



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN PEDIATRIA**

**“MALTRATO FETAL: PREMATUREZ Y PESO BAJO AL NACER COMO
EXPRESIÓN CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES QUE VIVIERON
VIOLENCIA FÍSICA, EMOCIONAL, SEXUAL O ECONÓMICA DURANTE EL
EMBARAZO”**

TRABAJO DE INVESTIGACION
SOCIOMEDICA

PRESENTADO POR
DR. MAURICIO SILVA BARRAGAN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. OLINKA TAMARA MENDOZA LUNA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“MALTRATO FETAL: PREMATUREZ Y PESO BAJO AL NACER COMO
EXPRESIÓN CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES QUE VIVIERON
VIOLENCIA FÍSICA, EMOCIONAL, SEXUAL O ECONÓMICA DURANTE EL
EMBARAZO”**

Dr. Mauricio Silva Barragán

Vo. Bo.
Dr. Luís Ramiro García López

Profesor Titular del Curso de
Especialización en Pediatría

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

**“MALTRATO FETAL: PREMATUREZ Y PESO BAJO AL NACER COMO
EXPRESIÓN CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES QUE VIVIERON
VIOLENCIA FÍSICA, EMOCIONAL, SEXUAL O ECONÓMICA DURANTE EL
EMBARAZO”**

Dr. Mauricio Silva Barragán

Vo. Bo.
Dra. Olinka Tamara Mendoza Luna

Director de Tesis

Médico Adscrito al
Hospital Pediátrico Moctezuma

INDICE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
ANTECEDENTES	3
OBJETIVOS	11
JUSTIFICACION	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS Y ANALISIS	15
DISCUSION.....	19
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21
ANEXOS.....	29

RESUMEN

Objetivo. Identificar la asociación de prematurez y peso bajo para edad gestacional del recién nacido cuya madre haya sufrido violencia física, emocional, sexual o económica durante el embarazo

Material y métodos. A través de 293 encuestas aplicadas a partir del 01 de junio del 2007 al 31 de julio del 2007 se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, se acudió al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Iztapalapa, A través de la entrevista se obtendrán los siguientes datos: Datos sociodemográficos; Antecedentes de salud reproductiva; así como la presencia de Violencia física; Violencia emocional; Violencia sexual o Violencia económica: tomando la somatometría del recién nacido y valorando la edad gestacional mediante el método de Capurro a los datos obtenidos se les aplicó análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, porcentajes), estadística analítica consistente en Prueba exacta de Fisher, X^2 .

Resultados. Se encontró diferencia significativa con repercusión negativa en el peso del recién nacido en madres quienes sufrieron algún tipo de violencia emocional o física, sin presentar diferencias significativas con la violencia sexual o económica, tampoco se encontró diferencias con la presencia de algún tipo de violencia y la prematurez

Conclusión. Se observó similitud con los resultados de trabajos publicados a nivel internacional y nacional, sin embargo se requiere de más investigaciones sobre pacientes prematuros ya que la muestra de recién nacidos pretermino fue muy pobre

Palabras claves: Violencia familiar, infantil, maltrato fetal

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Hay asociación entre prematurez y peso bajo con la violencia física, emocional, sexual o económica que la mujer sufre durante el embarazo?

ANTECEDENTES

Desde el inicio de la humanidad, una de las características clásicas del hombre ha sido la tendencia sistemática de agredir a sus congéneres.¹

El maltrato al menor existe, probablemente desde que los primeros pobladores del mundo dejaron de ser nómadas; es decir, desde que la familia se constituyó como tal, se ha presentado en, casi todas las civilizaciones, entre las más antiguas y cultas como la griega, romana y mesopotámica. El ejemplo clásico es Herodes quien mandó matar a todos los niños de esa época, para evitar la pérdida de su reino. Los espartanos lanzaban a un precipicio a los niños que nacían con malformaciones. Algunos reyes de la antigüedad ordenaron que los muros de sus palacios fuesen fortificados con la colocación, en diversas direcciones, de los cuerpos de los niños sacrificados.

En México, en la época precolombina el abuso de autoridad sobre niños y adolescentes se realizaba con fines educativos o para satisfacer a sus deidades y así obtener un beneficio colectivo; ejemplo de ello era la manera de glorificar al maíz y de que año con año se dieran cosechas más generosas. Los antiguos habitantes del altiplano sacrificaban a un recién nacido cuando sembraban este grano, ejecutaban a un niño mayor cuando el grano estaba en fase de elote; a un adulto cuando cosechaban, y a un anciano cuando el maíz se convertía en mazorca.² En la época post colombina existían diversos grupos que atendían todas las necesidades de los menores desamparados, mediante diversas acciones protectoras. En general, los niños aparentemente no fueron víctimas de maltrato como actualmente lo tenemos conceptualizado.

Situación mundial

La importancia del problema guarda una estrecha relación con la historia de cada civilización. En Estados Unidos se notificaron en 1987 alrededor de 2.2 millones de casos de violencia en niños, mientras en 1996 se reportaron 3 millones de

denuncias, encontrándose 30% de abuso físico, 20% a cualquier forma de abuso sexual, y el resto correspondió a negligencia. Actualmente alrededor de 1 a 2% de los niños son víctimas de abuso en alguna modalidad, dos terceras partes ocurren dentro del hogar.³

Situación internacional

En los últimos años en Inglaterra y País de Gales hay una enorme propaganda del problema lo que ha permitido mayor reporte de casos, tan solo en 1983 el reporte de niños maltratados oscilaron alrededor de 11300 casos mientras que en 1997 se incremento a 23 500 casos de maltrato infantil. En Francia no hay cifras contables sin embargo 400 a 700 niños mueren por año y uno de cada 200 ingresos hospitalarios son consecuencia de una agresión a un menor, esta cifras señalan lo alarmante del problema en lo que se llama “Primer Mundo”.⁴ Sin embargo Suiza y Dinamarca se han preocupado por proteger a los niños llevando medidas para su reporte y atención temprana.⁵

En la mayoría de los países en vías de desarrollo no se cuenta con registros o trabajos prospectivos que permitan confirmar la magnitud del problema. Sin embargo hay condiciones en estas sociedades que incrementan el riesgo, como el que la madre trabaje fuera de la casa y los niños pequeños se queden a cargo, de otros menores que no asisten a la escuela, condiciones sociales que fomentan el fenómeno de maltrato entre ellos: migración continua hacia áreas urbanas, lo que eleva el número de madres solteras, y el abandono de recién nacidos.^{6,7}

En Brasil, donde el maltrato infantil es un problema, cuenta con una población de aproximadamente 36 millones de menores de 19 años, población que proviene de familias en su mayoría pobres. Así siete millones de niños han sido abandonado o separados de su familia y viven en las calles. La violencia política, la prisión ilegal de ciudadanos y la permanente amenaza de muerte, con estas condiciones es muy factible que florezca el fenómeno de maltrato en cualquiera de sus facetas.⁸

En el programa de asistencia legal para el menor se registró en el periodo de 1988 y 1989 el reporte de 800 niños que fueron víctimas de violencia⁹.

En algunos países centroamericanos como resultado de la guerra y la violencia aproximadamente 800 000 niños han quedado como refugiados. El desempleo, miseria, reducción de niveles de vida falta de asistencia social, disminución de programas educativos y de salud han propiciado que miles de familias busquen desesperadamente la supervivencia, lo que conlleva a un uso productivo de los menores para obtener recursos económicos que auxilien a la familia.¹⁰

Situación en México.

En México se ha evaluado el problema de Maltrato Infantil, en diferentes épocas así en la Época precolombina en donde a través de la historia sabemos se sacrificaban niños y adolescentes, con el fin de agradar a una deidad, para obtener un beneficio colectivo, así la víctima se sentía privilegiada. Sin embargo se sabe que entre los aztecas no había niños desposeídos, a pesar de que un buen número de ellos quedaban huérfanos debido a su actividad guerrera. Las damas ricas y/o de la nobleza se encargaban de ellos. En caso de disolución del matrimonio los niños pequeños quedaban al cuidado de la madre, y si eran mayores, se les daba el derecho a escoger a quién querían seguir. Así se observa un concepto sobre la niñez preocupados por su bienestar físico, social y mental antes y después de nacer e inclusive hasta después de su muerte. Por lo que el maltrato en los niños nunca fue un problema social, como en la actualidad. Durante la época postcolombina: Después de la conquista aparecen los niños abandonados, sin que exista un grupo que se encargue de sus necesidades, mismo fenómeno que se presenta en la época de la Colonia, la Independencia, la Revolución y hasta nuestros días.¹¹

En México se toma conciencia del problema a partir de 1970 cuando destacan publicaciones como la de Riojas y Manzano,¹² quienes describen los aspectos clínicos y radiológicos en niños con maltrato, mismos que previamente habían sido descritos por Caffey¹³ a través de estudios radiográficos que como lo señala el

mismo médico americano “son la voz del niños agredidos”. Aguilar ¹⁴ comenta aspectos psiquiátricos y sociales. Foncerrada Moreno ¹⁵ sugiere algunos elementos en la conducta del niño para el diagnóstico, Espinosa y Cáceres ¹⁶ publica junto con su grupo aspectos psicológicos, médicos y jurídicos sobre el síndrome de niño maltratado. Para la década de los 80 es Marcovich quien despierta la conciencia de médicos y otros profesionales acerca de las diversas formas de maltrato, apareciendo el primer dato del número de menores que sufrían una u otra modalidad de maltrato en México.¹⁷ Por la misma época en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el grupo de salud mental analizaba diversos aspectos del tema.¹⁸ Saucedo más tarde¹⁹ abarca en su publicación la repercusión de los problemas familiares sobre los niños.

Al igual que Loredó Abdalá y Reynés publicaron los casos que se habían presentado en el Instituto Nacional de Pediatría durante 14 años.²⁰ Simultáneamente aparece el trabajo de Ariza y colaboradores describiendo una de las variedades de maltrato infantil, el Síndrome de Münchausen.²¹ El trabajo de Loredó Abdalá desencadena en el Instituto Nacional de Pediatría una serie de estudios al respecto, además de sensibilizar a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados, etc. en cuando a la existencia del síndrome como “una realidad creciente en México”.²²

Desde 1980, las reuniones científicas pediátricas y psiquiátricas han proliferado, así como artículos periodísticos, lo que condiciona mayor sensibilización al respecto, no solo en la comunidad médica, si no en la sociedad en general, sin embargo aun no contamos con una casuística confiable.

Para definir el síndrome de niño maltratado, utilizare la empleada en el Instituto Nacional de Pediatría en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM): “Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor, antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual”.²³

En la actualidad sabemos que un menor puede ser víctima de una o varias formas de agresión, para hacer más comprensible esto se tomara las dos categorías en las que el grupo de CAINM-INP-UNAM las ha agrupado. Así, tenemos formas conocidas y poco conocidas, ambas pueden ocurrir dentro o fuera del hogar. Entre las conocidas se encuentran el maltrato físico, síndrome de niño sacudido, abuso sexual, maltrato psicológico y negligencia.; entre las formas poco conocidas: Síndrome de Münchausen, maltrato étnico, niños en situación de guerra, ritualismo satánico y abuso fetal, tema que no ocupa en esta investigación.

Hoy en día se trata de extender el marco de referencia a la vida fetal, por lo que se crea el término “abuso y negligencia fetal”.²⁴ Esta nueva concepción del síndrome de niño maltratado se desprende al entender mejor el primer artículo de la declaración Universal de los Derechos del Niño que señala: “El niño por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluyendo la protección legal adecuada antes y después del nacimiento”.²⁵

El derecho a la vida no siempre ha sido reconocido en los recién nacidos, sin embargo en la actualidad se ven implicados en este problema los padres, los médicos, y la sociedad misma, quienes deben de proveer de un ambiente adecuado para que el niño ejerza el derecho que tiene a nacer sano, el problema no es sencillo, ya que entran en juego cuestiones de carácter ético, social y legal.²⁶

Se define abuso fetal como una variedad de maltrato infantil que ocurre durante el periodo de gestación a: Todo acto, que de manera intencional o negligente, afecte al producto de la gestación en cualquiera de sus etapas. Causado por cualquier persona que tenga ingerencia con el embarazo. Esta acción puede tener una base cultural, social, política o legal.²⁷

Hay cuatro aspectos fundamentales que integran el abuso fetal: aspectos médicos, sociales, entorno personal y familiar de la madre.

El papel que el médico desempeña durante el control prenatal, es muy importante ya que es una de las etapas donde el crecimiento y desarrollo del feto puede verse afectado, es por ello que se proporciona la mejor atención al binomio.²⁸ Así debe de limitarse la exposición a medicamentos por los efectos que pueden presentarse sobre el producto en desarrollo, y analizar correctamente la posibilidad de su empleo durante el embarazo,^{29 30 31} incluyendo durante el control prenatal la orientación de los efectos que ciertos hábitos maternos como: alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas, alimentación de la madre, su ámbito laboral, pueden ocasionar un sin fin de efectos sobre el feto, mismos que reducen su derecho a nacer sano.^{32 33 34 35 36}

Las condiciones sociales de la población materna e infantil de los países en desarrollo tienen gran repercusión en el producto en gestación.³⁷ Uno de estos elementos es la violencia contra las mujeres considerado como un problema de salud pública con graves costos, problema que se incrementa durante el embarazo.

A nivel mundial una de cada cuatro mujeres es maltratada.³⁸ La prevalencia de abuso o maltrato durante el embarazo se presenta del 4% al 25% según la población estudiada, lo que conlleva a una serie de limitaciones en el inicio de la vida, tanto por el incremento de morbilidad como de mortalidad, lo que ha sugerido que la violencia durante el embarazo puede ser más común que la diabetes o la placenta previa.^{39 40 41}

En estudios realizados en países desarrollados, la prevalencia de violencia en la mujer embarazada fluctúa entre 0.9 y 25%; en países en vías de desarrollo, se informa una prevalencia mayor que va de 4 al 38.5%^{42 43}. Como ejemplo en la

India se reporta en un 28.4%⁴⁴; en Estados Unidos se presenta en el 6.6%, mientras en Canadá va del 0.9 al 21.1%.

La Organización Panamericana de la Salud señala que el 19% de las mujeres embarazadas en México sufren violencia.⁴⁵ Cuevas S. reporta prevalencia en usuarias del sector salud del 13%,⁴⁶ que Valdez Santiago⁴⁷ comenta que el 33.5% de las mujeres embarazadas, sufrieron violencia, porcentaje equiparable en los diferentes estados de la República Mexicana.⁴⁸

La prevalencia de maltrato físico a la mujer embarazada se identificó a través de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres realizada en el 2003, se precisó que el 5.3% de ellas fueron agredidas físicamente de las cuales, el 48.6% eran maltratadas antes del embarazo y empeoró en el 25.8%.

Las lesiones secundarias a violencia son reportadas a alguna autoridad en el 31% de los casos⁴⁹ y al menos la mitad sufrió puñetazos y patadas dirigidas al abdomen,^{50 51} 66.7% requirió atención médica,⁵² Los eventos de violencia en el 9.5% de los casos presenta dos eventos, mientras que el 2.6% reportan de tres a cinco eventos⁵³. En cuanto al agresor: fue la pareja en el 63.3% de los casos, de los cuales un 95% presentan problemas de alcoholismo⁵⁴;

La identificación de esta problemática es complicada, ya que a su alrededor puede existir: temor, vergüenza, inseguridad e incluso protección a su agresor, actitudes que favorecen el subregistro, situación que se observa en diferentes partes del mundo. La violencia ejercida en una mujer embarazada puede ser de tipo emocional (32.4%), física (13.4%) y sexual (6.7%).

Las características de las mujeres agredidas son: solteras, baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico^{55 56}, antecedente de maltrato en la infancia⁵⁷, aislamiento, inseguridad y depresión⁵⁸, así como diversas consecuencias en la salud física, mental y emocional y que en algunos casos lleva a un desenlace fatal⁵⁹.

La violencia contra la mujer embarazada se ha relacionado embarazo pretérmino (10.2%)^{60 61 62 63}, y con bajo peso al nacer (10.9%)^{64 65 66 67 68 69}. Otros efectos menos frecuentes son: mayor riesgo de aborto⁷⁰, preeclampsia⁷¹, muerte fetal y materna^{72 73 74} mayor probabilidad de ingreso del recién nacido a una terapia intensiva^{75 76}.

La relación de violencia física durante el embarazo y su repercusión sobre el peso y nacimiento pretérmino, representan una forma de agresión indirecta hacia el feto (MF) es el tema central de este trabajo, aunque también deben considerarse otros elementos que pueden repercutir sobre estas variables como: nivel socioeconómico,^{77 78 79} baja escolaridad materna,⁸⁰ tabaquismo,^{81 82} condiciones de trabajo maternos,⁸³ anemia, hipertensión, infección vaginal,^{84 85 86 87} infección de vías urinarias,^{88 89} embarazos múltiples,^{90 91 92} abortos previos,⁹³ enfermedad periodontal,^{94 95} la ingesta de alcohol y café,⁹⁶ la desnutrición materna^{97 98} entre otros.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación de prematuridad y peso bajo del recién nacido con violencia física, emocional, sexual o económica durante el embarazo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de violencia durante el embarazo en recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer.
- Identificar tipo de violencia sufrida en las madres de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer durante el embarazo.
- Determinar si la violencia Emocional o psicológica durante el embarazo influye en el peso o las semanas de gestación de los recién nacido.
- Determinar si la violencia Física durante el embarazo influye en el peso o las semanas de gestación de los recién nacido.
- Determinar si la violencia Económica durante el embarazo influye en el peso o las semanas de gestación de los recién nacido.
- Determinar si la violencia Sexual durante el embarazo influye en el peso o las semanas de gestación de los recién nacido.

JUSTIFICACIÓN

En México la prematurez y peso bajo al nacer origina importantes problemas médicos y mortalidad elevada, existen múltiples estudios acerca de los factores que pueden condicionarlos entre ellos: hábitos de la madre, procesos infecciosos, patologías comórbidas, y la violencia durante el embarazo, identificado como un problema de salud en nuestra sociedad, por ello surge la inquietud de investigar las repercusiones de este fenómeno en la edad gestacional y peso de recién nacidos

De identificar como significativas esta relación en la población de estudio, podrá ser un antecedente para futuros estudios sobre el tema e inclusive para realizar programas de prevención de violencia durante el embarazo disminuyendo así las repercusiones en el recién nacido, garantizando su derecho a nacer sano.

MATERIAL Y METODOS

A través de 293 encuestas aplicadas a partir del 01 de junio del 2007 al 31 de julio del 2007 se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, se acudió al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Iztapalapa. Se realizó contacto con las pacientes dentro de las primeras 72 horas de puerperio fisiológico o quirúrgico, que se encontraron en condiciones (concientes, sin dolor discapacitante, tranquilas, sin familiar acompañante) para contestar el cuestionario y que hayan aceptado participar en el estudio mediante la lectura de la carta de consentimiento informado. De esta manera se le garantizó la confidencialidad de la información obtenida.

Durante entrevista para el llenado del cuestionario se insistió en que los datos proporcionados son confidenciales, y la finalidad del estudio es precisar las repercusiones que tiene la violencia sufrida durante el embarazo sobre el desarrollo de parto pre término y el bajo peso del recién nacido.

A través de la entrevista se obtendrán los siguientes datos.

Datos sociodemográficos:

- a) Edad: en años.
- b) Lugar de residencia: sitio donde hayan vivido los últimos 3 meses (Distrito Federal, Estado de México, etc).
- c) Estado Civil: casada, soltera, unión libre.
- d) Escolaridad: grado escolar terminado: ninguna, primaria, secundaria, bachillerato, universidad.

Antecedentes de salud reproductiva:

Inicio de vida sexual activa, número de embarazos, periodo intergenésico, control prenatal; procesos infecciosos (infección de vías urinarias, cervicovaginitis, infecciones respiratorias, etc.). Desarrollo de hipertensión o diabetes en alguna etapa del embarazo y/o consumo de tabaco, alcohol y/o drogas.

De la conceptualización de la violencia como patrón de maltrato por parte de otra persona hacia la mujer durante el embarazo y caracterizado por una serie de conductas dominadoras y represivas, se construyó una escala de violencia que incluye las siguientes acciones:

- Violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante.
- Violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física.
- Violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.
- Violencia económica: ejercicio del control a través del dinero.

El cuestionario utilizado en este estudio para identificar la violencia contra las mujeres se empleo en la Encuesta Nacional De Violencia contra las mujeres 2003^{99 100 101} misma que fue construida a partir de varios instrumentos ya existentes (The Conflict Tactic Scale¹⁰², el Index of Spouse Abuse¹⁰³, el Abuse Assessment Screen¹⁰⁴ y el Severity of Violence Against Women Scale¹⁰⁵) y trabajos realizados en nuestro país enfocados a la violencia^{106 107 108}.

La somatometría fue tomada por el investigador después de que la madre terminó la encuesta, el recién nacido se colocó sin ropa en bascula para lactante (capacidad de 16 kg.) previamente calibrada. La talla fue medida con cinta métrica en decúbito dorsal con el pie en ángulo recto sobre la superficie del tope inferior y posteriormente se percentilara en las tablas de Lubchenco. La edad gestacional se obtuvo por medio del método de Capurro.

Se realizó una investigación sin riesgo y a los datos obtenidos se le aplicó análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, porcentajes), estadística analítica consistente en Prueba exacta de Fisher, X^2 .

RESULTADOS Y ANALISIS

Se registraron un total de 293 encuestas las cuales se aplicaron en el área de ginecoobstetricia del Hospital General Iztapalapa a mujeres en puerperio tanto fisiológico como quirúrgico en el período comprendido del 01 de junio del 2007 al 31 de julio del 2007.

Encontrando una gran variedad de edades que varían desde los 14 años hasta los 39 años con una edad promedio de 24 años, con una moda de 20 años (TABLA 1 GRAFICO 1). La mayor parte de las pacientes solo culmino la primaria 46%, y el 41% con secundaria terminada, el 11% llevo hasta bachillerato y solo el 0.3% termino una licenciatura (TABLA 2), por otra parte el 60% de las pacientes viven en unión libre, el 23% casadas y 15% solteras(TABLA 3), en cuanto el numero de gestas encontramos que la mayor parte esta distribuida dentro de los 3 primeros embarazos, GI 30.4%; GII 28.3%; GIII 19.8%; GIV 9.2%; GV 8.5%; GVI 2.4%; GVII 1%, GVIII 0.3% (TABLA 4), con las Semanas de Gestación se encontró con una media de 38.8 SDG y con mayor frecuencia 39SDG(35%) seguidas de 38SDG (19.8) (TABLA 5), con un periodo intergenésico en promedio de 1.5 años. Llevando control prenatal el 86% y 14% sin llevarlo (TABLA 6). El 53% de las pacientes curso con un embarazo normoevolutivo, mientras que el 47% restante presento algún tipo de infección durante el embarazo, dentro de estas la Infección de vías urinarias fue la mas común en 30% seguida de cervicovaginitis 15% e Infeccion respiratoria alta 2% ninguna reportando infecciones graves (TABLA 7)

En la tabla 8 podemos encontrar que se obtuvieron un total de 275 (94% n=293) niños de termino y 18 de pretermino (6% n=293), de los 293 niños nacidos 231 nacieron con peso adecuado para la edad gestacional y 62 con bajo peso para la edad gestacional, aplicando Chi cuadrada de Pearson con significancia estadística con una p 0.0001 relacionando a los prematuros con los de bajo peso encontrando a 11 niños en esta categoría, 7 prematuros con buen peso, 51 niños con bajo peso y de termino 224 niños, de termino y eutróficos (TABLAS 8,9,10)

De las 293 pacientes el 32% sufrió algún tipo de violencia en algún momento durante el embarazo (TABLA 11), siendo la violencia psicológica (o emocional) la más frecuente (42%) seguida de la violencia física (35%) y por último la violencia Económica (13%) y sexual (10%) [TABLA 12]. La intimidación fue la forma de la violencia psicológica mas frecuente afectando al 24% de las pacientes entrevistadas, la humillación es la forma que le sigue afectando al 19% y por último la amenaza de violencia 15% de las pacientes entrevistadas (TABLA 13). En la violencia física es más común encontrar empujones (19%) los cuales sufrieron de manera intencionada al menos alguna vez durante el embarazo, el 18.5% de las pacientes sufrieron golpes ocasionados por los puños, patadas o por algún otro objeto, 4 (1%) pacientes refirieron haber sufrido alguna herida por arma punzocortante y 2 (0.5%) paciente refieren herida por arma de fuego (TABLA 14). De las formas de violencia económica el no dar dinero fue la mas usual 8% dejando en segundo lugar al quitar el dinero o las pertenencias con 5% (TABLA 15). Y por ultimo el 7% de las pacientes entrevistadas relatan haber sufrido algún tipo de violencia sexual desde que les exijan tener relaciones sexuales hasta que hayan usado la fuerza para tener relaciones sexuales (TABLA 16).

La persona quien infligió algún tipo de violencia sobre las pacientes fue por mucho la pareja en 90% de los caso, en casos menores se encontró a la madre 4% al padre 1% y otras personas como hermanos, cuñada o suegra 5% (TABLA 30).

Al relacionar al peso bajo con algún tipo de violencia se aplico la Chi Cuadrada de Pearson encontrando significancia con una $p < 0.0001$, encontrando a 36 niños que sufrieron algún tipo de violencia y nacieron con peso bajo para edad gestacional contra 26 niños con peso bajo y sin violencia. Además de encontrar 59 niños quienes nacieron eutrofos a pesar de haber sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo, (TABLA 17).

Con la violencia psicológica se encontraron 33 niños quienes nacieron con peso bajo contra 29 con peso bajo sin violencia psicológica (TABLA 18), En la tabla 19 en donde se relacionó la violencia psicológica en todas sus modalidades y frecuencia con la presencia de peso bajo para edad gestacional, aplicando Chi Cuadrada con una $p < 0.0001$, podemos observar que es mas frecuente encontrar la violencia psicológica alguna vez durante el embarazo, sin embargo es mas frecuente encontrar a niños con bajo peso cuando la violencia se presentó varias veces o muchas veces durante el embarazo (TABLA 19).

Con la violencia física hallamos 32 niños con peso bajo quienes sufrieron violencia física, contra 30 niños también con peso bajo pero sin violencia física durante el embarazo (TABLA 20). Al relacionar el peso bajo para la edad gestacional con la violencia física en todas sus frecuencias y modalidades vemos que los empujones con una $p < 0.001$ al incrementar la frecuencia se incrementa el número de niños con bajo peso al nacer para la edad gestacional, caso muy similar con los golpes con $p < 0.0001$, con heridas por arma punzocortante solo encontraron 4 pacientes con frecuencia de alguna vez 2 presentaron peso bajo y 2 eutrofos se aplica Chi cuadrada de Pearson de 0.155 siendo una muestra no significativa, y por arma de fuego alguna vez 2 pacientes y ambos eutrofos con Chi cuadrada de Pearson 0.462 tampoco significativa (TABLA 21).

Para la violencia económica se encontraron 8 niños con bajo peso y violencia económica, contra 54 con bajo peso sin violencia de este tipo, con $p < 0.313$ no significativa (TABLA 22), Al relacionar la violencia económica con sus modalidades (No dar dinero y Quitando el dinero) y la frecuencia con bajo peso encontramos a mas niños eutrofos aunque hayan sufrido este tipo de violencia aunque haya sido desde algunas veces hasta muchas veces (TABLA 23).

Para la violencia sexual con la presencia de peso bajo para la edad gestacional, se encontraron 9 niños contra 11 quienes nacieron eutrofos aún padeciendo este tipo de violencia con una $p < 0.014$, no significativa (TABLA 24).

Con los pacientes prematuros relacionados con algún tipo de violencia se encontró 10 pacientes prematuros con violencia y 8 prematuros sin violencia, así como 85 eutróficos que sufrieron algún tipo de violencia $p=0.30$, con violencia psicológica fueron 9 niños los que nacieron prematuros contra 9 que nacieron eutróficos ($p=0.56$), con violencia física también se encontraron 9 prematuros y 9 eutróficos ($p=0.11$), con la violencia económica se registraron a 3 niños prematuros contra 15 que nacieron eutróficos ($p=0.290$) y con violencia sexual se hallaron 2 niños prematuros contra 16 eutróficos ($p=0.491$) [TABLAS 25,26,27,28,29]

DISCUSION.

En estudios realizados en países desarrollados, la prevalencia de violencia en la mujer embarazada fluctúa entre 0.9 y 25%; en países en vías de desarrollo, se informa una prevalencia mayor que va de 4 al 38.5%, en nuestro trabajo concuerda con la literatura al encontrarnos con un 32% de pacientes quienes sufrieron algún tipo de violencia durante el embarazo, encontrando el perfil de las mujeres agredidas con baja escolaridad, viven en unión libre, de nivel socioeconómico bajo.

Encontrando que la forma más común de violencia es la emocional y de esta la intimidación la forma más frecuente, seguida de la violencia física con empujones, concordando con lo ya escrito en la literatura.

Pudimos encontrar que la violencia emocional y la física traen repercusiones sobre el peso del producto al nacimiento, y que mientras sea más frecuente la agresión contra la paciente embarazada incrementa la frecuencia de niños con bajo peso al nacer, no se presentó el mismo evento con la violencia económica ni sexual ya que no se encontraron diferencias significativas.

En cuanto a la prematuridad tampoco se encontraron diferencias significativas ante la presencia de cualquier tipo de violencia, sin embargo se contó con una muestra muy baja de niños prematuros por lo que se sugiere realizar una nueva investigación solo con niños pretermino en búsqueda intencionada de antecedente de violencia.

CONCLUSIONES.

1. La violencia durante el embarazo sigue siendo frecuente en nuestro medio.
2. La violencia emocional es la que se padece de manera mas frecuente.
3. La violencia emocional tiene repercusión negativa sobre el peso del recién nacido.
4. La violencia física tiene repercusión negativa sobre el peso del recién nacido.
5. La violencia económica y sexual no mostraron repercusión sobre el peso del recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Castaldi J, Bertin M, Giménez F, Lede R. Enfermedad periodontal: ¿es un factor de riesgo, para parto pretérmino, bajo peso al nacer o preeclampsia Rev Panam Salud Publica 20006, 19.:123-127 .
- ² Domenech A. Bajo Peso al nacimiento. Incidencia etiológica del consumo del tabaco, alcohol y café. Rev Esp Obstet Ginecol 1993; 42:541.
- ³ Puig V, Hernández C, Sierra V, Crespo H, Suárez O, Desnutrición materna y su relación con algunos resultados perinatales, Rev Cubana Obstet Ginecol 2003;29(1) 3-8.
- ⁴ Little m; Shah R, Vermeulen M, Gorman A. Factores que en el embarazo afectan negativamente la salud perinatal. Canadian Medical Association Journal , 176(6) 615-618.
- ⁵ Loredó Abdalá A, Báez Medina V, Perea Martínez A. Trejo Hernández J. Monroy Villafuerte A, Venteño Jaramillo A, Martín Martín V. Historia del Maltrato Infantil en México: revisión de la literatura pediátrica. Bol Med Hosp Infat Mex 2001;58: 205-216.
- ⁶ Padron Puyou F, Avila Cisneros I, Rodríguez Pintom, Frank S. Historia de la Pediatría en México. México, Fondo de Cultura Económica, 1997; 120-9.
- ⁷ Loredó Abdalá; Introducción. En: Loredó-Abdalá A; ed Maltrato al menor. México: Interamericano McGraw Hill,1994.p 1-8.
- ⁸ Jampole L, Weber MR. An Assessment of the behavior of sexually abused and non sexually abused children with anatomically correct dells.Child. Abuse Neglect 1987;11:187-192.
- ⁹ American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children subject review pediatrics. Pediatrics 1999; 3:186-190.
- ¹⁰ .- Kumate J, El ombudsman de los niños. Bol Méd Hosp. Infant Méx 2001;58: 889-90.
- ¹¹ Bertussi GT. La muerte trágica y violenta impide a niños y jóvenes de la calle frecuentar la escuela en Brasil. En Primero Rivas LD . El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas: un enfoque multidisciplinario. México: Federación Iberoamericana contra el maltrato infantil (FICOMI), 1991;1:154-165.
- ¹² Maciel W, Schmidt BJ, et al. Street children in Brazil. International Child Health 1991;11:19-20.
- ¹³ Bertussi GT. La muerte trágica y violenta impide a niños y jóvenes de la calle frecuentar la escuela en Brasil. En primero Rivas LD (ed) El maltrato a niños y sus repercusiones educativas: un enfoque multidisciplinario . México Federación Iberoamericana contra el maltrato infantil (FICOMI), 1991;1: 154-165.
- ¹⁴ Castro K. Situación actual de los niños trabajadores y en la calle de Centroamérica. Internacional Chile Health 1991;11:21-23.

- ¹⁶ Riojas DU, Manzano SC. Aspectos radiológicos en el Síndrome de Niño Maltratado. Jornada Pediátrica IMSS 1968; 69: 70-73.
- ¹⁷ Caffey J. Multiple Fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgen 1946; 56:163-173.
- ¹⁸ Aguilar Sánchez A, Kitsu Ogasawara M, Foncerrada Moreno M. Síndrome del niño maltratado: aspectos psiquiátricos y sociales. Rev Mex Pediatr 1970; 39: 621-7.
- ¹⁹ .- Foncerrada-Moreno M. El diagnóstico del síndrome del niño golpeado. Rev Clin Conducta 1970; 4: 27-32.
- ²⁰ .- Espinosa ME, Cáceres DJ, Cortés VJ, Síndrome de Niño Maltratado: a Aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. Rev Mex Pediatr 1971; 40: 807-819.
- ²¹ Marcovich KJ. Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación de Niño maltratado. México: Editores Mexicanos Unidos 1981.
- ²² Foncerrada MM, El niño víctima de maltrato físico. Rev Méd IMSS 1982; 20:71-76
- ²³ Saucedo-García JM, Foncerrada-Moreno M. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Rev Med IMSS 1985; 23: 159-66.
- ²⁴ Loredo Abdalá A. Reynés MJ, Carvajal RL, y cols. El niño maltratado. Una realidad actual en México. Acta Pediatr Mex 1984; 5: 28-37.
- ²⁵ Ariza R, Frati A y cols. Síndrome de Münchhausen. Rev Med IMSS Méx 1985; 23:413-416.
- ²⁶ Loredo Abdalá A. Reynés MJ, Carvajal RL El niño maltratado. Una realidad actual en México. Acta Pediatr Mex 1984; 5: 28-37.
- ²⁷ Perea Martínez A, Loredo Abdalá A, Trejo Hernández J, y cols. El maltrato al menor propuesta de una definición integral. Bol Méd Hosp. Infant Méx 2001; 58:251-258.
- ²⁸ Landwirth J. Fetal abuse ad neglect: an emerging controversy Pediatrics 1987;79:508-514.
- ²⁹ United Nations Organization (ONU). Preamble: Declaration of Reshts of the Child. New York, 1959: 4354.
- ³⁰ Noreno J. Ethical and legal issues in the care of the impaired newborn. Clin Perinat, 1987; 1: 353-362.
- ³¹ Loredo Abdalá A Sierra G de Quevedo, García Piña C, Abuso Fetal una condición infame en: Loredo Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes Editores de Textos mexicanos 2004.

- ³² Loredó Abdalá A, Efecto de drogas e infecciones en el producto in útero En: Rodríguez RS (ed) Nueva Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico, 5ª ed. México Méndez Cervantes 1983:21.
- ³³ Ernest LA, Kruger M, Physician attitudes concerning legal coercion of pregnant alcohol and drug abusers .American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2002;186: 67-72.
- ³⁴ Solís Sánchez G, Solís Sánchez J, Díaz González T, Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato. Trastornos Adictivos 2001; 3:256-262.
- ³⁵ Villanueva LA, El embarazo desde una perspectiva farmacológica. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González 2001; 4:32-38.
- ³⁶ Diferencias entre los sexos en el consumo de tabaco en el mundo: hallazgos de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
- ³⁷ Martínez V. Repercusión de la nutrición infantil en la salud del adulto Allergol. et Immunopathol 2003; 31:166-172.
- ³⁸ Salvador J, Villalbí JR, Nebot M, Borrel C. Tendencias en las exposiciones de tabaquismo durante la gestación: Barcelona 1994-2001 An Pediatr .2004;60:139-14.
- ³⁹ Efectos de los riesgos ocupacionales en la salud reproductiva de la mujer National Institute for Occupational Safety and Health (CDC) <http://www.compumedicina.com/artic.php?art=../medicinatr/mtr O111 02.htm>.
- ⁴⁰ Nuñez Rivas H, Monge Rojas R, Gríos Dávila C, Elizondo Ureña M, Rojas Cavaria. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica, Rev Panamericana de Salud Pública 2003;14:75-83.
- ⁴¹ United Nations Childrens Fund Estado Mundial de la infancia. Ginebra: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF);1987.
- ⁴² Para acabar con la violencia contra la mujer. Populations Reports 1999;27: 1-8.
- ⁴³ Figueroa D, Millán G, Estrada M, Isais M, Bayardo Q, Trujillo H, Tene C, Maltrato físico en mujeres Gac Méd Méx 2004; 140: 19-23.
- ⁴⁴ Castro R, Ruíz A, Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. Rev Salud Pública 2004; 38: 123-127.
- ⁴⁵ Valdez Santiago R, Sanín Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública Méx ,1996; 38:352-362.
- ⁴⁶ Ramírez Rodríguez JC, Vargas P. La violencia doméstica contra la mujer: apuntando a la inequidad intergeneracional desde lo cuantitativo. Latin American Studies Association. XX Congreso Internacional; 1997;Jalisco, México.

- ⁴⁷ Khurram NA, Hyder A. Violence against pregnant women in developing countries. *Eur J Public Health* 2003; 13: 105-107.
- ⁴⁸ Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci* 2005 May; 59:195-9.
- ⁴⁹ Heise L. *Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud*. Washington, D.C.: El Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- ⁵⁰ Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48 supl 2:S239-S249.
- ⁵¹.- Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362.
- ⁵².- Paredes Solís S, Villegas Arrizón A, Meneses Rentarías A, Rodríguez Ramos IE, Reyes de Jesús L, Andersson N. Violencia Física intrafamiliar contra la embarazada un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México *Salud Pública Mex* 2005;47, 335-341.
- ⁵³ Webster J, Sweett S, Stoz TA. Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. *Med J Aust*. 1994;161: 463-4.
- ⁵⁴ Valladares E, Pena R, Persson LA, Hogberg U, Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG*. 2005;112:1243-8 .
- ⁵⁵ Olaiz, Del Río, Híjar. *Violencia Contra las Mujeres 2003*, Un reto para la salud pública en México , Instituto nacional de Salud Pública , México 1ª d 2004.
- ⁵⁶ Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1993 Nov 1;149:1237-8.
- ⁵⁷ Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstet Gynecol*. 2003 ;102:557-64.
- ⁵⁸.-Muhajarine N, D'Arcy C, Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ*. 1999 ;160:1022-3.
- ⁵⁹ Yanikkerem E, Karadas G, Adiguzel B, Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol* 2006 Feb; 23(2): 93-100.
- ⁶⁰ Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1993;149:1237-8.
- ⁶¹ Kaye D, Mirembre F, Bantebya G. Risk factors, nature and severity of domestic violence among women attending antenatal clinic in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Cent Afr J Med* 2002; 48:64-8.

- ⁶² Yanikkerem E, Karadas G, Adiguzel B, Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol* 2006 ; 23: 93-100.
- ⁶³ Karchmer K. Salud Reproductiva y violencia contra la mujeres. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70:248-252 .
- ⁶⁴ Neggess Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 ;83:455-60.
- ⁶⁵ . Parker B, Mac Farlane J. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetric Gynecology* 1994; 84: 323-328.
- ⁶⁶ Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA, The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict.* 2002;17:169-85.
- ⁶⁷ Heaman MI. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34:721-31.
- ⁶⁸ Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA, The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict.* 2002;17:169-85.
- ⁶⁹ Campbell J, Jones AS, Dienemann J et al.,. Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 2002;162:1157-1163.
- ⁷⁰ Campbell JC, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stallings RY, Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: A multiethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology* 1999;150:714-26.
- ⁷¹ Núñez-Rivas H, Monge-Rojas R, Griós-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas Chavarría A.. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 14:75-83.
- ⁷² Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, & Persson LA. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 100:700-5.
- ⁷³ Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362.
- ⁷⁴ Hedin LW, Jason PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;7:623-4.
- ⁷⁵ McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res.* 1996 ;45:37-42.
- ⁷⁶ Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol* 1999;93:661-666

- ⁷⁷ Arcos E, Uarac M, Molina I, Repposi A, Ulloa M. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health Rev Med Chil. 2001;129:1413-24.
- ⁷⁸ Espinoza H, Hernández B, Campero L, Walter D, Reynoso S, Langer A, Muertes maternas por aborto y por violencia en México: Narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. Perinatol Reprod Hum 2003;17:193-204.
- ⁷⁸ Nicole P. Yost, MD, Steven L. Bloom, MD, Donald D. McIntire, PhD and Kenneth J. Leveno, MD A Prospective Observational Study of Domestic Violence During Pregnancy Obstetrics & Gynecology 2005;106:61-65.
- ⁸⁰ El IMSS en cifras: la violencia contra las mujeres derechohabientes Rev. Med. IMSS 2004; 42: 525-53.
- ⁸¹ Benaque A. Borrel C. Grupo de Trabajo de Salud Materno-Infantil del Instituto Municipal de la Salud de Barcelona. Maternidad en adolescentes en los distritos y barrios de Barcelona: asociación con el nivel socioeconómico y prevalencia de bajo peso al nacer. Atención Primaria 1997;19:449-54.
- ⁸² Ayllón Balnes G, Salvador Yamaguchi A. Recién nacidos de bajo peso. Factores sociales. Mex Ginec Obstet 1993;(16):57-66.
- ⁸³ Ramírez Hernández V. Factores psicosociales en el bajo peso al nacimiento. Rev Cubana Obstet Ginec 1990;16(2):216-25.
- ⁸⁴ Karandish M, Mohammadpour-Ahranjani B, Neyestani TR, Vafa R, Rashidi A. Social factors and pregnancy weight gain in relation to infant birth weight: a study in public health centers in Rasht, Iran. Eur J Clin Nutr. 2005 Oct;59(10):1208-12.
- ⁸⁵ Bernstein IM, Plociennik K, Stahle S, Badger GJ, Secker-Walker R. Impact of maternal cigarette smoking on fetal growth and body composition. Am J Obstet Gynecol. 2000 Oct;183(4):883-6.
- ⁸⁶ -Burguet A, Kaminski M, Abraham-Lerat L, Schaal JP, Cambonie G, Fresson J, Grandjean H, Truffer P, Marpeau L, Voyer M, Roze JC, Treisser A, Larroque B; The complex relationship between smoking in pregnancy and very preterm delivery. Results of the Epipage study BJOG. 2004 Mar;111(3):258-65.
- ⁸⁷ Cerón M, Sánchez C, Harlow B, Nuñez U, Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México. Salud Publica Mex 1997;39:2-10.
- ⁸⁸ Yunes J. Principales factores maternos asociados a ocurrencia de nacido de bajo peso. J Ped 1998; 44 (5):34.
- ⁸⁹ Beltrán J, Ávila M, Vadillo F, Hernández C, Peraza F. Infección cervicovaginal como factor de riesgo para parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex 2002;70(4);203-209.

- ⁹⁰ Smith CM. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med* 2001;340 (20):1500-7.
- ⁹¹ Cota G, Morales A, Prince R. Infección cervicovaginal y riesgo de parto prematuro. *Rev. Med. IMSS* 2001; 39(4):289-293
- ⁹² Calderon G, Vega M, Velásquez T, Morales C, Vega M. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. *Rev. Med. IMSS* 2005; 43 (4): 339-342.
- ⁹³ Leyva F, Salas M. Bacteriuria asintomática recurrente en el embarazo, y bajo peso al nacimiento. *Rev Med IMSS* 1998;36:39-43.
- ⁹⁴ Yokoyama Y, Sugimoto M, Ooki S. Analysis of factors affecting birthweight, birth length and head circumference: study of Japanese triplets. *Twin Res Hum Genet*. 2005 Dec;8(6):657-63.
- ⁹⁵ Ndiaye O, Fall AL, Drame A, Sylla A, Gueye M, Cisse CT, Guelaye Sall M, Ba M, Kuakivi N. Etiologic factors of prematurity in Ziguinchor maternity hospital center (Senegal) *Bull Soc Pathol Exot*. 2006 May;99(2):113-4.
- ⁹⁶ Yokoyama Y, Sugimoto M, Ooki S. Analysis of factors affecting birthweight, birth length and head circumference: study of Japanese triplets. *Twin Res Hum Genet*. 2005 Dec;8(6):657-63.
- ⁹⁷ Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, Boulot P, Fresson J, Arnaud C, Subtil D, Marpeau L, Roze JC, Maillard F, Larroque B; EPIPAGE Group. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG*. 2005 Apr;112(4):430-7.
- ⁹⁸ Marin C, Segura-Egea JJ, Martínez-Sahuquillo A, Bullon P. Correlation between infant birth weight and mother's periodontal status. *J Clin Periodontol*. 2005 Mar;32(3):299-304.
- ⁹⁹ Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, Salazar-Martínez E, Castro R, Hernández-Avila M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Publica Mex* 2004;46:113-122.
- ¹⁰⁰ Fernández Cantón S. El IMSS en cifras: La violencia contra las mujeres derechohabientes. *Rev. Med. IMSS* 2004; 42 (6): 525-530.
- ¹⁰¹ Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-De Jesús L, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México. *Salud Publica Mex*. 2005;47:335-341.
- ¹⁰³ Gazmararian JA, Lazorick S. Prevalencia de violencia contra mujeres embarazadas. *JAMA* 1996; 275(24):1915-1920.
- ¹⁰³ Hudson W, McIntosh S. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam* 1981; 43:873-885.

¹⁰⁴ Parker B, McFarlane J. Nursing assessment of the battered pregnant woman. J Maternal Child Nursing 16:161-164.

¹⁰⁵ Marshall L. Development of the severity of violence against women scales. J Fam Violence 1992; 7:103-121

¹⁰⁶ Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública Méx ,1996; 38:352-362.

¹⁰⁷ Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Publica Mex 2004;46:56-63.

¹⁰⁸ Valdez Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado de Snyder VN, Rivera Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex. .2006;48 supl 2:S221-S231.

ANEXOS

ANEXO 1
Cronograma de actividades

	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Elección de tema	XX						
Elaboración de protocolo		XX	XX				
Registro del protocolo				XX			
Recolección de datos				XX	XX	XX	
Análisis de datos						XX	
Elaboración y entrega de Tesis							XX

VALORACION DE EDAD GESTACIONAL POR VALORACION DE CAPURRO

APENDICE C (Normativo)

EDAD GESTACIONAL

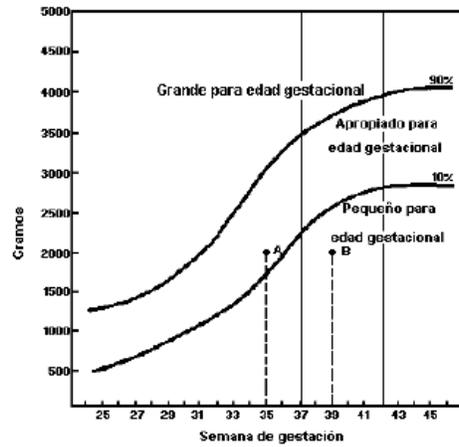
A S O M A T I C O Y N E U R O L O G I C O	EDAD GESTACIONAL				
	FORMA DEL PEZON.	Pezón apenas visible. No se visualiza Areola. 0	Pezón bien definido Areola 0.75 cm. 5	Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm. 10	Areola sobresaliente. 0.75 cm. 15
TEXTURA DE LA PIEL.	Muy fina Gelatinosa 0	Fina y Lisa. 5	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial. 10	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial. 18	Gruesa y Apesadumbrada 22
FORMA DE LA OREJA.	Plana y sin forma. 0	Inicio engrosamiento del borde. 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior. 10	Engrosada e incurvada totalmente. 24	
TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO.	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm. 5	Diámetro 0.5-1.0 cm. 10	Diámetro > 1.0 cm. 15	
PUELGES PLANTARES.	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior. 10	Surcos sobre mitad anterior. 15	Surcos profundos que sobrepasa 1/2 anterior. 20
SIGNO: "DE LA BUFANDA"	 0	 6	 12	 18	
SIGNO: "CABEZA EN GOTA".	 0	 4	 8	 12	

MÉTODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

PERCENTILAS DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL DE ACUERDO A LUBCHENCO

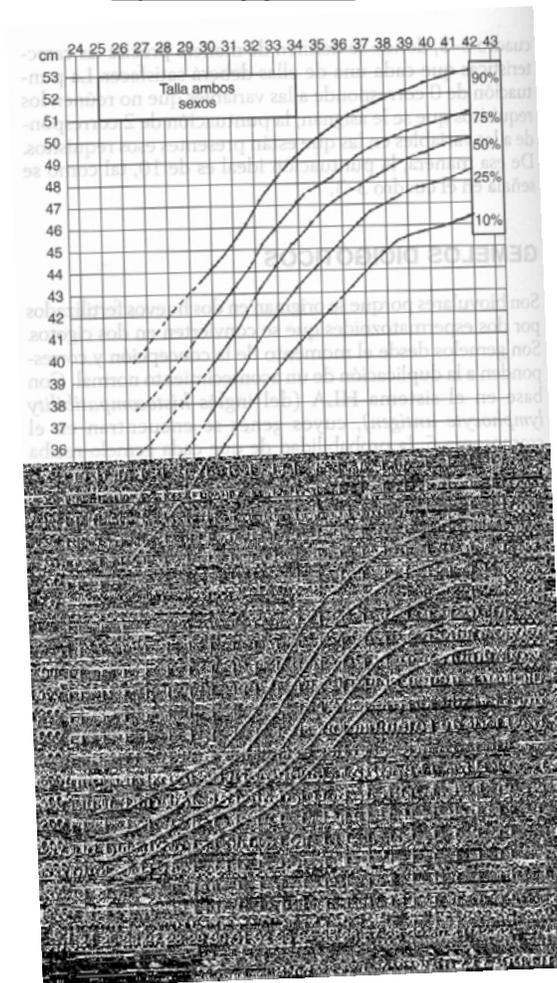
APENDICE D (Normativo)
(primera opción)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



Pretérmino	Término	Postérmino
------------	---------	------------

Adaptado de: Bettaglia y Lubchenco.





Secretaría de Salud

Secretaría de Salud del Distrito Federal

Hospital Pediatrico Moctezuma

Maltrato Fetal

Folio :					
Edad:					
Escolaridad:	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
Lugar de residencia (delegación o municipio):					
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Unión libre		
IVSA:	G:	P:	A:	C:	Periodo intergenésico:
Infecciones durante el embarazo y trimestre:					Control prenatal:
Preclamsia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Eclamsia: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		DM: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Tabaquismo: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Alcoholismo: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Toxicomanías: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Semanas de gestación:					
Peso:					
Talla:					



Secretaría de Salud

Secretaría de Salud del Distrito Federal
Hospital Pediátrico Moctezuma
Maltrato Fetal

Violencia contra la mujer durante el embarazo (ENVIM 2003)

	Muchas veces (1)	Varias veces (2)	Alguna vez (3)	Nunca (4)
1- ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
2. ¿La menosprecia o humilla frente a otras personas?				
3. ¿La ha insultado?				
4. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
5. ¿Le ha dicho cosas como que sea usted poco atractiva o fea?				
6. ¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o algún mueble?				
7. ¿Le ha destruido alguna de sus cosas?				
8. ¿Le ha amenazado con golpearle?				
9. ¿Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?				
10 ¿La a amenazado con alguna pistola o rifle?				
11. ¿Le ha hecho sentir miedo de el?				
12. ¿Le ha amenazado con matarla o matarse el o a los niños?				
13. ¿Le ha empujado a propósito?				
14. ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				
15. ¿Le ha torcido el brazo?				
16. ¿Le ha pegado con la mano o el puño?				
17. ¿Le ha pateado?				
18. ¿Le ha golpeado con algún palo o cinturón u objeto doméstico?				
19. ¿Le ha quemado con un cigarrillo o cualquier otra sustancia?				
20. ¿Le ha tratado de ahorcar o asfixiar?				
21. ¿Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?				
22. ¿Le ha disparado con alguna pistola o machete?				
23. ¿Le ha controlado con no darle dinero o quitárselo?				
24. ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?				
25. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
26. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con el?				
27. ¿Ha usado fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?				

Persona que considera como agresora:

Tabla 1. Frecuencia por grupos de edad de mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Frecuencias de Edad

Edad	Frecuencia	%	% Acumulativo
14	3	1.0	1.0
15	12	4.1	5.1
16	11	3.8	8.9
17	13	4.4	13.3
18	11	3.8	17.1
19	20	6.8	23.9
20	26	8.9	32.8
21	20	6.8	39.6
22	9	3.1	42.7
23	18	6.1	48.8
24	13	4.4	53.2
25	23	7.8	61.1
26	8	2.7	63.8
27	11	3.8	67.6
28	21	7.2	74.7
29	14	4.8	79.5
30	18	6.1	85.7
31	5	1.7	87.4
32	5	1.7	89.1
33	6	2.0	91.1
34	10	3.4	94.5
35	5	1.7	96.2
36	6	2.0	98.3
38	4	1.4	99.7
39	1	.3	100.0
Total	293	100.0	

N	Valid	293
	Missing	0
Mean		24.27
Median		24.00
Mode		20

Grafica 1 Frecuencia por grupos de edad de mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

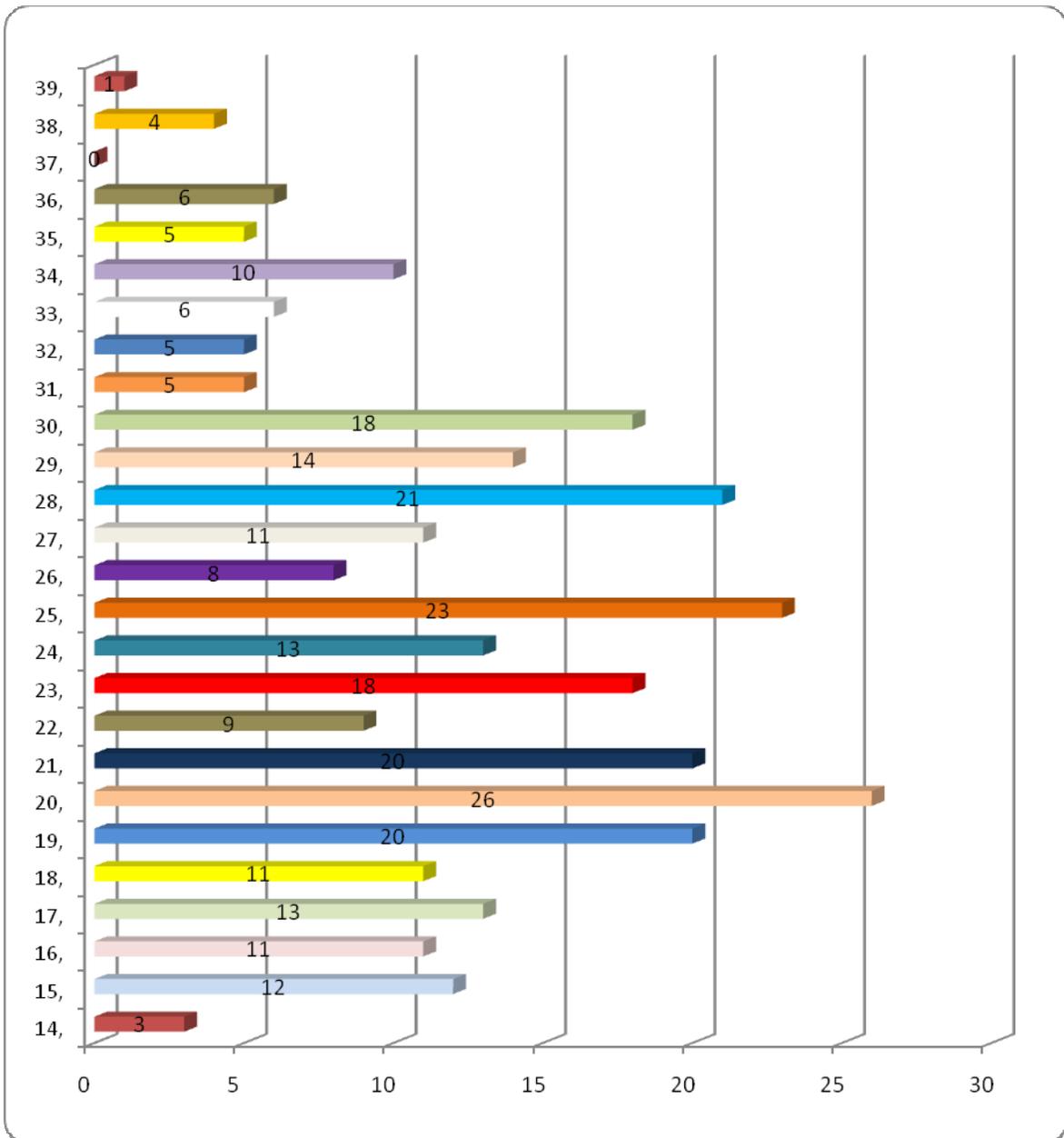


Tabla 2 Frecuencia de **Grado máximo de estudios** en mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Escolaridad	Frecuencia	%	% Acumulado
Primaria	136	46.4	46.4
Secundaria	122	41.6	88.1
Bachillerato	34	11.6	99.7
Licenciatura	1	.3	100.0
Total	293	100.0	

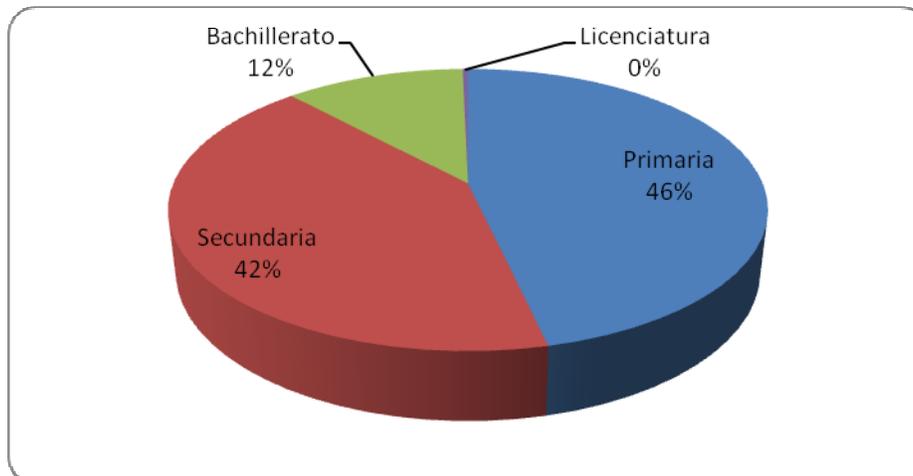


Tabla 3 Estado Civil en mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Estado civil	Frecuencia	%	% Acumulado
Soltera	44	15.0	15.0
Casada	68	23.2	38.2
Unión libre	181	61.8	100.0
Total	293	100.0	

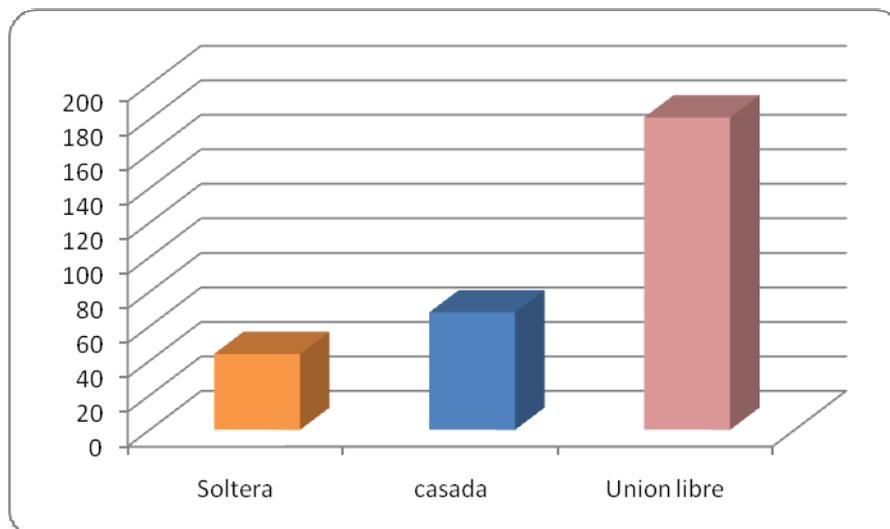


Tabla 4 Numero de gestas en mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

# de Gestas	Frecuencia	%	% acumulado
1,	89	30.4	30.4
2,	83	28.3	58.7
3,	58	19.8	78.5
4,	27	9.2	87.7
5,	25	8.5	96.2
6,	7	2.4	98.6
7,	3	1.0	99.7
8,	1	.3	100.0
Total	293	100.0	

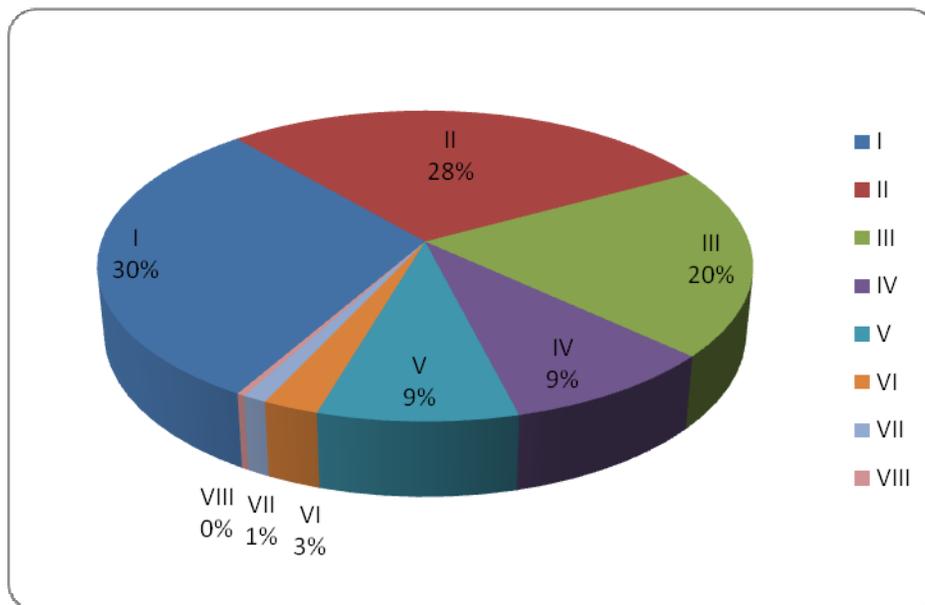


Tabla 5 Semanas de Gestación en mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Semanas de Gestación	Frequency	Percent	Cumulative Percent
24	1	.3	.3
32	1	.3	.7
34	1	.3	1.0
35	1	.3	1.4
36	14	4.8	6.1
37	29	9.9	16.0
38	58	19.8	35.8
39	103	35.2	71.0
40	52	17.7	88.7
41	22	7.5	96.2
42	6	2.0	98.3
43	5	1.7	100.0
Total	293	100.0	

N	Valid	293
	Missing	0
Mean		38.8123
Median		39.0000
Mode		39.00

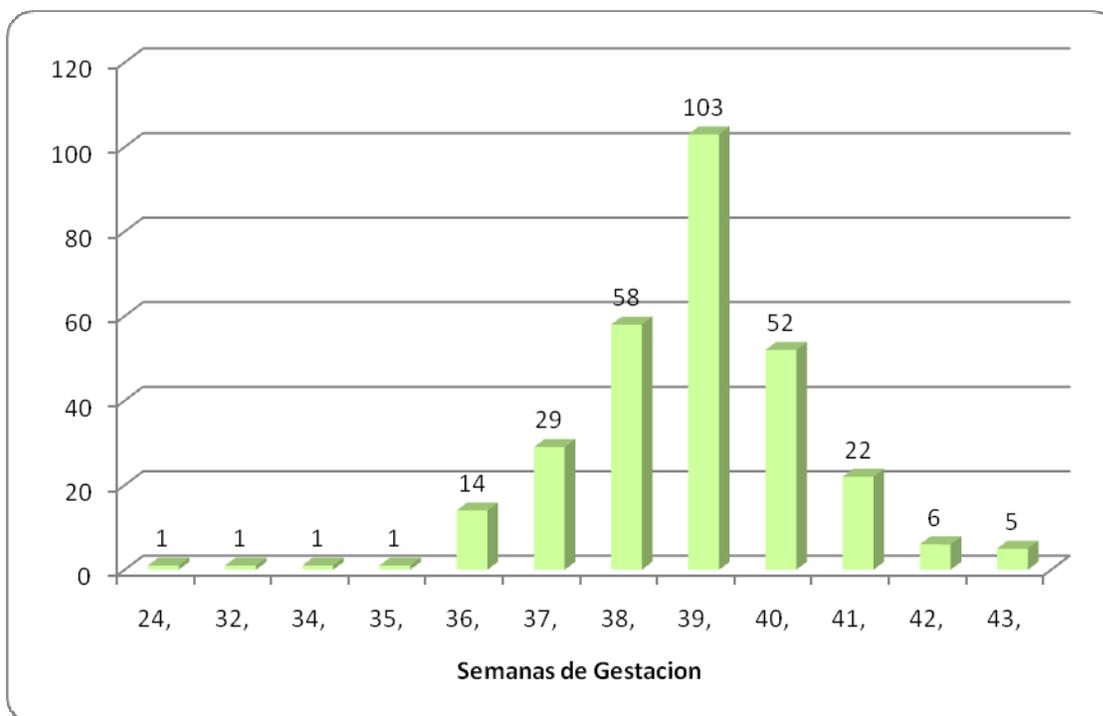


Tabla 6 Frecuencia de Control Prenatal en mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Control Prenatal	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Si	253	86.3	86.3
No	40	13.7	100.0
Total	293	100.0	

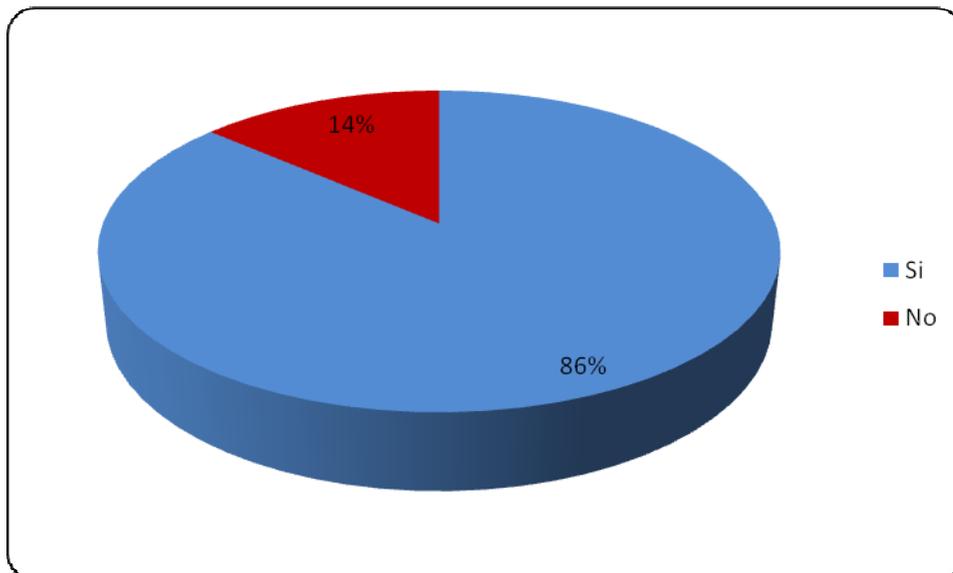


Tabla 7 Frecuencia de Infecciones durante el embarazo en mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Infecciones durante el embarazo

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid No	157	53.6	53.6
IVU	86	29.4	82.9
Cervicovaginitis	44	15.0	98.0
Infecciones respiratorias	6	2.0	100.0
Total	293	100.0	

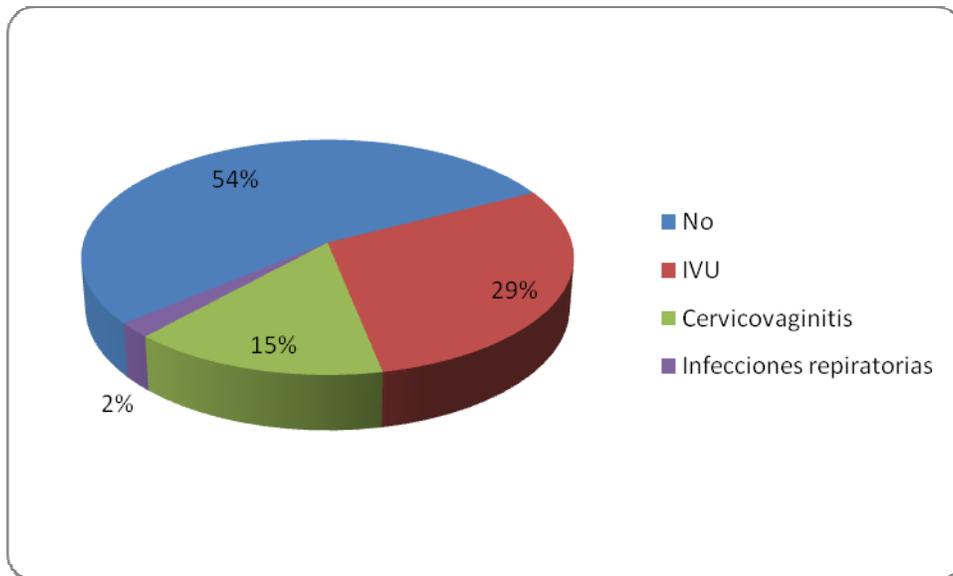


Tabla 8 Relación de niños con bajo peso y Prematuros en mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Peso Bajo * Pretermino Crosstabulation

		Pretermino				Total	
		No	%	Si	%		%
Peso Bajo	No	224	76%	7	2%	231	78%
	Si	51	18%	11	4%	62	22%
Total		275	94%	18	6%	293	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.348	1	.000

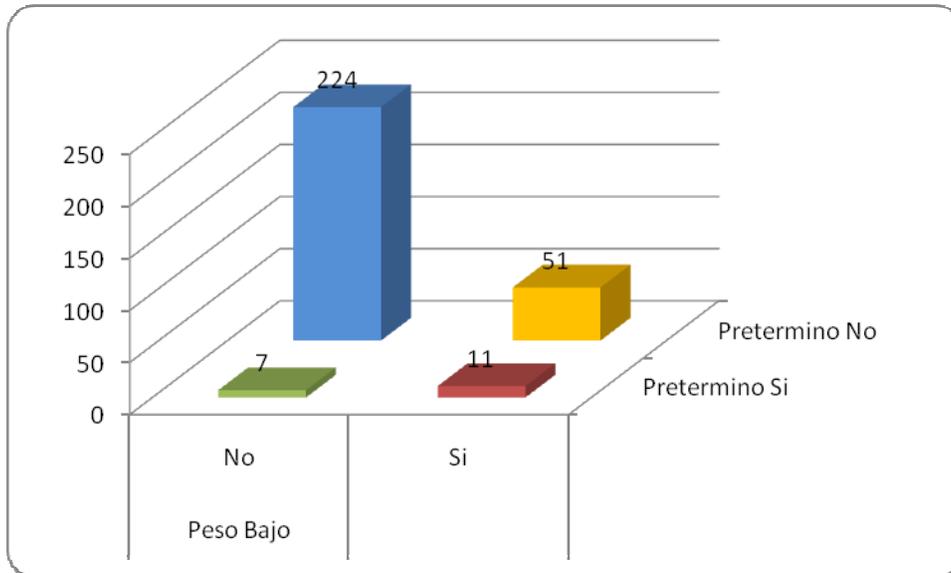


Tabla 9 Porcentaje de Productos de Termino y Pretermino de mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Termino	275	94	94
Pretermino	18	6	100
Total	293	100	

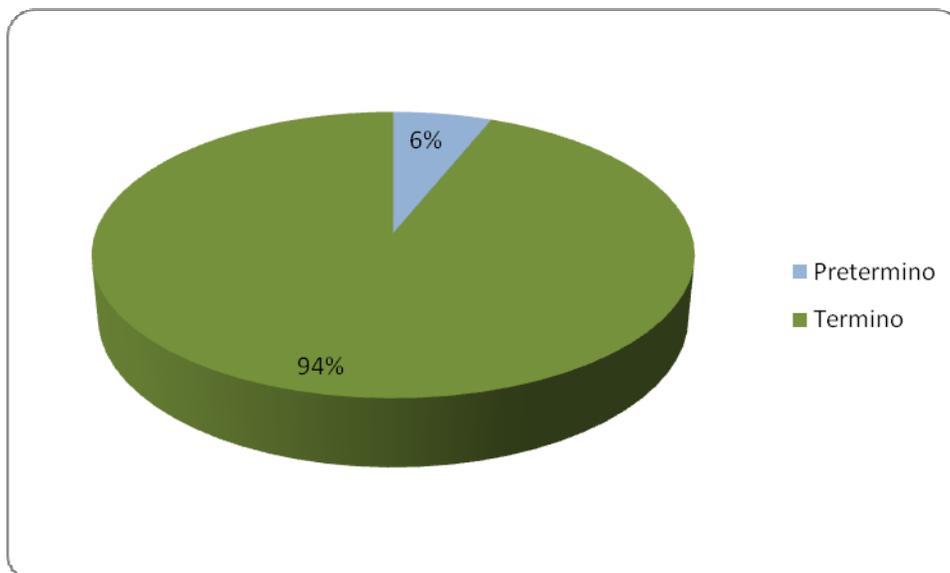


Tabla 10 Porcentaje de Productos con Bajo Peso de mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Peso adecuado	231	78.8	78.8
Bajo Peso	62	21.2	100.0
Total	293	100.0	

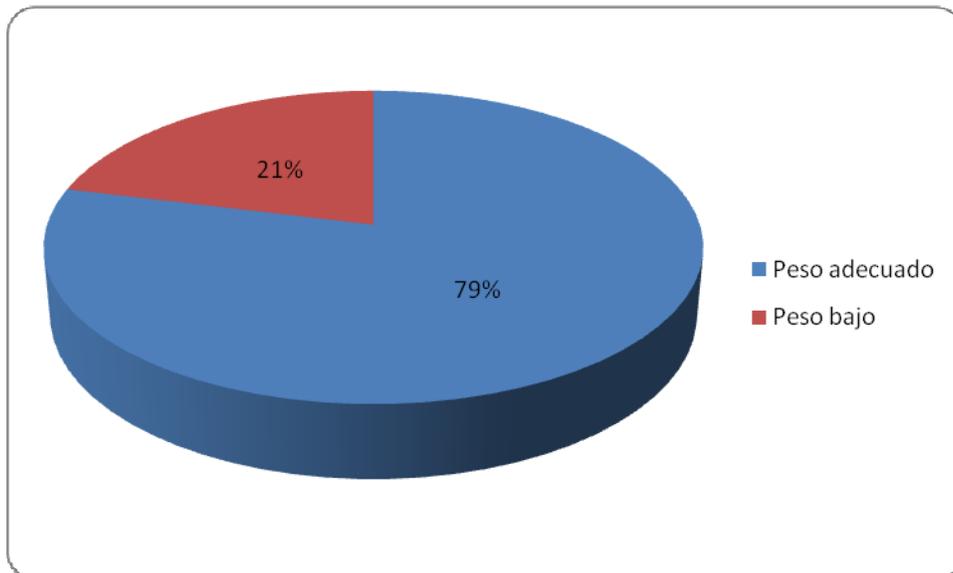


Tabla 11 Frecuencia de Violencia en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Violencia	Frequency	Percent	Cumulative Percent
No	198	67.6	67.6
Si	95	32.4	100.0
Total	293	100.0	

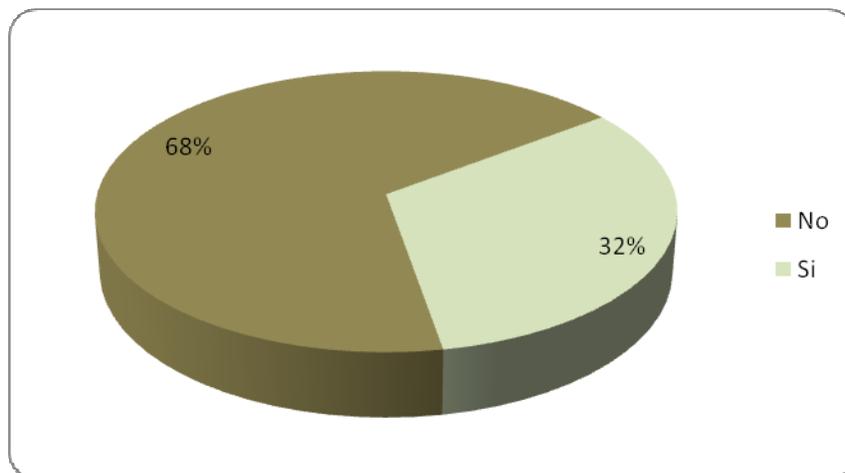


Tabla 12 Frecuencia de Tipo de Violencia en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Tipo de Violencia	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Violencia Psicológica	88	42	42.0
Violencia Física	73	35	77.0
Violencia Económica	28	13	90.0
Violencia sexual	20	10	100.0
Total	209	100.0	

Violencia durante el embarazo

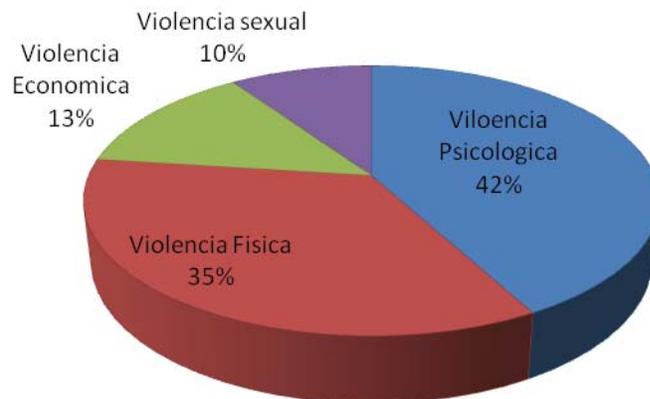


Tabla 13 Frecuencia de Violencia Psicológica en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

		Humillacion				Intimidacion					Amenaza de violencia					
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total
Violencia Psicológica	no	205	0	0	0	205	205	0	0	0	205	205	0	0	0	205
	Si	33	31	19	5	88	15	47	23	3	88	43	32	12	1	88
Total		238	31	19	5	293	220	47	23	3	293	248	32	12	1	293

Humillación	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	157.734(a)	3	.000

Intimidación	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	226.485(a)	3	.000

Amenaza de violencia	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	123.851(a)	3	.000

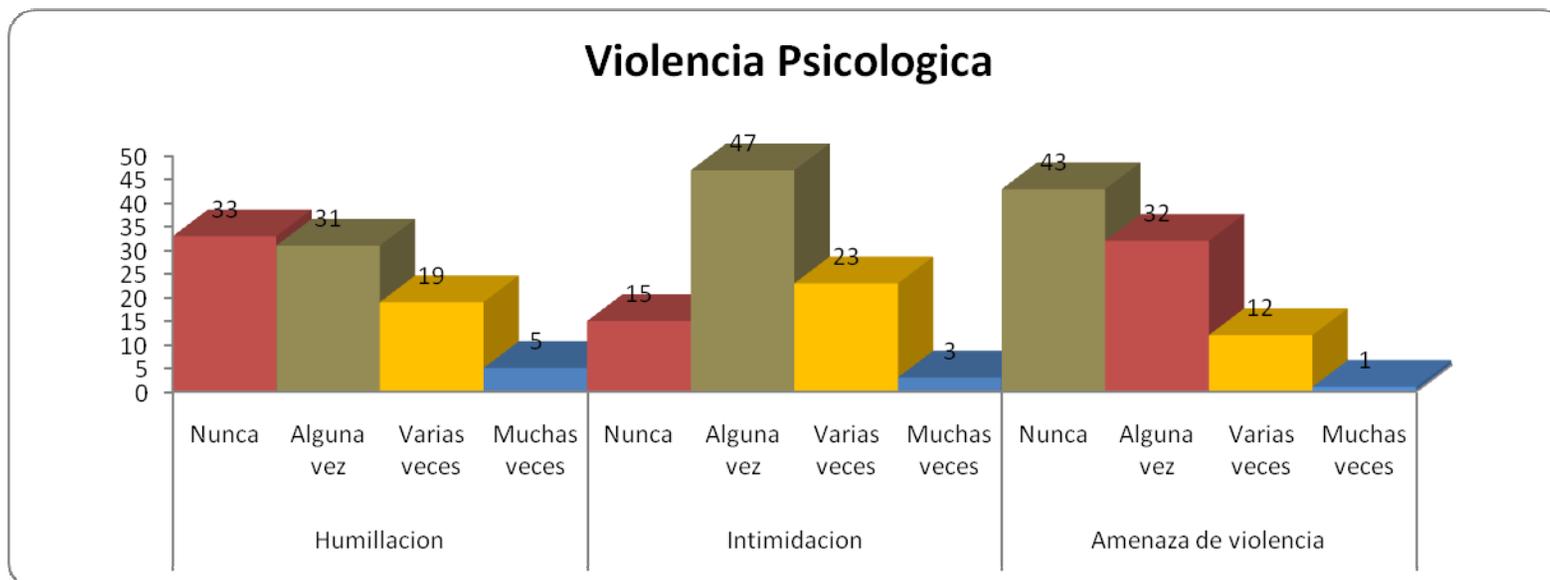


Tabla 14 Frecuencia de Violencia Física en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

		Empujones					Golpes					Herida por punzocortantes					Herida Arma de Fuego				
		Nunca	Algun a vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Algun a vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Algun a vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Algun a vez	Varias veces	Muchas veces	Total
Violencia Física	No	219	0	0	1	220	219	0	0	1	220	220	0	0	0	220	220	0	0	0	220
	Si	17	47	6	3	73	19	44	7	3	73	69	4	0	0	73	71	2	0	0	73
Total		236	47	6	4	293	238	44	7	4	293	289	4	0	0	293	291	2	0	0	293

Empujones	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	204.663	3	.000

Golpes	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	195.534	3	.000

Heridas por punzocortantes	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.222	1	.000

Herida por arma de fuego	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.069	1	.014

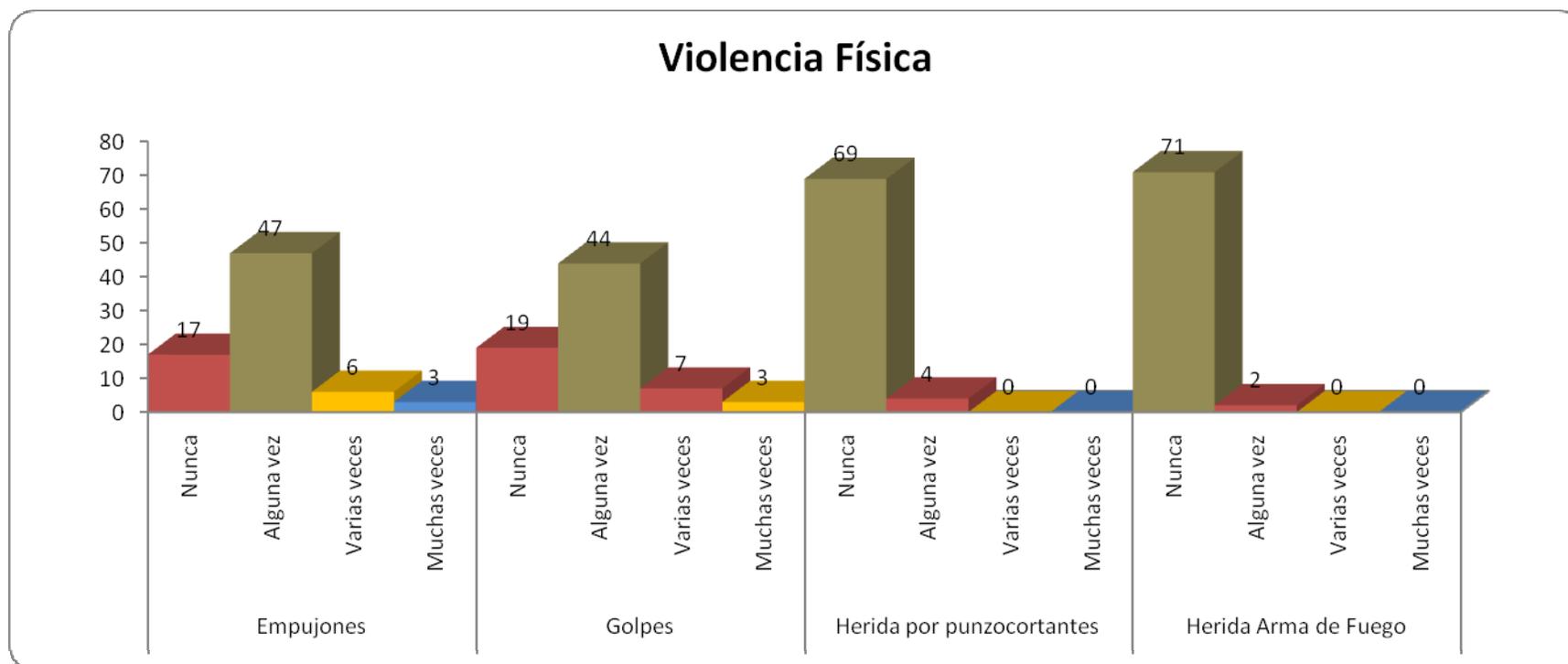


Tabla 15 Frecuencia de Violencia Económica en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

		No dando dinero				Quitando el dinero					
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total
Violencia económica	No	265	0	0	0	265	265	0	0	0	265
	Si	5	18	4	1	28	13	12	3	0	28
Total		270	18	4	1	293	278	12	3	0	293

No dando dinero	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	236.222(a)	3	.000

Quitando el dinero	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	149.624(a)	2	.000

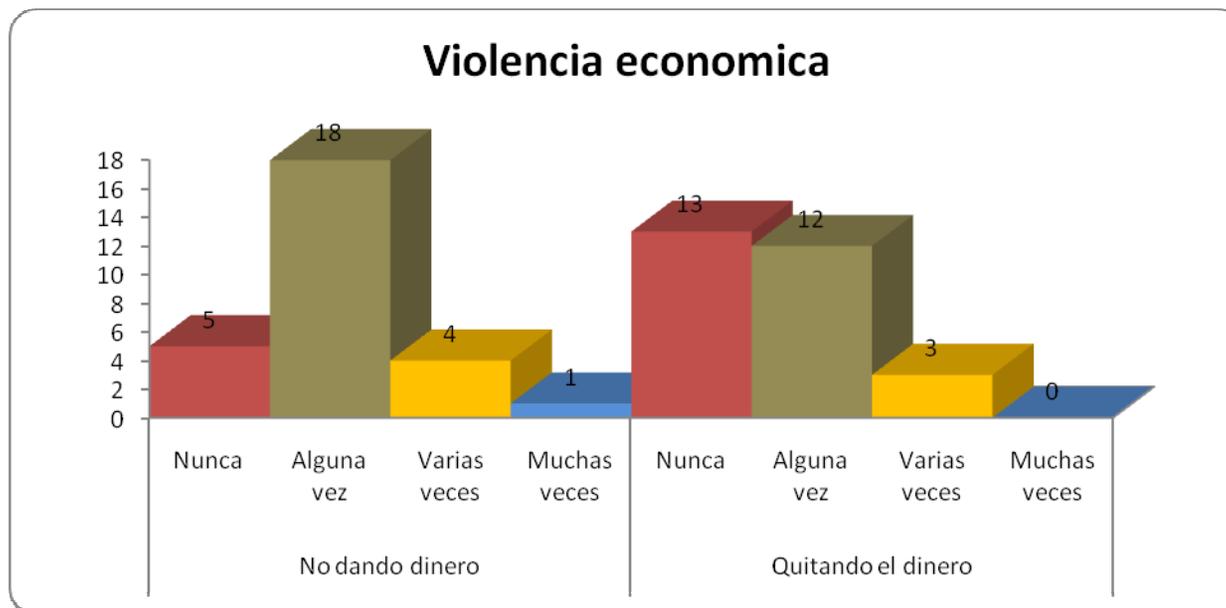


Tabla 16 Frecuencia de Violencia Sexual en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Violencia sexual	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Nunca	273	93.2	93.2
Alguna vez	16	5.5	98.6
Varias veces	4	1.4	100.0
Muchas veces	0	0	100.0
Total	293	100.0	

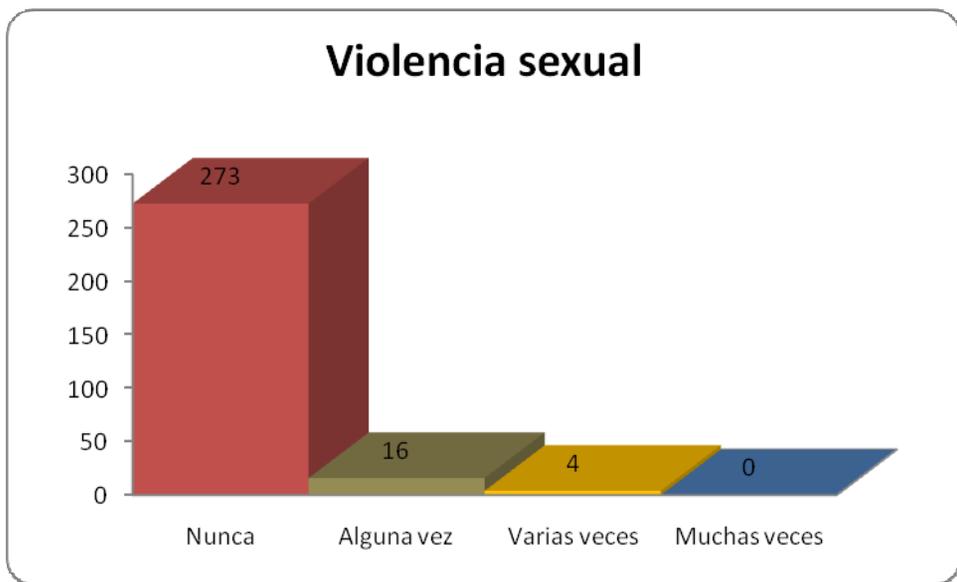


Tabla 17 Relación entre Peso Bajo y Violencia en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Peso Bajo * Algun tipo de violencia Crosstabulation

		Algún tipo de violencia				Total	
		No	%	Si	%		
Peso Bajo	No	172	58%	59	20%	231	78%
	Si	26	9%	36	12%	62	21%
Total		198	67%	95	32%	293	99%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23.598(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	22.137	1	.000		
Likelihood Ratio	22.351	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	23.517	1	.000		
N of Valid Cases	293				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.10.

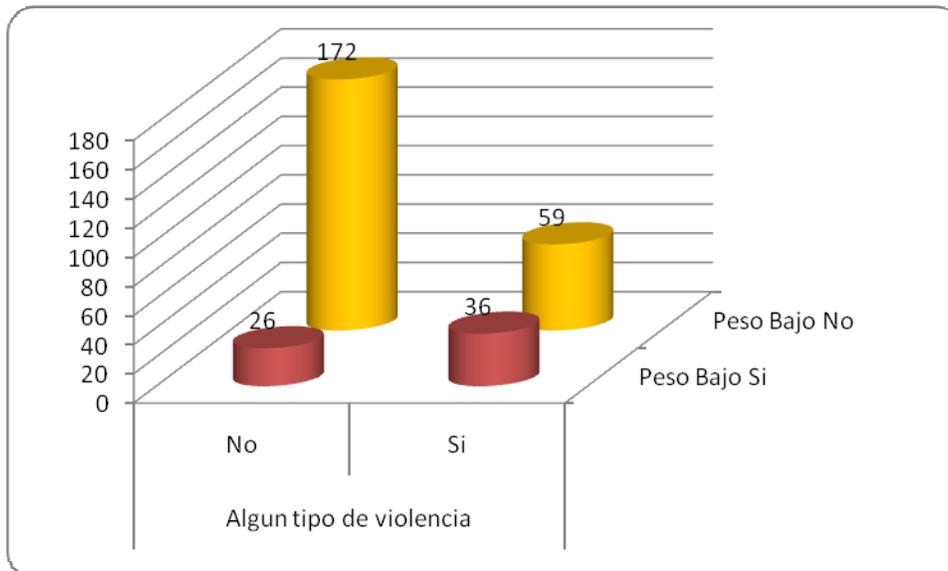


Tabla 18 Relación entre Peso Bajo y Violencia Psicológica en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Peso Bajo * Violencia Psicológica Crosstabulation

		Violencia Psicológica				Total	
		no	%	Si	%		%
Peso Bajo	No	176	60.0%	55	18.7%	231	78.8%
	Si	29	9.8%	33	11.2%	62	21.1%
Total		205	69.8%	88	29.9%	293	99.9%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.128(b)	1	.000

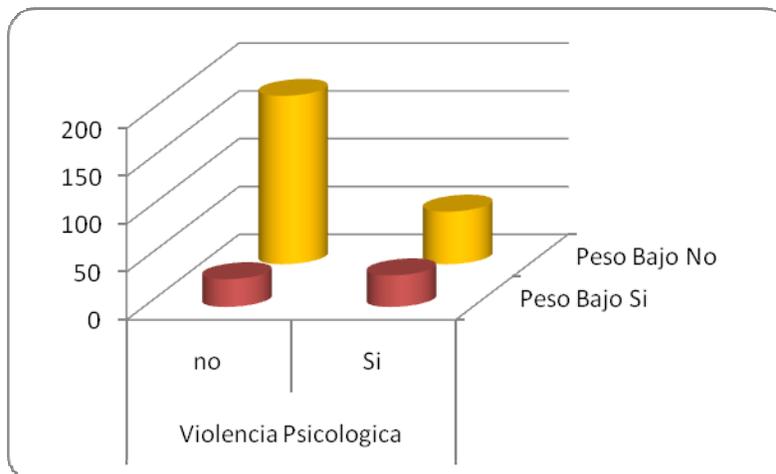


Tabla 19 Relación entre Peso Bajo y Violencia Psicológica por frecuencia en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

		Humillacion				Total	Intimidacion				Total	Amenaza de violencia				Total
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	
Peso Bajo	No	203	20	6	2	231	188	31	11	1	231	206	18	7	0	231
	Si	35	11	13	3	62	32	16	12	2	62	42	14	5	1	62
Total		238	31	19	5	293	220	47	23	3	293	248	32	12	1	293

Humillación	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39.715(a)	3	.000

Intimidación	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.430(a)	3	.000

Amenaza de Violencia	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.192(a)	3	.000

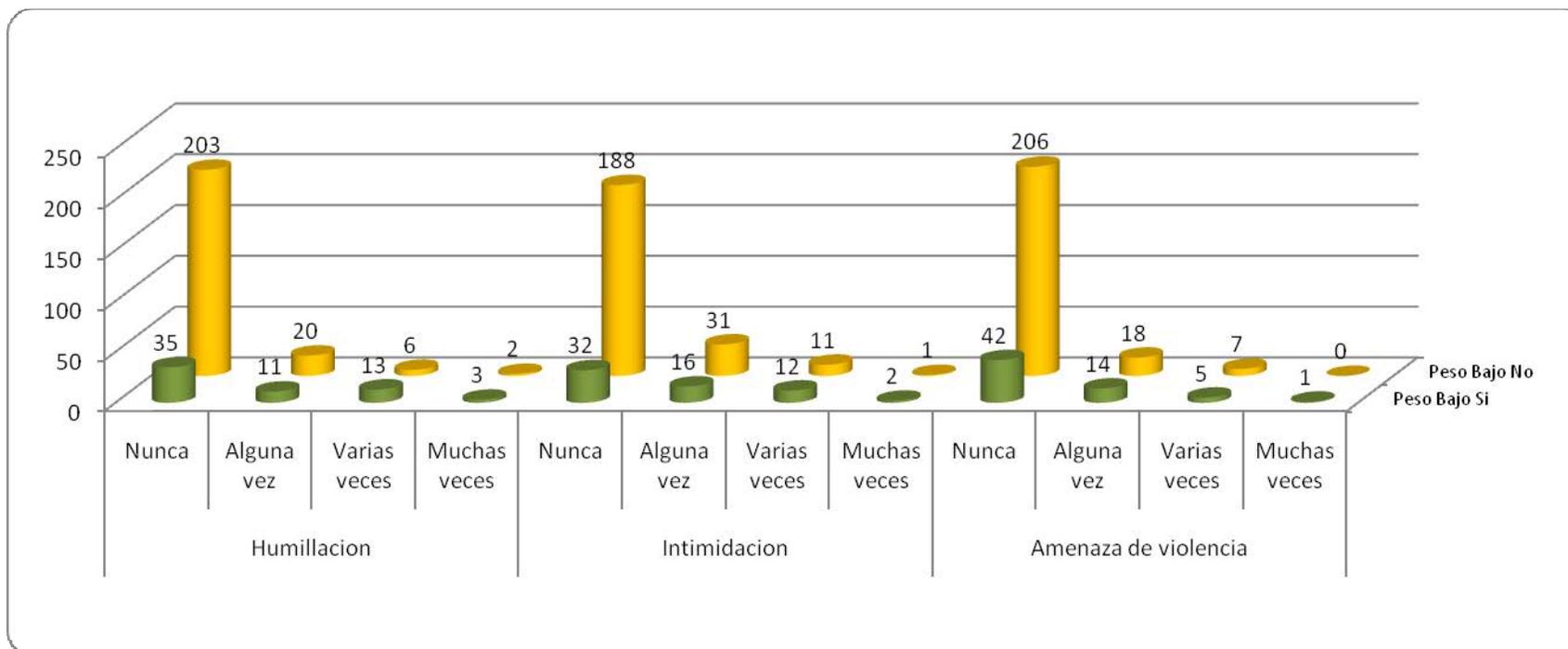


Tabla 20 Relación entre Peso Bajo y Violencia Física en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Peso Bajo * Violencia Física Crosstabulation

		Violencia Física				Total	
		No	%	Si	%		%
Peso Bajo	No	190	65%	41	14%	231	79%
	Si	30	10%	32	11%	62	21%
Total		220	75%	73	25%	293	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.964(b)	1	.000

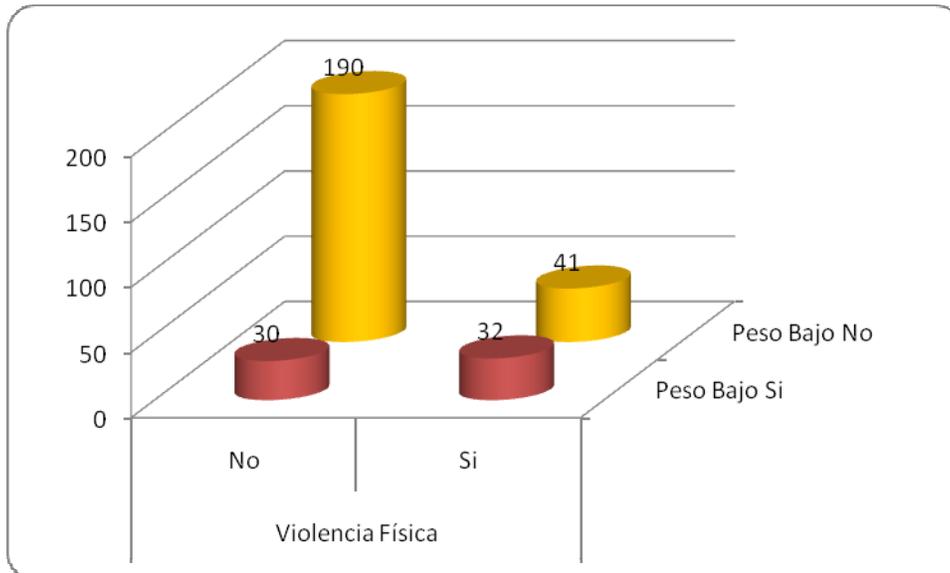


Tabla 21 Relación entre Peso Bajo y Violencia Física por frecuencia en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

		Empujones					Golpes					Herida por punzocortantes		Herida Arma de Fuego		
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Alguna vez	Nunca	Alguna vez	Total
Peso Bajo	No	196	30	4	1	231	202	25	4	0	231	229	2	229	2	231
	Si	40	17	2	3	62	36	19	3	4	62	60	2	62	0	62
Total		236	47	6	4	293	238	44	7	4	293	289	4	291	2	293

Empujones	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.339	3	.001

Golpes	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.863	3	.000

Herida por punzocortante	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.022	1	.155

Herida Arma de Fuego	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.540	1	.462

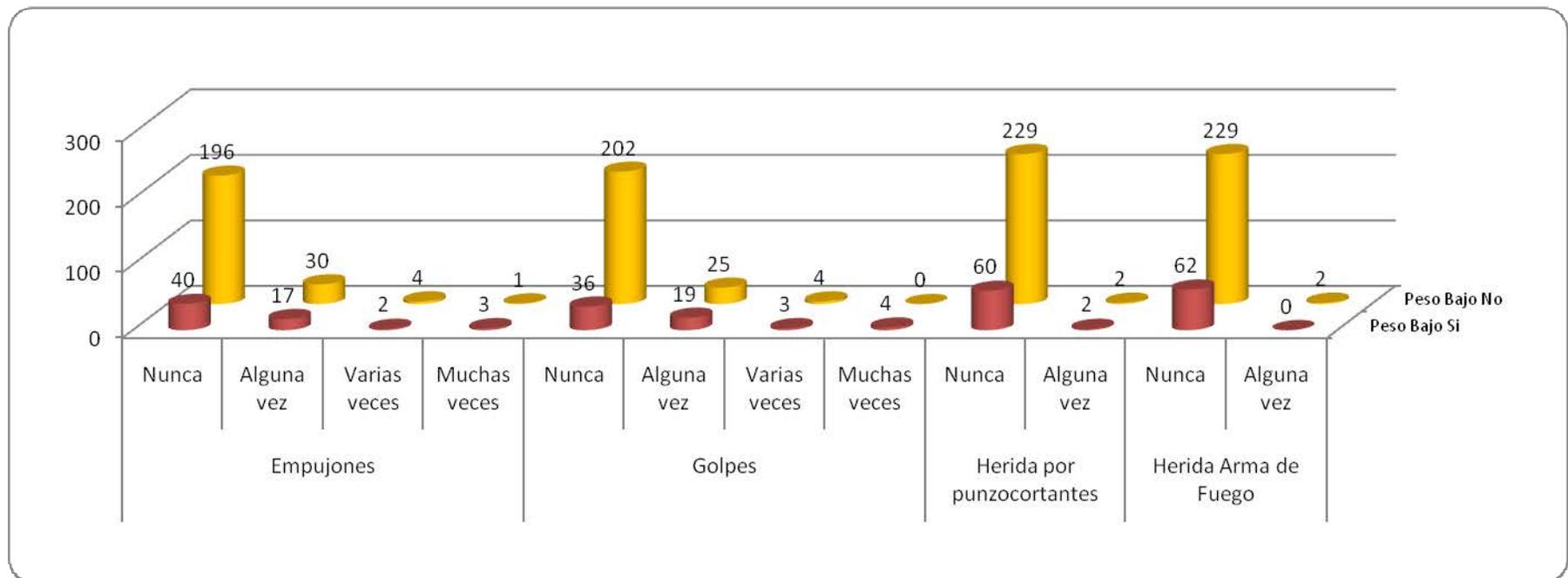


Tabla 22 Relación entre Peso Bajo y Violencia Económica en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Peso Bajo * Violencia económica Crosstabulation

		Violencia económica				Total	
		No	%	Si	%		5
Peso Bajo	No	211	72%	20	7%	231	79%
	Si	54	18%	8	3%	62	21%
Total		265	90%	28	10%	293	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.019(b)	1	.313

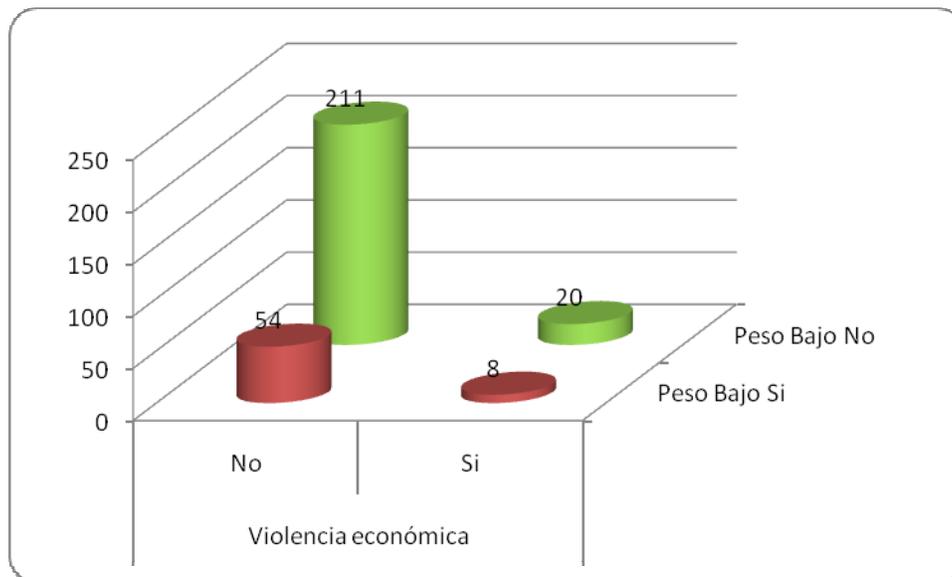


Tabla 23 Relación entre Peso Bajo y Violencia Económica por frecuencia en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

		No dando dinero					Quitando el dinero				
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Total
Peso Bajo	No	214	15	2	0	231	222	8	1	0	231
	Si	56	3	2	1	62	56	4	2	0	62
Total		270	18	4	1	293	278	12	3	0	293

No dando dinero	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.966(a)	3	.113

Quitando el dinero	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.962(a)	2	.084

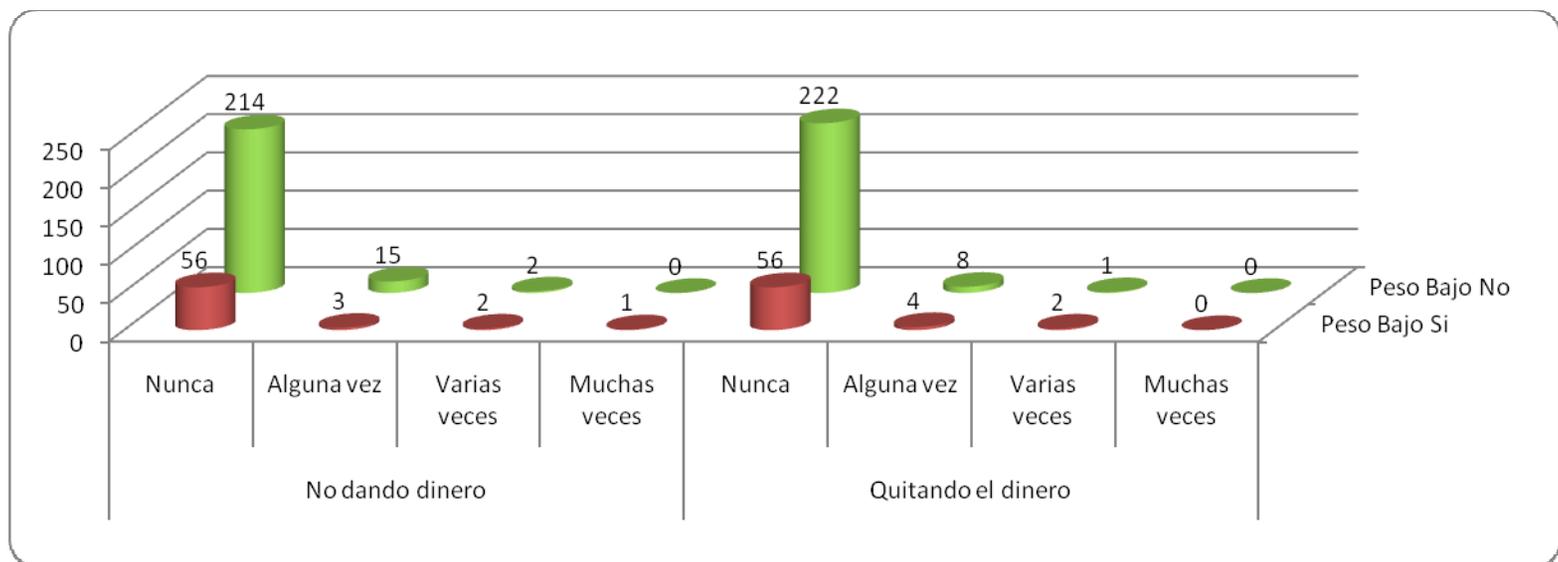


Tabla 24 Relación entre Peso Bajo y Violencia Sexual en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Peso Bajo * Violencia sexual Crosstabulation

		Violencia sexual				Total
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	
Peso Bajo	No	220	8	3	0	231
	Si	53	8	1	0	62
Total		273	16	4	0	293

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.511(a)	2	.014

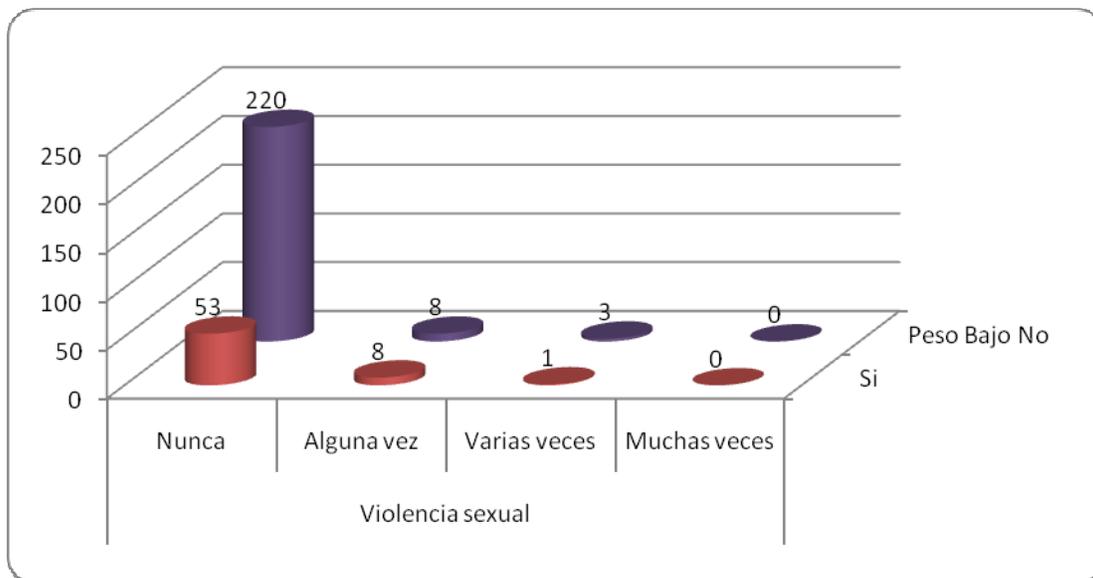


Tabla 25 Relación entre Prematuros y Violencia en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Pretermino * Algún tipo de violencia Crosstabulation

		Algún tipo de violencia				Total	
		No	%	Si	%		%
Pretermino	No	190	65%	85	29%	275	94%
	Si	8	3%	10	3%	18	6%
Total		198	68%	95	32%	293	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.684	1	.030

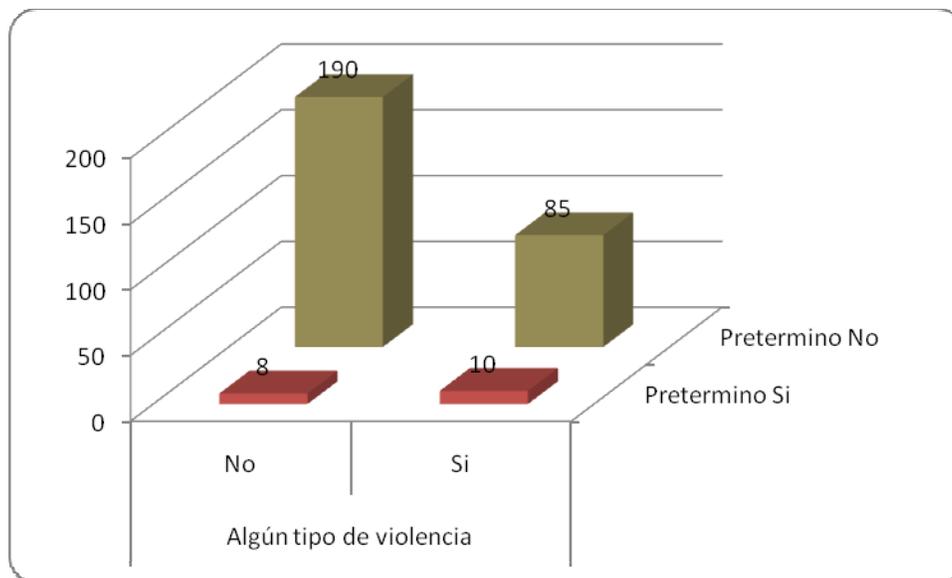


Tabla 26 Relación entre Prematuros y Violencia Psicológica en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Pretermino * Violencia Psicológica Crosstabulation

		Violencia Psicológica				Total	
		no	%	Si	%		%
Pretermino	No	196	67%	79	27%	275	94%
	Si	9	3%	9	3%	18	6%
Total		205	70%	88	30%	293	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.638	1	.056

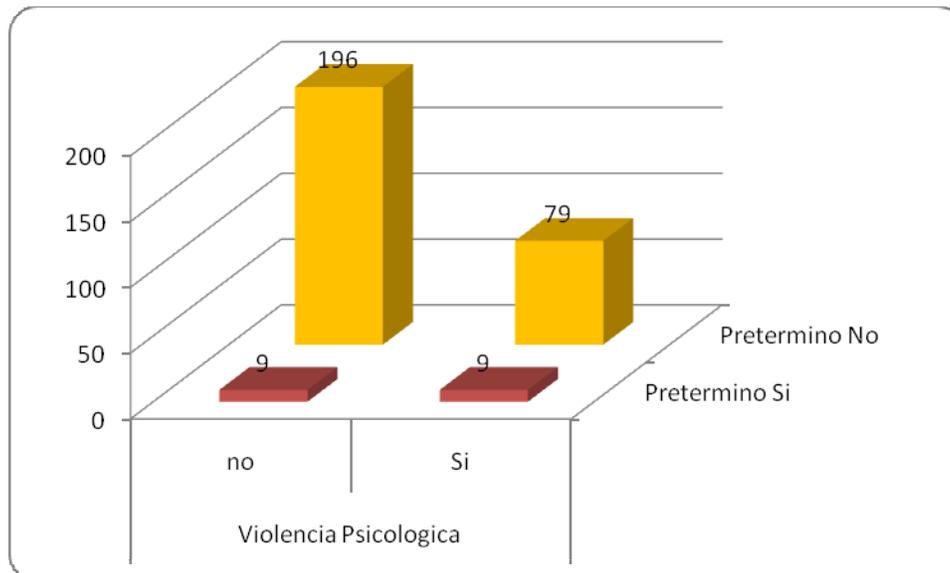


Tabla 27 Relación entre Prematuros y Violencia Física en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Pretermino * Violencia Física Crosstabulation

		Violencia Física				Total	
		No	%	Si	%		%
Pretermino	No	211	72%	64	22%	275	94%
	Si	9	3%	9	3%	18	6%
Total		220	75%	73	25%	293	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.451	1	.011

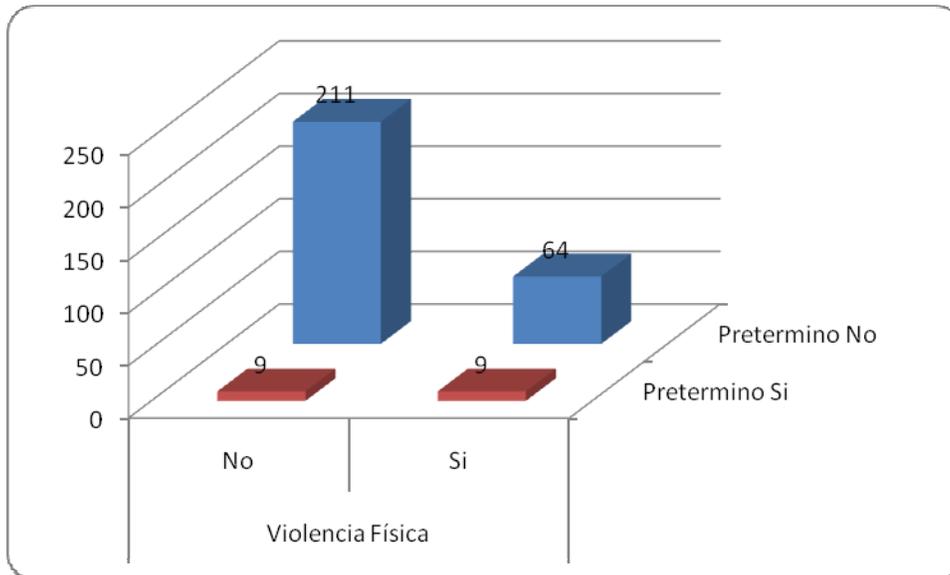


Tabla 28 Relación entre Prematuros y Violencia Económica en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Pretermino * Violencia económica Crosstabulation

		Violencia economica				Total	
		No	%	Si	%		%
Pretermino	No	250	85%	25	9%	275	94%
	Si	15	5%	3	1%	18	6%
Total		265	90%	28	10%	293	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.122	1	.290

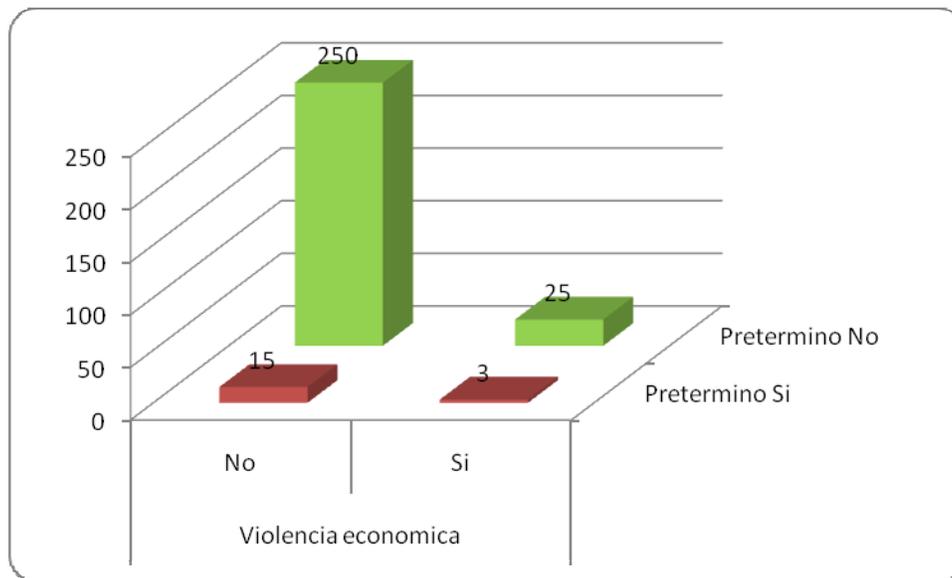


Tabla 29 Relación entre Prematuros y Violencia Sexual en las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Pretermino * Violencia sexual Crosstabulation

		Violencia sexual			Total
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	
Pretermino	No	257	14	4	275
	Si	16	2	0	18
Total		273	16	4	293

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.421	2	.491

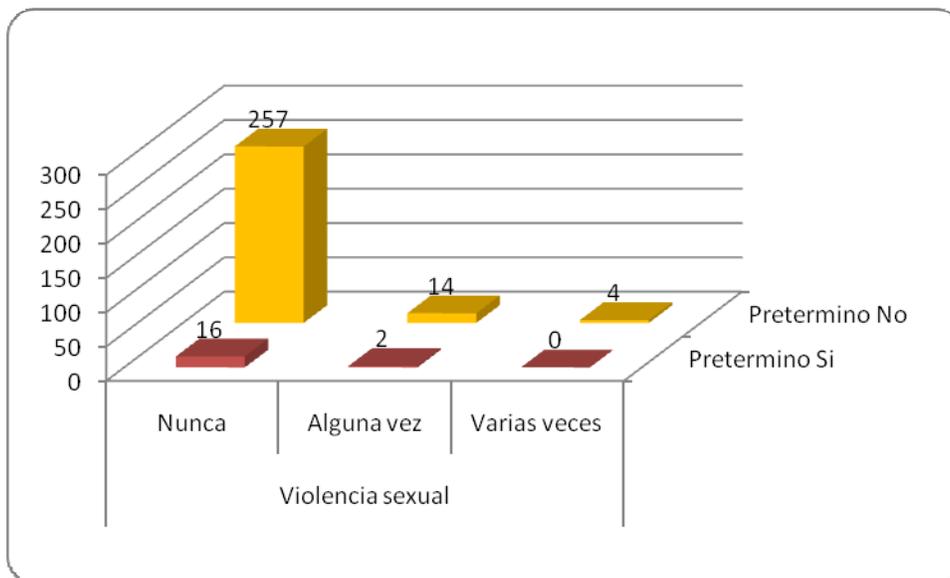


Tabla 30 Frecuencia de persona agresora de las mujeres entrevistadas en el periodo de 01 de junio al 31 de julio del 2007 en el Hospital General Iztapalapa.

Persona agresora

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Pareja	84	90	96.6
Padre	1	1	96.9
Madre	4	4	98.3
Otro	5	5	100.0
Total	94	100	

