



DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE MICHOACÁN

HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EMBARAZADA:
COMPLICACIONES EN LA SALUD MATERNO-
FETAL. ESTUDIO DE COHORTE EN EL HOSPITAL
GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA

Dra. Betania Ingrid Sánchez García

ASESORES:

Dr. José González Macedo

Dra. Sandra Huape Arreola

Dr. Pedro Aguilasocho Montoya

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO, OCTUBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por regalarme el soplo de la vida, enseñarme a valorarla en cada uno de mis pacientes y permitirme realizarme como especialista.

A mi esposo Rafael, por su amor, confianza, apoyo incondicional y fortaleza que me ayudan a ser cada día mejor y poner luz en mi camino.

A mi Hija Ingrid Ximena, mi razón de vivir, la fuerza que me levanta todos los días, quien hace de mis días cansados, los más felices y más ligeros.

A mis padres y hermanos por ser mis mayores ejemplos de superación y esfuerzo, por creer en mí y sembrarme los valores de humildad, honestidad, responsabilidad y hermandad.

A la familia de mi esposo, por su apoyo incondicional y afecto, quienes forman parte importante en el desarrollo de mi carrera y mi persona.

A mis asesores por su entrega y amistad desinteresada al guiarme en la realización de mi especialidad.

A mis maestros de curso, por todas las enseñanzas de medicina y de la vida que dejaron sembradas y que ya empiezan a dar frutos, por sus experiencias, tiempo y sobre todo su amistad. Dr. Sereno, Dr. González, Dra. Huape, Dr. Aguilasocho, Dr. Martínez, Dra. Arellano, Dra. Alonso, Dra. Pineda, Dra. Villalón, Dra. Avelar, Dr. Leyva, Dr. Díaz, Dr. Castillo, Dr. Casimiro, Dr. Corona, Dr. Carranza.

A mis compañeros, casi hermanos, por su amistad, convivencia siempre amable, grata, con quienes compartí momentos muy importantes de mi vida y mi profesión.

INDICE

	Página
I. Resumen	5
II.- Introducción	7
III.- Marco Teórico	8
Generalidades	
Efectos sociales y económicos de la violencia familiar	8
Consecuencias probables de la violencia familiar	9
Violencia intrafamiliar como un problema de salud pública	11
El problema de violencia intrafamiliar en el ámbito nacional	16
La violencia durante el embarazo como problema de salud reproductiva	22
IV.- Justificación	24
V.- Planteamiento del Problema	25
VI.-Hipótesis	25
VII.- Objetivos	25
VIII.-Metodología	26
IX.-Resultados	32
X.- Discusión	38
XI.- Conclusiones	42
XII.- Glosario de términos	44
XIII.- Anexos	46
XIV.- Bibliografía	49

RESUMEN

ANTECEDENTES. La violencia intrafamiliar durante el embarazo es un problema de salud pública, frecuentemente subregistrado y cuya prevalencia nacional se estima entre el 3.9% a 19.0%. Existe poca evidencia sobre la relación directa entre la violencia durante el embarazo y sus implicaciones sobre la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En este estudio se plantea que la violencia intrafamiliar durante el embarazo incrementa la frecuencia y gravedad de las complicaciones materno-fetales.

OBJETIVO. Evaluar la prevalencia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo y su relación con las principales complicaciones maternas y perinatales.

METODOLOGIA. Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo de Cohortes que incluyó 166 mujeres embarazadas que ingresaron durante el primero y segundo trimestres a la Consulta de Control Prenatal del Hospital General “Dr. Miguel Silva”. Se aplicó el cuestionario de tamizaje de factores de riesgo conforme a lo establecido por la NOM-190-SSA1-1999 y estudios básicos de control prenatal. Se formaron dos grupos, el Grupo I que incluyó pacientes con violencia de riesgo bajo y el Grupo II que incluyó pacientes con violencia de riesgo mediano y alto. Se consideró como significativa una diferencia con valor $p < 0.05$.

RESULTADOS. El Grupo I (n=66) incluyó las pacientes con bajo riesgo. El grupo II (n=26) incluyó a las pacientes de mediano y alto riesgo. La prevalencia de violencia en los grupos de riesgo bajo, mediano y alto fue de 62%, 27% y 10.8%, respectivamente. Los valores de Hb y Hto fueron significativamente menores en el Grupo II en comparación con el Grupo I, (11.3 ± 2.0 g/dl vs 12.9 ± 3.3 g/dl y $35.0 \pm 5.5\%$ vs $37.6 \pm 3.6\%$, respectivamente). La presentación de amenaza de parto pretérmino y el nacimiento de productos de menor peso fueron significativamente mayores en el Grupo II en

comparación con el Grupo I, (23% vs 7.5% y $2,885\pm 495g$ vs $3,178\pm 454g$, respectivamente).

CONCLUSIONES. La violencia intrafamiliar durante el embarazo es frecuente en nuestro medio. La violencia durante el embarazo se asocia con cifras bajas de Hb y Hto y a mayor presentación de amenazas de parto pretérmino y productos de menor peso.

INTRODUCCION

La violencia con sus secuelas físicas y psicológicas, tienen elevada prevalencia, lo que hace que el tamizaje o escrutinio de rutina sea justificado plenamente, sobre todo en las áreas de atención primaria, urgencias, traumatología, pediatría, ginecología y obstetricia, y salud mental.

El hecho de que muchas mujeres no se reconozcan como víctimas de abusos, además de la inexistencia de un perfil fiable, impiden predecir quiénes son víctimas de violencia familiar, por lo tanto se plantea la necesidad de un reconocimiento sistemático de todas las mujeres embarazadas usuarias del servicio de salud de control prenatal.

Lamentablemente las mujeres embarazadas con violencia familiar comienzan su cuidado prenatal tardíamente, no acuden a las citas, pueden sufrir maternidad forzada, aumentan poco de peso, se nutren mal, favorecen la anemia, inducen abortos o abortos espontáneos, comienzan su trabajo de parto anticipadamente, bajo peso al nacer, daño y muerte fetal, dependencia a alcohol u otras drogas, intentos de suicidio, depresión, ansiedad, entre otros.

Ante esta realidad ineludible, en este trabajo se asume con evidencia que la violencia intrafamiliar es un problema de salud pública frecuente en nuestro medio, subestimado, subregistrado con implicaciones decisivas como factor de riesgo que contribuye al desenlace del embarazo, y que por tanto, puede tener consecuencias en indicadores importantes del grado de desarrollo del país, como por ejemplo, las tasas de morbilidad materna y perinatal.

MARCO TEORICO

GENERALIDADES

La violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Tiene lugar en el trabajo y en las calles pero su principal manifestación es dentro del ámbito familiar. Ésta es diferente de la naturaleza y modalidades de la violencia contra los hombres; éstos tienden a ser víctimas más de un extraño o de un conocido ocasional, mientras que las mujeres son víctimas más de un familiar o de la pareja íntima.

La violencia que se ejerce en el ámbito doméstico es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad, de ahí que las mujeres puedan agredir y ser violentadas. Generalmente la justificación de la violencia se deriva de las normas sociales sobre el papel y los deberes apropiados del hombre y la mujer, o sea de las normas relativas al género. (1)

La víctima suele pasar por diferentes etapas durante el periodo en que esta sometida a los efectos de la violencia, y emplea algunos mecanismos de defensa que aminoran los efectos nocivos sobre su personalidad y su funcionamiento psicológico. (Estos mecanismos se encuentran definidos en el apartado de glosario de términos útiles.)

EFFECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Afecta la salud de la mujer.

La violencia familiar sigue un patrón en el cual la frecuencia y gravedad del daño van en aumento y sus efectos están relacionados con un gran número de problemas de salud, inmediatos y también a largo plazo. Entre ellos algunas lesiones que a veces ocasionan discapacidad o muerte, diversas enfermedades crónicas, problemas de salud reproductiva, trastornos mentales, incluyendo el suicidio, así como formas de comportamiento autodestructivo como el abuso del alcohol o de las drogas.

Afecta el bienestar de los hijos e hijas.

Los niños y niñas que presencian o sufren actos de violencia familiar enfrentan un riesgo mayor de problemas emocionales y de comportamiento, como ansiedad, depresión, desempeño escolar deficiente, escaso amor propio, desobediencia, pesadillas y problemas de salud física. Asimismo, estos niños y niñas muestran mayor tendencia a actuar agresivamente durante la niñez y la adolescencia.

Dificulta el desarrollo.

Además de los costos humanos, la violencia contra la mujer dificulta su participación en la vida pública, reduce su productividad, lleva a un aumento del uso de servicios de asistencia comunitarios, incluso de la atención médica y socava el bienestar económico de las sociedades.

Obstaculiza la participación de la mujer.

La violencia contra la mujer obstaculiza su participación en los proyectos de desarrollo y reduce su contribución social y económica.

Afecta la productividad de la mujer.

Las mujeres con historias de violencia en el hogar experimentan intervalos de desempleo, cambian más a menudo de trabajo y sufren más problemas de salud que afectan su desempeño laboral. Todo esto tiene un impacto en los ingresos de la mujer y en su capacidad de permanencia en los empleos. (2)

CONSECUENCIAS PROBABLES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Alteraciones de relación.

Es decir estrés, ira, miedo, desmotivación, depresión, agotamiento, minusvalía, soledad, obsesión, ansiedad, impotencia, frustración.

Procesos fisiopatológicos.

Enfermedades Crónicas Degenerativas: Hipertensión arterial sistémica, obesidad, diabetes mellitus, cáncer cervico-uterino, cáncer de mama, artritis.

Urgencias obstétricas: Hemorragias de la primera y segunda mitad de la gestación, por ejemplo: abortos en sus distintas modalidades de presentación clínica, en especial abortos ilegales, sépticos, y sus complicaciones, desprendimientos de placentas normoinseratas, etc. Embarazo no deseado y sus complicaciones, Parto inmaduro, pretérmino, postérmino. Complicaciones durante el puerperio como sepsis puerperal, hemorragia obstétrica, etc.

Enfermedades ginecológicas: Dismenorreas, dispareunias, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico idiopático.

Infecciones: Enfermedades de transmisión sexual como VIH, Sífilis, Gonorrea, Tricomoniasis, Hepatitis B, C, Pediculosis.

Lesiones: Contusiones, heridas, fracturas, laceraciones.

Adicciones: Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción.

Implicaciones perinatales: Producto de bajo peso. Restricción Intrauterina del Crecimiento, Traumatismos fetales como fracturas, Sufrimiento fetal, Encefalopatía Hipóxica, Óbitos, Muerte neonatal inexplicable (muerte de cuna), entre otras.

Psicológicas: La mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, suicidio y homicidio. En este último aspecto, ha demostrado que los factores de riesgo de homicidio son más altos en mujeres maltratadas durante el embarazo, que los de las mujeres abusadas en el año previo.

Otras: Alteraciones en la alimentación, en la personalidad, de la realidad, incapacidad parcial o total, suicidio, homicidio. (3)

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La violencia es un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades, afecta tanto a hombres como a mujeres de todas las edades, sin embargo en los últimos años ha habido creciente reconocimiento de la violencia contra la mujer y su relación con la salud sexual y reproductiva, que incluso ha formado parte de conferencias internacionales en las que se han dedicado capítulos completos a la violencia contra la mujer y donde surgieron recomendaciones para los gobiernos como son:

- ❖ Estrategias de Nairobi para el avance de las mujeres en Kenya 1985.(4)
- ❖ Conferencia mundial de los derechos humanos de Viena 1993. (5)
- ❖ Conferencia internacional sobre población y desarrollo del Cairo 1994.
(6)
- ❖ Plataforma para la acción de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer en Bejín 1995.(7)

Más recientemente la violencia contra la mujer se ha abordado como problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), entre otros.(8)

La violencia afecta y limita en la mujer varios aspectos de su vida, esencialmente su autonomía, su productividad, su capacidad de cuidar de sí mismas y de sus hijos, así como su calidad de vida. Comienzan su cuidado prenatal tardíamente, no acuden a las citas, aumentan poco de peso, se nutren mal, inducen abortos o sufren abortos espontáneos, comienzan su trabajo de parto anticipadamente.

Gran parte de ésta violencia se debe en nuestro actual entorno cultural, al hecho de ser mujer y éste problema tiene un gran costo individual para las personas que la sufren así como para la sociedad, incluyendo el sistema de atención de salud.(9)

Es de todos conocido el elevado índice de violencia a la que esta expuesta la población mexicana directa o indirectamente, y tanto en el ámbito público como en el privado. Asimismo, otros problemas como los accidentes y los desastres son motivo de preocupación por su impacto en términos de mortalidad y morbilidad. Sin embargo, poco se sabe acerca de la población en la que ocurren estos sucesos en la población de mujeres embarazadas y sobre su impacto en la salud mental de las personas expuestas.(10).

La violencia familiar, lejos de ser esporádica y de constituir un hecho aislado que ocurre de manera fortuita, es una realidad social que se desenvuelve de acuerdo con una dinámica específica y que indica un patrón en espiral de intensidad creciente. Las cifras, aunque fragmentarias e incompletas, dan cuenta de la dimensión de un problema que sale del recinto privado del hogar para confrontar a la sociedad y sus instituciones con una serie de demandas en el área médica legal, asistencial y educativa que es preciso atender.

Específicamente la violencia durante el embarazo se considera un problema social y de salud que representa un riesgo particular para la mujer y el feto. La prevalencia de éste problema varía desde 3.9% a 19.0%, de acuerdo a lo reportado por diversos autores.
(11)

Otro estudio canadiense encontró que el 5.7% de las mujeres entrevistadas reportaron abuso físico durante el embarazo y 8.5% reportaron abuso dentro del año anterior al tercer trimestre. Se identificaron algunos factores de riesgo para el abuso

físico durante el embarazo: eventos negativos en la vida del año precedente, se percibieron estrés y una pareja con problemas de alcoholismo (12).

En el estudio *The Mexican Americans* encontró que la cantidad de alcohol consumida es el mejor predictor de violencia (13).

Un estudio de mujeres divorciadas en el área de Filadelfia encontró que el 70% de las mujeres fueron abusadas por su pareja, 19% citó que la violencia fue la principal razón para dejar su matrimonio y que 54% han sufrido incidentes de violencia o daño por parte de sus esposos (11).

. La lista de riesgos de violencia encontrados fueron: uso de drogas, tener diferente tipo de religión a la de la pareja, ver a los padres pelear durante su infancia, no estar casados pero vivir en pareja, tener alguna educación escolar alta y tener entre 18 y 30 años (14)

En 1994, el FBI (Federal Bureau of Investigation) informó que en un estudio realizado en 1993 en Estados Unidos el 29% de las mujeres víctimas de asesinato, éstos fueron realizados por sus esposos, exesposos o novios, en este mismo estudio se observó que sólo el 3% de las víctimas fueron hombres que habían sido atacados por sus esposas, exesposas o novias.(15)

En otro estudio realizado en 1992, se reportó que el 62% de los asesinatos entre parejas casadas fue cometido con armas de fuego, mientras que los asesinatos realizados entre parejas de novios, el instrumento homicida más frecuente fue el arma blanca (3)

Un estudio reciente encontró que los celos (incluyendo la infidelidad, la terminación de una relación y un rival sexual), fueron la razón mas prevalente para la realización de asesinatos de parejas románticas. Las mujeres mataron mucho más por defensa propia que por otra razón (11).

Con relación al costo de la violencia doméstica, se estima que cada año, ocasiona en las y los victimados hasta 100,000 días de hospitalización; 28,700 visitas a salas de urgencia y 39,900 visitas al médico. Este problema genera gastos por aprox. 5 a 10 billones de dólares anuales en Canadá (15).

La violencia frecuentemente se asocia al abuso de sustancias prohibidas, en un estudio sobre incidentes de violencia doméstica en Costa Country localizado cerca de San Francisco, el 89% de los casos se asocia al abuso de meta-anfetaminas (3).

En Nicaragua, algunos estudios sugieren indica que un 40% de mujeres en edad reproductiva han sido expuestas a violencia física por su pareja y que en 70% de los casos la violencia fue clasificada como severa. La violencia se relacionó con pobreza, paridad elevada e historia de violencia marital en la familia de la pareja. En 31% de las mujeres expuestas a violencia son golpeadas durante uno o más embarazos y 33% la violencia física se acompañó de violencia sexual (16). Se ha estimado que 61% de las mujeres madres víctimas de violencia, habían sido violentadas a lo largo de su vida física y/o sexualmente, en comparación con 37% de las madres de testigos, y además se demostró una asociación significativa de la experiencia violenta y la mortalidad de la descendencia en las madres víctimas. Otros factores asociados a una mayor mortalidad de lactantes y menores de 5 años fueron la falta de educación materna, la mayor edad y la multiparidad. Además, existe evidencia que sugiere que la violencia física y sexual contra las madres, antes del embarazo o durante el mismo, se asocia a un mayor riesgo de defunción de sus hijos menores de 5 años. Probablemente la naturaleza y la gravedad de los actos violentos contribuyeron al riesgo en mayor medida que el momento en que tuvieron lugar, y tales actos podrían repercutir en la salud del niño no tanto de forma directa como a través del estrés materno o de cambios en el comportamiento de cuidado de los niños (17).

Durante el embarazo 1-20% de mujeres están expuestas a violencia. Existen indicadores de violencia severa incrementada durante el embarazo. El desempleo, pobreza, historia de violencia familiar y abuso de alcohol han sido reportados más frecuentemente como factores de riesgo para violencia física en este tipo de mujeres.(16).

Poco es sabido acerca de los posibles efectos de violencia contra la mujer embarazada, como sea el bajo peso del recién nacido es un factor de riesgo muy importante que incrementa la mortalidad infantil. A su vez una madre crónicamente estresada y abusada tiene que enfrentarse a las múltiples necesidades de su pequeño hijo (17). Además de las repercusiones directas hay datos que indican que indirectamente la violencia durante el embarazo también tienen consecuencias en los hijos, traducidas en problemas de desarrollo y crecimiento in útero con restricción del crecimiento intrauterino, neonatos pequeños para la edad gestacional, talla baja, amenaza de parto prematuro, partos pretérmino e incluso muerte fetal, problemas de conducta y adaptación, entre otros.

Los datos disponibles para valorar la magnitud del problema de violencia contra la mujer son insuficientes y la mayoría proviene de Estados Unidos, Canadá, y algunos países europeos, así al igual que los instrumentos utilizados para evaluarla (18). En distintas partes del mundo, por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido violada o agredida sexualmente.(8). El 70% de las agresiones sexuales a los niños ocurren en la familia (19). Cada año cuarenta millones de niños y niñas menores de 15 años son víctimas de maltrato o negligencia familiar, suficiente graves como para requerir atención médica. (20). Algunos datos en distintos países sugieren que el problema de índole mundial, por ejemplo: en India, cada año son asesinadas más de 5 mil mujeres porque su dote matrimonial es insuficiente. Por lo general, mueren quemadas en la

cocina por aparentes accidentes; esto se le conoce como quema de recién casadas (21), en Bangladesh, arrojar ácido a la cara de la mujer para desfigurarla es tan común que su tratamiento legal tiene una sección propia en el código penal (20), en Tailandia, 20% de los esposos reconocen haber maltratado físicamente a sus esposas por lo menos una vez en el matrimonio (19), Las investigaciones demuestran sistemáticamente que una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por cualquier otra persona (22).

En Latinoamérica no es la excepción como ya se ha comentado, y algunos ejemplos son los siguientes: en Colombia, 19% de las mujeres han sido agredidas físicamente por su compañero durante algún momento de su vida (18), en Argentina, 37% de mujeres golpeadas por su pareja han vivido esta situación durante 20 años o más. (18), en Nicaragua, una de cada dos mujeres informa haber sido maltratada por su compañero, cuando menos una vez. (12).

En los años noventa la violencia contra las mujeres se constituyó en el centro de atención e interés de las organizaciones internacionales. Como consecuencia de ello se sucedieron hechos de gran importancia internacional cuyas repercusiones han tenido lugar a escala nacional. En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la cual fue ratificada por México en 1995. En 1994, La Organización de los Estados Americanos (OEA) negoció la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la cual ratificada por México en 1998. En 1999, se formula El Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el cual fue suscrito por México en ese mismo año.

EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL AMBITO NACIONAL

México hasta hace poco fue declarado por la Organización Mundial de la Salud dentro del rubro de los denominados Países Emergentes, que incluye a las naciones que poseen una economía con un perfil socioeconómico determinado, que las excluye de las más necesitadas a nivel mundial, como es el caso de Etiopía, Somalia, Nicaragua, El Salvador, etc. Las Organizaciones No Gubernamentales con impacto mundial tienen interés común en abordar los problemas sociales y de salud en los países en desarrollo y emergentes, y entre los problemas considerados prioritarios se encuentra la violencia intrafamiliar. En este contexto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas declaró que la violencia contra la mujer es “una prioridad de la salud pública”, y como una estrategia para destacar esta su reelevancia, el 17 de diciembre de 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el día 25 de noviembre como “Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres”, a través de la resolución 54/134.

En nuestro país, cada día ha aumentado el interés por conocer la situación actual del problema de la violencia intrafamiliar, así como sus implicaciones. En el Hospital Civil de la ciudad de Cuernavaca se entrevistaron a 110 mujeres en el periodo inmediato después del parto o aborto, y se encontró que el 33.5% reportó haber sufrido algún tipo de maltrato durante el embarazo: 70% reportó violencia psicológica, 40% violencia física y 37% violencia sexual. La mayoría de las mujeres informaron que el inicio de la violencia ocurrió en el transcurso de su vida antes del embarazo, 9% durante el embarazo y 5.4% en el momento en que su pareja se enteró del embarazo (23).

En Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México se encontró que 33% de 342 mujeres alguna vez casadas o en unión libre, de 15 años o mayores, había tenido experiencia de violencia por parte de su pareja. De las mujeres violentadas, 66% había sufrido violencia física, 76% psicológica y 21% sexual (23).

En el área metropolitana de Monterrey, un muestreo probabilística de hogares encontró que 30.6% de 1064 mujeres alguna vez unidas, reportó algún tipo de violencia y la prevalencia 46.1% en ese momento sufría algún tipo de violencia. Se encontró, también, que la prevalencia era mayor entre las mujeres de menor edad y de bajo nivel socioeconómico (18).

En nueve ciudades del país, la Encuesta de Opinión Pública sobre la incidencia de Violencia Familiar reportó que un 21% “conoce” a alguna mujer que sufre violencia en su familia y que 35% reconoció haber vivido un problema de violencia familiar en los últimos seis meses (18).

En el estado de Jalisco se realizó una encuesta en hogares de mujeres registradas en el DIF, seleccionados al azar, 1163 rurales y 427 urbanas; se encontró que 56.75% de las mujeres urbanas y 44.2% de las mujeres rurales habían sufrido algún tipo de violencia infringida por su pareja (24).

En el Distrito Federal, las estadísticas del Centro de Atención a la Violencia intrafamiliar (CAVI), de 1990 a 1997, señalan que entre el 88% y 90% de las víctimas de violencia familiar son mujeres (1).

Uno de cada tres hogares (4.3 millones del área metropolitana) de la ciudad de México sufre algún tipo de violencia lo que coincide con la media mundial. Los agresores generalmente son hombres en 85% de los casos. En 99% de los casos hay maltrato emocional y 16% intimidaciones.(25)

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) estima que en 147 mil hogares que reportaron violencia física, 42% fueron golpes con el puño, 40% bofetadas, 23% golpes con objetos y en 21% patadas (25).

En más de 14 mil hogares se registró abuso sexual y éste se manifestó en presión verbal para forzar relaciones sexuales en 84% de los casos, uso de la fuerza para tener

relaciones sexuales en 54% e imposición de relaciones sexuales cuando otros ven y oyen en 6% (25).

Sólo 14 de cada 100 hogares donde se registran actos de violencia solicitan ayuda. Los tipos de apoyo más requeridos son “el psicólogo” y “el de la iglesia” (25).

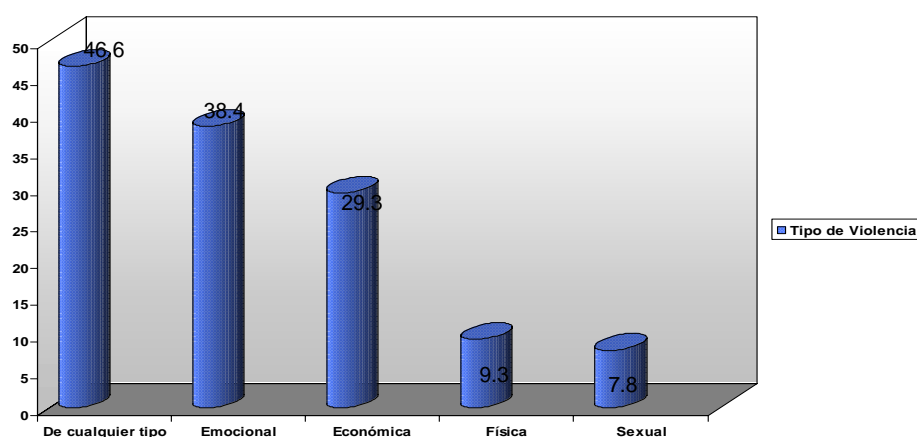
La última información acerca de violencia intrafamiliar México por parte del INEGI refieren a mujeres y porcentaje de mujeres con al menos un accidente de violencia en los últimos doce meses, representando en los Estados Unidos Mexicanos de 19 mil encuestadas, 9 064 000 tuvieron al menos un incidente de violencia, que corresponde a un 46%.(26)

De acuerdo con datos del INEGI, en el Estado de Michoacán de Ocampo se encuestaron 760 429, de las cuales 346 606 tuvieron al menos un incidente de violencia, representando el 45.6%, porcentaje muy parecido de manera global al de la nación y al resto de las entidades federativas.

En México, la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2003, es hasta ahora la primera y única realizada en hogares a escala nacional para reunir información sobre la violencia contra las mujeres por parte del esposo o compañero, mayores de 15 años usuarias de los servicios de salud de hospitales generales (IMSS, ISSSTE y SS) de enero a marzo del 2003, registró que poco más de 2 de cada 10 usuarias sufrieron algún tipo de violencia inflingida por su pareja, y que cada 4 de cada 10 padecieron algún tipo de agresión a lo largo de su vida por diversas personas cercanas a ellas. Según estimaciones del ENDIREH en el año 2003, se registró que 47 de cada 100 mujeres mayores de 15 años que conviven con su pareja en el hogar, sufren algún tipo de violencia emocional, económica, física o sexual por parte de su compañero o esposo. Asimismo, por tipo de violencia, de cada 100 mujeres

de grupo señalado arriba, 9 padecen violencia física; 8 sexual; 38 emocional y 29, económica (Ver la gráfica 1).(26)

GRAFICA . Porcentaje de mujeres de 15 años y más con al menos un incidente de violencia de pareja por tipo de violencia, 2003



FUENTE: INEGI-INMUJERES. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003.

De igual forma, de cada 100 mujeres con educación básica, 48 son objeto de maltrato por su compañero o esposo y 47 de cada 100 con al menos un hijo, viven actos e violencia con su pareja. Por otro lado, 5 de cada 10 mujeres en unión libre son maltratadas por su pareja y una de cada 2 mujeres casadas sólo por lo civil o la iglesia, viven situaciones de violencia con su pareja. En cuanto al tamaño de la localidad en que habitan, 48 de cada 100 mujeres violentadas viven con su pareja en zonas urbanas (26).

Al respecto los datos muestran que las mujeres que actualmente viven violencia de algún tipo con su pareja o esposo, 55 de cada 100 fueron objeto de violencia emocional

o física en su familia de origen. Por otra parte, 65 de cada 100 mujeres que sufren violencia física o sexual fueron objeto de violencia cuando eran niñas.

Asimismo la violencia física la padecen más las mujeres jóvenes: 13 de cada 100 de 15 a 19 años e igual proporción de aquellas entre 20 y 24 años. La violencia sexual se manifiesta más entre las féminas de 40 a 44 años y de 45 a 49: once y nueve de cada cien mujeres que son objeto de violencia sexual, 9 no tienen instrucción, 9 primaria incompleta y 9 primaria completa o secundaria completa.

Las mujeres que trabajan declararon ser objeto de agresiones físicas o sexuales por parte de su pareja, en mayor cantidad que aquellas que se dedican a los quehaceres domésticos o alguna otra actividad no económica: 11 de cada 100 mujeres que trabajan padecen violencia física y 9 violencia sexual.

En el 2002 se registraron en el país 10 966 muertes violentas femeninas; lo cual significa que mueren en promedio 30 mujeres diariamente por estas causas; de éstas, 23 fueron por accidentes, 5 por homicidios y suicidios, y 2 por otras causas violentas (26) (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Muertes violentas femeninas por causa 2003.

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Total	10,966	100.0
Accidentes	8,514	77.6
Homicidios	1,301	11.9
Suicidios	660	6.0
Se ignora	491	4.5

FUENTE: INEGI. Estadísticas Vitales. Bases de datos.

Tabla 2. Distribución porcentual de las muertes violentas femeninas por lugar de ocurrencia para cada causa, 2003.

Lugar de ocurrencia	Total	Accidentes	Homicidio	Suicidio	Se ignora
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hogar	22.1	15.2	36.6	74.9	32.4
Trabajo	0.1	0.1	0.1	0.2	0.0
Vía Pública	34.2	38.0	28.4	4.1	22.0
Edificio público	0.2	0.2	0.5	0.0	0.2
Centro de diversión	2.4	3.1	0.2	0.0	0.0
Otro	4.8	3.7	9.5	6.7	9.8
No especificado	36.2	39.7	24.7	14.1	35.6

FUENTE: INEGI. Estadísticas Vitales. Bases de datos.

En general, las muertes violentas femeninas se presentan en mayores de 15 años, 77.6% cabe señalar que el 41% se registró en aquellas de 15 a 49 años. En cuanto a las mujeres víctimas de homicidios, 51 de cada 100 decesos se registraron en mujeres de 15 a 39 años de edad. Por su parte, 58% de los suicidios se presentó en el grupo de 15 a 34 años, principalmente en las mujeres de 15 a 24 años en el 40%. En el 2002, poco más de la mitad de las muertes violentas femeninas (53%) ocurrieron en ocho entidades federativas: Estado e México (9.8%), D.F. (9.2%), Jalisco (7.9%), Veracruz (5.7%), Puebla (5.5%), Guanajuato (4.9%), Chihuahua (4.6%) y Michoacán (5.3%). Sin embargo, la incidencia de estos hechos es más alta en Chihuahua, donde ocurren 31 muertes violentas por cada 100 mil mujeres, le siguen Zacatecas, 30; Michoacán, 27; Jalisco, Nayarit y Sonora con 26 decesos cada uno.(26)

LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO COMO PROBLEMA DE SALUD REPRODUCTIVA

La prevalencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo se estudia desde hace poco menos de 15 años. Las cifras muestran una variación de 4-17% de violencia física,

también se reportan prevalencias tan altas como el 65% de maltrato físico y psicológico.(27) Bewley y Gibs han sugerido que la violencia doméstica durante el embarazo puede ser más común que la diabetes o la placenta previa.(28)

En México las mujeres maltratadas durante el embarazo enfrentan tres veces más complicaciones durante el parto y puerperio inmediato y cuatro veces más probabilidad de tener productos de bajo peso al nacer.(3)

Específicamente en el estado de Michoacán se realizó un estudio piloto en el Centro de Salud “Guadalupe Mateos y Vega” de la Piedad, Michoacán, con la colaboración de la Dra. Sandra Huape Arreola, donde se aplicó como instrumento de evaluación al Abuse Assesment Screen (ASS) a 40 mujeres que cursaban el primer y segundo trimestre del embarazo que acudieron al control prenatal. La edad promedio fue de 25 ± 5.2 años, el 82.5% de las mujeres habían sido golpeadas durante el último año, siendo el esposo o pareja el agresor en el 93.9%. Solamente dos mujeres haber sido golpeadas por otra persona, una por el padre y otra por la madre. La cantidad de ocasiones que fueron golpeadas, se evaluó en menos de 5 veces al mes y más de cinco veces al mes, resultando en 9 las golpeadas menos de cinco veces y 18 las mujeres que fueron golpeadas más de cinco veces al mes. El 32.5% durante el último año fue forzada a tener relaciones sexuales, siendo para estas mujeres una condición de “obligación de esposa”. En el 28.5% de las pacientes violentadas sexualmente, el esposo o pareja se encontraba en estado de ebriedad.

Hasta este momento los estudios que ponen de manifiesto la relación causal de la violencia intrafamiliar durante el embarazo con complicaciones obstétricas son pocos. La evidencia disponible sugiere que la violencia durante el embarazo puede ser un factor de riesgo importante que contribuye al desenlace final del embarazo. Este factor de riesgo es susceptible de ser medido, evaluado y modificado.(29) Por otra parte, es un

factor que incrementa la probabilidad de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En momento no existen información sobre la prevalencia y las repercusiones de la violencia intrafamiliar durante el embarazo con el pronóstico y desenlace final del embarazo, en nuestro medio.

JUSTIFICACION

Debido a que la violencia contra la mujer se considera un problema de salud pública que frecuentemente se asocia a complicaciones obstétricas que aumentan la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, el estudio de la prevalencia de este problema y sus complicaciones permitirá evaluar e implementar acciones preventivas y de concientización entre el personal de salud del Hospital General “Dr. “Miguel Silva” y en la población general.

Hasta este momento, no existen datos epidemiológicos sobre la violencia intrafamiliar durante el embarazo en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, ni de su asociación con complicaciones maternas y perinatales. Dada la evidencia disponible que fue comentada en los antecedentes, la violencia intrafamiliar en especial durante el embarazo, es un problema subestimado y subregistrado cuyo conocimiento es importante para priorizar acciones preventivas y modificar conductas hacia el interior del personal de salud para el abordaje integral y solución como problema de salud pública.

La violencia con sus secuelas físicas y psicológicas, tiene tan alta prevalencia que el tamizaje o escrutinio de rutina se justifica plenamente, sobre todo en las áreas de atención primaria, urgencias, traumatología, pediatría, ginecología y obstetricia, y salud mental.

El hecho de que muchas mujeres no se reconozcan como víctimas de abusos, además de la inexistencia de un perfil fiable, impiden predecir quiénes son víctimas de violencia familiar, por lo tanto se plantea la necesidad de un conocimiento sistemático de las mujeres embarazadas usuarias del servicio de control prenatal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo en la población de mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

¿Cuáles son las principales complicaciones durante el embarazo y el parto asociadas a la presencia de violencia intrafamiliar durante la gestación como factor de riesgo?

HIPÓTESIS

La violencia intrafamiliar durante la gestación es un factor de riesgo asociado a complicaciones maternas y perinatales durante el embarazo y el parto.

OBJETIVOS

General:

Analizar la prevalencia de la violencia intrafamiliar en la mujer embarazada en sus distintas modalidades y su asociación como factor de riesgo con las principales complicaciones materno-fetales durante el embarazo y el parto.

Específicos:

Conocer la prevalencia de la violencia intrafamiliar en las modalidades establecidas por el cuestionario validado por la Secretaría de Salud en Michoacán en las mujeres embarazadas que acuden a atención prenatal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

Determinar las principales complicaciones materno-fetales asociadas a la violencia intrafamiliar durante el embarazo y el parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio:

Estudio prospectivo, longitudinal y comparativo de Cohorte.

Procedimiento:

Se incluyeron las mujeres embarazadas del primero y segundo trimestres que acudieron a la consulta prenatal del Hospital General “ Dr. Miguel Silva “, en un periodo de 6 meses. Se aplicó una encuesta de tamizaje sobre violencia familiar validada para su uso por la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para el Trabajador del Estado (ISSSTE), Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Colegio de Médicos en Michoacán y Gobierno de Michoacán, entre otros. El formato de la encuesta aplicada se encuentra en los anexos y es el mismo que se emplea en la Secretaría de Salud para el escrutinio del programa de violencia intrafamiliar y de acuerdo con los conceptos de la NOM-SSA-194-1999.

El cuestionario fue aplicado por la Médico Residente encargado del proyecto, así como médico y enfermera de base en el servicio de control prenatal.

De acuerdo a los resultados de la aplicación del “Cuestionario de factores de riesgo de violencia familiar”, se clasificaron las participantes en tres grupos señalados en la misma: riesgo bajo, mediano o alto. La puntuación obtenida como respuesta al cuestionario proporciona un buen indicador del grado de violencia sobre la mujer.

El cuestionario de “Factores de Riesgo de Violencia Familiar” se encuentra dividido en cinco secciones, donde se recoge la siguiente información:

1.- Identificación de la persona: nombre, edad, domicilio, teléfono, lugar de procedencia, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, cuenta con servicios médicos, semanas de gestación.

2.- Identificación, frecuencia y gravedad de violencia familiar en el último mes y año. Existe la opción de no respondió para los casos en que ello ocurra.

3.- Síntomas y signos durante el último mes. Se leerá claramente a la paciente las preguntas, las que se marcará con una X en (si) o (no) según la respuesta de la mujer.

4.- Exploración física, si en ese momento presenta alguna lesión.

5.- Registro de la suma de puntos asignados en los conceptos 2,3 y 4

Así mismo adjunto al cuestionario se encuentra un pequeño resumen sobre consecuencias de violencia familiar y un plan de seguridad que sirve para orientar a las mujeres que se identifiquen en mediano y alto riesgo de violencia.

Además de la encuesta realizada, se registraron los siguientes datos:

- I) Resultados de estudios prenatales (Biometría hemática, Grupo sanguíneo, Rh, Glucosa, VDRL y examen general de orina.)
- II) Resolución del embarazo (parto o cesárea).
- III) Complicaciones durante el embarazo (amenaza de aborto, aborto espontáneo, amenaza de parto pretérmino, óbito).
- IV) Variables del Recién Nacido (Peso, Talla, APGAR y Silverman).

Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas del primero y segundo trimestre que acudieron a la consulta de control prenatal.
- Pacientes que tengan 3 o más consultas prenatales, registradas en su expediente clínico.
- Pacientes que respondan al cuestionario de violencia familiar, previa autorización escrita del consentimiento informado.

- Pacientes que cuenten con estudios de laboratorio básicos prenatales realizados durante la atención del primer y/o segundo trimestre del embarazo.
- Pacientes que cuenten con expediente clínico.

Criterios de no inclusión

- Mujeres con embarazo de alto riesgo, bajo alguno de los criterios siguientes:
 - ❖ Mujeres embarazadas que padezcan alguna enfermedad concomitante como diabetes gestacional o mellitus, hipertensión arterial crónica o cualquier tipo de preeclampsia, cardiopatías y/o enfermedades autoinmunes.
 - ❖ Mujeres embarazadas con antecedentes de cesárea previa, o antecedentes de haber sufrido en embarazos anteriores dos o más abortos, parto pretermino u óbito.
 - ❖ Mujeres embarazadas de 40 años o más.
 - ❖ Paciente que tengan menos de 3 consultas prenatales.
- Pacientes que no pudo recabarse expediente clínico completo.
- Pacientes que no otorgaron su consentimiento informado.
- Pacientes con estudios prenatales incompletos.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no acudan a la resolución del embarazo en la institución.

Variables

- Variable Independiente: grupo de riesgo (Bajo: de 0 a 9 puntos, donde existen algunos problemas que se presentan comúnmente en los hogares, pero se resuelven sin violencia. Mediano: de 10 a 19 puntos, donde la violencia en la relación está comenzando. Es una situación de alerta y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro y Alto: de 20 a 30 puntos, en este punto de la escala, necesita

considerar seriamente ayuda institucional o personal y dejar la casa provisionalmente).

- Variables dependientes

- 1) Resultados de estudios prenatales:

Biometría hemática. Que incluye fórmula roja y fórmula blanca.

Formula Roja:

El **Hematocrito** (Hto) valor de referencia 39-50%, representa la porción de eritrocitos en el total de la sangre y se mide en porcentaje.

La **Hemoglobina** (Hb) valor de referencia a (12.5- 13.5 gr/dl), representa la cantidad de esta proteína por unidad de volumen y se mide en gramos por decilitro; si las cifras de hemoglobina son inferiores a los valores normales puede asegurarse que existe anemia; en la paciente embarazada se puede observar que fisiológicamente hay hipocromía que obedece a déficit de hierro, y si durante dicho estado se observa macrocitosis, es muy posible que se esté produciendo anemia megaloblástica por carencia de ácido fólico.

El **Volumen Globular Medio** (78-103 M/ul) es un índice eritrocitario de gran valor en el diagnóstico diferencial de la anemia macrocítica o microcítica.

La **Hemoglobina Corpuscular Media** (27-37 pg) representa la cantidad promedio de hemoglobina en cada eritrocito, este índice establece hipocromía cuando su valor es subnormal

Formula Blanca:

El **Número de Leucocitos** (4000-12 000 U/ microlitro), depende de muchos factores edad, peso, toma de anticonceptivos, se expresa en K/ul. Se habla de leucocitosis cuando esta elevado y leucopenia cuando esta disminuido.

El **Tipo Sanguíneo** es importante en el diagnóstico temprano de trastornos por isoimmunización materno-fetal, debido a sus implicaciones perinatales.

La **Glucosa** en sangre 70-110mg/dl, se forma a partir de la digestión de carbohidratos y la conversión hepática de glucógeno a glucosa, es de gran utilidad conocer la concentración sérica de glucosa durante el embarazo por que se puede modificar durante la segunda mitad de la gestación.

El **Examen General de Orina** constituye el producto final realizado por millones de células del sistema renal urinario del metabolismo y tiene un gasto promedio de 1-1.5 litros por día que depende de la ingestión de líquidos, es especialmente útil con fines de diagnóstico y pronóstico de enfermedades renales o del tracto urinario así como para descartar trastornos metabólicos o sistémicos.

El **VDRL** es una prueba serológica no treponémicas que evalúa el perfil de anticuerpos IgG antifosfolípidos formados por el huésped para el diagnóstico de sífilis.

2) Resolución del embarazo:

El **Parto eutócico** se define como el conjunto de fenómenos naturales que llevan a la expulsión del feto y los anexos (placenta, líquido amniótico y membranas) a través del canal del parto.

La **Cesárea** se define como el conjunto de técnicas quirúrgicas que realiza el cirujano para lograr la extracción del feto y los anexos e implica la práctica de laparotomía con histerotomía.

3) Complicaciones durante el embarazo:

Amenaza de aborto: presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina. Sin modificaciones cervicales, en embarazos menores a 20 semanas de gestación

Aborto completo o consumado: aquel en el que la expulsión del producto de la concepción ha sido total, en embarazos menores a 20 sdg.

Amenaza de parto pretermino: la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales antes de las 37 semanas de gestación y después de las 20 semanas de gestación.

Parto pretermino: Nacimiento del y los productos de la gestación entre las 20 y 36 semanas de gestación. (30)

4) Variables del producto:

Muerte fetal (óbito): muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre ocurrida después de la etapa embrionaria.

Peso y Talla: a todos los recién nacidos se pesarán y se tomará su talla para catalogarlos como “pequeños para la edad gestacional “ si están por debajo del percentil 10 para la edad gestacional e inferior a 2500gr.(31)

APGAR: Método por el cual se valora al recién nacido, al minuto y los cinco minutos. La valoración a los cinco minutos da la calificación de estado de salud y mide cinco parámetros: color, frecuencia cardiaca, gestos-reflejos, tono muscular y esfuerzo respiratorio, a cada uno de estos datos se les asigna un valor en puntos del cero al dos, obteniendo una puntuación máxima de 10. De acuerdo a los hallazgos se clasificará de la siguiente manera:

Sin depresión: 7-10 puntos (normal)

Depresión moderada: 4-6 puntos (asfixia leve a moderada o apnea 1ª)

Depresión severa: 3 puntos o menos (asfixia grave o apnea secundaria)

Silverman- Andersen: Método mediante el cual también valora al recién nacido al minuto y a los 5 minutos de haber nacido, es de utilidad para valorar los problemas respiratorios en base a 5 parámetros: Movimientos toracoabdominales, retracción intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y quejido espiratorio, cada uno de éstos puede tener un valor de 0 hasta 2 puntos; donde cero es normal, 1 es moderado y 2 intenso. Una calificación de cero es la ideal, indica que la respiración es adecuada, mientras que la calificación de 10 es la más grave y denota dificultad respiratoria severa.(32)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva, reportándose el promedio y la desviación estándar. Para el análisis comparativo entre los dos grupos se realizó t de Student y X^2 , tomando como significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 166 pacientes, de las cuales se identificaron a 103 mujeres víctimas de violencia de bajo riesgo, que corresponde al 62.1% y que se incluyeron en el Grupo I. De las 166 pacientes encuestadas, se identificaron 45 mujeres con riesgo mediano que corresponde a 27% y 18 pacientes víctimas de violencia en riesgo alto representando un total de 10.8%. Las pacientes identificadas como de mediano y alto riesgo fueron incluidas en un solo grupo denominado Grupo II, que conforman el 37.9% del total de casos. De las 63 mujeres identificadas con violencia intrafamiliar de mediano y alto riesgo, solamente 26 concluyeron el estudio, es decir, el 41.2%. De las 103 mujeres con violencia intrafamiliar de bajo riesgo, solamente 66 concluyeron el estudio y se integraron al análisis comparativo, lo que representa el 64.0% de estos casos.

La edad promedio del grupo fue de 24.4 ± 5.6 años en el Grupo I y de 23.4 ± 5.6 en el Grupo II y no mostró diferencia estadísticamente significativa (Tabla 3). Las semanas de edad gestacional tampoco demostró diferencias significativas entre ambos grupos de estudio (Grupo I, 27.6 ± 7.6 y Grupo II, 27.0 ± 7.8) (Tablas 1). Los resultados de los estudios del control prenatal realizados a las pacientes en ambos grupos, solo mostraron diferencia estadísticamente significativa en los valores de Hemoglobina y Hematocrito (Grupo I: 12.9 ± 3.3 ; Grupo II: 11.3 ± 2.0 , y Grupo I: $37.6\% \pm 3.6$; Grupo II: $35.0\% \pm 5.5$, respectivamente). Las Gráficas 1 y 2 esquematizan estas diferencias. Las demás variables estudiadas no mostraron diferencias significativas en el análisis comparativo (Tabla 2).

	Grupo I	Grupo II
N	66	26
Edad (prom \pm DE)	24.4 ± 5.6	23.4 ± 5.6

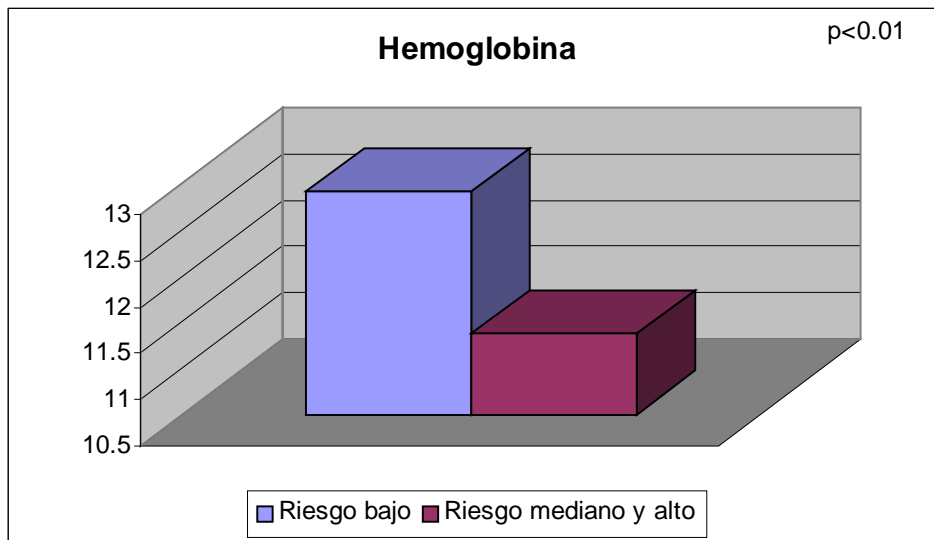
Semanas de gestación 29.6±7.6 27±7.8

(prom±DE)

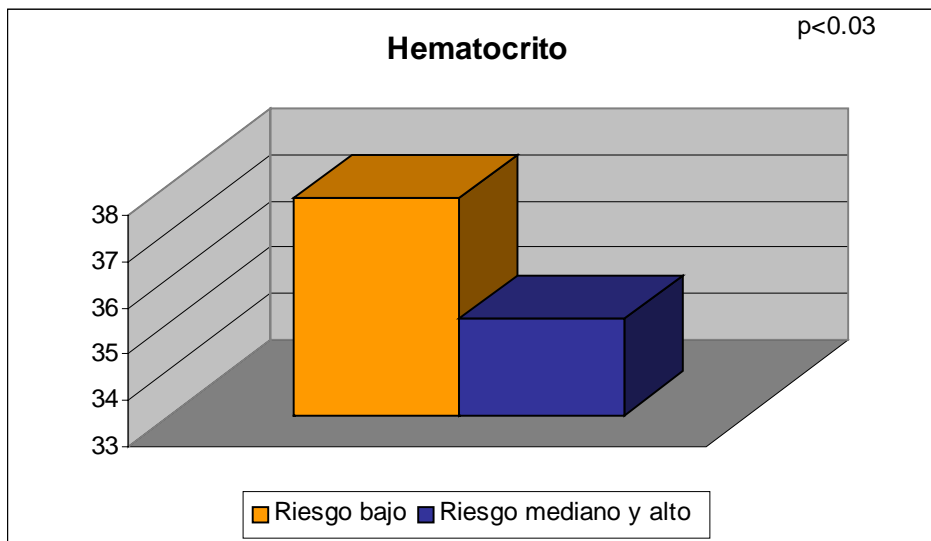
Tabla 1. Muestra la edad promedio y semanas de gestación con sus desviaciones estándar correspondientes en los grupos I y II

RESULTADOS DE VARIABLES EN LOS GRUPOS I Y II			
VARIABLE	GRUPO I (n=66)	GRUPO II (n=26)	P
Hb (g/dL)	12.9 ± 3.3	11.3 ± 2	< 0.01
Hcto (%)	37.6 ± 3.6	35.0 ± 5.5	<0.03
Eritrocitos (M/ μ L)	5.15 ± 0.2	4.12 ± 0.5	N/S
Plaquetas (K/ μ L)	211. ± 57	218 ± 55	N/S
VGM (fL)	85.5 ± 5.2	80.5 ± 16.9	N/S
HCM (g/dL)	28.9 ± 2.9	28.1 ± 3.3	N/S
Glucosa (mg/dL)	78 ± 10.5	77 ± 9.0	N/S

Tabla 2. Muestra el valor de P < 0.05 estadísticamente significativa en la Hb y Hcto, en relación al resto de las variables analizadas. * N/S.- No significativa.



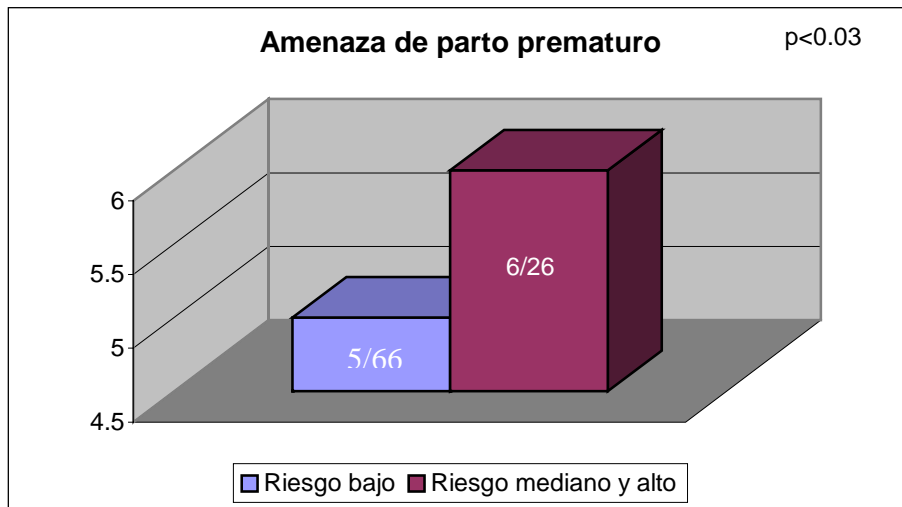
Gráfica 1. Muestra los valores promedio de Hb en el grupo de bajo riesgo y el grupo de mediano y alto riesgo



Gráfica 2. Muestra los valores promedio de Hematocrito en el grupo de bajo riesgo y el grupo de mediano y alto riesgo

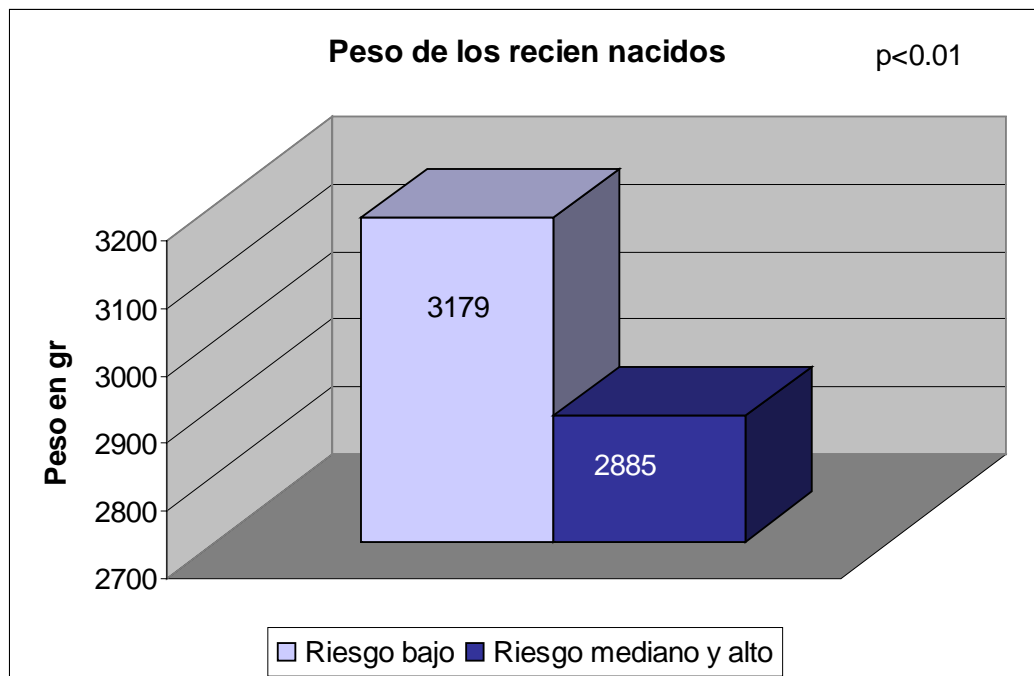
La vía de resolución de el embarazo mediante la atención del parto o cesárea no fue estadísticamente significativa entre ambos grupos. En el Grupo II se observó el 46.1% en la atención de partos, 42.3% en cesáreas y 11.5% representaron 3 abortos. En el Grupo I se atendieron 66.6% de partos y 27.2% de cesáreas.

Las complicaciones perinatales que mostraron una diferencia estadísticamente significativa fueron la presencia de amenaza de parto pretérmino y el peso menor de los productos al nacimiento. En relación a la presencia de amenaza de parto pretérmino se observo que en el Grupo II se observaron 6 casos que representan el 23%, mientras que en el Grupo I, se observaron 5 casos, que representan el 7.5%, con un valor $p < 0.03$ (Grafica 3). Al analizar los pesos de los recién nacidos, se observó que en el Grupo II, el peso promedio de los neonatos fue de 2885 ± 495 g en comparación con el Grupo I que fue de 3178 ± 454 g, con un valor $p < 0.01$ (Grafica 4).



P<0.03

Grafica 3 muestra el porcentaje de pacientes del grupo de riesgo bajo y grupo de mediano y alto riesgo que presentaron amenaza de parto pretermino.



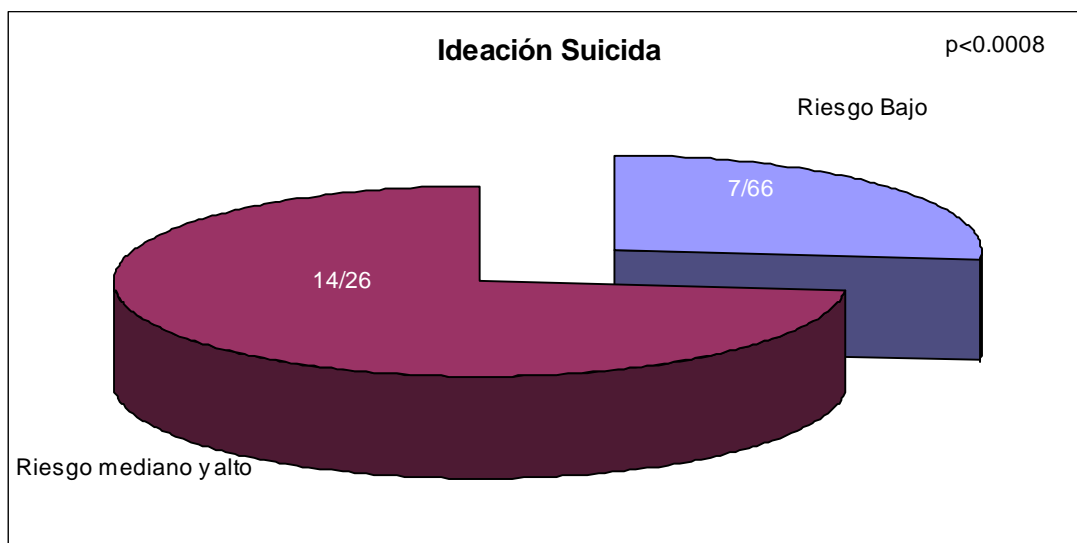
Gráfica 4. Muestra los valores promedio del peso de los recién nacidos en el grupo de bajo riesgo y el grupo de mediano y alto riesgo

No se observaron diferencias significativas en relación a la presencia de Restricción Intrauterina del Crecimiento (RICU), Oligohidramnios, Sufrimiento Fetal Agudo y Óbitos.

En las mujeres con violencia de mediano y alto riesgo se observó una tendencia no significativa en comparación con el grupo de mujeres de bajo riesgo, cuando se analizaron los casos en que además de la Infección Urinaria, presentaron evidencia de Células Clave sugestivas de Vaginosis Bacteriana, presencia de Tricomoniasis, e Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH). Algunas de las pacientes con riesgo mediano y alto (Grupo II) con Enfermedades de Transmisión Sexual, presentaron además Amenaza de Aborto (n=3) que equivale al 11.5%. Solo se identificó un caso de Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es decir el 3.8%.

La adopción de un método Anticonceptivo Posterior al Evento Obstétrico (APEO) fue menos común en el Grupo II en comparación con el Grupo I, aunque esta diferencia no fue significativa. En el Grupo II, 4 pacientes que decidieron adoptar un método anticonceptivo (15.3%), lo hicieron solicitando que la información se mantuviera confidencial. Una de ellas adoptó el DIU (3.8%) y las otras 3 (11.5%) se decidieron por la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB).

De las 26 mujeres identificadas como víctimas de violencia de mediano y alto riesgo en el Grupo II, 14 contestaron haber presentado en algún momento ideación suicida (54%). Sin embargo, se observó que 7 de las 66 mujeres con riesgo bajo de violencia del Grupo I (10.6%), también manifestaron ideación suicida, como se observa en la gráfica número 5. Siendo éste resultado estadísticamente significativo (X^2 de 11.02).



Gráfica 5. Muestra la proporción de pacientes de ambos grupos con pensamiento suicida

En el Grupo II, 19 mujeres reportaron tener algún tipo de violencia física (73.0%), mientras que las pacientes identificadas de bajo riesgo del Grupo I, negaron la presencia de este tipo de violencia. De las mujeres con violencia de alto riesgo del Grupo II, 4 de ellas manifestaron haber sido amenazadas con arma blanca o de fuego (50%). Cuatro mujeres identificadas como víctimas de violencia de alto riesgo en el Grupo II, fueron agredidas por alguna de este tipo de armas, cifra que representa el 50%.

De las mujeres identificadas con alto riesgo de violencia en el Grupo II, 7 fueron obligadas a tener relaciones sexuales (87.5%), mientras que 11 de las 18 mujeres con riesgo mediano (61.1%), fueron víctimas de violencia sexual.

La forma más común de violencia fue la psicológica mediante la agresión verbal, presente en el 90% de las pacientes encuestadas, incluyendo a aquellas de riesgo bajo, mediano y alto.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente son los primeros datos que se obtienen en nuestro medio sobre la epidemiología de la violencia intrafamiliar y la estratificación basada en la identificación de factores riesgo. De acuerdo a lo establecido por la Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán, la estratificación determina tres grados de violencia intrafamiliar y su aplicación durante el embarazo, no es distinta en cuanto a su interpretación. La violencia intrafamiliar es una condición que prevalece en todas las familias en mayor o menor grado, sin embargo, son los grupos con factores de riesgo mediano y alto los que se relacionan con mayor probabilidad de afectar la salud materna y perinatal. En la población encuestada, se observó que la violencia intrafamiliar durante el embarazo, prevalece en el 62% de los casos en su modalidad de riesgo bajo, mientras que para el riesgos mediano y alto fue de 27% y 10.8 %, respectivamente.

Solamente 92 pacientes concluyeron el estudio, lo que significa una limitación en la interpretación de los resultados. La pérdida estimada al final del estudio fue del 44.5%. Este hecho puede explicarse debido a que probablemente muchas mujeres cambiaron el sitio de atención final del embarazo, sin importar el tipo de riesgo identificado. Sin embargo, de las pacientes incluidas en los Grupos I y II, se perdieron al final del seguimiento el 36% y el 58.8%, en ambos grupos respectivamente. Este hecho sugiere, que las mujeres víctimas de violencia en mediano y alto riesgo, frecuentemente modifican su conducta ante el control prenatal. La mujeres víctimas de violencia de alto y mediano riesgo, tuvieron un mayor porcentaje de pérdida en el seguimiento, por lo que podemos inferir que las mujeres con este tipo de violencia intrafamiliar durante el embarazo no llevan un adecuado control prenatal y por lo tanto tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas maternas y perinatales, que ponen a este grupo en un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad. Una

razón que puede explicar esta conducta en las mujeres identificadas con riesgo mediano y alto, puede ser el temor a ser descubierta su situación de violencia al cuestionarle sobre la misma.(33) Otro factor a destacar es que la pérdida en el seguimiento fue importante en ambos grupos de estudio, lo que significa que el nivel socioeconómico y el nivel educativo probablemente son un factor determinante en el control prenatal. La asociación de violencia de mediano y alto riesgo con un nivel socioeconómico y educativo bajo es determinante en la probabilidad de completar el seguimiento en el control prenatal y en la atención final del embarazo, con una mayor probabilidad de complicaciones maternas y perinatales. (34)

La violencia intrafamiliar identificada como de riesgo bajo, es la considerada como promedio para la población. En este contexto, los casos de violencia de mediano y alto riesgo tienen mayor probabilidad de presentar algunas complicaciones asociadas al control prenatal deficiente, con repercusiones sobre la salud y la probabilidad de muerte materna y perinatal. (35)

Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de riesgo mediano y alto durante el embarazo, presentaron cifras menores de Hb y Hto en comparación con las mujeres identificadas con riesgo bajo. El síndrome anémico durante el embarazo, está asociado a una mayor probabilidad de complicaciones maternas y fetales, del tipo de la desnutrición materna, infecciones urinarias y genitales, sangrado y complicaciones por hemorragia durante el parto y puerperio, sepsis puerperal, así como productos de bajo peso al nacer.(36) La mayor probabilidad de presentar síndrome anémico durante el embarazo, en el grupo de mujeres con riesgo mediano y alto de violencia, puede estar relacionada con limitaciones económicas, impuestas como una forma de violencia patrimonial ejercida como signo de autoridad por parte del cónyuge.(3)

No se explica la ausencia de diferencia estadísticamente significativa al comparar las cifras de eritrocitos en ambos grupos. Esta diferencia puede deberse al tamaño reducido

de la muestra. En relación a las demás variables no se observaron tampoco diferencias significativas y ambos grupos fueron homogéneos, sugiriendo que ambos grupos son comparables.

En este estudio, la vía de resolución del embarazo no fue modificada por la severidad de los factores de riesgo. Este hecho se explica porque los criterios de interrupción abdominal, se basan predominantemente en condiciones que se relacionan con las condiciones obstétricas.

En el grupo de mujeres identificadas con violencia de mediano y alto riesgo, se observó una tendencia no significativa a presentar mayores complicaciones obstétrica maternas y perinatales, por ejemplo: RIC, Oligohidramnios, Amenaza de Aborto, Sufrimiento Fetal Agudo y Óbito. Estos datos están en contexto con evidencia que sustenta la relación directa entre la presencia de la violencia durante el embarazo y complicaciones obstétricas reportadas por otros autores. (37) El bajo peso de los recién nacidos de madres que sufren de violencia intrafamiliar, se puede explicar debido a que estas mujeres constantemente viven en estrés, lo que favorece un medio materno-fetal hostil, impidiendo el paso adecuado de la madre al feto de nutrientes y oxígeno. Estos procesos fisiopatológicos explican algunas complicaciones obstétricas como la RIC. Cuando además existe la posibilidad de violencia física dirigida al abdomen aumenta la probabilidad de desprendimiento de pequeñas áreas retroplacentarias que pueden favorecer complicaciones como el Desprendimiento de Placenta Normoinserta y la Amenaza de Parto Pretérmino.(21)

Las causas que condicionan amenaza de parto y /o aborto son múltiples, sin embargo, en este caso la violencia es un factor de riesgo importante, ya que por si sola condiciona además del estrés materno, infecciones urogenitales y de transmisión sexual, traumatismos y lesiones severas al abdomen y/o genitales. (24)

Las mujeres víctimas de violencia de alto riesgo, frecuentemente fueron amenazadas e incluso agredidas con un arma en el 50% de los casos. No se especificó el tipo de arma empleado, pero este pudo haber sido un cuchillo, tijeras o arma de fuego. Estos datos implican que el 15.3% de las mujeres víctimas de violencia de mediano y alto riesgo, pueden haber sido en algún momento amenazadas o agredidas con este tipo de armas.

Otro dato importante es la elevada prevalencia de violencia psicológica que genera ansiedad y depresión en las víctimas. Este tipo de violencia predominó en ambos grupos con 90%, sin embargo, en el grupo de riesgo mediano y en especial de alto, la ideación suicida fue más importante que en el grupo de bajo riesgo. (3) El diseño del estudio no permitió el análisis intragrupo en relación a los tipos de riesgo, sin embargo, 87.5% de las mujeres con factores de riesgo mediano y alto presentaron mayor ideación suicida, en comparación con el 10.6% de las mujeres de riesgo bajo. Este hecho puede además ser favorecido por el propio estado de gravidez, en el que los trastornos de neurosis de ansiedad, crisis depresivas y estados psicóticos son más frecuentes. La agresión verbal fue referida como la forma más común de violencia psicológica.

La violencia sexual fue más frecuente en el grupo de mediano y alto riesgo, caracterizado por la coherción para la práctica sexual y la prohibición de ejercer el derecho de planificación familiar de manera libre. La mortalidad materna frecuentemente se asocia a oportunidades perdidas en la adopción de métodos anticonceptivos, en especial en los momentos posteriores a la atención de un evento obstétrico y puede ser un indicador de riesgo futuro, en el que la violencia en mujeres de mediano y alto riesgo puede ejercer una influencia directa. (38 y 39)

Los métodos más frecuentemente adoptados en las usuarias víctimas de violencia de alto riesgo, fueron el DIU y la OTB, los cuáles no son fácilmente descubiertos, a menos que

la usuaria lo comunique, este hecho pone en evidencia la necesidad de confidencialidad y de discreción en la oferta de métodos anticonceptivos a este grupo de población vulnerable.

CONCLUSIONES

La violencia intrafamiliar durante el embarazo es un hecho cotidiano en nuestro entorno y debe explorarse de una manera más amplia, detectándose como un factor de perturbación social, como problema de salud pública y también como una violación de los derechos humanos.

La violencia intrafamiliar en la población obstétrica se asocia con anemia, incremento de amenaza de parto pretérmino y productos de bajo peso al nacer.

Es relevante también señalar que además de la detección del problema y sus consecuencias es necesario adoptar nuevas medidas, promover concientización y abordar la prevención del mismo.

El médico como parte de la sociedad y encargado del cuidado de la salud, debe reconocer e intervenir adecuadamente en el abordaje de los problemas de violencia intrafamiliar en especial durante el embarazo. La violencia doméstica debe ser abordado durante la práctica en los centros de urgencias y en las consultas de control prenatal. De igual manera el médico gineco-obstetra debe darle la importancia que por su gravedad y frecuencia tiene este problema al igual que cualquier otra enfermedad.

GLOSARIO DE TERMINOS UTILES:

VIOLENCIA FAMILIAR. Es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder- en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o el abandono (NOM-190-SSA-1999).

ABANDONO: Se define como “el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia, con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud”. Se refiere al incumplimiento de obligaciones hacia uno o varios miembros de la familia por parte de quien está comprometido a proveer cuidados y protección. Puede relacionarse con higiene, nutrición, cuidados rutinarios, atención emocional y necesidades médicas no resueltas o atendidas tardíamente, y abandono en lugares peligrosos. Pone en riesgo la salud.

MALTRATO FÍSICO: Es el acto de agresión que causa daño físico”. Presenta un rango de agresión muy amplio: desde un empujón hasta lesiones con secuelas permanentes o la muerte misma. Puede incluir: Empujar, abofetear, golpear, patear, sofocar, atacar con un arma, sujetar, amarrar, encerrar, quemar y negar ayuda en caso de enfermedad o herida. Sus consecuencias van desde hematomas, laceraciones, equimosis, heridas, fracturas, luxaciones, quemaduras, lesiones en órganos internos, hemorragias, abortos, hasta traumatismos craneoencefálicos y muerte. Es recurrente y aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo.

MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL: Es la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos”. Comprende una serie de comportamientos que llevan al menoscabo del concepto que cada quien tiene de sí mismo (autoestima) lo cual genera sentimientos de ira, miedo, humillación, tristeza y desesperación. Algunas de sus manifestaciones son: Trato inadecuado, control de la vida de

la otra persona, aislamiento, agresiones verbales o intimidación. No siempre se reconoce su presencia.

VIOLENCIA ECONÓMICA/PATRIMONIAL: Como parte del maltrato psicológico, que consiste en el control de los recursos de la familia mediante un ejercicio abusivo del poder. Entre sus manifestaciones están: exigir a la mujer todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero; obligada a pedir; inventar que no hay; gastar cantidades importantes sin consultar; disponer del dinero de la mujer; no compartir equitativamente las propiedades derivadas del matrimonio; privar de vestido, comida, transporte o refugio a la familia; impedir que la mujer trabaje.

MALTRATO SEXUAL: Es la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad de consentir agresiones físicas durante el acto sexual, ataque a los genitales, uso de objetos y armas de manera intravaginal, oral o anal. Se impide la protección anticonceptiva o contra infecciones de transmisión sexual. Además de las consecuencias físicas como embarazos no deseados, lesiones e infecciones, produce en la mujer ideas o actos autodestructivos e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.(40).

MALTRATO DE GÉNERO.- Es básicamente, una manera de mirar los diferentes procesos sociales con énfasis en las asimetrías, desigualdades, inequidades y exclusiones, resultantes de concepciones y valores respecto de la condición femenina o masculina. No es una teoría, ni una metodología. (8)

Mecanismos de defensa de la víctima:

NEGACIÓN: Es una respuesta de distanciamiento que lleva a actuar como si los hechos no hubieran ocurrido. Se produce por los sentimientos de impotencia que puede generar un tema tan inquietante como la violencia familiar.

RACIONALIZACIÓN: Es la construcción de argumentos para no abordar la violencia familiar. Surge del desconocimiento acerca de la forma en que debe actuar. Se siente incomodidad al considerar el contexto en que ocurren las lesiones. Se argumenta que esta situación no interfiere en sus funciones. Esta respuesta puede producir en la víctima un doble efecto: Desechar toda esperanza de recibir ayuda y aceptar en la violencia ciertos “rasgos de normalidad”

MINIMIZACIÓN: Restarle importancia a la situación, y omitir una posible relación entre los síntomas físicos y psicológicos que presenta la víctima en la actualidad y una experiencia traumática anterior. Las víctimas pueden sentirse enojadas y confundidas. Es como si comprobaran que nadie las quiere o las puede ayudar.

INTELECTUALIZACIÓN: Consiste en asumir frente a la víctima la posición de un “experto” que está en capacidad de diagnosticar lo que sucede y de decidir por la mujer. Es una manera de defenderse de una situación que está fuera de su control. Produce desconcierto en la víctima, ya que no fue escuchada y tampoco se consideraron su situación particular, riesgos y temores. La mujer puede llegar a sentirse más asustada, culpable y sola

IDENTIFICACIÓN: Consiste en poner distancia frente al medio que produce saber que todas las mujeres son vulnerables a la violencia y enfocarse en encontrar razones por las cuales la víctima mereció ese trato; culparla, encubriéndose en afirmaciones como la siguiente: “¿Cómo? Si a mi nunca me ha pasado algo así” o “creo que yo hubiera hecho lo mismo”. La víctima puede llegar a sentirse muy aislada, culpable y que está volviendo a ser víctima de un abuso.(40)

ANEXOS

HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”
UNIDAD DE INVESTIGACION “DR MARIO ALVOZOURI”

HOJA DE CONSENTIMIENTO

A quien corresponda:

Yo ----- acepto participar en forma libre y voluntaria en el estudio clínico titulado “VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EMBARAZADA Y SUS COMPLICACIONES EN LA SALUD MATERNO-FETAL” que se realizará en esta institución, bajo la supervisión clínica de la Dra. Betania Ingrid Sánchez García , de ginecología y obstetricia , y cuyos objetivos son : Conocer si en el Hospital General “ Dr Miguel Silva” de Morelia Mich. existe o no violencia en la mujer embarazada que acude a la consulta prenatal y si hay complicaciones materno-fetales en aquellas que la padezcan.

Puedo solicitar información complementaria a cerca del estudio, así como el manejo de la información en forma confidencial y anónima, además soy libre para retirarme del presente estudio en el momento en que yo así lo decida.

Nombre y firma -----

Fecha.....

Domicilio y teléfono.....

QUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA FAMILIAR

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: Tecoma

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

Escalada: Escalada
 ¿CUENTA CON SERVICIOS MEDICOS? SI NO I.M.S.S. I.S.S.S.T.E. OTRO: Edo Civil sdg
 Institución que atiende _____

No importa lo bien que se lleve una familia o una pareja, hay ocasiones en que tienen discusiones o conflictos, o se discute porque se está de mal humor o con mucha tensión. Hay por supuesto muchas maneras de solucionar las diferencias, pero a veces no sabemos controlarnos realmente.

I IDENTIFICACION, FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE VIOLENCIA FAMILIAR

En el último año, cuando has tenido problemas o discusiones con tu marido, pareja, compañero o familiar;

	SI	NO	CUANTAS VECES EN EL		NO RESPONDIO
			Ultimo mes	Ultimo año	
1.- ¿Te han gritado o insultado?	(1)	(0)			()
2.- ¿Te han amenazado con golpearte?	(1)	(0)			()
3.- ¿Te han hecho algo para humillarte?	(2)	(0)			()
4.- ¿Te han aventado algún objeto?	(2)	(0)			()
5.- ¿Te han empujado o tirado al piso?	(1)	(0)			()
6.- ¿Te han abofeteado?	(2)	(0)			()
7.- ¿Te han pateado, mordido o golpeado?	(2)	(0)			()
8.- ¿Te han obligado a tener relaciones sexuales?	(3)	(0)			()
9.- ¿Te han amenazado con cuchillo, tijeras o arma de fuego?	(3)	(0)			()
10.- ¿Te ha herido con cuchillo, tijeras o arma de fuego?	(3)	(0)			()

II SIGNOS Y SINTOMAS

DURANTE EL ULTIMO MES:

	SI	NO
1.- ¿Te has sentido alguna vez, triste y sin ganas de hacer algo?	(1)	(0)
2.- ¿Has perdido el interés por las actividades que más te gustan?	(1)	(0)
3.- ¿Has tenido problemas para dormir o duermes demasiado?	(1)	(0)
4.- ¿Te encuentras apática, fatigada y/o con poca energía?	(1)	(0)
5.- ¿Te has sentido alguna vez, culpable, impotente o inútil?	(1)	(0)
6.- ¿Has pensado alguna vez en el suicidio?	(1)	(0)

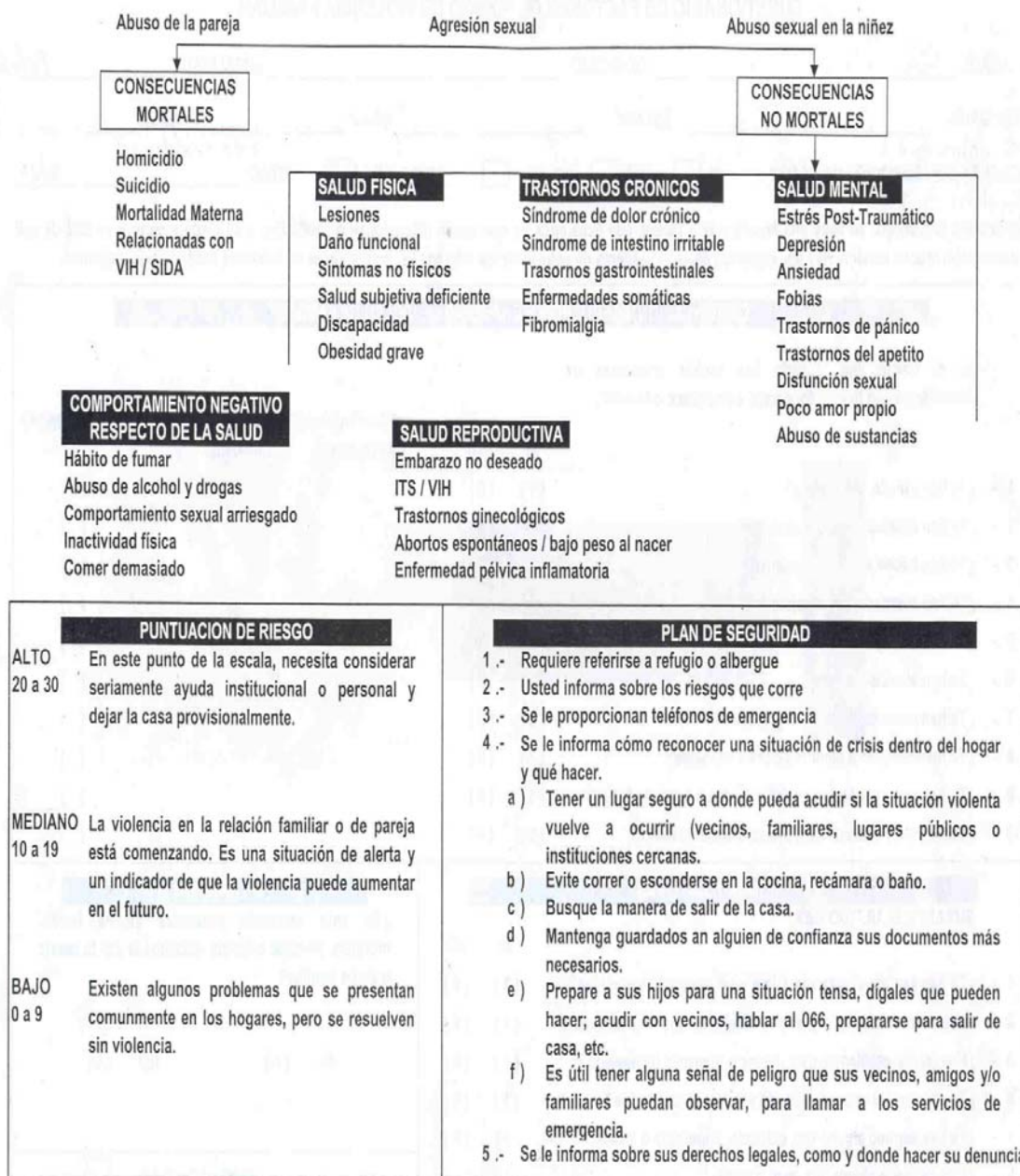
III EXPLORACION FISICA

¿En este momento presentas alguna lesión, moretón, mordida o herida ocasionada por tu pareja o algún familiar?

SI (4) NO (0)

Puntuación Total

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Internacional Planned Parenthood Federación/RHO. Basta. Boletines sobre cómo integrar la violencia basada en el género en la salud sexual y reproductiva. N.Y. 2000, 2001.
2. Heise, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore (MD): Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Population Reports Series L. No. 11; December 1999.
3. Duarte P. “Violencia y salud de la mujer: consecuencias emocionales del maltrato hacia las mujeres dentro del hogar” en Elu, M. del C. y A. Langer (ed). Maternidad sin Riesgos en México. CPMSR, México, D.F., 2000
4. Estrategias de Nairobi . Kenya 1985.
5. Mujer y Derechos Humanos en América Latina y el Caribe. Conferencia Mundial de los Derechos Humanos. San José, Costa Rica, 18-22 de enero 1993.
6. Arango Durling, Virginia. Derechos Humanos de la Mujer. Ediciones Panamá Viejo, S.A. Panamá 1994.
7. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijín, China, 4-15 septiembre de 1995. Colección.
8. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las Mujeres. Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C., 1998
9. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Simposio 2001. Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Informe final. Una iniciativa interagencial para la región 2002. en <http://www.paho.org/Generoysalud>
10. Revista de Salud Pública de México 2003. Vol. 47, No. 1.

11. Nazeem Muhajarine, PhD; Carl D'Arcy, Ph D. "Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors" CMAJ 1999; 160:1007-11.
12. Ellsberg M, Caldera T, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population based study. American Psychologist 1999; 54:30-6.
13. Mc Farlane J, Parker B, Soeken K, Bullock "Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA 1992,267:3176-8.
14. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors CMAJ 1999;160:1007-11.
15. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002
16. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Lijstrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. Social Science and Medicine 2000; 51:1595-1610.
17. Kajsa Asling-Monemi, Rodolfo Peña, Mary Carroll Ellsberg and Lars Ake Persson. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua; Bulletin of the World Health Organization; 2003,81:10-18.
18. COVAC. Asociación Mexicana contra la Violencia hacia la Violencia hacia la Mujer, A.C. Encuesta de Opinión Pública sobre la incidencia de Violencia en la Familia. México, D. F., 1995.
19. Heise, L, Moore, K., and Toubia, N. sexual coercion and women's reproductive health: A focus on research. Population Council, New York, 1995.

20. Heise, L, Pitanguy, J., and Germain, A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Banco Mundial/ Organización panamericana de la salud, Washington, d. C., 1994.
21. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology* 1998;92 (4 Pt 1):530-4.
22. Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, MacCormick MC, Yilo K, Gary LT, et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice. *JAMA* 1992;267:2370-2
23. Valdez, R. y Sanin, LH. “La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer” en *Salud Pública de México*, 1996, (38): 352-362.
24. Ramirez, J, C.y P. Vargas.La cifra ”negra”de la violencia doméstica contra la mujer .En: *Los silencios de la Salud Reproductiva, Violencia, Sexualidad y Derechos Reproductivos*. Asociación Mexicana de Población , Fundación Ma Arthur. México, D. F. p.107-133.
25. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Epidemiología. Sistema Único de Información. Estadísticas de Violencia contra las Mujeres No.6; Vol.22; Semana 6 Del 6 al 12 de febrero 2005.1ª Parte*
26. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Epidemiología. Sistema Único de Información. Estadísticas de Violencia contra las Mujeres No.7; Vol.22; Semana 7 Del 13 al 19 de febrero 2005.2ª Parte*
27. American Collage of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) and The Centres for Disease Control and Prevention (CDC).Slide lecture. *Intimate Partner Violence During Pregnancy. A Guide for Clinicians*, 2001.

28. Harriet L. MacMillan, MD. "Physical abuse during pregnancy: a significant threat to maternal and child health" CMAJ 1999; 160: 1022-3. 1.-
29. Rosalía Cortés A., Sandra Huape A., Violencia en la mujer embarazada, Revista Rosalía, Marzo 2005, No.33:18-9.
30. Fernando Arias, M.D. Ph D "Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo". 2a edición. Pg-249-265. Mosby/Doyma libros.
31. Normas de Ginecología y Obstetricia. Perinatología año 2000. Instituto de Perinatología. Cd. México D.F.
32. Nelson, Behrman, Kliegman y Jenson. Manual de Pediatría. 16ª edición 2003 pags. 14-27.
33. American Collage of Physicians- American Society of Internal Medicine. CP-ASIM Online. Tips to recognize and respond to domestic violence.
34. Héctor J. Alfaro Rodríguez. Complicaciones médicas en el embarazo. 2ª Edición. 2003.
35. Elu, M. Del C. y E. Santos. Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de maltrato. Comité promotor por una maternidad sin riesgos. 1ª edición. México, D.F., 2000.
36. Williams, Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap. Obstetricia. 4a Edición:1996; 52:1153-54.
37. Valladares E. Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight. Umea, Umea University, Department of epidemiology and Public Health; 1999.
38. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359:1423-

39. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, DuMont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 2001;164:1578-9.
40. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.