

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**“NIVEL DE ESTRÉS EN GESTANTES A TÉRMINO Y SU RELACIÓN CON EL
BAJO PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA
NOVIEMBRE 2013 – ENERO 2014”**

TESIS PRESENTADA POR BACHILLERES:

BEDREGAL AGUILAR YSABEL
VIZCARRA HUAMAN SANDRA

PARA OPTAR:

El Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia

AREQUIPA – PERÚ

2014

A Dios por darme fuerzas cada día, para seguir adelante con mis proyectos y sobretodo en éste tan especial.

A mis padres Emilio y Juana ejemplo de lucha y trabajo quienes con amor me apoyaron e hicieron lo que soy.

A ti mi pequeño motor de vida Camila Lucero con cada una de tus sonrisas me empujas a seguir adelante te amo mi hijita.



A Dios y a la virgen por guiar mi camino siempre

A mi familia por estar conmigo en todo momento sobre todo a mis padres Ana Maria y Henry ya que con su ejemplo y sus enseñanzas seguiré cumpliendo mis metas.

“Descubrir el valor de la pausa salir de nuestro ritmo diario a tomar el aire escabullirnos, en busca de relajación aunque solo sea unos minutos para luego volver a entrar frescos y regenerados es posible, sencillo y placentero”.

Carmen Rubio



INDICE GENERAL

Resumen	
Abstract	
I. Preámbulo	
II. Planteamiento Teórico	
1. Problema de la Investigación	
1.1 Enunciado	8
1.2 Descripción	8
1.3 Justificación	8
2. Objetivos	13
3. Marco Teórico	14
3.1 Marco Conceptual	14
3.2 Análisis de Antecedentes Investigativos	43
4. Hipótesis	46
III. Planteamiento Operacional	47
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	47
2. Campo de Verificación	48
3. Estrategia de recolección de Datos	50
4. Estrategia para manejar los Resultados	51
IV. Resultados	
1. Discusión	60

2.Conclusiones	62
3.Recomendaciones	63
V. Cronograma de Trabajo	64
VI. Bibliografía	65
VII. Anexos	
Anexo nº 1 (Instrumento: Encuesta)	69
Anexo nº 2 (Consentimiento Informado)	73
Anexo nº 3 (Matriz de Sistematización)	74
Anexo nº 3 (Croquis de delimitación del lugar)	77



RESUMEN

Objetivos: Se estudió la posibilidad de que el estrés durante el embarazo sea una causa de bajo peso al nacer (menor a 2500 gr.) en madres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. **Materiales y Métodos:** El presente estudio fue un diseño de estudio de casos y controles en 192 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, a los dos grupos se les aplicó un test de estrés materno y se obtuvo los pesos de los recién nacidos después del parto. Se analizó los datos que incluyen: test, peso de recién nacido, uso de tabaco, antibióticos, índice de masa corporal (IMCPG) y presencia de enfermedades como: preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, ITU complicadas, patologías de placenta, enfermedad hipertensiva del embarazo, enfermedades que requirieran de uso de antibióticos de manera repetitiva durante su embarazo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 21.0 para Windows, en él se realizó la prueba de chi cuadrado de independencia. **Resultados:** El grado de estrés en madres que durante el embarazo presentaron mayor estrés fue de un 59.4% clasificado en primer grado de estrés. La edad no tiene una relación con el estrés, pero en ambos grupos de estudio la edad más frecuente fue entre los 20 y 25 años, de igual forma las semanas de gestación no tuvieron relación siendo la semana gestacional más frecuente la de 40 semanas. Los controles prenatales mayores a seis en caso de gestantes controladas (6 CPN), no tienen relación con el estrés en un 76%. En las pacientes con estrés la mayoría tuvieron recién nacidos de bajo peso al nacer con el 36.5%, mientras que en los casos de estudio sin estrés tuvieron un peso adecuado para la edad gestacional (PAEG) con un 31.8% y estas diferencias fueron significativa ($p < 0.05$). **Conclusiones:** El presente estudio demuestra que el estrés durante el embarazo se relaciona con el bajo peso al nacer. **Palabras claves:** estrés, gestación a término, bajo peso al nacer.

ABSTRACT

Objectives: the possibility that stress during pregnancy is a cause of low birth weight was studied in mothers Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza (less than 2500 gr.) .

Materials and Methods : The study design was case-control study in 192 patients who met the inclusion criteria, the two groups were applied a test of maternal stress and weights of newborns was obtained after delivery. Test weight of newborn, use snuff , antibiotics, body mass index (IMCPG) and presence of diseases such as : preeclampsia , eclampsia , premature rupture of membranes, complicated UTI, pathologies placenta, disease data including analyzed hypertensive pregnancy , diseases requiring antibiotic use repeatedly during pregnancy. For statistical analysis SPSS 21.0 for Windows software was used , in him the chi square test of independence was performed. **Results:** The degree of stress in mothers during pregnancy were more stress was 59.4 ranked first % degree of stress . Age has no relationship with stress, but in both study groups the most common age was between 20 and 25 years , just as the weeks of gestation had no relationship with the most frequent gestational week 40 weeks. Older antenatal six controlled if pregnant (6 CPN) , unrelated to stress by 76 % . In patients with stress most newborns had low birth weight with 36.5 % , while in the case studies stress had adequate weight for gestational age (PAEG) with 31.8 % and these differences were significant ($p < 0.05$).

Conclusions : This study shows that stress during pregnancy is associated with low birth weight.

Keywords : stress, term gestation , low birth weight

INTRODUCCION

El estrés como respuesta al equilibrio bio - físico y psicológico perturban el equilibrio emocional de la persona y como resultado fisiológico es un deseo de huir de la situación que provoca reacciones violentas, en esta reacción participan casi todos los órganos y fundamentalmente la fisiología del organismo, en este caso la fisiología del embarazo como proceso fisiológico en la gestante.

El estrés es un proceso complejo, en el que intervienen factores psicológicos y fisiológicos, internos y externos, emocionales y cognitivos, adaptativos y patológicos, que se producen ante situaciones de desequilibrio entre demandas y recursos. Los cuales alteran el estado físico de la madre afectando su embarazo, pero también estas alteraciones en el estado emocional tienen relevancia en el crecimiento y desarrollo del feto en el claustro materno.

Una ayuda apropiada en nuestras gestantes puede prevenir una serie de problemas derivados del estrés entre ellos el bajo peso al nacimiento. Un bajo peso al nacer ya es una característica de vulnerabilidad ante diversas enfermedades neonatales, las consecuencias del estrés pueden ser la presencia de vómitos durante la gestación, la hipertensión, prolongación del parto, prematuridad.

Como vemos la influencia del estrés en el embarazo es notable, es por eso que se va a realizar el estudio de la relación del estrés durante el embarazo a término con el bajo peso al nacer porque pensamos que se debería educar y explicar la importancia de llevar una vida tranquila, se pueden proponer actividades relajantes y gratificantes para ellas, para así mejorar su estado de ánimo, estudios han demostrado que el estrés repercute en la vida futura del niño.

I.- PLANTEAMIENTO TEORICO

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO:

“Nivel de estrés en gestantes a término y su relación con el bajo peso al nacer en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza noviembre 2013 – enero 2014”

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A) AREA DEL PROBLEMA:

AREA GENERAL: Ciencias de la salud

AREA ESPECÍFICA: Obstetricia

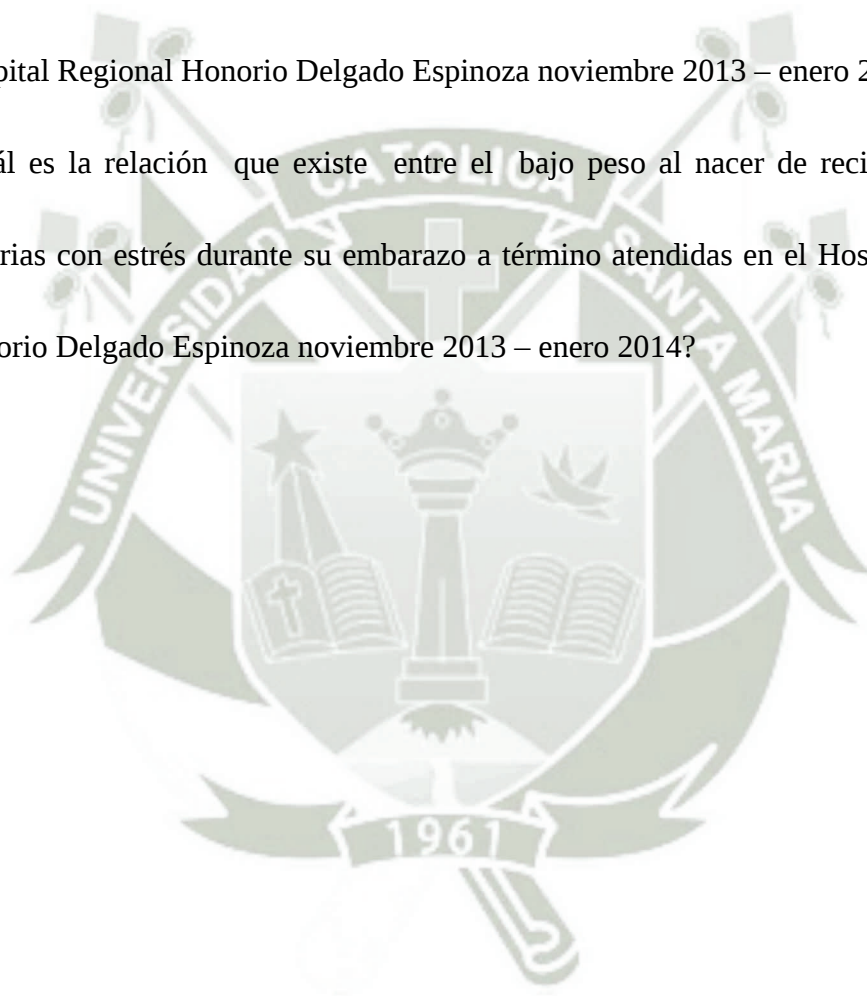
LINEA: Estrés en el embarazo

B) ANALISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
ESTRÉS MATERNO (variable independiente)	Test de Beck	Relación No Abusiva Sin Estrés Primer grado de estrés Estrés o abuso severo Abuso peligroso-grado severo de estrés
PESO DEL RECIÉN NACIDO (variable dependiente)	Bajo peso al nacer (PEG) Peso normal (PAEG) Sobrepeso (GPEG)	< 2500 gr 2500 – 3999gr >4000gr

C) INTERROGANTES BASICAS

1. ¿Cuál es el nivel de estrés en gestantes a término atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza noviembre 2013 – enero 2014?
2. ¿Cuál es el peso de los recién nacidos de las gestantes a término estudiadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza noviembre 2013 – enero 2014?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre el bajo peso al nacer de recién nacidos de usuarias con estrés durante su embarazo a término atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza noviembre 2013 – enero 2014?

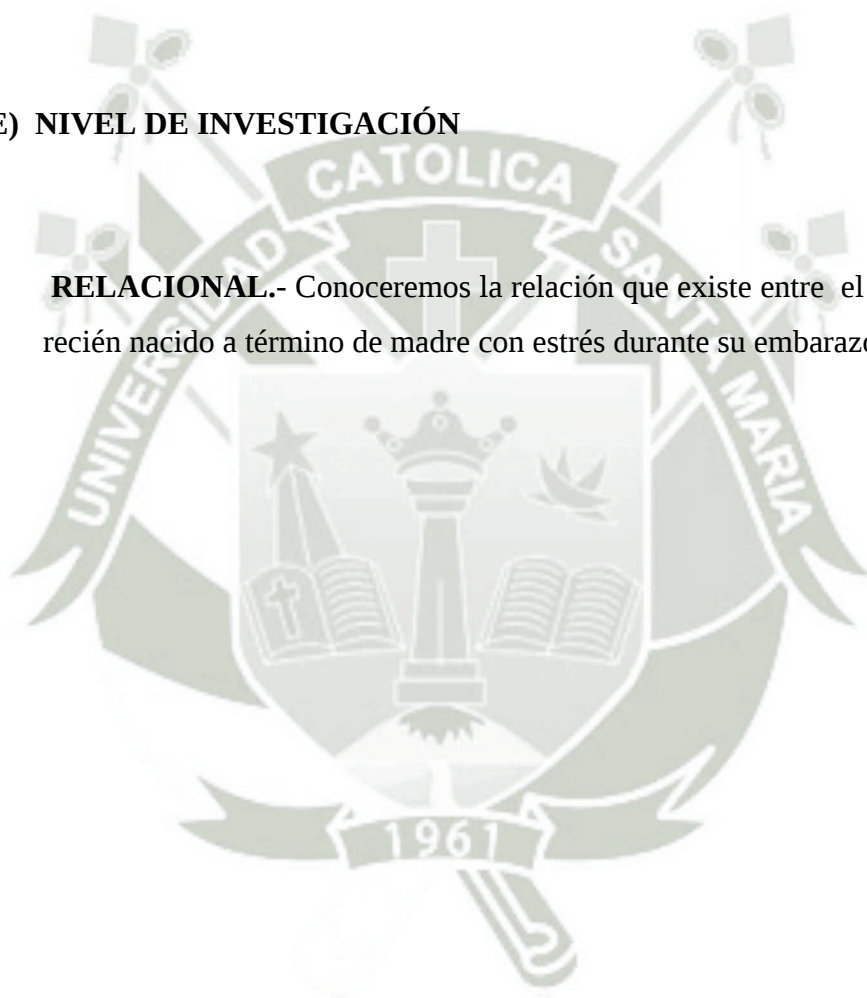


D) TIPO DE INVESTIGACIÓN

DE CAMPO.- Estaremos en contacto directo con mujeres con una gestación a término, para poder aplicarle la encuesta y así mismo clasificarla en el grupo control o grupo de estudio.

E) NIVEL DE INVESTIGACIÓN

RELACIONAL.- Conoceremos la relación que existe entre el bajo peso del recién nacido a término de madre con estrés durante su embarazo



1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- **Relevancia Contemporánea.-**

El estrés es un problema que ataca a personas de cualquier edad y condición socio económica, las mujeres en edad reproductiva no se encuentran exentas de este problema. Más aún en etapa de embarazo en el que se encuentran con mayor susceptibilidad hacia su entorno y por tanto requiere mayor atención. Se debe considerar que el bajo peso al nacimiento es un estado anormal del desarrollo fetal, por lo tanto, es una condición susceptible de muchos factores nocivos en los cuales se encuentra el estrés.

- **Factibilidad.-**

Podemos realizarlo debido a que la cantidad de casos es numerosa y contamos con los medios para realizarlo. Es muy importante el dato antropométrico necesario para determinar si el recién nacido tiene bajo peso al nacer y poder relacionarlo con el estrés por medio del test de Beck. Este trabajo de investigación es factible realizarlo por medio del permiso y el deseo de cumplir con los objetivos planificados en el trabajo investigativo y la existencia de las unidades de estudio.

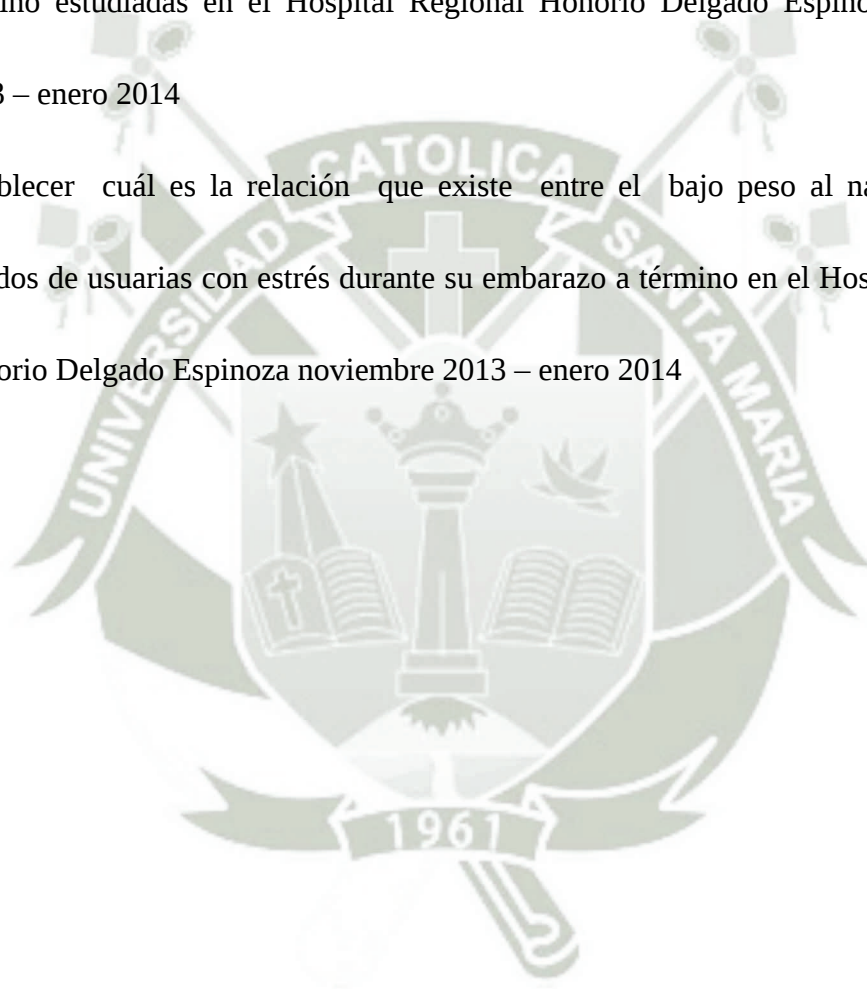
- **Interés y Motivación Personal.-**

Lo que buscamos es reforzar y contribuir al conocimiento de las usuarias gestantes sobre lo que significa el estrés y que conozcan las consecuencias de esta patología sobre el peso del recién nacido a término.

- **Contribución Académica:** Se lograra una importante contribución académica a nuestra facultad y a las ciencias de la salud, para informar la realidad sobre el estrés que sufren las gestante y como esta patología no muy reconocida en nuestro medio repercute en el peso del recién nacido ya que en la actualidad no existen investigaciones sobre este tema en nuestro ámbito y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, etapa importante del desarrollo profesional.

2.- OBJETIVOS

1. Determinar cuál es el nivel de estrés en gestantes a término atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza noviembre 2013 – enero 2014
2. Identificar cuál es el peso de los recién nacidos de las usuarias con gestación a término estudiadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza noviembre 2013 – enero 2014
3. Establecer cuál es la relación que existe entre el bajo peso al nacer de recién nacidos de usuarias con estrés durante su embarazo a término en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza noviembre 2013 – enero 2014



3. MARCO TEORICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

1.- ESTRES

1.1.- ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

A lo largo de la historia ha sido un término difícil de definir ya que es un concepto muy inespecífico y que aparece en varios campos de aplicación.

El estrés es un proceso complejo, en el que intervienen factores psicológicos y fisiológicos, internos y externos, emocionales y cognitivos, adaptativos y patológicos, que se producen ante situaciones de desequilibrio entre demandas y recursos.

Cuando se produce una situación estresante pasan distintas cosas en el organismo tanto a nivel hormonal como a nivel de SNC.

Todos estos cambios si se producen durante un periodo de estrés prolongado pueden tener importantes repercusiones en el organismo ya que no está en condiciones naturales.

Por ello el estrés está relacionado con la inhibición del sistema inmunitario y por tanto no solo influye a nivel psicológico, sino que tiene efectos biológicos; afecta a la salud e influye en la evolución de las enfermedades.¹

1.2.- DEFINICIÓN DE ESTRÉS Y MODELOS

Desde Selyé hasta la actualidad este concepto ha ido evolucionando y por tanto sus definiciones también. Según desde el campo que se intente definir se puede tratar de diferentes formas: ya sea como condición ambiental, respuesta, consecuencia.

Algunos investigadores (Nasiri, Hadzic; 2010) han intentado agrupar todo aquello que se conoce hasta la actualidad del estrés en diferentes categorías (causas, mediadores, efectos, tratamientos, medidas)

Si tomamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS.) el estrés es "El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción" observamos que sólo hace referencia a las reacciones fisiológicas y no psicológicas, por ello es un ejemplo de la dificultad de definir el término.

¹ CRUZ MARIN, Carlos. Estrés, entenderlo es manejarlo. Editorial Alfa Omega 2001 pág. 69

Aún así, vamos a hacer un breve repaso de cómo se definió y cómo ha ido evolucionando el concepto estrés. Esto lo haremos recordando los modelos más significativos hasta la actualidad, para poder conocer los diferentes aspectos que lo conforman.

Este largo camino empezó por la teoría de la reacción de alarma de Walter Bradford Cannon, en 1934. Este describe una reacción de ataque o huida que consiste en una activación brusca del SNA simpático ante situaciones que implican peligro.

Se caracteriza por: aumento de catecolaminas en sangre, aumento de la función cardiorrespiratoria, movilización de reservas e inhibición de las respuestas digestivas y reproductivas. Esta es necesaria para preparar al organismo para atacar o huir pero si se mantiene en el tiempo es nociva para el organismo.

En 1936 Hans Selyé publica "*A Syndrome produced by diverse nocuous agents*" donde describe el Síndrome general de adaptación. Detalló diferentes cambios orgánicos como aumentos del tamaño de la glándula suprarrenal, involuciones del timo (órgano linfóide situado en el mediastino superior), disminución de la masa de los órganos linfoides o bien úlceras gastrointestinales (Soriano et al, 2009, p.319-320).

Este síndrome puede ser producido por agentes nocivos muy diferentes entre sí. Se compone de tres fases: la reacción de alarma, que se da cuando el organismo está en una situación de peligro, activándose el sistema nervioso simpático y el adrenal produciendo una mayor secreción de catecolaminas; la fase de resistencia, donde redistribuye energías evitando actividades sin finalidad de supervivencia; y la de agotamiento, cuando la fuente de estrés es mantenida y el individuo puede perder su resistencia al estrés y aparecer patologías.

Por tanto es un estado biológico adaptativo que en ciertas ocasiones puede ser perjudicial, sobre todo cuando es mantenido. Por ello diferenció conceptualmente entre distress y eutress.

Después de este primer estudio de Selyé, se empezaron a estudiar las relaciones entre estrés y salud.

Se creó la escuela psicosomática, se crearon también cuestionarios y en la década de los 60 proliferaron las investigaciones sobre el estrés. Estas

investigaciones no eran solo de casos patológicos, se estudió también cómo se desenvolvían personas “normales” ante situaciones naturales diferentes.

Hasta este punto tenemos que el estrés y sus reacciones biológicas no dependen exclusivamente de las características de las fuentes de estrés, sino que los factores psicológicos también intervienen. Aquí es cuando surgen los modelos transaccionales y cognitivos del estrés que reflejan un cambio en la forma de entenderlo.²

Richard S. Lazarus y Susan Folkman crean el siguiente modelo más actual.

Según este, existe una evaluación cognitiva automática sobre las situaciones que en una fase inicial es primaria. Si ésta detecta una fuente de estrés se pone en marcha el proceso de afrontamiento. Este proceso depende de la evaluación secundaria, donde se produce una valoración de la capacidad y los recursos para hacer frente (expectativa de resultados y autoeficacia). El proceso es simultáneo y por tanto la evaluación primaria y secundaria son responsables de la elección de la estrategia de afrontamiento al problema. Hay que tener en cuenta que influyen variables de la persona (metas, valores, creencias) y del ambiente (magnitud, inminencia, probabilidad). Las estrategias de afrontamiento pueden ser dirigidas al problema o la situación del entorno, a las emociones o bien al significado. Esto produce unos resultados y a medida que transcurre el tiempo, estos pueden irse reevaluando y modificando las evaluaciones primarias y secundarias. Este bucle termina cuando la situación es valorada como irrelevante o benigna.

Actualmente existen otras propuestas que evolucionan de las ideas anteriormente citadas como la teoría de la activación cognitiva del estrés, CATS, (Ursin et al.) que al igual que para Lazarus, se tienen en cuenta aspectos más psicológicos.

Hasta aquí hemos hecho una revisión de los modelos de estrés y de cómo ha evolucionado el término. Como se puede observar esto depende de los campos de aplicación según se considere el estrés como: una condición ambiental, una

² BRANNON, Linda; FEIST JESS. Psicología de la salud International Thomson Editorial Paraninfo.2001

apreciación personal, una relación de desequilibrio, una repuesta a condiciones ambientales o una consecuencia nociva.

Actualmente podríamos definirlo como un proceso complejo, en el que intervienen factores psicológicos y fisiológicos, internos y externos, emocionales y cognitivos, adaptativos y patológicos, que se producen ante situaciones de desequilibrio entre demandas y recursos.

El núcleo del estrés empieza por definirlo Hans Selye, y lo llama Síndrome General de Adaptación. Se produce una situación de daño orgánico y provoca una reacción. Un esquema más completo serían las situaciones (no solo las físicamente nocivas, sino naturales y sociales) influidas por las apreciaciones, que son las valoraciones que cada persona puede realizar de una situación o estimulación determinada. Estas pueden transformar situaciones neutras en episodios de estrés. Estas dos influyen directamente sobre las fuentes de estrés, que sería el conjunto de ambas lo que lleva a realizar el esfuerzo de adaptación. Esto afecta directamente sobre el afrontamiento, que es cualquier intento de hacer frente a la situación modificándola, cambiando su apreciación o controlando las reacciones orgánicas.

Todas ellas influyen en el estado afectivo que engloba tanto aspectos biológicos como psicológicos. A la vez, esto podría afectar al rendimiento y la salud.

También existen algunos factores que permiten modular este proceso, ya sea agudizando o reduciendo las reacciones orgánicas, influyendo en la elección de una estrategia u otra. Estos factores son creencias, competencias, experiencias, rasgos personalidad, apoyo social.³

1.3.- ESTRÉS Y SALUD.

Es sabida la influencia de los factores psicológicos en las enfermedades. Los hábitos saludables y nocivos, las actitudes referidas a salud y enfermedad y la regulación emocional afectan a la salud. Los estímulos emocionales activan cambios neurales y hormonales que influyen en procesos patológicos de órganos corporales.

³ STITOU, DEL POZO, Marina Cómo influye el estrés materno durante el embarazo en la psicopatología futura del feto

Este campo se denomina medicina psicosomática. Y se han observado algunas relaciones sistemáticas entre sucesos estresantes y enfermedades, por ejemplo: Hombres que refieren estrés grave y frecuente durante uno a cinco años, tienen más probabilidades de padecer enfermedades cardíacas en los doce años posteriores.

También se ha estudiado la influencia del estrés y las emociones sobre el sistema inmunitario.

Ejemplo es que la producción de hormona liberadora de corticotropina, origina la liberación de corticosteroides y un efecto de estas es que inhibe respuestas inmunitarias.

El estrés está relacionado con enfermedades cardiovasculares, afecta al sistema inmunitario, influye en el curso de cualquier enfermedad, en la conducta del enfermo, afecta al apetito, a la concentración, a las relaciones interpersonales.

Como se puede ver, ya no sólo tiene que ver con aspectos psicológicos, el estrés influye también a nivel biológico.

Algunos de los efectos producidos son fatiga, debilitamiento muscular, diabetes esteroidea, hipertensión, úlceras, enanismo psicogénico, descalcificación ósea, supresión de la ovulación, impotencia, pérdida de la libido, menor resistencia a la enfermedad, apatía, degeneración neural acelerada durante el envejecimiento.

En referencia al sistema inmunitario, está comprobado que grandes cantidades de corticotropina tiene efectos inmunosupresores, y por tanto un organismo expuesto a un agente patógeno puede desarrollar una infección.

Por otra parte, el estrés produce hiperactivación de la presión arterial, factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, así como vasoconstricción, depósito de placas grasas. Que junto a hábitos nocivos de salud incrementan el riesgo de enfermedades coronarias.

Referente al curso de otras enfermedades, la influencia del estrés puede agravar el estado, aumentar su frecuencia (en cefaleas) y provocar recaídas (en adicciones) puesto que altera los hábitos saludables de alimentación, sueño y potencia los tóxicos.

Por último la propia enfermedad es una fuente potencial de estrés, y su forma de afrontarla interacciona con la enfermedad de la forma citada anteriormente.

Existen muchas investigaciones sobre los efectos del estrés, Nasiri et al. 2010, recogen en su ontología del estrés los efectos y señalan que puede producir: alteraciones neurofisiológicas, alteraciones en las emociones, la memoria, aprendizaje, cognición y atención, afectación en las relaciones sociales y trastornos relacionados con el estrés.

En conclusión, se conocen las influencias del estrés en el propio organismo y esto nos lleva a plantearnos cuáles son estas influencias en el momento del desarrollo del feto. ¿En este caso como afectaría el estrés? ¿Tiene el feto algún mecanismo para combatirlo? ¿Qué cambios provoca? Estas y otras cuestiones son las que nos llevan a centrarnos más concretamente en esta área específica.⁴

1.4.- ESTRÉS MATERNO

Dado que podemos sufrir estrés en cualquier momento de nuestra vida, uno de ellos puede ser el embarazo.

Alteraciones en el estado físico de la madre afectan a sus embarazos, pero también alteraciones en el estado emocional tienen relevancia en la gestación y desarrollo de sus hijos.

Todo tipo de emociones ya sean positivas o negativas tienen efecto sobre ello y aun afectarían más el carácter intermitente o a largo plazo de estas.

Se producen cambios neurohormonales como activación del sistema ergotropo adrenérgicosimpático, aumento de la producción de neuropéptidos hipotalámicos (vasopresina, oxitocina y hormona liberadora de corticotropina), estimula la secreción de adrenocorticotropina.

Esto se transmite a través de un proceso complejo que se da en la placenta por el que la activación de algunas hormonas produce la inhibición de enzimas y permite el paso de estas por la barrera hematoencefálica del feto.

Si estos cambios se mantienen, influyen en el desarrollo prenatal del feto tanto a nivel biológico como a nivel psicológico futuro ya que durante la gestación el feto se está desarrollando también a nivel cerebral.

⁴ STITOU, DEL POZO, Marina Cómo influye el estrés materno durante el embarazo en la psicopatología futura del feto

Dado que el estrés influye en muchos aspectos, es importante tener en cuenta como influirá éste en una mujer embarazada, si es posible que tenga efectos en el feto y si estos pueden influir en su futuro desarrollo.

Se han hecho muchos estudios en animales, dado que es más sencillo estudiarlo en ellos que en humanos. Algunas de las razones por las cuales es más sencillo son que se puede tener un control sobre la variable estrés a los animales que se les administre, esta variable puede ser de tipo intensidad, duración del estresor. Además de que las crías pueden ser evaluadas o sacrificadas para observar los efectos en el cerebro, se pueden generar hipótesis sobre los resultados de estos estudios en humanos, pero varían muchos parámetros tales como especies, tiempo de administración del estrés durante la gestación, tipo de estresores, evaluación postnatal. Esto es debido a la duración de la gestación y a los niveles de madurez del cerebro en el nacimiento. En cada especie el cerebro se desarrolla en una etapa diferente de la gestación. En roedores por ejemplo, el cerebro al nacer es más inmaduro que en humanos.

Además de esto, el momento de presentación del estresor es importante ya que esta demostrado que afecta de diferente manera según en el trimestre del embarazo en el que se produzca.

Teniendo en cuenta que los pensamientos no son transmitidos al feto, para que los aspectos psicológicos maternos tengan impacto en el feto se tienen que traducir a nivel fisiológico. Por ello otra variable importante es el tipo de estresor ya que es diferente si este es nuevo o si se percibe como incontrolable y amenazante. Por tanto el componente subjetivo se tiene que tener en cuenta en los humanos. También pueden existir diferencias entre sexos (del feto), la evaluación postnatal. Todas estas variables citadas hacen que sea una tarea extremadamente delicada y compleja integrar resultados obtenidos de animales a los humanos.

De estos hay muchos datos y muchas investigaciones en las que se observa que el estrés tiene un importante efecto en el desarrollo fetal y también a posteriori. También se han descubierto las vías y mecanismos de acción. Estudios en animales han demostrado que el estrés prenatal afecta al desarrollo cerebral del feto, ya que esta relacionado con resultados cognitivos, conductuales y psicosociales anormales.

Aun así es difícil extrapolar estos estudios de roedores y primates a los humanos dadas las diferencias existentes en los embarazos y periodos de formación del feto. Es decir que difiere entre las especies la maduración prenatal.

Hasta la actualidad se han hecho distintos tipos de estudios. Algunos sobre la auto percepción de esta ansiedad, en otros la ansiedad es diagnosticada por una entrevista clínica, eventos severos de la vida, experiencia de un desastre natural, atentados como el 11 de Septiembre del 2001 en EE.UU..

También el método de medir resultados varía entre estudios, ya que pueden ser muestras de cortisol salival diurnas, muestras basales, cortisol en saliva o plasma, respuesta de ACTH a un estresor.

Por ello los estudios en humanos son muy diferentes según en qué aspecto se centren.

Además hay que tener en cuenta que distintas formas de ansiedad o estrés pueden implicar procesos fisiológicos muy distintos e incluso contrarios. Y que ante los mismos estímulos las consecuencias también pueden ser distintas.

En un estudio, las ratas que habían sido manipuladas cuando crías eran menos susceptibles al estrés adulto que aquellas a las que no se habían manipulado. Las primeras secretaban menos corticosterona en respuesta a una amplia variedad de estresores en la etapa adulta.

Este efecto se denominó inmunización al estrés. Con esto podemos deducir que cada organismo tiene una respuesta particular al estrés aunque si que exista un patrón general, pero cierto es que según las experiencias que hayamos tenido a lo largo de la vida nuestra reacción fisiológica al estrés sufrirá variaciones. (Seymour Levine et al. 1967)

Si nos centramos más en humanos vemos que durante la gestación, el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo. Investigadores como Levin y DeFrank, hablaron de que gran parte de la ansiedad y cambio de vida que ocurren en el embarazo, resultan de la propia gestación.

La gestación, sea la primera o no, tiene dos características a las que Lazarus y Folkman (1984) conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante: la ambigüedad y la inminencia.

El concepto ambigüedad se ve reflejado en la ambivalencia que presentan muchas mujeres en el embarazo. Por una parte desean tener un hijo (hablamos de embarazos deseados) pero por otra, presentan preocupación por los cambios corporales que presentará su cuerpo. Hace referencia también este concepto a la impredecibilidad e inseguridad del resultado. No saber en todo momento que su embarazo vaya bien, tampoco saber en muchos casos si el bebé goza de un buen estado de salud, miedo sobre las posibles complicaciones en el embarazo.

Referente a la segunda característica de Lazarus y Folkman, la inminencia de nuevos acontecimientos, que se suceden a lo largo del embarazo y del parto. Este acontecimiento aporta un mayor estrés a la madre. El hecho de que no hay vuelta atrás, de que es algo que va a producirse en un futuro muy próximo es lo que en algunos casos puede crear ansiedad.

Klein y cols en su estudio de 1950, trataron de ver a través de diferentes entrevistas, cuáles eran los temores que más les preocupaban y les producían ansiedad. Hicieron así dos grupos, dos tipos de temores:

Los que hacían referencia al temor por ella misma, incluyendo preocupaciones por la salud, complicaciones en el embarazo y parto, miedo al dolor y muerte en el mismo.

Otros aspectos que les preocupaban eran el tema económico, la falta de atención adecuada durante el parto y la ruptura con sus parejas durante el embarazo.

El otro tipo, hacía referencia a las preocupaciones o temores por el hijo. En este grupo se incluyen el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la anormalidad mental del hijo, a la muerte del feto.

Sobre la gestante no actúa únicamente el acontecimiento del embarazo y el parto, sino una serie de estresores externos que pueden aumentar el estrés.

Oakley apuntaba que pensar que la mujer sólo puede preocuparse por ella misma y el parto es muy reduccionista. Es por eso que se describieron otras fuentes de estrés externo que pueden afectar a la madre gestante.

Estas son:

- Problemas de salud de la propia mujer o personas que conviven con ella (marido, otros hijos, padres).
- Circunstancias de trabajo y empleo. Mala relación con compañeros, despido.

- Condiciones de vida, incluyendo la vivienda. Son ejemplos la falta de instalaciones para cuando nazca el bebé, la falta de intimidad.
- Constelación familiar y posibilidades de ayuda doméstica.
- Relaciones con el marido.
- Funcionamiento del sistema de atención médica.

Todas estas fuentes de estrés pueden darse en mayor o menor medida.

En el estudio de Shereshevsky y Yarrow (1973) aparecieron estreses externos en el 70% de la muestra. En el 42% del total hubo dos estreses simultáneos. En un 3% acontecieron tres estreses. Se obtuvo también de este estudio que el 37% de las gestantes tuvieron problemas maritales. Shereshevsky y Yarrow, hablan de la importancia de la implicación y apoyo de la pareja en el periodo de gestación. Es decisivo para la madre que el padre esté dándole apoyo en todo momento.

Es un dato significativo que el hecho de tener recursos para criar a un hijo sea mas preocupante que la muerte de un familiar.

Se puede observar que alteraciones en el estado emocional de mujeres embarazadas afectan al curso de sus embarazos y el desarrollo de sus hijos.

Una vía sería mediante hormonas de estrés a través de la placenta. Está asociado con el aumento de la secreción de hormonas (glucocorticoides) que se vuelcan en el torrente sanguíneo de una persona en situación de estrés y cruza fácilmente la placenta y detiene o inhibe el crecimiento fetal.

El estrés provoca efectos en el flujo de sangre a la placenta como la constricción de los vasos sanguíneos reduciendo su flujo. Este efecto es producido por las catecolaminas. Mujeres altamente ansiosas tienen una reducción en el flujo de sangre uterino en el tercer trimestre de embarazo comparado con las mujeres embarazadas menos ansiosas. Afecta a la capacidad de la placenta de liberar nutrientes y oxígeno al feto alterando la morfología y el crecimiento de la placenta. Otro órgano central sobre el que actúa el estrés durante el embarazo es el útero. La contractilidad uterina y el flujo sanguíneo están completamente bajo control neurohormonal.

Los estrógenos gobiernan la actividad parasimpática (acetilcolina), mientras que la progesterona influye indirectamente en la actividad simpática (catecolaminas). El mecanismo contráctil básico depende de la acetilcolina, mientras que la actividad simpática fuerza los mecanismos de expulsión para

liberar al útero su contenido. La acetilcolina causa vasodilatación, mientras la noradrenalina produce vasoconstricción. La adrenalina en cambio tiene ambas acciones, dependiendo del tipo de receptores y de las condiciones hormonales. El flujo adecuado de sangre se mantiene mientras hay equilibrio entre el simpático y el parasimpático.

La edad gestacional de la vulnerabilidad es distinta para los diferentes resultados. Por ejemplo estrés agudo en el primer trimestre del embarazo está relacionado con esquizofrenia mientras que en el último trimestre del embarazo está relacionado con TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) Según el momento de inicio o en el que se presente el estresor se producirán unos efectos u otros teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del feto.⁵

2.- LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A fin de poder comprender a cabalidad la violencia familiar es necesario ocuparnos previamente de la violencia de género, por cuanto se encuentran muy relacionadas e incluso se podría decir que en ciertos casos las dos son concurrentes.

4.1.- DEFINICIÓN

Discriminación ejercida en contra de la mujer, se produce como consecuencia de las desigualdades entre los géneros, generalmente por parte del hombre hacia la mujer, pero incluso puede darse en sentido inverso. La violencia de género puede ser física, psíquica y verbal. La violencia contra la mujer no se centra en un aspecto meramente biológico e individual que se sitúa solamente en el ámbito familiar y que es ejercida por el varón; sino que responde a un tipo de discriminación de vieja data, nacida en la estructura social basada en el predominio del hombre, con raigambre patriarcal. Por lo que la violencia de género es consecuencia de un proceso socio-cultural e histórico, en el que cada

⁵ FERNÁNDEZ CASTRO, J. Yedo, S. Se puede medir el estrés? Un análisis de los elementos que componen el proceso del estrés. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. Capítulo 16, Pág. 133-148.

sociedad atribuye determinadas funciones y roles simbólico tanto a varones como a mujeres.⁶

3.- LA VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia que en sus diferentes formas se ejerce contra las mujeres, supone un grave atentado contra su integridad física y moral, un ataque directo a su dignidad como personas. Por tanto, nos encontramos ante una grave violación de los derechos humanos de las mujeres, ante un problema social de enorme magnitud; debido a su gran incidencia en nuestra población y a la gravedad de las secuelas tanto físicas como psicológicas producidas en las víctimas. Existen diferentes formas y tipos de violencia contra las mujeres; no obstante, todas tienen en común su raíz en la situación estructural de desigualdad y subordinación en que se encuentran las mujeres en nuestra sociedad.⁷

3.1.- CAUSAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

La etiología de la violencia familiar es compleja y multifactorial, dentro de ellas se encuentran las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se han relacionado con la aparición de la violencia doméstica.

La tradición y la cultura de muchas sociedades se han relacionado con la violencia como las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina, su tolerancia por la sociedad e incluso por la Mujer; los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia.

Jeiuk considera que los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de violencia doméstica son la relación de desigual posición de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la existencia de una

⁶ MEZA, FLORES Eduardo. Delitos Contra La Familia Violencia Familiar. Maestría en Derecho de *Familia*. Arequipa – Perú 2008-I

⁷FERNÁNDEZ DÁVILA MARROQUIN, Elcira. Mujer, genero-salud familiar y la participación comunitaria en salud reproductiva. Maestría en Salud Reproductiva Pág. 88 – 89; 90-91;94 -95-96

"cultura de la violencia", que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos.

Algunos autores buscan el origen de los conflictos subyacentes a la violencia doméstica en las rutinas del hogar adaptadas a una fuerza de trabajo exclusivamente masculina, que ha dejado de monopolizar los ingresos económicos de la familia con la incorporación de la mujer al trabajo, la pobreza y la escasa movilidad social.

3.2.- EXPRESIONES MÁS COMUNES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.

La violencia que se genera entre familiares reviste usualmente las siguientes formas:

a) VIOLENCIA FÍSICA

Consiste en el empleo de la fuerza física y de la coerción entre familiares con la finalidad de que la víctima haga o deje de hacer algo que el agresor impone, o para causar sufrimiento o menoscabo en la persona agredida.⁸

Va desde la bofetada al homicidio, pasando por las lesiones corporales infligidas de forma intencional con o sin ingreso clínico: golpes, quemaduras, empujones, patadas y lesiones provocadas con diversos objetos o agresiones con armas; puede ser cotidiana o cíclica, en la que se combinan momentos de violencia física con períodos de tranquilidad. En ocasiones suele terminar en suicidio u homicidio. El maltrato físico se detecta por la presencia de magulladuras, heridas, quemaduras, moretones, fracturas, dislocaciones, cortes, pinchazos, lesiones internas, asfixia o ahogamientos.⁹

b) VIOLENCIA EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA

Toda acción u omisión que origine daño en el agraviado, en la autoestima o en la salud mental de la víctima. En la práctica es la que mayores problemas presenta para su determinación. Entre las formas más frecuentes de este tipo de violencia encontramos las burlas, indiferencia afectiva, insultos reiterados,

⁸ FERNÁNDEZ DÁVILA MARROQUIN, Elcira. Mujer, género-salud familiar y la participación comunitaria en salud reproductiva. Maestría en Salud Reproductiva Pág. 88 – 89; 90-91;94 -95-96

⁹ FERNÁNDEZ DÁVILA MARROQUIN, Elcira. Mujer, género-salud familiar y la participación comunitaria en salud reproductiva. Maestría en Salud Reproductiva Pág. 88 – 89; 90-91;94 -95-96

amenazas de agresión física o de abandono, amenazas con quitarle a sus hijos, impedirle asistir a estudios o al centro de trabajo, etc.

c) VIOLENCIA SEXUAL

Todos aquellos actos de connotación sexual, que implican amenazas o intimidaciones que atentan contra la integridad y la libertad sexual. Usualmente las víctimas de esta violencia son las mujeres, comprendiéndose a la violación sexual y a los contactos íntimos no deseados. Entre sus manifestaciones tenemos la burla de la sexualidad del agraviado, asedio sexual en momentos inadecuados, requerir sexo con amenazas, violación, tocamientos no consentidos, etc.

d) VIOLENCIA ECONÓMICA

Acciones u omisiones generadas por el agresor que afectan la sobrevivencia de la pareja y de los hijos, o la sustracción y destrucción de sus pertenencias o de la sociedad conyugal; así como la negativa de colaborar con el sostenimiento y gastos de esenciales para el sustento de la familia.

Se produce cuando se aísla a la persona maltratada, se le priva de relaciones significativas o se le humilla en las relaciones sociales. Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, etc.

Consiste en impedir el acceso a la información o manejo del dinero. Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.¹⁰

3.3.- TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA VIOLENCIA

Existen diversas teorías y modelos que pretenden explicar la agresión y la violencia, brevemente reseñaremos las más Importantes:

¹⁰ FERNÁNDEZ DÁVILA MARROQUIN, Elcira. Mujer, genero-salud familiar y la participación comunitaria en salud reproductiva. Maestría en Salud Reproductiva Pág. 88 – 89; 90-91;94 -95-96

a) CLÁSICAS

- **TEORÍAS INSTINTIVISTAS.** Consideran que la especie humana se caracteriza por ser agresiva, la que puede ser apreciada desde los inicios de la humanidad, por lo que se concibe a la agresión como algo instintivo en el hombre. Las principales teorías que sostienen el carácter violento del ser humano se encuentran: el psicoanálisis y la agresión momentos de desarrollo de la teoría de los instintos), la etiología y la agresión (la agresión se halla generada en un instinto innato que el hombre comparte con los demás seres vivos), socio biología y agresión (los genes son los principales determinantes de la conducta, pudiendo actuar independientemente de los factores externos).
- **TEORÍA FRUSTRACIÓN - AGRESIÓN.** Se basa en 2 postulados esenciales: la agresión es siempre el resultado de una frustración; y, la frustración conduce necesariamente a la agresión.

b) CONTEMPORÁNEAS

- **TEORÍAS SOCIOLÓGICAS.** Las Teorías sociológicas conciben las raíces de la violencia familiar en la crisis que afronta la familia por estresores externos o por cambios sufridos por las normas sociales y culturales.
Dentro de esta encontramos la teoría sociológica, teoría sistémica, teoría del estrés, y la teoría feminista.
- **TEORÍA SISTÈMICA:** La conducta violenta no sólo debe ser estudiada a partir del agresor; sino también en atención al agredido, así como la relación generada, teniendo una percepción circular, de corresponsabilidad.
- **TEORÍA DE ESTRÉS:** La violencia familiar se genera a partir del estrés que afrontan los Individuos, quienes no encuentran medios para mitigarla, recurriendo a lo más sencillo como es la violencia.
- **TEORÍA FEMINISTA:** La violencia masculina se encuentra en la estructura social mas no en la sicopatología Individual del agresor
- **TEORÍAS PSICOLÓGICAS:** Las más Importantes son:
- **TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA (Walter, 1979; 1984):** El maltrato permanente en tiempo y espacio causa en las mujeres maltratadas

la percepción cognitiva de que no es capaz de afrontar las situaciones por la que atraviesa.

- **TEORÍA DE LA UNIÓN TRAUMÁTICA:** La unión traumática es el desarrollo de una unión emocional entre dos personas, en el que una de ellas amenaza, golpea, maltrata o intimida intermitentemente a la otra.
- **TEORÍA DE LA TRAMPA PSICOLÓGICA:** De acuerdo a esta teoría, cuando más tiempo y esfuerzo una mujer maltratado ha invertido en su relación, tanto más difícil será que se dé por vencida si no obtiene el fin propuesto, por lo que difícilmente dejará de lado la relación.
- **TEORÍA ASOCIADA A LOS FACTORES DE RIESGO:** La violencia tiene su causa en distintos factores de carácter Individual, familiar o / social; siendo los más importantes los siguientes:
 - **FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES:** Se refieren a dificultades en el individuo (inseguridad, depresión, pesimismo, estrés, etc.).
 - **FACTORES DE RIESGO EN LA FAMILIA:** Debilidad en los vínculos afectivos, disciplina inconsistente, uso y abuso de tabaco, alcohol o drogas, etc.¹¹

¹¹ MEZA FLORES Eduardo. Delitos Contra La Familia Violencia Familiar. Maestría en Derecho de Familia. Arequipa – Perú 2008-I

3.4.- LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO PROCLIVE A LOS ABUSOS Y DE LA VÍCTIMA SE EXPONEN EN LA SIGUIENTE TABLA ¹²

Características generales del agresor y de la víctima

CARACTERÍSTICAS	AGRESOR	VÍCTIMA
Conductuales	Anterior víctima de agresiones Socialmente aislado Historia de abuso de alcohol/drogas Escaso control de Impulsos Implicado en situación de crisis	Falta de relaciones con familia- res/amigos Económicamente dependiente del agresor Socialmente aislada Miedo del agresor; aun así, intenta ocultar esto a los demás Se esfuerza en agradar al agre- sor/evitar que se enfade
Afectivo	Extremadamente celoso y pose- sivo. Se siente superior y controlador cuando utiliza la violencia	Depresiva/ansiosa Sentimientos de culpa/autoinculpación Indefensión/temor/
Cognitivas	Estándares de perfeccionismo en los familiares Rígido y obsesivo en cuanto a mantener el control Inflexible, con escasas habilidades para la resolución de problemas Narcisista	Baja autoestima. Sensación de no servir para nada. Tendencia a excusar la conducta del agresor. Esperanza en que cesarán las agresiones

¹² BOYER K. Bárbara. Enfermería De Salud Mental Y Psiquiátrica primera edición Mc GRAW HILL-
Interamericana De España, S.A.U. 1978

3.5.- FASES DEL CICLO DE VIOLENCIA FAMILIAR

De acuerdo al "Manual sobre violencia familiar y sexual" el ciclo de la violencia familiar presenta tres fases:

a) FASE 1. ACUMULACIÓN DE Tensión

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.

b) FASE 2. EPISODIO AGUDO DE VIOLENCIA

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas.
- Luego de la descarga del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial, él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

c) FASE 3. ETAPA DE CALMA, ARREPENTIMIENTO O LUNA DE MIEL

- Se caracteriza por un período de calma, no violento, 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, promete buscar ayuda, promete no volver a hacerlo, etc.

Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez. El hombre agresor no se cura, por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más dolencia.¹³

¹³ FERNÁNDEZ DÁVILA MARROQUIN, Elcira. Mujer, género-salud familiar y la participación comunitaria en salud reproductiva. Maestría en Salud Reproductiva Pág. 88 – 89; 90-91;94 -95-96



3.6.- EFECTOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia familiar genera una serie de efectos no sólo respecto a quienes son agredidos físicamente, sino también en quienes son testigos de estas, como en el caso de los niños que presencian actos de violencia familiar entre sus padres. Los efectos más importantes son:

- EFECTOS PERSONALES.** La violencia familiar genera principalmente los siguientes efectos a nivel de la persona como individuo: temor, inseguridad, culpa, vergüenza, aislamiento, falta de empoderamiento.
- EFECTOS EN LA SALUD.** Se genera bajo autoestima, depresión, dependencia emocional, abortos espontáneos, desórdenes alimenticios, estrés materno.
- EFECTOS PRODUCTIVO-LABORALES:** Dependencia económica del agraviado respecto al agresor, baja productividad, pobreza, etc.
- EFECTOS SOCIALES:** Produce serias repercusiones en la sociedad que influyen en la comunidad ocasionando Interrelaciones deficientes, comportamientos extremos, actitudes violentas, etc.

3.7.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN AREQUIPA

Respecto a la violencia conyugal, el maltrato físico se da en las parejas en menor proporción que la violencia psicológica, en ambos casos son las mujeres quienes más lo sufren, con golpes, puños y patadas. Estos actos son provocados por los varones bajo efecto de las bebidas alcohólicas.

El abuso sexual no es significativamente declarado como acto de violencia en las parejas arequipeñas.¹⁴

3.8.- PERSONALIDAD DEL MALTRATADOR

Los agresores suelen venir de hogares violentos, padecen trastornos psicológicos; muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo. El Maltratador, frecuentemente es una persona aislada, no tiene amigos cercanos, celoso (celotipia), baja autoestima que le ocasiona frustración y debido a eso se genera actitudes de violencia. Una investigación de los psicólogos norteamericanos, el Dr. John Gottman y Dr. Neil Jacobson, señalan que los hombres Maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales:

a.- PITBULL: Solamente es violento con las personas que ama, celoso y tiene miedo al abandono; priva a la pareja de su independencia, pronto a vigilar y atacar públicamente a su propia pareja; su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión, tiene potencial para la rehabilitación, no ha sido acusado de ningún crimen, posiblemente tuvo un padre abusivo. El pitbull espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novia o esposa.

b.- COBRA: Agresivo con todo el mundo, propenso a amenazar con cuchillos o revólveres. Se calma internamente, según se vuelve agresivo, difícil de tratar en terapia psicológica; depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere; posiblemente haya

¹⁴ BADDES MENDOZA Olga. Estado De Las Investigaciones En Violencia Familiar y Sexual En El Perú. Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual MINDES. 2003 Pag.64

sido acusado de algún crimen; abusa de alcohol y drogas. El cobra es un sociópata, frío, calculador, puede ser cálido. El maltrato no cesa por sí solo.¹⁵

4.- VIOLENCIA DURANTE LA GESTACION

Esta situación es un patrón de coacción y control que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de estas y amenazas contra la mujer por su pareja o ex pareja antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo. Este fenómeno se ha descrito a nivel mundial entre el 1% y el 70%. Las mujeres señalan haber sido agredidas física, sexual o psicológicamente. Esto ocurre con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo.

En el Perú, en la encuesta demografía y salud familia (ENDES) sobre Violencia contra las Mujeres del 2003, indica que el 5.3% de las mujeres fueron agredidas físicamente en algún momento de su vida y de estas, el 48.6% sufrieron maltrato antes y durante alguno de sus embarazos. Por otro lado la, Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que en nuestro país, el 19% de las mujeres embarazadas sufren violencia, ya sea en forma aislada o recurrente. Este fenómeno se puede repetir hasta en 70% de los casos.¹⁶

Llama la atención, según algunos autores, que el embarazo es un factor que eleva el riesgo de que la mujer sea agredida. El embarazo en si puede ser el resultado de abuso sexual o negación al uso de métodos anticonceptivos.

En general se acepta que hay ciertos factores predictivos de este problema, como el antecedente de violencia familiar, sobre todo cuando ha ocurrido durante el año previo a la gestación. Así mismo, son factores la historia de maltrato a la mujer, la historia de maltrato durante la infancia y adolescencia, el consumo de alcohol o drogas (principalmente cocaína), niveles altos de estrés y problemas emocionales como baja autoestima.

Otros autores han señalado los siguientes factores de riesgo: mujeres jóvenes, primigestas, de bajo nivel educativo y socioeconómico. El abandono de la pareja o su

¹⁵FERNÁNDEZ DÁVILA MARROQUIN, Elcira. Mujer, genero-salud familiar y la participación comunitaria en salud reproductiva. Maestría en Salud Reproductiva Pág. 88 – 89; 90-91;94 -95-96

¹⁶ <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap12.pdf>

ausencia, pueden ser factores asociados, que en general sitúan a la mujer en una condición de vulnerabilidad social.

El problema es más común en lugares donde el concepto de masculinidad lleva implícito el honor del varón, la autoridad sobre la mujer y en ambientes donde se tolera el castigo físico como medio para resolver disputas personales.¹⁷

4.1.- ABUSO FETAL

El maltrato infantil es reconocido desde hace más de 40 años. Actualmente se considera como un problema de salud pública mundial. En este periodo se han identificado diversas formas en las que un niño puede ser maltratado: se han clasificado en conocidas, poco conocidas y muy poco conocidas.

El abuso fetal es una de las formas poco conocidas, aunque se ha considerado parcialmente desde 1957 cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció en la Declaración Universal de los Derechos del niño que "El niño por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluida la protección legal adecuada antes y después del nacimiento"

Landwirth definió el abuso fetal como todo acto intencional o de negligencia, que afecte al producto en alguna etapa de su desarrollo, por cualquier persona que tenga injerencia en el embarazo: este hecho puede deberse a factores culturales, sociales, políticos o legales. Otros autores agregan en sus definiciones ciertos elementos como la intervención de instituciones o de una sociedad que prive al feto o recién nacido, de sus derechos o que dificulten su óptimo desarrollo físico psicológico o social.

Esta forma de maltrato infantil puede presentarse dentro de la violencia familiar cuando la madre es agredida directamente. Sin embargo, también ocurre cuando ella es la causante directa, al consumir alcohol, drogas u ocasionarse daño físico o emocional dentro de una condición de negligencia o descuido.¹⁸

¹⁷ FAWCET, G. Servicios de salud ante la violencia doméstica 1º Edición Lima 2001 pág.140

¹⁸ LEÓN A.Y COLS. Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. Acta pediátrica México 2007 pág.131

4.2.- EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN LA GESTANTE Y SU PRODUCTO

Los efectos de la violencia ejercida contra las mujeres son variadas; dependen del momento de gestación, el tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición. Es posible hallar repercusiones en su salud física, mental, su conducta social y reproductiva.

Cuando la agresión ocurre antes del embarazo es probable que la gestación no sea deseada. Si ocurre durante el embarazo, puede haber ausencia o retraso de la vigilancia médica así como depresión, ansiedad, consumo de tabaco, alcohol, drogas, estrés.

Durante la atención médica en un centro hospitalario es frecuente hallar lesiones de diferente localización y severidad: sangrado vaginal, infección de vías urinarias e hipertensión arterial. Otros hallazgos en la futura madre son pobre ganancia ponderal o desnutrición, anemia, alguna infección de transmisión sexual. Las consecuencias inmediatas de esta situación en el producto son: bajo peso al nacimiento (17%) y prematuridad (21.4%). Las tardías son: muerte fetal o neonatal, riesgo elevado de muerte en el primer año de vida, maltrato infantil, falta de vínculo madre-hijo y de una lactancia materna saludable, posibilidades limitadas para el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales.¹⁹

5.- CRECIMIENTO FETAL NORMAL

El crecimiento fetal depende de una serie de interacciones que se llevan a cabo entre la madre (placenta), el feto y el medio ambiente que les rodea

Estos factores pueden generar un feto con crecimiento óptimo para las condiciones de su entorno, o un feto con crecimiento subóptimo por causas de diversa índole. Una de estas causas es la alteración en el proceso de implantación placentaria, con cambios significativos en el área de intercambio en la placenta para oxígeno y nutrientes entre la madre y el feto, cuyo desenlace es la hipoxia intrauterina, que a su vez puede

¹⁹ LOREDO AA, Díaz OC. La violencia familiar ¿Un problema que se hereda o se aprende? Gac Medicina. México 2002 pág. 138

potencialmente producir consecuencias serias para la madre (Preeclampsia) y/o para el feto (restricción del crecimiento intrauterino).²⁰

El crecimiento fetal normal ocurre en tres fases bien diferenciadas. En la primera fase, que dura hasta la semana 16 de gestación, se produce un rápido aumento del número de células. Es la fase de hiperplasia celular. En la segunda fase, ocurre tanto un incremento del número de células como un aumento del tamaño de las mismas. A partir de las 32 semanas predomina el crecimiento; es la fase de la hipertrofia celular.²¹

El parámetro usualmente empleado para valorar el crecimiento fetal es el peso; sin embargo, el parámetro óptimo para determinar el crecimiento de un feto de acuerdo a las condiciones o factores que potencialmente pueden afectar su desarrollo (maternas, paternas y medio ambientales), es la comparación del peso fetal estimado con estándares de peso fetal para condiciones similares a esa gestación (curvas personalizadas de peso fetal)

El crecimiento fetal correspondiente a estas tres fases es de 5g por día a las 15 semanas, 15 a 20 g por día a las 24 semanas y 30 a 36 g por día a las 34 semanas. A pesar de los grandes esfuerzos por descubrir con claridad cómo se produce el crecimiento fetal todavía no se ha logrado establecer con completa claridad los mecanismos que determinan un normal crecimiento fetal.

Al comienzo de la vida fetal el mayor determinante del crecimiento es el genoma fetal, pero posteriormente durante el curso del embarazo las influencias del medio ambiente, la nutrición y factores hormonales se vuelvan cada vez más importantes. El crecimiento fetal también depende de un adecuado suministro de nutrientes, la transferencia de glucosa de la madre al feto ha sido estudiada con mucha profundidad donde tanto el aumento de la disponibilidad como disminución de glucosa materna han demostrado que pueden afectar el crecimiento fetal. En este esquema la glucemia excesiva produce macrostomia mientras que los niveles disminuidos de glucosa

²⁰ CARDOSO CORONEL, Pedro. Bajo peso al nacer en recién nacidos de madres sometidas a estrés durante su embarazo. Quito. 2007 Pág. 9-14

²¹ <http://es.scribd.com/doc/58143102/PDF-Crecimiento-Intrauterino>

producen restricción del crecimiento normal. Un claro ejemplo es el recién nacido (RN) macrosómico como producto de una madre diabética.

Existe un factor muy importante que se relaciona con bajo peso al nacer que es el estilo de vida y el estrés materno que ha sido poco estudiado en sentido formal.²²

6.- FACTORES ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER

El bajo peso al nacer (BPN) ha constituido un enigma en la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca. Su importancia no solo radica en lo que significa en la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños tienen habitualmente múltiples problemas posteriores. El Programa para la Reducción del BPN señala que los niños nacidos con un peso inferior a los 2 500 g presentan riesgo de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término

Cuando la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino, este puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales, además de secuelas neurológicas e intelectuales. El problema del bajo peso al nacer (BPN) constituye una preocupación mundial, y es mucho más frecuente en los países subdesarrollados.

El parto pretérmino se ha relacionado con la edad muy joven de la madre, con la sucesión rápida de los embarazos, con la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades o complicaciones del embarazo.

A su vez el crecimiento intrauterino retardado se ha relacionado con la desnutrición materna, con los factores ambientales y sociales. En ocasiones puede ser considerado como un efecto generacional. Igualmente el hábito de fumar incide tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado.

²² CARDOSO CORONEL, Pedro. Bajo peso al nacer en recién nacidos de madres sometidas a estrés durante su embarazo. Quito. 2007 Pág. 9-14

Dentro de los factores de riesgo del BPN se han encontrado con mayor frecuencia en estudios realizados por diferentes autores los siguientes:

- Embarazo en la adolescencia.
- Desnutrición de la madre (peso inferior a 100 lb, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación).
- Hábito de fumar.
- Antecedentes de niños con bajo peso.
- Hipertensión arterial durante el embarazo.
- Incompetencia istmicocervical.
- Embarazos gemelares.
- Anemia.
- Sepsis cervicovaginal.²³

6.1 SEGÚN WILLIAMS, GABBLE, ACOG ^{24 25 26}

FACTOR DE RIESGO	AUTOR		
	ACOG*	GABBLE**	WILLIAMS***
Edad	SI	SI/NO	-
Bajo peso materno	SI	< 90% peso ideal	< 45 Kg
Pobre ganancia de peso	SI	SI	SI
Anemia (hemoglobina < 10)	-	SI	NO
Hábito de fumar	SI	SI	SI
Abuso de sustancias	SI	SI	SI
HTA, crónica o preclampsia	SI	SI	SI
Diabetes pregestacional	Tipos C,D,F,R	SI	-
Enfermedad renal	SI	-	SI
Síndrome antifosfolípido	SI	SI	SI
Enfermedades de la colágena	SI	SI	-
Hemoglobinopatías	SI	SI	SI
Elevación de AFP/hGC	-	SI	-
Parto pretérmino	-	SI	-
Altura sobre el nivel del mar	-	SI	> 3000 metros
Colitis ulcerativa, Enf. Crohn	SI	SI	-
Medicamentos: DFH, Cumarínicos, trimetadiona	SI	SI	-

²³ PERAZA Georgina J. ROQUE. PÉREZ DELGADO, Silvia Y DE LOS A. FIGUEROA Zoe. Revista Cubana de Medicina General Integral volumen .17 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2001

²⁴ AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin N° 12 Intrauterine Growth Restriction Obstet. Gynecol 2000;Pag 95 Obstet. Gynecol 2000;95.

²⁵ GABBE S. SIMPSON. Obstetricia. Editorial Marbán. Madrid 2004

²⁶ WILLIAMS. Obstetricia. .Editorial Medica Panamericana. 21ª Edición. Madrid 2002

Liang refleja en un estudio realizado, que a medida que la edad materna aumenta (más de 35 años de edad), los recién nacidos tienden a presentar un peso cada vez menor, fenómeno que se atribuye a la edad de la gestante unido a la paridad. Varsellini, por ejemplo, reporta una duplicación de la frecuencia de bajo peso al nacer después de los 40 años; sin embargo, numerosos autores plantean en sus trabajos que la edad materna inferior a los 20 años, representa un factor de riesgo fundamental para que los niños nazcan con un peso inferior a los 2 500 g.

Las adolescentes no se encuentran aptas para la gestación, ya que sus órganos se encuentran inmaduros y existe la posibilidad de tener un niño con bajo peso al nacer. Varios autores plantean que las madres menores de 20 años no están completamente desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos para alcanzar la madurez. Pérez Ojeda en su trabajo realizado en Las Tunas encontró que el 10 % de las mujeres entre 15 y 20 años tuvieron niños con bajo peso, alegando que es debido a la necesidad de nutrientes para su propio crecimiento incluyendo el crecimiento del feto. Ciertamente el estado nutricional de la madre al inicio del embarazo puede influir en el peso del recién nacido, y se han reportado estadísticas significativas cuando se relaciona el bajo peso materno al inicio y durante la gestación con el BPN. Otros autores han señalado que las gestantes que han comenzado su embarazo con falta de peso en relación con el peso estándar para su talla, presentan mayores probabilidades de tener niños con bajo peso, que las madres que comienzan su embarazo con el peso ideal para su talla. Se observa una relación significativa entre la malnutrición materna por defecto y el nivel socioeconómico familiar, con el nacimiento de niños con bajo peso.

Es importante observar también la relación entre la malnutrición materna por defecto y las siguientes afecciones: anemia, sepsis urinaria y asma bronquial. La malnutrición materna por defecto y la presencia de anemia en el embarazo hacia el final de la gestación se produce debido al agotamiento de los dispositivos orgánicos de hierro por la demanda del feto para su metabolismo, crecimiento y desarrollo. La ganancia de peso durante el embarazo constituye un factor fundamental en el peso del recién nacido, y guarda una relación

directa. Igualmente otro indicador antropométrico que se debe tener en consideración, es la talla, pues el hecho de que la embarazada tenga baja estatura (menos de 150 cm) incrementa el riesgo de que nazca un niño con estas características

Entre los efectos nocivos para el embarazo y que constituye un factor de riesgo importante para el bajo peso al nacer se encuentra el hábito de fumar. Autores como Bonatti plantean que puede existir una disminución del peso en los hijos de madres fumadoras de 170 g aproximadamente.

En cuanto a los antecedentes de haber tenido RNBP previos, se ha demostrado que aumenta en casi 5 veces las probabilidades de tener un recién nacido igual. Se ha identificado por algunos autores como factor de riesgo los antecedentes de partos de niños con bajo peso en abuelas o madres de las embarazadas cuyo producto de la concepción también ha tenido un peso por debajo de los 2 500 g al nacer.²⁷

Es válido también señalar que la ruptura prematura de membranas ovulares constituye un importante factor que, relacionado con la sepsis urogenital, puede propiciar el nacimiento de un niño antes del término de la gestación con las consecuencias nocivas que ello puede representar. Es muy conocida la influencia del bajo peso al nacer en la tasa de mortalidad infantil, así como en la supervivencia y desarrollo en la infancia, ya que estos niños pueden padecer de trastornos de tipo neurológico incluyendo el déficit intelectual, en comparación con niños nacidos con un peso adecuado. En el ámbito mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente, y se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es considerablemente mayor en los niños con bajo peso al nacer, que en aquellos que nacen con peso normal a término.^{28 29}

²⁷ HERNÁNDEZ CISNEROS F. El recién nacido bajo peso, comportamiento de algunos factores de riesgo. Revista Cubana Medicina. Volumen 12, 1996 Pág. 44

²⁸ PRADO OLIVARES L, RAMÍREZ Rosales M. Bajo peso al nacer, enfoque clínico, epidemiológico y social. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(3):242-7

²⁹ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000500014&script=sci_arttext

6.2 CLASIFICACIÓN DEL RN SEGÚN PESO DE NACIMIENTO

Considera solamente el peso y es totalmente independiente de la edad gestacional.

- RN macrosómico: aquel que pesa más de 4.000 g. al nacer; algunos autores recomiendan límite en los 4.500 g.
- RN de bajo peso nacimiento (RN BPN): peso al nacer menor de 2.500 g.
- RN de muy bajo peso nacimiento (RN MBPN): peso al nacer menor de 1.500 g.
- RN diminuto (o tiny baby según literatura americana): PN menor de 1.000 g.
- RN micronato o neonato fetal: RN con PN entre 500 y 750 g.³⁰

7.- TEST DE BECK

El doctor Aaron Beck nació en la ciudad de Providence del estado de Rhode Island, el día 18 de junio del año 1921, siendo el menor de tres hijos. Los papas de Beck eran emigrantes judíos, Beck nació tras la gran tragedia de muerte de una de sus hermanas, a causa de una epidemia de gripe, esto causó una gran depresión en la familia de Beck en especial en su madre, pero Beck tenía una enfermedad a causa de una infección en su brazo, y esto fue lo que lo ayudó a tomar control sobre el y también aprendió a afrontar sus miedos. Esto fue lo que lo llevó a sus teorías y terapias.

Al crecer se casó y formó su familia con cuatro hijos, llamados Roy, Judy, Dan y Alice. Y estos hijos le otorgaron ocho nietos, la única de sus cuatro hijas que siguió sus pasos fue Judy Beck, que también estudió psiquiatría y se ha especializado en terapias cognitivas, siendo la más grande sucesora que tuvo ya que siguió en el mismo campo que se había abierto el.

Luego de esto Beck asistió a la universidad de Brown, graduándose en el año 1942, en la misma universidad perteneció a la sociedad Phi Beta Kappa (centro más prestigioso para graduaciones de más de cuatro años de carrera) perteneció y fue parte del equipo del diario Brown Daily Herald, y al ponerle tanto empeño a su labor recibió el premio Wayland Scholarship, nominado al premio de excelencia en oratoria de William Gastón y también el premio sobre ensayos de Philo Sherman. Luego de haber sido nominado y premiado ingresó a la escuela de medicina de Yale, y se graduó en el año 1946. Luego de tener varias ambiciones y cumplir con varias funciones fue premiado en el año 2006 por la clínica de Lasker sobre investigación.

³⁰www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/CONTROLS/NEOCHANNELS/Neo_CH6258/Deploy/02.pdf

Luego de haber sido nominado varias veces y por varias teorías el dr. Aarón Beck. Ha sido presidente del instituto de Beck para la terapia e investigación cognitiva, y además catedrático de psiquiatría en universidad de Pensilvania.

Uno de sus más grandes logros fue que desarrollo y se especializo men las terapias cognitivas, esto empezó a darse en el año 1960 cuando estaba trabajando en universidad de Pensilvania como profesor de psiquiatría, y a la vez había ejercido como psicoanalista, y su mayor proceso de investigación fue analizar los procesos psicoanalítico con relación a la depresión y el estrés, a través de varios experimentos y duras horas de trabajos.

Y quería validar los fundamentos del psicoanálisis, pero en vez de validar encontró lo contrario, y esto lo incentivo a un más en el proceso de explicar el estrés y la depresión. Sus mayores experimentos fueron con pacientes que sufría de depresión y estrés, y creo un test que permitía clasificar el grado de estrés este contaba con 18 preguntas para madres gestantes las cuales contenían la relación que llevaban con su pareja, su estado económico, psicológico y laboral. y los clasifico en cuatro categorías:

0 a 11: RELACIÓN NO ABUSIVA – SIN ESTRES. Tal vez existen algunos problemas que se presentan comúnmente en los hogares, pero se resuelven sin violencia.

12 a 22: PRIMER GRADO DE ESTRES. La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

23 a 34: ESTRÉS O ABUSO SEVERO. Una mujer, en este punto de la escala, necesita considerar seriamente la búsqueda de ayuda institucional o personal; y dejar la casa provisoriamente.

35 a 45: ABUSO PELIGROSO – GRADO SEVERO DE ESTRES Necesita considerar en forma URGENTE la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo (policial, legal). El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o con sólo desearlo ambos. Su vida puede llegar a estar en peligro de muerte en más de una ocasión o su salud física o mental, quedar permanentemente dañada.³¹

1. ³¹ <http://Aaronbeckpersonalidad.blogspot.com/2008/03/biografia.html.com>

3.2 ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A NIVEL INTERNACIONAL

AUTOR: Pedro José Cardoso Coronel

TRABAJO: TESIS DE GRADO EN MEDICINA: BAJO PESO AL NACER EN RECIEN NACIDOS DE MADRES SOMETIDAS A ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO

Ecuador - Quito Enero 2007

RESUMEN

Objetivos: Se estudió la posibilidad de que el estrés durante el embarazo sea una causa de bajo peso al nacer (<2500 gr.) en madres del centro obstétrico del HCAM. **Materiales y Métodos:** El presente estudio es un diseño de casos y controles en 150 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, a los dos grupos se les aplicó un test de estrés materno y se obtuvo los pesos de los recién nacidos después del parto. Se analizó los datos que incluyen: test, peso de recién nacido, uso de tabaco, antibióticos, índice de masa corporal (IMC) y presencia de enfermedades no complicadas durante su embarazo. Para el análisis estadístico se realizó una regresión logística y odds ratio. **Resultados:** El test presentó una significancia estadística ($p=0.020$) se confirma que el estrés durante el embarazo causa una disminución del peso de los recién nacidos afectados, teniendo 2.7 veces ($OR= 2.7$) más riesgo de bajo peso al nacer que las mujeres que se encuentran en condiciones normales. **Interesantemente** existe asociación de bajo peso al nacer con los factores de riesgo mencionados. **Conclusiones:** El presente estudio demuestra que el estrés durante el embarazo es una causa de bajo peso al nacer, afectando no solo su peso al nacimiento sino también produciendo efectos secundarios sobre su normal desarrollo.

Revista Panamericana de Salud Pública vol.14 n.2 Washington Aug. 2003 Costa Rica
TRABAJO: LA VIOLENCIA FISICA, PSICOLOGICA, EMOCIONAL Y SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y SU ASOCIACIÓN CON EL BAJO PESO AL NACER.

RESUMEN: Objetivo: Determinar la prevalencia de la violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo y su asociación con el bajo peso al nacer. Métodos: Se exploró la violencia sufrida por 118 embarazadas de la comunidad urbana marginal Finca San Juan de Rincón Grande de Pavas, san José, osta Rica, que dieron a luz entre septiembre de 1998 y noviembre de 1999. Se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas previamente validado. Mediante un modelo de regresión lineal múltiple se ajustaron las diferencias entre las medias del peso de los recién nacidos según las características de la madre (edad, años de estudio, condición conyugal, deseo del embarazo, hábitos nocivos, números de embarazos y partos previos, intervalo intergenesico, estatura, aumento total de peso durante el embarazo y enfermedades durante la gestación). Se utilizo un modelo de regresión logística para medir el efecto directo de la violencia sobre el bajo peso al nacer, así como un método no paramétrico para calcular la fracción atribuible en las mujeres expuestas. Resultados: Los niños de madres que sufrieron actos de violencia pesaron promedio 449.4g menos (P menor 0.001), que los de las mujeres que no habían estado expuestas a actos violencia. Las primeras presentaron un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacer que las segundas (IC95%:1.39 a 8.10). Las variables que se asociaron más estrechamente con el bajo peso al nacer fueron la violencia sufrida por la madre (asociación directa) y el aumento de peso de la madre durante la gestación (relación inversa).

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos indican la necesidad de investigar el tema más profundamente, instruir al personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres como factor de riesgo reproductivo y conformar grupos de expertos es este tema con el fin de desarrollar protocolos especializados para la identificación temprana de embarazadas sometidas a algún tipo de agresión

AUTOR Susana Patricia Collado Peña,Luis Alberto Villanueva Egan

Ginecol Obstet México 2007

TRABAJO: RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO Y EL RIESGO DE BAJO PESO EN EL RECIÉN NACIDO

RESUMEN

Objetivos: estimar la prevalencia y características de la violencia familiar durante el embarazo y su efecto en los resultados obstétrico y perinatal, así como identificar los factores relacionados.

Pacientes y métodos: de agosto a septiembre de 2004 se encuestó a 288 mujeres que acudieron al Hospital General Dr. Manuel Gea González para su atención obstétrica. Para medir la violencia física y psicológica se utilizaron el cuestionario Abuse Assessment Screen y el instrumento de detección de la International Planned Parenthood Federation (IPPF). Como resultados se incluyeron aborto, cesárea, edad gestacional, peso al nacimiento y la puntuación de Apgar. Para medir las asociaciones se calcularon las razones de momios y sus intervalos de confianza del 95%.

Resultados: la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 39.24%. La violencia psicológica fue la más frecuente antes y durante el embarazo (94.71 y 96.46%, respectivamente), mientras que las violencias física y sexual disminuyeron durante la gestación. La violencia familiar 12 meses antes del embarazo incrementó el riesgo de bajo peso en el recién nacido (RM 1.69, IC 95%, 1.01-2.81) y de aborto (RM 2.09, IC 95% 1.14-3.83). La violencia familiar durante el embarazo Se incrementó por la exposición a violencia en cualquier momento previo a la gestación (RM 3.13, IC 95%, 1.48-6.63) y en el año anterior al embarazo (RM 12.79, IC 95%, 6.38-25.6).

Conclusiones: la violencia antes y durante el embarazo es frecuente y se asocia con resultados adversos. Es imperiosa la necesidad de la identificación rutinaria en los servicios de ginecología y obstetricia y proveer a las mujeres de asistencia médica y social.

Palabras clave: violencia doméstica, violencia de pareja, violencia durante el embarazo, resultado materno, resultado perinatal, bajo peso al nacimiento.

4.- HIPOTESIS:

Dado que:

El estrés condiciona problemas de salud física, emocional y psicológica en la madre gestante y éstos repercuten generalmente en el feto y recién nacido.

Es probable que:

El estrés durante el embarazo influya o se relacione con el bajo peso al nacer de recién nacidos a término, atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de noviembre 20113 - a enero 2014.



II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	TECNICA	INSTRUMENTO
ESTRÉS MATERNO (variable independiente)	Test de Beck	Relación No Abusiva Sin Estrés Primer grado de estrés Estrés o abuso severo Abuso peligroso-grado severo de estrés	Técnica de observación clínica	Documental Ficha de recolección de datos
PESO DEL RECIÉN NACIDO (variable dependiente)	Bajo peso al nacer (BPEG) Peso normal (PAEG) Sobrepeso (GPEG)	< 2500 gr 2500 – 3999gr >4000gr		

2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

2.1.1 Precisión del lugar.-

Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito Cercado.

2.1.2 Caracterización del lugar.-

Ámbito institucional que se encarga de brindar servicios de salud a toda la zona urbana, semirural y rural Hospital Honorio Delgado Espinoza

2.1.3 Delimitación Geográfica.- (ver ANEXO 4)

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1.- **Cronología.-** Noviembre de 2013 – Enero del 2014

2.2.2.- **Visión Temporal.-** Prospectivo

2.2.3.- **Corte Temporal.-** Transversal

2.3.- UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1.- **Universo.-** Se revisó la cantidad de partos eutócicos a término en el trimestre de julio a setiembre en el año 2013 obteniendo un total de 373 partos a término.

2.3.1.1 Cualitativo.-

2.3.1.1.1 Criterios de inclusión:

- o Mujeres embarazadas de 20 a 35 años de edad.
- o Gestaciones a término
- o Gestante con IMC pre gestacional normal (18.5 a 24.9)
- o Gestantes controladas (> 6 CPN)
- o Que no hayan tenido patologías en su embarazo actual, por ejemplo: preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, ITU complicadas, patologías de placenta, enfermedad hipertensiva del embarazo, que requirieran de uso de antibióticos de manera repetitiva.

2.3.1.1.2 Criterios de exclusión:

- o Madres menores de 20 años o mayores de 35 años.
- o Gestaciones pre término
- o Gestaciones post término
- o Que hayan tenido patologías en su embarazo actual, por ejemplo: preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, ITU complicadas, patologías de placenta, enfermedad hipertensiva del embarazo, que requirieran de uso de antibióticos de manera repetitiva
- o Madres fumadoras y alcohólicas.
- o Madres que hayan recibido antibióticos de manera persistente por algún tiempo (por lo menos de 15 a 30 días) y en algunos periodos de su embarazo.
- o Gestantes con CPN < 6

2.3.1.2 Cuantitativo: 192 pacientes en trabajo de parto.

2.3.2.- Muestra.- 192 pacientes que corresponde al 51.7% de las cuales serán 96 pacientes que sufran de estrés y 96 pacientes que no sufran de estrés teniendo un margen de confianza de 95.5% y un margen de error de 5%.

$$n = \frac{373 \times 400}{373 + 400} = \frac{149200}{773} = 192$$

3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

3.1.1 Autorización:

Se coordinó con el Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

3.2 Recursos

3.2.1 Recursos Humanos.- Autoras:

Bedregal Aguilar Ysabel

Vizcarra Huamán Sandra

Asesora: Obst. Lourdes Arencio Heredia

Digitador, estadista.

3.2.2 Recursos Físicos.-

Papel, computadora, impresora, fotocopidora, escáner, útiles de escritorio

3.2.3 Recursos Económicos.- S/650.00 nuevos soles

3.2.4 Recursos Institucionales.- Instalaciones del Hospital Honorio Delgado Espinoza

3.3 Validación del Instrumento.-

3.3.1 Procedimiento: Se realizó un estudio de casos y controles, se aplicó el test de estrés materno, utilizado y validado anteriormente en el estudio pionero de violencia doméstica y su repercusión en el bajo peso al nacer (México, 1996). Realizada por Rosario Valdez Santiago, Luz Helena Sanín Aguirre.

3.3.2 Finalidad: La finalidad del presente trabajo investigativo es determinar el grado de estrés que tiene cada gestante y la implicancia en el peso del recién nacido a término

3.3.3 Metodología de selección del estudio de casos y controles: Pareo

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Nivel de Sistematización de Datos.-

4.1.1 Tipo De Sistematización: Electrónico

4.1.2 Plan De Operación:

4.1.2.1 Clasificación: Matrices de sistematización

4.1.2.2 Codificación: Se utilizó un instrumento validado con escala de calificación validado según Rosario Valdez Santiago, Luz Helena Sanín Aguirre.

4.1.2.3 Análisis: Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 21.0 para Windows, en él se realizará la prueba de chi cuadrado de independencia.

4.1.2.4 Tabulación: Se utilizó tablas de doble entrada y simple.

4.1.2.5 Graficación: Se usó la gráfica de barras.

4.2 Plan de Recuento.-

4.2.1 Tipo de Recuento: Mixta

4.2.2 Necesidad de matrices de conteo

4.2.3 Prototipo de esquema(s) matricial(es) de conteo: Estadísticas descriptivas, frecuencia y de dispersión o variabilidad (rango y varianza)

RESULTADOS



TABLA N°. 1

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MADRES CON Y SIN ESTRÉS DEL
HRHDE NOVIEMBRE 2013 A ENERO 2014**

CARACTERÍSTICAS	CON ESTRÉS		SIN ESTRÉS	
	Nº.	%	Nº.	%
EDAD				
20-25	64	66.7	63	65.6
26-30	14	14.5	15	15.6
>=31	18	18.8	18	18.8
SEMANAS DE GESTACION				
37	11	11.5	9	9.4
38	20	20.8	18	18.8
39	28	29.2	33	34.4
40	37	38.5	36	37.4
NÚMERO DE CONTROLES				
< 6	31	32.3	23	24.0
>=6	65	67.7	73	76.0
PESO DEL RECIÉN NACIDO				
Bajo peso al nacer	70	36.5	1	0.5
Peso adecuado	10	5.2	61	31.8
Sobrepeso	16	8.3	34	17.7
TOTAL	96	100	96	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 1, muestra que el 66.7% de las madres con estrés son de 20 a 25 años, el 38.5% presentan 40 semanas de gestación, el 76% de madres sin estrés tuvieron más de 6 controles prenatales, el 36.5% de madres con estrés tuvieron un recién nacido con bajo peso al nacer.

TABLA N°. 2
GRADO DE ESTRÉS EN MADRES QUE PRESENTARON ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014

NIVEL DE ESTRÉS	N°.	%
Primer grado de Estrés	57	59.4
Estrés o Abuso severo	31	32.3
Abuso peligroso Grado severo de Estrés	8	8.3
TOTAL	96	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 2, muestra que el 59.4% de las madres con estrés presentan estrés de primer grado, el 32.3% presentan estrés o abuso severo y solo el 8.3% de las madres presentan abuso peligroso grado severo de estrés.

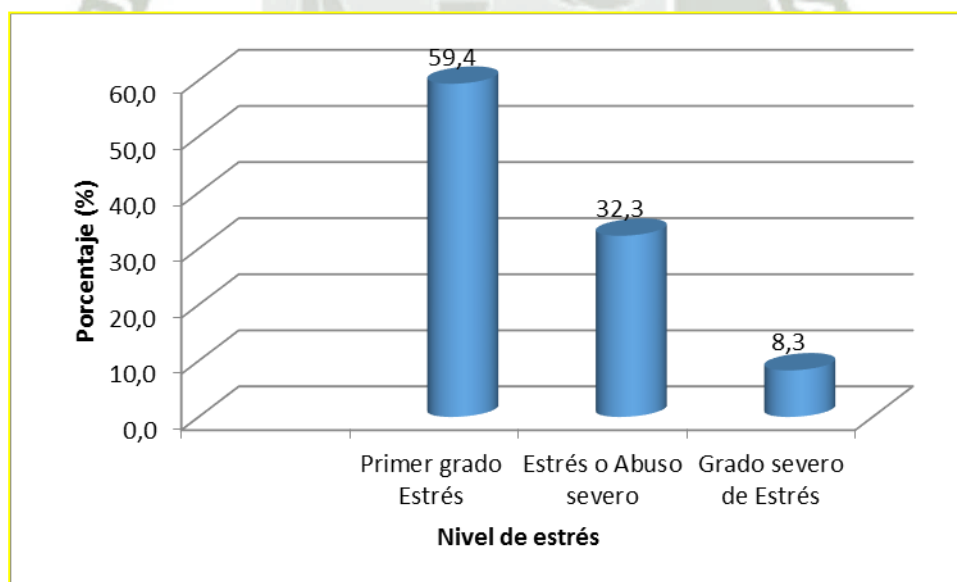
GRÁFICO N° 2
GRADO DE ESTRÉS EN MADRES QUE PRESENTARON ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014


TABLA N°. 3
**PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON GESTACION A TÉRMINO
EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014**

PESO DEL RECIÉN NACIDO	TOTAL	
	N^a	%
Bajo peso al nacer	71	37.0
Peso adecuado	71	37.0
Sobrepeso	50	26.0
TOTAL	192	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 3, muestra que el 37% son recién nacidos de bajo peso, así mismo un 26% de recién nacidos presentan sobrepeso al nacer.

GRÁFICO N°3
**PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON GESTACION A TÉRMINO
EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014**


TABLA N°. 4
**EDAD DE LAS MADRES CON Y SIN ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014**

EDAD	ESTRÉS				TOTAL	
	Con estrés		Sin estrés			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
20-25	64	66.7	63	65.6	127	66.1
26-30	14	14.5	15	15.6	29	15.1
31-35	18	18.8	18	18.8	36	18.8
TOTAL	96	100	96	100	192	100

Fuente: Elaboración personal $X^2=0.42$ $P>0.05$

La tabla N°. 4, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.42$) se muestra que la frecuencia de la edad en las madres durante su embarazo con y sin estrés, no presento diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$). Asimismo se observa que el 66.7% de las madres con estrés tienen de 20 a 25 años frente al 65.6% de las madres sin estrés con esta misma edad.

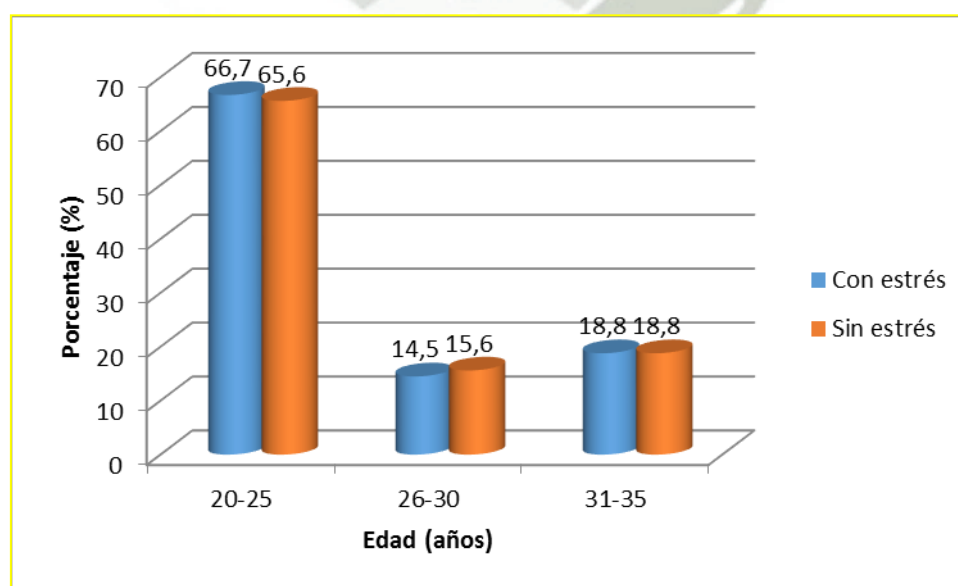
GRÁFICO N° 4
**EDAD DE LAS MADRES CON Y SIN ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014**


TABLA N°. 5
SEMANA GESTACIONAL DE LAS MADRES CON Y SIN ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014

SEMANA GESTACIONAL	ESTRÉS				TOTAL	
	Con estrés		Sin estrés			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
37	11	11.5	9	9.4	20	10.4
38	20	20.8	18	18.8	38	19.8
39	28	29.2	33	34.4	61	31.8
40	37	38.5	36	37.4	73	38.0
TOTAL	96	100	96	100	192	100

Fuente: Elaboración personal $X^2=0.73$ $P>0.05$

La tabla N°. 5, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.73$) se muestra la semana gestacional de las madres durante su embarazo con y sin estrés y éstas no presentaron diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$). Asimismo se observa que el 38.5% de las madres con estrés tienen 40 semanas de gestación frente al 37.4% de las madres sin estrés con esta misma semana gestacional.

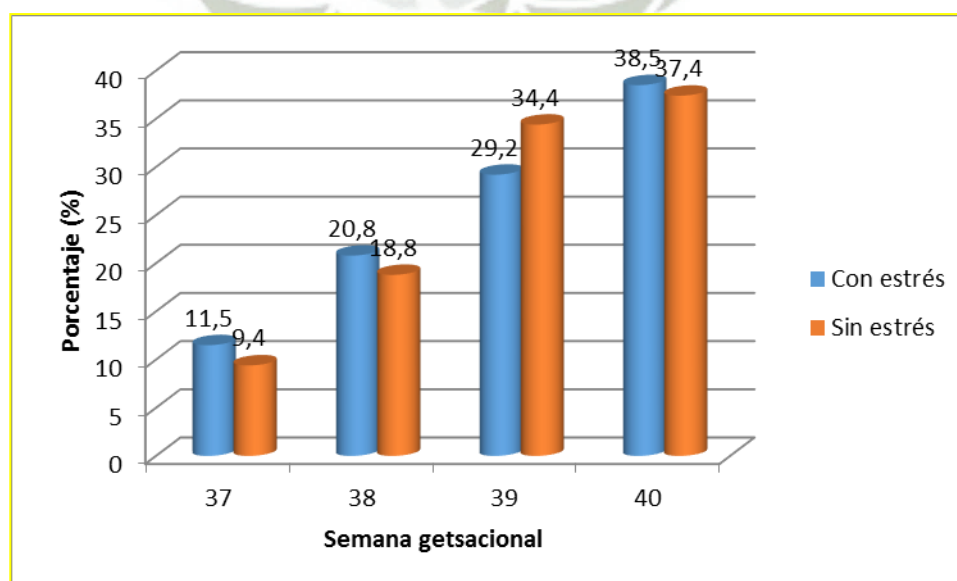
GRÁFICO N°5
SEMANA GESTACIONAL DE LAS MADRES CON Y SIN ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014


TABLA N°. 6

CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES CON Y SIN ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014

CONTROL PRENATAL	ESTRÉS				TOTAL	
	Con estrés		Sin estrés			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
< 6	31	32.3	23	24.0	54	28.1
>=6	65	67.7	73	76.0	138	71.9
TOTAL	96	100	96	100	192	100

Fuente: Elaboración personal $\chi^2=1.65$ $P>0.05$

La tabla N°. 6, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2= 1.65$) se muestra el control pre natal de las madres durante su embarazo a término con y sin estrés, se observa que el 67.7% de las madres con estrés tienen > a 6 controles prenatales, frente al 76.0% de las madres sin estrés con este mismo número de controles prenatales.

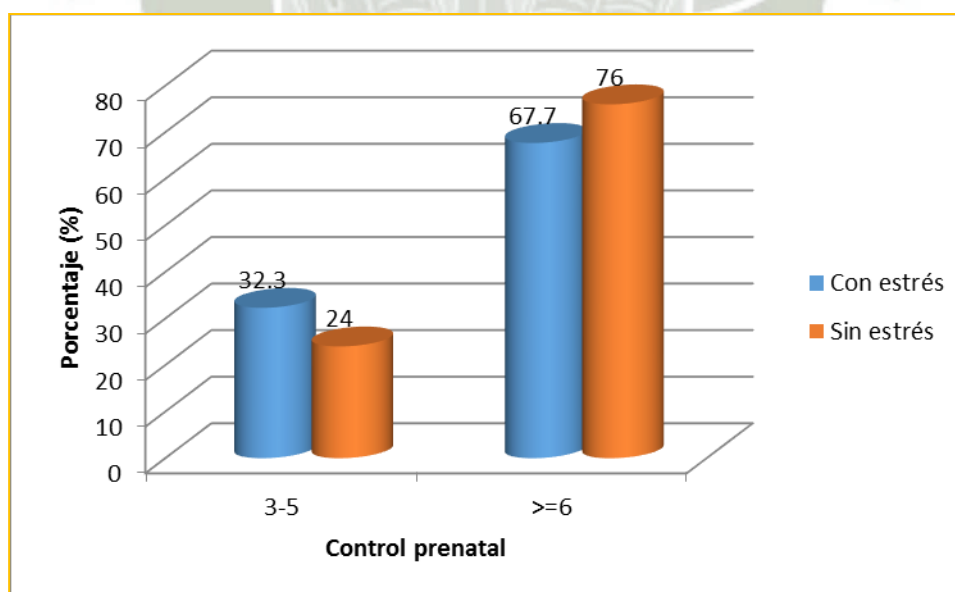
GRÁFICO N°6
CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES CON Y SIN ESTRÉS DURANTE SU EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO 2014


TABLA N°. 7

**RELACIÓN ENTRE EL PESO DEL RECIÉN NACIDO Y EL ESTRÉS DE LA
MADRES DURANTE EL EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO
2014**

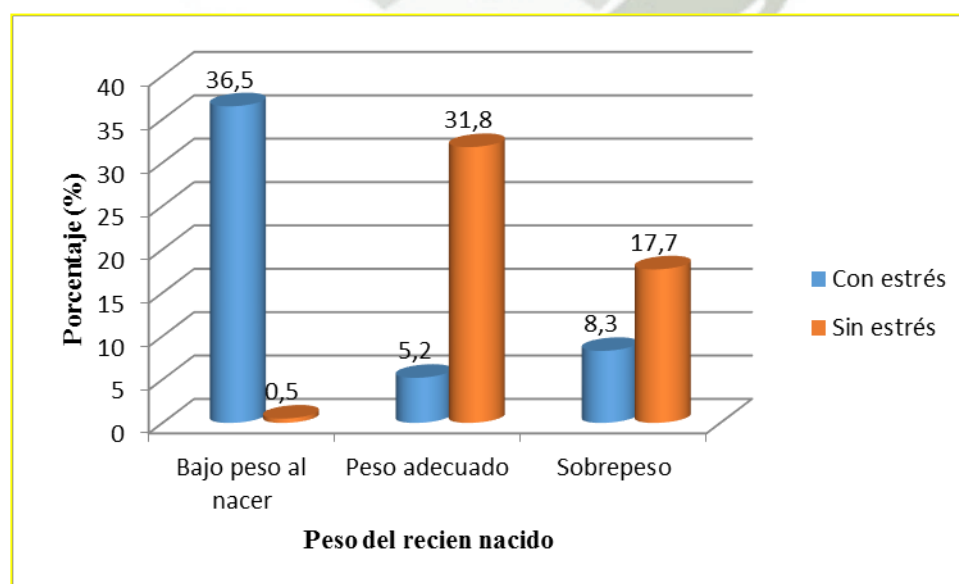
Peso del recién Nacido	ESTRÉS				TOTAL	
	Con estrés		Sin estrés			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bajo peso al nacer	70	36.5	1	0.5	71	37.0
Peso adecuado	10	5.2	61	31.8	71	37.0
Sobrepeso	16	8.3	34	17.7	50	26.0
TOTAL	96	50.0	96	50.0	192	100

Fuente: Elaboración personal $X^2=110.17$ $P<0.05$

La tabla N°. 7, según la prueba de chi cuadrado para proporciones ($X^2=110.17$) se muestra que el estrés y el peso del recién nacido presentaron una relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se muestra que el 36.5% de las madres con hijos con bajo peso al nacer presentaron estrés.

GRÁFICO N°7

**RELACIÓN ENTRE EL PESO DEL RECIÉN NACIDO Y EL ESTRÉS DE LA
MADRES DURANTE EL EMBARAZO EN EL HRHDE NOVIEMBRE 2013 - ENERO
2014**



1.-DISCUSIÓN

Durante la etapa del embarazo, la mujer y el ser que lleva en su vientre desarrollan una conexión física y espiritual. Es también la etapa en la cual la mujer necesita más atención por ser más susceptible a cualquier cambio en su entorno. Cambio que muchas veces es difícil de llevarlo, por lo tanto cualquier carga emocional en esta etapa puede ser perjudicial no solo para su salud sino también para el futuro ser. En la actualidad existe gran aumento de casos de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas, proceso que exige diagnóstico a tiempo.

En el estudio realizado se demostró que de 96 pacientes que presentaron estrés durante su embarazo el 59.4% presentó un primer grado de estrés a causa de la violencia en la relación de pareja que está comenzando. Se puede considerar una situación de alerta y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

El 32.3% presentó estrés o abuso severo en donde una mujer en este punto de la escala, necesita considerar seriamente la búsqueda de ayuda institucional o personal; y dejar la casa provisoriamente; y un 8.3% presentó abuso peligroso- grado severo de estrés en donde la paciente necesita considerar en forma urgente la posibilidad de dejar la relación de pareja en forma temporal y obtener apoyo externo (policial, legal). El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o con solo desearlo ambos. Su vida puede llegar a estar en peligro de muerte, puede ser en más de una ocasión o su salud física o mental, pueda quedar permanentemente dañada a comparación del estudio realizado por Susana Patricia Collado en México 2007 donde se encontró que la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 39.24%. La violencia psicológica fue la más frecuente antes y durante el embarazo (94.71 y 96.46%, respectivamente), mientras que las violencias física y sexual disminuyeron durante la gestación. La violencia familiar 12 meses antes del embarazo incrementó el riesgo de bajo peso en el recién nacido (RM 1.69, IC 95%, 1.01-2.81) y de aborto (RM 2.09, IC 95% 1.14-3.83). La violencia familiar durante el embarazo se incrementó por la exposición a violencia en cualquier momento previo a la gestación (RM 3.13, IC 95%, 1.48-6.63) y en el año anterior al embarazo (RM 12.79, IC 95%, 6.38-25.6).

Según ENDES 2012⁶: En nuestro país el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer es de aproximadamente el 11.2% siendo uno de los países en Sudamérica con mayor número de casos, por tanto es un problema que no sólo incumbe a las

autoridades sino a cada familia, el poder mejorar la calidad de vida de la mujer embarazada.

En cuanto el estudio se demostró que el estrés y la relación con el peso del recién nacido presento relación estadística significativa ($p < 0.05$) en concordancia con el estudio realizado por Pedro José Cardoso Coronel⁴ en Ecuador donde presento una significancia estadística de ($p = 0.020$) donde se confirma que el estrés durante el embarazo causa una disminución del peso de los recién nacidos afectados.

Hay que tomar en cuenta que la repercusión del peso del recién nacido no sólo es un problema de ese momento, existe evidencia que estos niños tienen problemas en su desarrollo tanto intelectual como psicomotriz en años posteriores, existen investigaciones realizadas en el departamento de pediatrics, Rainbown Babies & Children's Hospital⁴ donde se realizó un estudio comparando dos grupos de niños, unos con antecedentes de bajo peso al nacer ($\leq 1500\text{gr}$) y otros normales, se tomaron estos niños de las edades de 7-14 años y se les realizó pruebas verbales, comprensión y organización perceptual-motora, se encontró una disminución de su coeficiente intelectual (IQ) en el grupo de caso a diferencia del grupo de control, siendo concluyente el peso de nacimiento para un normal desarrollo futuro.¹³

El test aplicado en este estudio fue usado anteriormente en algunas publicaciones realizadas en México y Ecuador, básicamente comprende una variación del test de Beck para depresión junto con otros parámetros que miden estrés.

Su aplicación en este trabajo fue de gran utilidad ya que se comprobó nuestra hipótesis así como la concordancia con estudios realizados anteriormente ya mencionados

2.- CONCLUSIONES

PRIMERA.-

Se determinó que el grado de estrés en las mujeres con gestaciones a término atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, fue de 59.4% presentando estrés de primer grado, 32.3% presento estrés o abuso severo y 8.3% presento grado severo de estrés.

SEGUNDA.-

Se identificó que el 36.5% de los recién nacidos a término de madres con estrés, presentaron bajo peso al nacer, en relación al 0.5% de los recién nacidos de madres sin estrés, el 5.2% de las madres con gestación a término y estrés, presentaron recién nacido con peso adecuado para la edad gestacional al comparar 31.8% de las madres sin estrés, también se detectó que el 8.3% de los recién nacidos de madres con gestación a término y estrés presentaron sobrepeso al nacer, en relación a las madres sin estrés que presentaron sobrepeso con un 17.7% .

TERCERA.-

Se determinó que el 36.5% de madres del estudio de casos con estrés presentaron recién nacidos a término de bajo peso al nacer y su relación con las madres del grupo control fue significativa según la prueba estadística aplicada con las madres del grupo control

3.- RECOMENDACIONES

PRIMERO.- Se debe orientar a la mujer gestante en la consulta prenatal sobre el estrés, ya que este se encuentra en todos los estratos sociales y no discrimina ni sexo, raza, edad o condición económica. Se les debería explicar la importancia de llevar una vida tranquila y sosegada en ese periodo, se pueden proponer actividades relajantes y gratificantes para ellas, para así mejorar su estado de ánimo.

SEGUNDO.- Se debería aplicar una ficha que valore el nivel de estrés a todas las gestantes en el CPN. En definitiva, no sólo tener en cuenta los aspectos más físicos como la alimentación y vida sana de la madre, sino también los aspectos psicológicos; es decir un bienestar general del organismo y la posibilidad de afrontar las distintas etapas y vivencias del embarazo con la mayor normalidad y tranquilidad posible con el apoyo de la pareja y familia.

TERCERO.- Se debería diagnosticar el estrés en las usuarias en la primera consulta prenatal para poder mejorar el crecimiento y desarrollo del feto, y así mismo poder prevenir el bajo peso al nacer relacionado con el estrés durante la gestación, ya que desencadena cambios hormonales que producen la inhibición de enzimas, dando paso a estas por la barrera hematoencefalica.

VI.- BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. BADDES MENDOZA Olga. Estado De Las Investigaciones En Violencia Familiar y Sexual En El Perú. Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual MINDES. 2003 Pag.64.



ANEXO 3

[illegible]

[illegible]

149	25	2	53	1,55	40	3500	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4
150	25	2	51	1,5	38	3600	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4
151	25	1	52	1,5	38	3130	6	4	4	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
152	35	1	62	1,59	37	3060	9	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4
153	25	1	52	1,61	39	2940	7	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1
154	36	2	57	1,55	40	3540	9	4	1	4	4	4	4	1	4	1	4	4	4	4	2	4	4	4	4
155	20	1	53	1,54	40	3370	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	
156	24	1	48	1,52	40	3310	12	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	1
157	25	1	53	1,5	39	3570	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
158	20	1	45	1,51	40	4000	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	2
159	27	2	50	1,54	39	3830	7	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	2	1
160	27	2	54	1,5	40	3430	14	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
161	25	1	62	1,57	38	3790	6	4	4	3	0	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
162	25	1	56	1,63	39	3440	6	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	1	4	2	2	4
163	23	1	57	1,58	39	3450	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
164	27	1	67,5	1,64	40	3320	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
165	20	1	53	1,56	39	3150	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4
166	24	2	61	1,63	40	3270	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1
167	34	2	53	1,49	39	3280	7	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	1	4	4	4	4	4	2
168	21	1	56	1,57	39	3100	7	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4
169	25	2	40	1,43	39	2830	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4
170	25	1	50	1,48	40	3600	5	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
171	20	2	46	1,56	39	3070	6	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1
172	25	1	66	1,64	39	4400	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
173	20	2	55	1,55	40	3250	7	4	4	4	4	1	4	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4
174	35	1	54	1,52	37	3420	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
175	20	1	54	1,52	38	3340	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4
176	24	1	57	1,55	38	3870	5	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2
177	35	2	60	1,6	39	3320	5	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	2
178	20	1	55	1,52	38	3340	6	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1
179	35	2	68	1,65	39	3940	8	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4
180	20	1	54	1,56	38	3720	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
181	25	2	62	1,6	39	3970	6	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1
182	25	1	54	1,51	39	3640	8	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2
183	32	1	57	1,55	40	3720	9	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	2
184	21	1	49	1,53	40	3760	5	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2
185	25	2	62	1,57	40	3500	11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4
186	25	2	56	1,54	40	3230	8	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4
187	35	1	48	1,45	39	3800	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	1	1
188	29	1	49	1,57	39	3120	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4
189	21	2	52	1,46	40	3370	9	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4
190	25	1	59	1,56	40	4780	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1
191	22	2	55	1,52	40	3080	6	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2
192	25	2	50	1,43	40	3460	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4