron las causas por las cuales NUNCA HA SOLICITADO AYUDA:

(Puede marcar más de una alternativa)

Miedo al agresor.	<input type="checkbox"/>
Vergüenza.	<input type="checkbox"/>
Causas económicas.	<input type="checkbox"/>
Lealtad.	<input type="checkbox"/>
Amor.	<input type="checkbox"/>
Hijos.	<input type="checkbox"/>
Miedo al fracaso.	<input type="checkbox"/>
Miedo al "que dirán".	<input type="checkbox"/>
Miedo a la Soledad.	<input type="checkbox"/>
Por costumbre.	<input type="checkbox"/>
Por ineficiencia de la justicia.	<input type="checkbox"/>
No sabía como pedir ayuda.	<input type="checkbox"/>
Siento que merezco lo que me ocurre	<input type="checkbox"/>
Otra causa (especifique)	<input type="checkbox"/>

29.- En los últimos siete días: (Marque con una cruz)

A. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre.....

No tanto ahora.....

Mucho menos.....

No, no he podido.....

B. He mirado el futuro con placer:

Tanto como siempre.....

Algo menos de lo que solía hacer.....

Definitivamente menos.....

No, nada.....

C. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

Sí, la mayoría de las veces.....

Sí, algunas veces.....

No muy a menudo.....

No, nunca.....

D. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

No, para nada.....

Casi nada.....

Sí, a veces.....

Sí, a menudo.....

E. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

Sí, bastante.....

Sí, a veces.....

No, no mucho.....

No, nada.....

F. Las cosas me superaban, me sobrepasaban:

Sí, la mayor parte de las veces.....

Sí, a veces.....

No, casi nunca.....

No, nada.....

G. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

Sí, la mayoría de las veces.....

Sí, a veces.....

No muy a menudo.....

No, nada.....

H. Me he sentido triste y desgraciada:

Sí, casi siempre.....

Sí, bastante a menudo.....

No muy a menudo.....

No, nada.....

I. He sido tan infeliz que he estado llorando:

Sí, casi siempre.....

Sí, bastante a menudo.....

Sólo en ocasiones.....

No, nunca.....

J. He pensado en hacerme daño a mí misma:

Sí, bastante a menudo.....

A veces.....

Casi nunca.....

No, nunca.....

30.- Con respecto a mi familia: (Marque con una cruz)

Cuestionario	Casi Siempre	Algunas Ocasiones	Casi Nunca
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia toma decisiones y comparte temas.			
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de realizar nuevas actividades o de hacer cambios en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo (espacio o dinero) que mi familia y yo pasamos juntos.			

31.- Con respecto a mi misma

A.- Dentro de su grupo de amigas Ud. es: (puede responder a más de una)

- Divertida
- Chistosa.....
- Molestosa.....
- Callada.....
- Fome.....
- Tímida.....
- Conversadora.....

B. Comparándose con sus amigas se siente:

- Igual a las demás.....
- Mejor que las demás.....
- Peor que las demás.....

C. ¿Cree que es buena para: (puede responder más de una)

- Deportes.....
- Trabajos manuales.....
- Pintura.....
- Leer.....
- Música.....
- Otro.....
- Ninguno.....

D. Con respecto a su apariencia física ud. se considera:

- a) Atractiva.....
- b) Normal.....
- c) Poco atractiva.....

E. Cambiaría algo de su apariencia física:

- a) Si.....
- b) No.....

F. Si su respuesta es "si" ¿Qué cambiaría?

- a) Estatura.....
- b) Peso.....
- c) Apariencia física.....
- d) Vestimenta.....
- e) Voz.....
- f) Color de piel.....
- g) Color de ojos.....
- h) Cabello.....
- j) Otros.....

MUCHAS GRACIAS
POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 3**TEST APGAR FAMILIAR**

CUESTIONARIO	<i>Casi Siempre</i>	<i>Algunas Ocasiones</i>	<i>Casi Nunca</i>
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia toma decisiones y comparte temas			
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de realizar nuevas actividades o de hacer cambios en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo (espacio o dinero) que mi familia y yo pasamos juntos.			

Puntuación

Casi siempre = 2 Puntos. - Algunas ocasiones = 1 punto. - Casi nunca = 0 puntos.

Diagnóstico clínico

- **8 a 10 puntos** = familia muy funcional (gran funcionamiento familiar).
- **4 a 7 puntos** = familia moderadamente disfuncional (familia funcionar).
- **1 a 3 puntos** = familia severamente disfuncional (familia disfuncional).

ANEXO N° 4

TEST DE AUTOIMAGEN

Consultorio:.....

(La señora encuestada debe leer las preguntas y elegir las respuestas)

A.- Dentro de su grupo de amigas Ud. es: (puede responder a más de una)

- Divertida
- Chistosa
- Molestosa
- Callada
- Fome
- Tímida
- Conversadora

B. Comparándose con sus amigas se siente:

- Igual a las demás.....1
- Mejor que las demás.....2
- Peor que las demás.....0

C. ¿Cree que es buena para: (puede responder más de una)

- Deportes.....
- Trabajos manuales.....
- Pintura.....
- Leer.....
- Música.....
- Otro.....
- Ninguno.....

“Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar durante la Gestación y/o Puerperio”

D. Con respecto a su apariencia física ud. se considera:

- a) Atractiva.....2
- b) Normal.....1
- c) Poco atractiva.....0

E. Cambiaría algo de su apariencia física:

- a) Si.....0
- b) No.....1

F. Si su respuesta es "si" ¿Qué cambiaría?

- a) Estatura.....
- b) Peso.....
- c) Apariencia física.....
- d) Vestimenta.....
- e) Voz.....
- f) Color de piel.....
- g) Color de ojos.....
- h) Cabello.....
- j) Otros.....

Test para medir autoimagen: Constituida por dos subdimensiones: autoimagen psicosocial y autoimagen corporal.

Autoimagen psicosocial, se seleccionaron las variables:

1. Percepción de su rol dentro del grupo de pares con 7 alternativas con puntaje 1 a cada aspecto positivo y 0 a cada aspecto negativo.
2. Comparación con su grupo de pares con 3 alternativas y con un puntaje de 0-1-2.
3. Percepción de sus habilidades con 7 alternativas y con puntaje de 0-1.

Se considera autoimagen psicosocial positiva si la suma de los puntajes de las 3 variables fue 5 y más y negativa al puntaje 4 o menos.

Autoimagen corporal, se seleccionaron las variables:

4. Autocalificación según apariencia física con 3 alternativas y con un puntaje 0-1-2.
5. Aceptación de apariencia física con 2 alternativas y con puntaje 0-1.

Se consideró conforme con un puntaje mayor a 2 y disconforme con un puntaje menor de 2.

ANEXO N° 5**CUESTIONARIO DE SELECCIÓN DE DEPRESIÓN PARA EMBARAZADAS****(CSD-20)**

Indique como se ha sentido y que malestares ha tenido en las *últimas 2 o 3 semanas*, comparando con aquellos períodos en que se ha sentido bien. Responda todas las preguntas **marcando con una X**.

Durante las últimas 2 ó 3 semanas:

1.- ¿Se he sentido cansada o decaída?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

2.- ¿Ha podido concentrarse en lo que hace?

Mejor que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Algo menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

3.- ¿Ha estado despertando muy temprano, sin poder dormirse nuevamente?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

4.- ¿Se ha sentido muy cansada y agotada?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

5.- ¿Se siente con buen ánimo y energía?

Mejor que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos energía que de costumbre	
Mucho menos energía que de costumbre	

6.- ¿Ha logrado mantener su ritmo de actividades normales?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Algo menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

7.- ¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Menos interés que de costumbre	
Mucho menos interés que de costumbre	

8.- ¿Ha perdido interés en su apariencia personal?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Menos interés que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

9.- ¿Se siente usted una persona útil para los demás?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos útil que de costumbre	
Mucho menos útil que de costumbre	

10.- ¿Se siente capaz de tomar decisiones?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos que de costumbre	
Mucho menos capaz que de costumbre	

11.- ¿Ha sentido que no puede solucionar sus problemas?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

12.- ¿Ha podido disfrutar de la vida diaria?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Algo menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

13.- ¿Se ha sentido triste y deprimida?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

14.- ¿Ha sentido que usted no vale nada?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

15.- ¿Ha sentido que la vida no ofrece esperanza alguna?

No, en lo absoluto.	
Igual que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

16.- ¿Tiene esperanzas respecto de su futuro personal?

Más que de costumbre	
Igual que de costumbre	
Menos que de costumbre	
Mucho menos que de costumbre	

17.- ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

18.- ¿Ha pensado la posibilidad de quitarse la vida?

No, en lo absoluto.	
Creo que no	
Se me ha pasado por la mente	
Sí, definitivamente lo he pensado	

19.- ¿Se ha encontrado pensando que mejor estaría muerta y lejos de todo?

No, en lo absoluto.	
No más que de costumbre	
Algo más que de costumbre	
Mucho más que de costumbre	

20.- ¿Se le viene a la mente la idea de quitarse la vida una y otra vez?

No, en lo absoluto.	
Creo que no	
Se me ha pasado por la mente	
Sí, definitivamente me ha pasado	

ESCALA DE EVALUACIÓN DE CSD-20

Puntuación

- **Mayor o igual a 9 puntos:** Posible trastorno depresivo
- **Menor o igual a 8 puntos:** Sin posible trastorno depresivo

*Las preguntas están redactadas de manera tal que permiten 4 posibles respuestas, ordenadas según grado de severidad. Se asigna un puntaje de cero [0] a las 2 respuestas que indican menor severidad y un puntaje de uno [1] a las dos respuestas que indican severidad mayor.

ANEXO N° 6**CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO****(EPDS)**

Por favor marque con una cruz la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- (0) Tanto como siempre
- (1) No tanto ahora
- (2) Mucho menos
- (3) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- (0) Tanto como siempre
- (1) Algo menos de lo que solía hacer
- (2) Definitivamente menos
- (3) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- (3) Sí, la mayoría de las veces
- (2) Sí, algunas veces
- (1) No muy a menudo
- (0) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- (0) No, para nada
- (1) Casi nada
- (2) Sí, a veces
- (3) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- (3) Sí, bastante
- (2) Sí, a veces
- (1) No, no mucho
- (0) No, nada

6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban

- (3) Sí, la mayor parte de las veces
- (2) Sí, a veces
- (1) No, casi nunca
- (0) No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- (3) Sí, la mayoría de las veces
- (2) Sí, a veces
- (1) No muy a menudo
- (0) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- (3) Sí, casi siempre
- (2) Sí, bastante a menudo
- (1) No muy a menudo
- (0) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- (3) Sí, casi siempre
- (2) Sí, bastante a menudo
- (1) Sólo en ocasiones
- (0) No nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- (3) bastante a menudo
- (2) A veces
- (1) casi nunca
- (0) no, nunca

Puntuación⁴⁶

- **< 12 puntos:** Sin posible trastorno depresivo
- **≥12 puntos:** Con posible trastorno depresivo

⁴⁶ Escala validada en Chile por Alvarado Ruben et col. , cuyo puntaje de corte está entre 12/13 o 13/14, con 12/13 tiene una sensibilidad de 71,43% con una especificidad del 94,8%. Referencia: revista psiquiatría, año IX, vol 3-4, pag 1177-1181

ANEXO N° 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador Responsable: Ana María Alvarado Vargas

Encuestador Responsable:

Título de la Investigación: “Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar durante la gestación y/o Puerperio”

Fecha:.....

Edad:.....

Se me ha solicitado participar voluntariamente en una investigación cuyo propósito es entregar información con respecto al tema de violencia intrafamiliar en gestantes y/o puérperas.

La encuesta es de carácter confidencial y anónima. Tengo el derecho a realizar cualquier pregunta con relación a mi participación en el estudio, y deberá ser contestada por el encuestador. Así también podré negarme sin ser obligada a dar razones y sin que esto perjudique mi calidad de usuaria del Consultorio en el que recibo la atención.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados pero mi nombre o identidad no será revelada.

Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

.....

Firma

ANEXO N° 8

FOLLETO DE INSTANCIAS DE CONSULTA Y DENUNCIA

Si luego de realizar la encuesta usted se da cuenta de que ha sido víctima de violencia intrafamiliar y desea una ayuda puede:

- Acercarse a conversar con la matrona o matrn del consultorio al cual pertenece, o
- Acudir directamente a la Asistente Social de su consultorio.

Ambos pueden proporcionarles ayuda para detener una situación que usted y sus hijos no merecen.

¡¡¡ATREVASE!!!

ANEXO N° 9**TABLA N° 1****DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN***

PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Si	21	38,2%	92	55,4%
No	33	60,0%	73	44,0%
No responde	1	1,8%	1	0,6%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

TABLA N° 2**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y APGAR FAMILIAR***

APGAR FAMILIAR	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Familia muy Funcional	16	29,1%	119	71,7%
Familia Moderadamente Disfuncional	18	32,7%	24	14,5%
Familia Severamente Disfuncional	16	29,1%	12	7,2%
No responde	5	9,1%	11	6,6%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y ANTECEDENTES DE VIF*

ANTECEDENTES DE VIF	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Si	28	50,9%	9	5,4%
No	26	47,3%	157	94,6%
No responde	1	1,8%	0	0,0%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y ANTECEDENTES DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS*

ANTECEDENTES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Depresión	27	49,1%	33	19,9%
Bipolaridad	0	0,0%	1	0,6%
Esquizofrenia	0	0,0%	1	0,6%
No posee	28	50,9%	131	78,9%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF E INTENCIÓN SUICIDA*

INTENCIÓN SUICIDA	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Si	18	32,7%	14	8,4%
No	23	41,8%	138	83,1%
Lo ha pensado	14	25,5%	13	7,8%
No responde	0	0,0%	1	0,6%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN PERÍODO GRÁVIDO-PUERPERAL SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y AUTOESTIMA*

A.-

AUTOESTIMA PSICOSOCIAL	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Autoimagen psicosocial positiva	22	40,0%	87	52,4%
Autoimagen psicosocial negativa	33	60,0%	79	47,6%
TOTAL	55	100%	166	100%

B.-

AUTOESTIMA CORPORAL	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Autoimagen corporal conforme	30	54,5%	112	67,5%
Autoimagen corporal disconforme	25	45,5%	53	31,9%
No responde	0	0,0%	1	0,6%
TOTAL	55	100%	166	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

* Autoestima medida según "Test de Autoimagen" (Anexo N° 4).

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y TRASTORNOS DEPRESIVOS***A.- DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y TRASTORNOS DEPRESIVOS***

TRASTORNO DEPRESIVO	MUJERES CON VIF		MUJERES SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Sin Posible Trastorno Depresivo	27	57,4%	136	91,3%
Con Posible Trastorno Depresivo	18	38,3%	12	8,1%
No responde	2	4,3%	1	0,7%
TOTAL	47	100%	149	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Depresión medida según "Cuestionario de selección de Depresión para embarazadas (CSD-20)" (Anexo N° 5).

B.- DISTRIBUCIÓN DE PUÉRPERAS SEGÚN PRESENCIA DE VIF Y TRASTORNOS DEPRESIVOS*

TRASTORNO DEPRESIVO	PUÉRPERAS CON VIF		PUÉRPERAS SIN VIF	
	N°	%	N°	%
Sin Posible trastorno depresivo	2	25,0%	13	76,5%
Con posible trastorno depresivo	6	75,0%	4	23,5%
TOTAL	8	100%	17	100%

*Mujeres consultantes en Servicios de Atención Primaria de Salud de las Comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Octubre 2006 – Enero 2007.

*Depresión medida según "Cuestionario sobre depresión postnatal Edimburgo (EPDS)" (Anexo N° 6).

ANEXO N° 10**ANÁLISIS ESTADÍSTICO CHI-CUADRADO****TABLA N° 1**

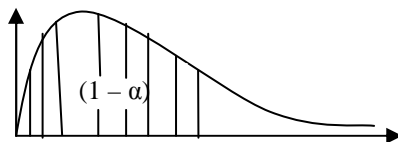
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de su Período Grávido – Puerperal.

Estadístico Chi – Cuadrado = 0,76

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (2-1) \times (2-1) = 1$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 3,84



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no podemos rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende del Periodo Grávido – Puerperal.

TABLA N° 2

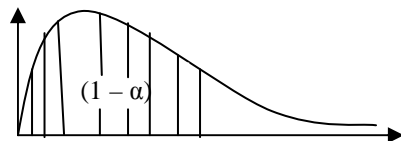
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente del Rango de Edad que pertenece.

Estadístico Chi – Cuadrado = 1,55

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (5-1) \times (2-1) = 4$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 9,49



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no podemos rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende edad de las encuestadas.

TABLA N° 3

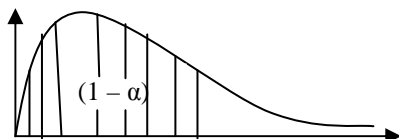
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de su nivel de escolaridad.

Estadístico Chi – Cuadrado = 9,8

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (9-1) \times (2-1) = 8$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 15,51



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no podemos rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende del nivel de educación de estas.

TABLA N° 4

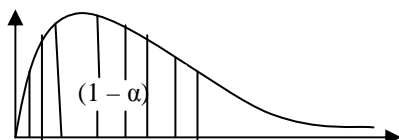
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de su tipo de ocupación.

Estadístico Chi – Cuadrado = 1,22

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (3-1) \times (2-1) = 2$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 5,99



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no podemos rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende del tipo de ocupación.

TABLA N° 5

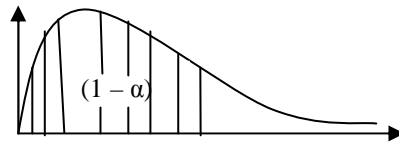
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de su estado civil.

Estadístico Chi – Cuadrado = 10,63

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 7,82



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es menor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral se debe rechazar la Hipótesis Nula, es decir existe evidencia significativa que indica que la prevalencia de VIF en mujeres depende del estado civil de estas.

TABLA N° 6

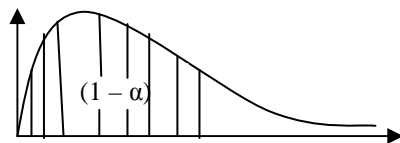
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de los antecedentes penales que ésta posea.

Estadístico Chi – Cuadrado = 0,68

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (3-1) \times (2-1) = 2$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 5,99



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no podemos rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende los antecedentes penales que ésta posea.

TABLA N° 9 A

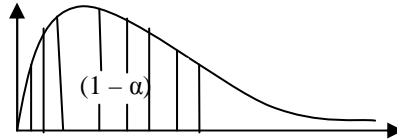
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente las semanas de gestación que tenga.

Estadístico Chi – Cuadrado = 0,09

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (3-1) \times (2-1) = 2$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 5,99



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende de las semanas de gestación que tenga.

TABLA N° 9 B

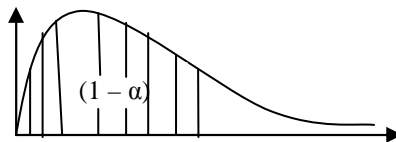
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de los días de puerperio.

Estadístico Chi – Cuadrado = 6,01

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 7,82



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende de los días de puerperio.

TABLA N° 10 A

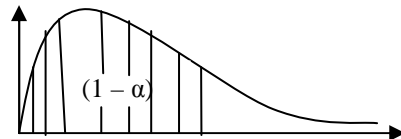
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de la paridad de las gestantes.

Estadístico Chi – Cuadrado = 4,02

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (5-1) \times (2-1) = 4$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 9,49



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende de la paridad.

TABLA N° 10 B

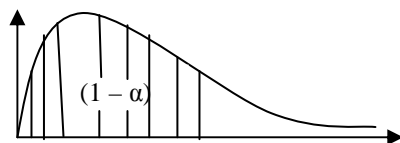
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente a la Paridad de las puérperas.

Estadístico Chi – Cuadrado = 4,32

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 7,82



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende de la Paridad

GRÁFICO N° 1*

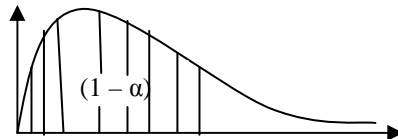
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente a la planificación del embarazo.

Estadístico Chi – Cuadrado = 5,29

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (3-1) \times (2-1) = 2$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 5,99



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende de la planificación del embarazo.

* Tabla N° 1 (Anexo N° 9).

TABLA N° 11

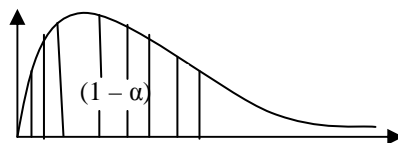
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente del tipo de familia.

Estadístico Chi – Cuadrado = 0,64

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 7,82



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende del tipo de familia.

GRÁFICO N° 2 *

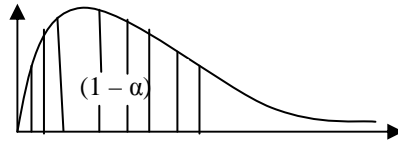
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente a la clasificación por Apgar Familiar.

Estadístico Chi – Cuadrado = 35,46

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 7,82



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es menor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral se debe rechazar la Hipótesis Nula, es decir existe evidencia significativa que indica que la prevalencia de VIF en mujeres depende de la clasificación por Apgar familiar.

* Tabla N° 2 (Anexo N° 9).

GRÁFICO N° 4 *

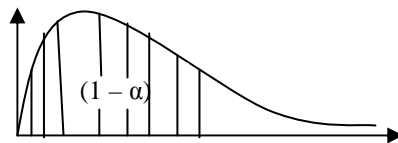
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de los antecedentes de trastornos Psicológicos que ésta posea.

Estadístico Chi – Cuadrado = 18,15

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 7,82



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es menor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral se debe rechazar la Hipótesis Nula, es decir existe evidencia significativa que indica que la prevalencia de VIF en mujeres depende de los antecedentes de trastornos Psicológicos que ésta posea.

* Tabla N° 4 (Anexo N° 9).

GRÁFICO N° 5 *

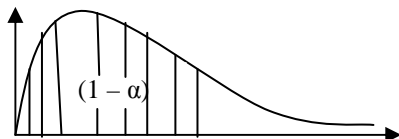
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de la intención suicida.

Estadístico Chi – Cuadrado = 37,35

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 7,82



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es menor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral se debe rechazar la Hipótesis Nula, es decir existe evidencia significativa que indica que la prevalencia de VIF en mujeres depende de la intención suicida.

* Tabla N° 5 (Anexo N° 9).

GRÁFICO N° 6 A *

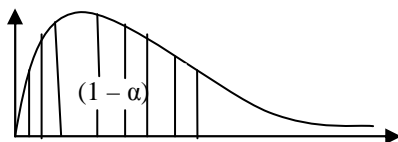
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de la autoestima psicossocial.

Estadístico Chi – Cuadrado = 2,55

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (2-1) \times (2-1) = 1$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 3,84



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende de la autoestima.

* Tabla N° 6 (Anexo N° 9).

GRÁFICO N° 6 B *

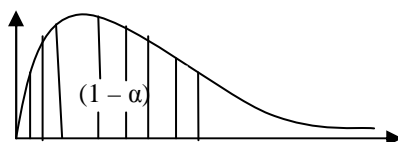
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente de la autoestima corporal.

Estadístico Chi – Cuadrado = 3,55

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (3-1) \times (2-1) = 2$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 5,99



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es mayor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral no se puede rechazar la Hipótesis Nula, es decir no existe evidencia significativa que indique que la prevalencia de VIF en mujeres depende de la autoestima.

* Tabla N° 6 (Anexo N° 9).

GRÁFICO N° 7 *

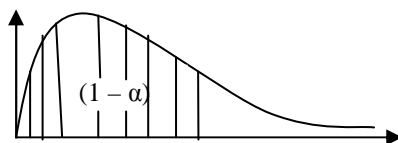
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente Trastornos Depresivos durante la gestación.

Estadístico Chi – Cuadrado = 29,27

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (3-1) \times (2-1) = 2$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 5,99



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es menor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral se debe rechazar la Hipótesis Nula, es decir existe evidencia significativa que indica que la prevalencia de VIF en mujeres depende de los Trastornos Depresivos.

* Tabla N° 7 (Anexo N° 9).

GRÁFICO N° 8 *

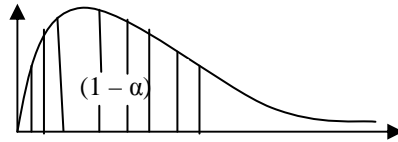
Hipótesis Nula: La Prevalencia de VIF en Mujeres es independiente a los trastornos depresivos durante el puerperio.

Estadístico Chi – Cuadrado = 4,83

Grados de Libertad = $(r-1) \times (c-1) = (2-1) \times (2-1) = 1$

Nivel de Significancia $\alpha = 0,05$; $(1 - \alpha) = 0,95$

Valor Chi – Cuadrado de Tabla = 3,84



En consecuencia el valor de Chi- Cuadrado de Tabla es menor que el estadístico Chi- Cuadrado. Por lo anterior y en base a la evidencia muestral se debe rechazar la Hipótesis Nula, es decir existe evidencia significativa que indica que la prevalencia de VIF en mujeres depende de los trastornos depresivos durante el puerperio.

* Tabla N° 8 (Anexo N° 9).