



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

“VIOLENCIA CONYUGAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA DEPRESIÓN
DURANTE EL EMBARAZO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A:

MARIBEL MENDOZA MILO

Nº. Cta. 403016941

DENTRO DEL PROYECTO “LA DEPRESIÓN MATERNA. SU EFECTO EN EL
DESARROLLO MENTAL Y MOTOR EN EL PRIMER AÑO DE VIDA”,
REALIZADA CON EL APOYO DE CONACYT (REGISTRO DE CONACYT
SEP-2003-C0243690/A1, INPER 212250-50091).

M. en C. E. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS

MEXICO D.F. 2007





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.



AGRADECIMIENTOS

A DIOS...

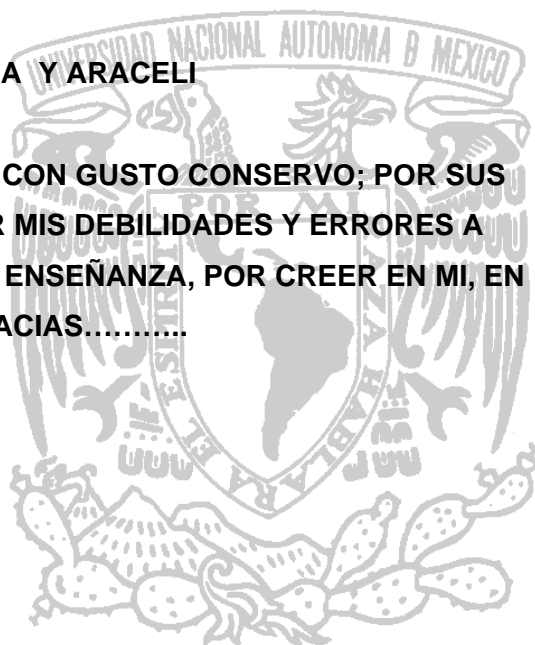
POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO, PORQUE AUNQUE YO FALLE EN ENCONTRARLO, EL NUNCA DEJA DE ENCONTRARME.....

A MIS PADRES....

POR DARME EL SER, LA FORTALEZA Y ESTAR PRESENTE EN CADA PASO QUE HE DADO EN LA VIDA, POR ESTAR CONMIGO EN LOS BUENOS Y MALOS MOMENTOS. GRACIAS

A BERNARDA Y ARACELI

GRACIAS POR SU AMISTAD, QUE CON GUSTO CONSERVO; POR SUS CONSEJOS, POR HACERME VER MIS DEBILIDADES Y ERRORES A TIEMPO, POR SU COMPRESION Y ENSEÑANZA, POR CREER EN MI, EN FIN MIL GRACIAS.....



RECIBI FLORES HOY

No es mi cumpleaños o ningún otro día especial; tuvimos nuestro primer disgusto anoche, y el dijo muchas cosas crueles, que en verdad me ofendieron,

Pero yo se que esta arrepentido y no las dijo en serio, porque el me mando flores hoy.

¡Recibí flores hoy!

No es nuestro aniversario ni ningún otro día especial; anoche me lanzo contra la pared y comenzó a ahorcarme. Parecía una pesadilla, pero de las pesadillas despiertas y sabes que no es real; pero yo se que esta arrepentido y no quiso lanzarme; porque el me mando flores hoy.

Y no es día de San Valentín o ningún otro día especial; anoche me golpeo y amenazo con matarme; ni el maquillaje o las mangas largas podían esconder las cortadas y golpes que me ocasiono esta vez. No pude ir al trabajo, porque no quería que se dieran cuenta. Pero yo se que esta arrepentido y no quiso lanzarme; porque el me mando flores hoy.

¡Recibí flores hoy!

Y no era el día de las madres o ningún otro día especial; anoche el me volvió a golpear, pero esta vez fue mucho peor.

Si logro dejarlo

¿Qué voy hacer?

¿Cómo podría sola sacar adelante a los niños?

¿Qué pasara si nos falta el dinero?

Le tengo tanto miedo, pero dependo tanto de el, que temo dejarlo, pero yo se que esta arrepentido y no volverá a golpearme; porque el me mando flores hoy.

¡Recibí flores hoy!

Hoy es un día muy especial: es el día de mi funeral. Anoche por fin logro matarme. Me golpeo hasta morir. Si por lo menos hubiera tenido el valor y la fortaleza de dejarlo: si hubiera aceptado la ayuda profesional.



INDICE



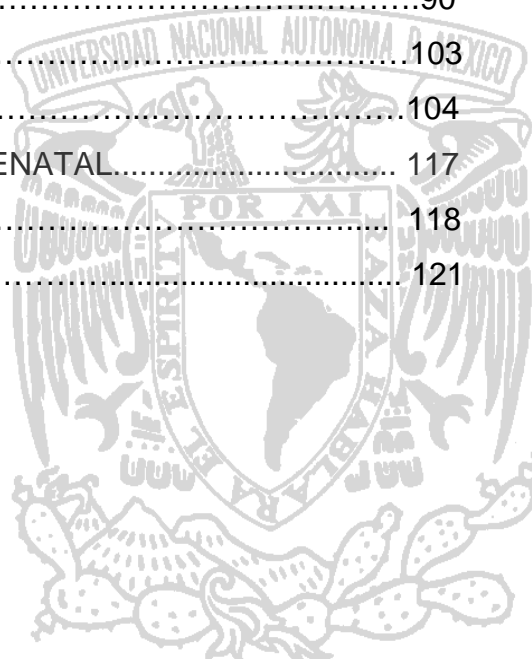
INTRODUCCIÓN.....	1
1.- MARCO TEÓRICO	
1.1 ANTECEDENTES.....	3
1.1.1 EMBARAZO.....	4
1.1.1.1 CAMBIOS EMOCIONALES EN EL EMBARAZO.....	5
1.2. VIOLENCIA.....	6
1.2.1 TIPOS DE VIOLENCIA (EMOCIONAL, FÍSICA Y SEXUAL).....	6
1.2.2 VIOLENCIA CONYUGAL DURANTE EL EMBARAZO.....	7
1.2.3 FACTORES DE RIESGO.....	8
1.2.4 REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA.....	9
1.2.5 EL CICLO DE LA VIOLENCIA	13
1.3 DEPRESIÓN EN LA GESTANTE MALTRATADA.....	16
1.3.1 FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO.....	17
1.4 LA ENFERMERÍA Y LA GESTANTE VICTIMA DE VIOLENCIA CONYUGAL.....	18
1.4.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GESTANTE VICTIMA DE VIOLENCIA CONYUGAL.....	21
1.4.1.1 INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	24
1.4.1.2 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	25
1.4.1.3 AUTOESTIMA DE LA MUJER VIOLENTADA.....	29
1.4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
1.4.2.1 ENFERMERÍA, ÉTICA Y VIOLENCIA.....	31
1.4.2.2 SECRETO PROFESIONAL.....	32
1.4.3 ASPECTOS LEGALES.....	33



INDICE



2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
3.- JUSTIFICACIÓN.	41
4.- OBJETIVOS.....	42
5.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
5.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	42
5.2 LUGAR Y DURACIÓN.....	42
5.3 UNIVERSO Y TAMAÑO DE MUESTRA	43
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	43
5.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
5.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	45
5.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	45
5.8 CONCEPTOS OPERACIONALES.....	52
6.-ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	54
7.- DISCUSION.....	74
8.- CONCLUSIONES.....	76
9.- RECOMENDACIONES Y LIMITANTES.	78
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
11.- BIBLIOGRAFÍA.....	90
12.- ANEXOS.....	103
Anexo1.- INSTRUMENTOS.....	104
Anexo 2.- TRIPTICO CONTROL PRENATAL.....	117
Anexo 3.- ESQUEMAS.....	118
Anexo 4.- DIRECTORIO.....	121



INTRODUCCIÓN

La violencia conyugal es uno de los problemas sociales de mayor importancia para el mundo debido a su alto costo social y económico, es un grave problema de salud pública y de derechos humanos que afecta a la salud y el bienestar de millones de mujeres y familias en todo el mundo y es una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad prematura en todo el mundo.¹ Hasta hace poco el problema de la violencia en la familia no era objeto de dominio público, se mantenía en el silencio privado y aquellos que la vivían padecían sus secuelas sin la posibilidad de recibir ningún tipo de atención; tampoco preocupaba a los servicios de salud, a la asistencia social, al ámbito legal y menos al sector académico. Aunque los factores de riesgo varían en las diferentes culturas, las consecuencias observadas son similares en todo el mundo y comprenden desde las secuelas psicológicas hasta la muerte. Además, la violencia conyugal durante el embarazo puede entrañar riesgos especiales para la salud materna, perinatal e infantil. El embarazo es un período particularmente vulnerable para la violencia, ya que una de cada seis mujeres embarazadas ha sido agredida durante su actual embarazo, y la agresión es más severa que en la mujer no embarazada, afectando su capacidad reproductiva y alterando la interacción entre la madre y su niño. En el 2003 Nasir, estimo que entre un 4% y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia conyugal durante el embarazo.² Diversos estudios realizados en América latina incluido nuestro país, han reportado prevalencias de violencia conyugal durante el embarazo que van de 5.6% hasta un 60.3%.³⁻⁹ Se ha encontrado que una de cada cuatro mujeres reconoce haber padecido de algún tipo de violencia en su anterior y en el actual embarazo.¹⁰

Las consecuencias de la violencia física, los abusos verbales y el abuso sexual durante el embarazo, son motivo de gran preocupación por su prevalencia y por sus consecuencias sumamente negativas en la mujer y en el producto, entre las mas importantes y en la que profundizaremos en este trabajo es la depresión, la cual en ocasiones se presenta junto

con autoestima baja y en casos mas graves el aislamiento, el suicidio y el homicidio.¹¹ El embarazo en muchos casos es el detonante de la violencia, la cual no es exclusivamente dirigida a la madre, sino también al producto. La depresión es una de las complicaciones más graves durante la gestación, siendo su prevalencia de 4% a 31%,^{12,13,14} y se relaciona estrechamente con que la mujer sea victima de violencia conyugal, esta relación tiene diferentes facetas: las lesiones físicas y las emocionales, como consecuencia de esto, la mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con la depresión durante la gestación. El presente trabajo tiene como objetivo identificar dicha relación entre la violencia durante la gestación y la presencia de depresión en la mujer durante este periodo con la finalidad de tener herramientas que nos permitan proponer acciones a fin de que el personal de enfermería intervenga en la prevención y detección oportuna de la violencia conyugal en las relaciones familiares y con esto poder evitar complicaciones tales como la depresión. Dado que este personal es el idóneo para tal fin, porque es uno de los primeros contactos con la población, además esta distribuido en los tres niveles de atención del país y una de sus funciones es la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y emocional de la mujer. En primer lugar, se comentará la magnitud mundial del problema de la violencia conyugal, se describirán los tipos de violencia en los cuales nos centraremos, física, emocional y sexual. A continuación, se analizarán los factores de riesgo y la relación existente entre la violencia conyugal y la depresión, las consecuencias adversas de la violencia para la salud materna describiendo factores de riesgo, y algunos signos y síntomas en la mujer de la depresión; Enseguida se señalarán las intervenciones que debe seguir enfermería para el cuidado y manejo de la gestante victima de violencia conyugal, tomando en cuenta los aspectos éticos, legales y emocionales para brindar una mejor orientación. Por último se hace referencia a las conclusiones y sugerencias para la investigación futura.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

Las mujeres son más susceptibles a presentar depresión en cualquier periodo de sus vidas, en una proporción de dos a uno comparado con los varones¹⁵. Su estudio es desafiante ya que es difícil de distinguir los síntomas de depresión de aquellos que ocurren normalmente en el embarazo. Se calcula que para el 2020, esta será la segunda enfermedad más frecuente en el mundo.¹⁶ En México, Frenk (1997) estimó que los trastornos depresivos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad.¹⁷

El embarazo en muchos casos es el detonante de la violencia, la cual no es exclusivamente dirigida a la madre, sino también al producto, como consecuencia se ha encontrado una alta incidencia de bajo peso al nacer, muerte del recién nacido y un 40% más de probabilidad de morir en el primer año de vida.^{18,19} La gestante maltratada debe tratarse como obstétrica de alto riesgo, ya que es proclive a la depresión, consumo de alcohol, drogas, cuidados prenatales tardíos y suelen no seguir indicaciones médicas. Las manifestaciones de la violencia conyugal provocan que la embarazada pierda uno de cada cinco días saludables de vida.²⁰

Es a principios de los noventa que se inicia en nuestro país el estudio de las diferentes formas de expresión de la violencia familiar, en cada uno de sus miembros, de entonces a la fecha se ha logrado reconocer como un grave problema social, el cual tiene un impacto en la calidad de vida de las personas y las capacidades productivas de la sociedad.²¹

En el 2003 se estimó que entre un 4% y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia conyugal durante el embarazo. Se ha encontrado que una de cada cuatro mujeres reconoce haber padecido de algún tipo de violencia en su anterior y actual embarazo.

En México (1996) se aprueba la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar,²² mientras que el Gobierno Federal aprobó las Reformas a los Códigos Civil y Penal de la República Mexicana en 1997.²³ Como consecuencia en lo antes mencionado en el país se genera y publica en el 2000 se publicó la Norma Oficial Mexicana para la atención médica de la violencia familiar.²⁴ Estas acciones reconocen la violencia dentro de las familias como un problema de salud pública y son un primer paso para su prevención y control. Por otro lado, se ha referido que cuando el embarazo no es planeado o no deseado, la mujer llega a tener cuatro veces más posibilidades de sufrir violencia doméstica. Lo que pone de manifiesto que el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos.²⁵ diversos estudios han referido al embarazo no planeado como un factor de riesgo importante para que la mujer presente depresión durante el embarazo, comenzando con la frustración que este provoca, ansiedad, baja autoestima hasta llegar a el diagnóstico depresivo.^{26, 27}

1.1.1 EMBARAZO

El embarazo se caracteriza por profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones consigo misma, e interpersonales con su pareja, sus padres y el medio social, por lo cual se considera una etapa de crisis dentro del ciclo vital femenino

El embarazo se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto, dura en promedio 10 meses lunares, 40 semanas o 280 días, considerando que este periodo inicia en el último periodo menstrual, lo que hace que el periodo real de la gestación sea de 266 días con variaciones considerables.

1.1.1.1 CAMBIOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO.

La manera que afronta una mujer en particular las tensiones del embarazo se ve influida por su constitución emocional, sus antecedentes psicológicos y culturales y su aceptación o rechazo del embarazo.

Durante todo el embarazo las emociones de la mujer se caracterizan por cambios de humor, desde el gran disfrute hasta la desesperación profunda. A menudo la mujer se pondrá "triste", al parecer sin causa aparente. Cuando se le pregunta porque llora o el porque de su tristeza, encuentra difícil o imposible ofrecer el motivo. La situación es extremadamente incomoda para la pareja, ya que suele sentirse confundido e inadecuado como esposo.

Como la mujer embarazada necesita de más amor y afecto que antes, quizá percibe esta reacción de su compañero como falta de apoyo y de amor. Una vez que la pareja comprende que esta conducta es característica del embarazo, se vuelve mas fácil para sus componentes afrontarla con mayor eficacia, aunque sea quizá una fuente de tensión en cierto grado , detonante del inicio de violencia conyugal durante todo el embarazo.

Primer trimestre. Esta es una época de gran inseguridad emocional y estrés, aparecen dudas sobre la realidad del embarazo o sobre si éste llegará a término o no. Se perciben deseos de dormir más de la habitual (hipersomnio), en las relaciones sexuales puede haber una discreta disminución del deseo sexual. Todos estos miedos y ansiedades se van atenuando según va avanzando el embarazo.

Segundo trimestre. Es un período caracterizado por la estabilidad, adaptación y seguridad. Es en este período cuando comienza la comunicación entre madre e hijo, aparecen los antojos y en cuanto al apetito sexual se observa un aumento de los deseos respecto al primer trimestre.

Tercer trimestre. Este período se caracteriza por la sobrecarga, generalmente comienza con un sentimiento de tranquilidad y suele

desaparecer el miedo hacia la normalidad o no del hijo, quedando únicamente reducido al temor del momento del parto y de que éste produzca o no sufrimiento al hijo, también es común que la mujer en este último período suelen sentirse poco atractivas, les preocupa el no gustar a su pareja.²⁸

1.2 VIOLENCIA

Violencia viene del latín *violentia* establece situación o acciones que obran con ímpetu y fuerza contra otra persona.²⁹ El origen de la investigación de la violencia como un problema social se remonta a 1835, con los análisis de Quetelet sobre las variaciones de las tasas de violencia en Europa Occidental.

Las encuestas de población permiten una aproximación a la magnitud del problema, e indican que de un 10% a un 36% de las mujeres en América Latina son víctimas de violencia conyugal en su hogar y que de hecho, corren mayor peligro en su casa que en la calle.³⁰⁻³¹ Las mujeres tienen de 5 a 8 veces más posibilidades que los hombres de ser víctimas de violencia en su hogar.³²

1.2.1 TIPOS DE VIOLENCIA

Violencia física. Incluye golpes, empujones, puñetazos, bofetadas, jalones de pelo, quemaduras, cuchilladas, lanzamiento de objetos, intentos de asfixia y homicidio con la mano u empleando objetos, acciones que causan daño físico y hasta el asesinato de la víctima.

Violencia psicológica. Acciones que tienen como propósito denigrarla, controlarla y bloquear su autonomía. Incluye el aislamiento de familiares y amigos; celos excesivos; burla; discriminación; desvalorización o crítica permanente; ridiculización; indiferencia; amenaza de muerte, abandono; control económico, hostigamiento y acoso.

Violencia sexual. Se define como la tentativa de consumir un acto sexual por la fuerza, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, la violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo

incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual.²⁰

1.2.2 VIOLENCIA CONYUGAL DURANTE EL EMBARAZO.

La violencia conyugal es un conjunto de conductas perpetradas por el compañero (novio, esposo o concubino) que se encuentra comprometido en una relación íntima de pareja, aunque también es común que este patrón se presente a pesar de la separación, lo cual demuestra el grado de complejidad de la dinámica de la relación violenta.³⁴ Las mujeres maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos, lo cual agrava los riesgos a la salud de la mujer. En un estudio de 275 mujeres que fueron entrevistadas durante el embarazo y los 6 meses posteriores al mismo, se encontró que 25% sufrió niveles más frecuentes de violencia moderada y severa en el período postnatal comparada con un 19% en el período prenatal. Un estudio en nuestro país mostró que el 33% de las mujeres embarazadas fueron víctimas de violencia física y de éstas un 9% fueron golpeadas por primera vez durante el embarazo.

El 11% de las mujeres golpeadas indicaron que la agresión aumentó en el período de embarazo.³⁵

Además de existir evidencia de peor salud física en la mujer maltratada, mas importantes y frecuentes son los problemas psicológicos que este tipo de violencia provoca, se ha detectado sintomatología depresiva, de ansiedad, de insomnio, de autoestima baja, inseguridad, sentimientos de ineficacia, dudas sobre uno mismo y sobre la propia capacidad, desconfianza hacia los demás, pensamientos distorsionados sobre si mismo y el mundo, suicidio, homicidio, junto con síntomas somáticos, y mayor numero de enfermedades.^{36,37}

Los cuadros clínicos asociados con más frecuencia a la violencia son los trastornos de ansiedad, la depresión, aislamiento, desprecio, estrés permanente, autoestima baja, aislamiento, el abuso y dependencias de alcohol y otras sustancias, y especialmente el trastorno de estrés postraumático.³⁸ Aunque se han encontrado reacciones comunes entre las víctimas de violencia conyugal, el hecho de que existan implicaciones emocionales con el agresor y que con mucha frecuencia dependan económicamente del, son factores importantes tanto para la dinámica del abuso como para su tratamiento.⁵ Muchas veces las mujeres maltratadas encuentran que la violencia aumenta durante el embarazo y que si empieza durante el embarazo es más probable que continúe después del parto. Como lo refirió Castro y Ruiz (2004), donde 27% de las mujeres que tuvieron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo, esto apoya la hipótesis de que el embarazo es un disparador de la violencia.

Sin embargo, hay que considerar también que el 24% de las mujeres que han tenido violencia antes del embarazo dejaron de tenerla durante el mismo, lo que muestra que para una proporción semejante a la anterior el embarazo también funciona como factor de protección frente a la violencia en algunos casos.⁷ Algunos hombres se sienten amenazados por los cambios emocionales que una mujer experimenta durante el embarazo y se ponen celosos del lazo tan profundo que la mujer está desarrollando con su bebé.³⁹

1.2.3 FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

La etiología de la violencia doméstica es compleja y multifactorial: las actitudes socioculturales (desigualdades de género), edad, sexo, condiciones económicas, conflictos familiares, trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y drogas, los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de

origen, y el embarazo el cual en muchos casos es el detonante de la violencia.

Muhajarine (1999) describió otros factores etiológicos como el pertenecer a un grupo étnico, experiencia de eventos negativos los últimos 12 meses y percepción elevada de estrés.⁴⁰ Algunas situaciones ancladas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos se han relacionado con la violencia específica contra la mujer: las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infringida a la mujer.⁴¹

Jewkes (2002) considera que los 2 factores epidemiológicos mas importantes para la aparición de Violencia domestica son la relación de desigual posición de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y existencia de una “cultura de la violencia”, que supone la aceptación de la violencia.⁴²

Stewart (1993) definió las características de las mujeres golpeadas durante la gestación con tres factores de riesgo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con un embarazo no planeado), estilo de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desordenes emocionales) y problemas de salud (males fisicos de salud y uso de drogas preescritas).⁴³

1.2.4 REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA CONYUGAL EN EL EMBARAZO

En México la violencia contra la mujer es la tercera causa de los Años de vida saludables perdidos (AVISA) .⁴⁴ Las mujeres violentadas durante el embarazo tienen tres veces mas complicaciones durante el parto y post parto que las no violentadas y tienen cuatro veces más probabilidad de ser asesinadas por su pareja.

Investigaciones realizadas en otros países señalan que las mujeres que sufren de violencia conyugal muestran una mayor propensión a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de urgencias, consumir drogas, padecer alcoholismo y fármacodependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico que las que no ha sido violentadas.

La relación entre el maltrato y la disfunción psicológica tiene importantes complicaciones respecto a la mortalidad materna, debido al aumento de suicidios por esta causa. Ya que diversos estudios han demostrado que una cuarta parte de los intentos de suicidio de mujeres sufrieron de algún tipo de violencia conyugal.⁴⁵

Se ha calculado que la violencia durante el embarazo, en todo el mundo, es causa de muerte e incapacidad femenina en edad reproductiva tan grave como el cáncer, y afecta a su salud más que los accidentes de tránsito y la malaria juntos. Esta modalidad de maltrato indigna, aún más, por el hecho de que las lesiones son, en su gran mayoría, infligidas por el copartícipe del embarazo, quien tendría la responsabilidad de contribuir al cuidado de la mujer y al buen desenlace del mismo.⁴⁶ Los efectos sobre la salud de las mujeres maltratadas durante el período de gestación y sobre la del bebé son múltiples. Las mujeres que han sufrido golpes presentan un riesgo dos veces mayor de un aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura uterina, heridas uterinas, muertes fetales, inflamación de las membranas amnióticas (corioamnioitis), precipitación del parto, dolor abdominal y muscular, complicaciones post-parto, y como consecuencia fatal la muerte.

Los productos de madres violentadas tienden a sufrir diversos traumatismos durante su gestación, sus hijos presentan 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida, debido a las agresiones físicas y los efectos negativos del ambiente para la embarazada, y son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso al nacer.⁴⁷ Repercute en los recién nacidos y afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de su vida, tanto por el incremento de la morbilidad y de

la mortalidad como por sus efectos sobre el desarrollo en las capacidades físicas, cognitivas y sociales, que pueden limitar considerablemente a los productos que sobreviven estos periodos.

Los efectos psicológicos del abuso son más debilitantes que los efectos físicos como lo son: alteraciones del sueño y la alimentación, disfunción sexual, ansiedad, trastornos de personalidad, estrés postraumático, estrés obsesivo-compulsivo y finalmente la depresión siendo esta una última de las complicaciones más comunes en las embarazadas.

Los aspectos emocionales y sentimentales del embarazo respecto a la violencia han sido evaluados en diversos estudios en donde se ha encontrado una prevalencia de depresión en las embarazadas no agredidas del 18%, frente a un 57.1 % en las mujeres agredidas sintomatología depresiva.⁴⁸

Las complicaciones son múltiples y abarcan todo el embarazo y se extienden hasta el primer año posparto y suelen tener otras repercusiones como:

1. Etapas prenatales

- a. Embarazo no planeado: A causa de la violencia doméstica producida desde antes del embarazo. Cuando el embarazo es no planeado o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega a ser cuatro veces más probable. Lo que pone de manifiesto que el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos.
- b. Control prenatal: Toda mujer con experiencia de violencia tiene de dos a tres veces más probabilidades de iniciar el control prenatal tardío o iniciarlo en el tercer trimestre del embarazo que las mujeres sin antecedentes de violencia.⁴⁹

- c. Días de Hospitalización: Aumento de los días de internamiento debido a hospitalizaciones múltiples, esto repercute directamente sobre los costes hospitalarios.⁵⁰
 - d. Infecciones urinarias a repetición y sangrado genital en los dos primeros trimestres del embarazo, esto puede ser causa evidente para sospechar de abuso sexual a repetición o violencia física contra la mujer.
 - e. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS, VIH /SIDA): Aumento de las ETS debido a que las mujeres que no llevan una buena comunicación con sus parejas para el uso de anticonceptivos de barrera(preservativo) muchos hombres los rechazan por asociarse con la infidelidad, prostitución, promiscuidad.⁵¹
 - f. Traumatismos: el antecedente de violencia domestica es un factor de riesgo para trauma repetido durante el embarazo. Golpes, caídas, heridas abdominales producidas por la violencia tienen resultados adversos sobre la terminación del embarazo.
2. Durante el trabajo de parto:
- a. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP): Hay fuerte asociación entre sangrado vaginal debido a desprendimiento prematuro de placenta y golpes sobre el abdomen. Rachana y col (2002) comunican que el 76% de DPP reportados fueron de mujeres que habían recibido golpizas en el abdomen por parte del cónyuge.⁵¹
 - b. Cesárea: Hay un aumento de la resolución del embarazo por vía alta, sin embargo hay factores que limitan el resultado del los análisis como los antecedentes de cesárea previa. En las mujeres victimas de violencia al ser hospitalizadas son sometidas a una

estricta vigilancia materno-fetal, circunstancia que puede incrementar la resolución por vía alta.⁵²

- c. Parto Pretérmino: Tiene muchos factores etiológicos entre ellos se encuentra la depresión y estrés al que esta sometida una mujer violentada, ya que se ha relacionado con la liberación de neurotransmisores, tales como las catecolaminas, que podrían tener efectos directos en el feto, al precipitar el trabajo de parto. Se describe de la misma forma un aumento en la prematuridad del recién nacido.⁵³

3.- Resultados del nacimiento:

Bajo Peso al Nacer: Diversos autores coinciden en afirmar que existe una disminución del peso fetal, y se ha observado que las gestantes víctimas de violencia doméstica son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso. Encontrando diferencias en el peso de los bebés entre ambos grupos de hasta 565.6 g.⁴⁸

1.2.5 CICLO DE LA VIOLENCIA

La violencia contra la mujer no empieza de la noche a la mañana. Hay tres momentos claves en el inicio de la violencia en la pareja: 1º Inmediatamente después del inicio de la convivencia o matrimonio. 2º Durante el primer embarazo. 3º Tras el nacimiento del primer hijo, probablemente por los cambios que provoca en la dinámica de relación familiar. El desencadenante de la agresión es una palabra, conducta o actitud. Normalmente la primera agresión es de tipo verbal y psicológico. Del abuso verbal se pasa a una conducta amenazante.,después en el 90% de los casos se pasa a maltrato físico.

El ciclo de la violencia de género es repetitivo y se agrava con el tiempo. Se desarrolla en tres fases:

1ª FORMACIÓN DE LA TENSIÓN Las agresiones son leves, de tipo verbal y psicológico y la frecuencia esporádica. Tras ella el hombre responsabiliza a la víctima de lo ocurrido y la mujer intenta estrategias para evitar las desvalorizaciones. El hombre se crece y lo interpreta como sumisión de la mujer.

2ª EXPLOSIÓN VIOLENTA Y AGRESIÓN Las agresiones son verbales, físicas y/o abusos sexuales. La mujer es incapaz de reaccionar, está paralizada por la sorpresa o por la dificultad de encontrar una respuesta. El hombre intenta que la culpa caiga sobre ella y la mujer no encuentra apoyo a su alrededor.

3º LUNA DE MIEL. El agresor se arrepiente de su actitud, proporciona premeditadamente refuerzo a la víctima (se muestra cariñoso, se disculpa...), la víctima minimiza el problema y piensa que puede cambiar, que puede hacer algo para evitar que vuelva a ocurrir. Al cabo del tiempo todo vuelve a empezar, las fases se suceden más rápido, el maltrato es habitual y las lesiones graves. La víctima llega al estado de "*indefensión aprendida*" en el que ya no intenta evitar las situaciones que desencadenan la violencia y sólo espera que pasen lo antes posible. La víctima interioriza que nada de lo que pueda hacer evitará el próximo episodio de maltrato. Para romper el ciclo de la violencia generalmente es necesaria una *intervención exterior* (familia, amigos, que el agresor arremeta contra algún hijo, etc.). El ciclo de la violencia acaba provocando en la mujer el "*Síndrome de Estocolmo Doméstico*", similar al padecido por las víctimas de un secuestro.⁵⁴⁻⁵⁵

Permanencia en la relación de violencia.

Uno de los aspectos mas complejos de este tipo de violencia es que, pese a su frecuencia y gravedad, la mayor parte de las mujeres permanecen con su pareja durante muchos años y vuelven con ellas aunque hayan sido capaces de abandonarlas temporalmente. Porque como señala Heise y García Moreno (2002), dejar una relación de abuso es un proceso que incluye periodos de negación, culpa y sufrimiento antes de que las

mujeres sean capaces de reconocer la realidad del maltrato, punto que suele señalar el comienzo de la separación y de la recuperación del abuso. Pero dejar la relación no siempre significa un periodo en el cual la violencia cese, siendo un periodo en el cual no es infrecuente que la mujer muera a manos de su pareja o de su ex pareja.⁵

Es importante recalcar en este punto, que desde la propia iniciativa de las mujeres, algunas logran salir tempranamente de la relación, otras lo hacen después de largos períodos y algunas nunca los abandonan y permanecen con ellos hasta su muerte. De acuerdo con Ellsberg (1996), en un estudio con mujeres nicaragüenses, la mayoría de ellas (70%) había logrado resolver el problema del maltrato, siendo la separación conyugal el método más utilizado. Alrededor del 25% había abandonado al agresor en los primeros cuatro años después de haberse iniciado la violencia, las otras en un tiempo mayor. En correspondencia solo existe un 30% de mujeres que continúa indefinidamente en la relación.

Una de las razones principales por las cuales las mujeres maltratadas por sus compañeros permanecen dentro de la relación (independientemente del tiempo), es el miedo a mayor violencia. Este temor parece estar relacionado con la característica de los agresores que los describe como personas posesivas y firmes creyentes de que son dueños de las mujeres. “Mía o de nadie”, es una de sus frases reiteradas.

La violencia es una realidad que aunque presente en la vida cotidiana tiende a ocultarse. Esto es por diversas razones entre otras: la vergüenza, las amenazas de más violencia o de muerte, el miedo a perder la seguridad económica, la resignación a ese destino por el rol de sumisión al que es educada desde su nacimiento, las religiosas, la impunidad, entre otras.⁵⁶

1.3 DEPRESIÓN EN LA GESTANTE MALTRATADA.

La depresión es uno de los diagnósticos más frecuentes en el ámbito de la enfermedad mental, y se caracteriza por sentimientos de tristeza, pesimismo, disgusto por uno mismo y pérdida de energía, motivación y concentración.⁵⁷ Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. Afecta entre el 10 y 20 % de las mujeres embarazadas en el mundo. En América Latina Alvarado (2000) encontró una prevalencia durante el embarazo de entre 29% a 66% de cuadros depresivos.⁵⁸ En EEUU y Canadá una prevalencia de 17 a 27% de embarazadas con depresión.

La etiología tiene que ver con haber experimentado algún tipo de pérdida, puede ser pérdida de un objeto (de una persona significativa) o bien, la pérdida del amor del objeto, o la pérdida de una abstracción (la patria, la libertad o un ideal).⁵⁹ Bleichmar (1978), considera que el núcleo de la depresión no se puede buscar en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz que puede faltar, sino en el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros, en donde al menos una de estas manifestaciones está presente. El contenido del pensamiento de una persona depresiva es la representación de un deseo que se percibe como irrealizable, deseo al que está intensamente fijado. La psiquiatría ubica a la depresión en el rubro de los trastornos del estado de ánimo.⁶⁰

Se menciona como “probable” cuando estos síntomas duran entre una y dos semanas por lo menos durante dos semanas seguidas, podríamos pensar que la mujer se encuentra en una depresión:

- 1) triste y desganada
- 2) disminución del interés hasta por las actividades que más gustan;
- 3) pérdida o aumento de peso, o bien aumento o pérdida del apetito;
- 4) problemas para dormir, duerme demasiado o insomnio;

- 5) agitación o movimientos lentos y cuerpo pesado;
- 6) fatiga o pérdida de energía, apática;
- 7) sentimientos de inutilidad o de culpa;
- 8) disminución de la capacidad de concentrarse, se dificulta tomar decisiones;
- 9) pensamientos recurrentes de muerte y a veces se piensa en el suicidio.

La depresión en la gestante se presenta ante el fracaso, la injusticia, ser agredida, la enfermedad, la soledad, el éxito y el abandono.⁶⁵

El núcleo de la depresión lo constituye la tristeza. Sólo en la depresión se equipara tan claramente un síntoma patológico con una emoción. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la primer causa de discapacidad en el mundo impactando sobre el paciente, su familia, su entorno social y cultural, constituye una causa relevante de mortalidad, el enfermo con depresión presenta un riesgo de atentar contra su vida 30 veces mayor que el de la población en general.⁶¹

1.3.1 FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

La mayoría de las mujeres maltratadas sufren depresión, y entre los factores etiológicos que son capaces de desencadenarla están:.

- Baja autoestima.
- La violencia conyugal previa y/o actual,
- La primiparidad,
- Falta de apoyo familiar y social ,
- Abuso de alcohol o alcoholismo previo,
- Historia de abortos previos,
- La ambivalencia hacia la gestación,
- Escaso apoyo de la pareja,
- Bajo nivel socioeconómico,
- Embarazo no planeado,

- Historia previa de depresión,
- Ser madre soltera y
- Edad al momento del embarazo ⁶¹

La depresión en el embarazo tiene serias consecuencias al impedir la búsqueda de atención prenatal temprana y ser un factor de riesgo para desarrollar preclamsia, partos prematuros y bebés de bajo peso, así como incrementar el riesgo de depresión posparto.

En el caso específico de las mujeres, la depresión puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria, generalmente se da poca atención y los signos de depresión son considerados como normales o como un tabú. ⁶²

El embarazo, al igual que la menarca y la menopausia son considerados como periodo crítico, que se caracteriza por profundos cambios físicos y psíquicos en la mujer que traen consigo alteraciones en la relación con la pareja, con la propia madre, con el bebé en formación y consigo misma. ⁶³

1.4 LA ENFERMERIA Y LA GESTANTE VICTIMA DE VIOLENCIA CONYUGAL

Dada su particular ubicación, los profesionales de enfermería son actores clave en el proceso de prevención, detección, atención y seguimiento de los problemas originados en la violencia intrafamiliar. Sin embargo, este sector no ha respondido de manera efectiva, como se informa en diferentes partes del mundo. ⁶⁴

La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétricos, circunstancias patológicas intercurrentes en el embarazo y el periodo puerperal. Resulta lamentable y difícil de aceptar que de manera rutinaria en la consulta prenatal no se indague o se identifique el problema de la violencia conyugal como un factor de riesgo obstétrico y perinatal, el cual repercute en la salud integral del binomio madre-hijo. ⁶⁵

Diversos estudios han mostrado que, dado que el personal de enfermería es producto de la misma tradición cultural, no necesariamente juzga de manera negativa las actitudes que dan soporte al abuso contra la mujer. La actitud de los profesionales de la salud hacia la violencia puede ser potencialmente perjudicial, y esto se ha observado en mujeres que señalan haber sido doblemente victimizadas por parte del abusador, y también por parte del personal de salud que las responsabiliza del maltrato sufrido.⁶⁶

Se ha estimado que el uso de métodos de detección por parte de la enfermería durante la consulta prenatal de rutina, permitiría visualizar la violencia y replantearla como un problema de la sociedad en su conjunto y no como un problema individual y privado. Por las fuertes implicaciones que tiene la violencia conyugal en los campos sociales, de salud pública, y de derechos humanos, se debe tener presente que su detección conlleva la responsabilidad de una intervención del personal de enfermería y de un equipo multidisciplinario.⁶⁷ La violencia conyugal es un problema que por largo tiempo se ha ocultado debido a que se vive como un problema privado, con frecuencia avergonzante, pero al mismo tiempo como parte de la "normalidad" de las relaciones conyugales⁴⁰. La Organización Feminista del Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Domestica (Cecovid) fue la primera en realizar un estudio en población abierta en México, el cual revelo una prevalencia muy alta de mujeres embarazadas con violencia conyugal, casos que no eran identificados a tiempo por el personal de salud y en los cuales la violencia continuaba tras el embarazo y se prolongaba por muchos años, deteriorando gravemente la calidad de vida de la mujer, los hijos, y la familia entera.⁶⁸

Por lo tanto los profesionales de enfermería deben disponer de fuentes de referencia que apoyen, orienten e informen a la mujer, pareja y familia en el abordaje del problema que está viviendo, para contar con la información suficiente para la orientación de la mujer, esto es contar con

psicólogos, médicos, psiquiatras, abogados y trabajadores sociales. Esto es de especial importancia durante el embarazo, porque la violencia conyugal se genera en un sistema social desorganizado que determina alteraciones en la interacción madre – niño y/o niña y afecta la capacidad y calidad del proceso de crianza y cuidado de los hijos.⁶⁹

Los obstáculos para la detección de los malos tratos pueden partir del entorno de los profesionales sanitarios o de la propia mujer.

Causas derivadas de los profesionales sanitarios:

- No considerar la violencia como problema de salud en la práctica habitual.
- Falta de formación del profesional en este tema.
- Falta de tiempo.
- Negación de la relevancia del problema.
- Miedo a ofender a la paciente.
- Impotencia ante la dificultad de resolver el problema.
- Desconocimiento de los recursos sociales disponibles.

Causas relacionadas con la consulta:

- Sobrecarga asistencial y falta de tiempo.
- Falta de privacidad en las consultas y servicios de urgencias, lo cual no favorece un clima adecuado para la entrevista con las pacientes.

Causas relacionadas con la mujer:

- Además de miedo, vergüenza, desconocimiento, etc., las mujeres aducen como obstáculo el que no se respete el secreto profesional, la falta de tiempo en la consulta y la creencia de que es un tema que no le interesa a su médico y/o enfermera.⁷⁰

1.4.1 ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA VIOLENCIA CONYUGAL

Llegar a un “*diagnóstico*” de malos tratos es difícil si la mujer no lo comunica pero se puede sospechar por la presencia de ciertos signos y síntomas que, acompañados de determinados comportamientos, nos pueden ayudar a elaborar una valoración de enfermería dirigida.

La actitud que tomen los profesionales sanitarios ante una situación de maltrato marcará la evolución de todo el proceso diagnóstico y terapéutico de la mujer, y su familia. Ante una víctima de agresión, la pauta de actuación del profesional de enfermería debe ser en primer lugar, la asistencia a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas que sufra la persona.⁷¹

Las pautas de comportamiento de los profesionales de enfermería en la Atención Primaria ante la sospecha de malos tratos pueden seguir las siguientes *recomendaciones*:

1.- Revisión de la Historia Clínica y la entrevista directa con la gestante.

- Es fundamental escuchar activamente y aceptar el relato de la paciente, cuidar la comunicación no verbal, mostrar empatía, lenguaje claro con preguntas directas y sencillas que han demostrado ser las más eficaces, uso de silencios que faciliten que la mujer reflexione, retroalimentación, respeto hacia la víctima, ambiente de confidencialidad y mostrar apoyo.
- Evitar dar falsas esperanzas, no culpabilizar a la paciente, evitar emitir juicios, no dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, se debe evitar mostrar una actitud paternalista, no manifestar prejuicios sobre la violencia de pareja y no imponer nuestros propios criterios y decisiones ya que ante todo está la seguridad de la víctima.
- Durante la entrevista hay que valorar los apoyos con los que cuenta la mujer, conocer la situación familiar, las relaciones con amigos, vecinos y la situación económica. Hay que ofrecerle información de todas las exploraciones y pruebas que le vayamos

a realizar y ofrecerle recursos, motivándola a dirigirse a profesionales especializados que puedan ayudarla.

- El resultado de la entrevista, según sea el caso el registro documental de los hechos se registrará en la Historia Clínica y en la hoja de enfermería como lo refiere la Norma oficial mexicana para los Criterios en la atención médica de la violencia familiar ²⁷. La información obtenida de una mujer que ha sido víctima de violencia por parte de su pareja debe plasmarse en forma detallada, clara y precisa, incluyendo, en su caso: nombre de la o el usuario afectado.
- Algunas mujeres al interrogarlas pueden aparecer pasivas, hostiles, ansiosas, deprimidas o fuera de control. Los hallazgos en la valoración psicosocial pueden incluir ansiedad, insomnio, maltrato auto infligido, depresión y abuso de drogas o alcohol. Pueden estar avergonzadas, atemorizadas, enojadas, tristes o en shock, muchas manifiestan que están a la merced del temperamento de su pareja por lo cual surge el temor y la impotencia de la mujer para solicitar ayuda.
- Generar un ambiente adecuado en la consulta que facilite la expresión de la vivencia , evitar dar falsas esperanzas, no culpabilizar a la paciente, evitar emitir juicios, ofrecer apoyo, coordinación con otros servicios, alentar y asegurar que tiene derecho a vivir sin violencia, no dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, se debe evitar mostrar una actitud paternalista, no manifestar prejuicios sobre la violencia de pareja y no imponer nuestros propios criterios y decisiones ya que ante todo está la seguridad de la víctima.⁷⁶

2.-Exploración:

- Se realizará un examen exhaustivo y pormenorizado por aparatos, buscando síntomas clínicos y antecedentes médicos vinculados a

la violencia ya que la mujer puede referir una historia de abortos espontáneos o muerte fetal.⁷¹

- Los signos físicos que deben buscarse en las gestantes incluyen fracturas que requieren gran esfuerzo o que raramente se producirían por un accidente. Estas lesiones pueden ser antiguas o recientes y pueden ir desde equimosis menores hasta lesiones graves, se debe buscar lesiones, sobre todo en las mamas, el abdomen, genitales, indagar sobre sangrados, dolores de cabeza, dolor pélvico crónico, infecciones vaginales, dolor abdominal, contracciones antes de tiempo que indicaría la precipitación del parto, dolor muscular, todos padecimientos relacionados con el maltrato contra la embarazada.
- Ante la presencia de lesiones, deberá tenerse en cuenta su naturaleza y valorarla (contusiones, heridas, quemaduras...) así como su forma, disposición y longitud (en muchas ocasiones se puede ver en la piel la marca del instrumento con el que se ha producido la agresión), la fecha (la coloración del hematoma indica su antigüedad), etc. Es frecuente que las marcas o hematomas aparezcan en zonas centrales y ocultas por la ropa. La aparición de hematomas en localizaciones poco frecuentes, por ejemplo la cara interna de los antebrazos, es indicativo de lesiones de defensa. En estas ocasiones, si la paciente no confirma la agresión debe consignarse la sospecha de su existencia
- Ante la presencia de lesiones, deberá tenerse en cuenta su naturaleza y valorarla (contusiones, heridas, quemaduras...) así como su forma, disposición y longitud (en muchas ocasiones se puede ver en la piel la marca del instrumento con el que se ha producido la agresión), la fecha (la coloración del hematoma indica su antigüedad), etc. Es frecuente que las marcas o hematomas aparezcan en zonas centrales y ocultas por la ropa. La aparición de hematomas en localizaciones poco frecuentes, por ejemplo la cara interna de los antebrazos, es indicativo de lesiones de defensa. En

estas ocasiones, si la paciente no confirma la agresión debe consignarse la sospecha de su existencia.⁷¹

1.4.1.1 Intervención en crisis

El proceso de intervención en crisis con mujeres que sufren agresión conyugal requiere no solamente del entrenamiento para ofrecer servicios en momentos de emergencia, sino también, ubicar los mismos en las particularidades del problema de la violencia.

Se puede definir crisis como:

- Una situación temporal de desequilibrio.
- Una situación temporal de emergencia.
- Un período de alto riesgo físico o psicológico

Las situaciones de crisis por las que atraviesan las mujeres maltratadas pueden estar precipitadas por diferentes eventos o circunstancias. El primero de ellos y en el que primero pensamos cuando hay presencia de violencia conyugal, es la ocurrencia de un nuevo ataque o incidente de abuso.

En este sentido, los momentos de crisis en situaciones de violencia dentro de la familia, permiten u ofrecen la oportunidad para que la mujer reflexione y busque nuevos significados no solo del emergente de la crisis, sino también del abuso, el control y el poder que sobre ella se ejerce. De igual forma, la crisis representa la oportunidad para tomar decisiones que la conduzcan a un cambio positivo en su estilo de vida cotidiana.

Algunas de las características que nos ayudan a reconocer si una mujer se encuentran en una situación de crisis.

- Es incapaz de enfrentar sus problemas, se siente impotente y no puede pensar con claridad en las posibles soluciones:
- Se encuentra en un estado de desorganización y desequilibrio y, por tanto, no puede funcionar en sus tareas habituales. Podemos notar de esta manera, incumplimiento en muchas de las actividades o

responsabilidades cotidianas que ella hasta hace poco realizaba, sin grandes dificultades en el trabajo, con su familia o en el estudio.

- Se muestra cansada y puede decir que se siente agotada más de lo normal por el embarazo. Y que a pesar de ello, tiene problemas para dormir bien.
- Muestra síntomas de ansiedad, aprensión intensa o angustia. En este sentido debemos recordar que la angustia es un estado de tensión e incertidumbre que se presenta cuando ella percibe que está en peligro, que le va a ocurrir algo catastrófico pero que carece de la claridad necesaria para evaluar eficazmente la situación real.
- Presenta algunos problemas físicos asociados a los estados de angustia, tales como taquicardia, palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, diarrea, dolor de cabeza constante y sensación de debilidad.
- Se siente inadecuada, abrumada y desamparada.⁷²

1.4.1.2 Intervención psicológica por enfermería.

Existen diferentes formas de trabajar con las mujeres maltratadas. Ya que los maltratos se dan con bastante frecuencia, es necesaria la realización de proyectos que dan cobertura a los problemas que esta situación produce a nivel psicológico, la autoestima es uno de los principales pilares que componen la personalidad, junto con las habilidades sociales, y si ésta está dañada afecta a toda la persona y su conducta, tanto a nivel individual como social.

El maltratador es un delincuente, pero la mujer maltratada se convierte en una persona gravemente afectada psicológicamente.

Efectos psicológicos del maltrato en la mujer:

- La autoestima de las mujeres baja a niveles mínimos.
- Tienden a interiorizar el machismo del marido y de las figuras de autoridad.

- Las familias en donde hay maltrato, generalmente son familias donde los roles están muy separados. El rol del marido tiene mucha importancia, y la mujer se considera que aporta menos, por eso ellas, las mujeres, pierden su autoestima.
- Tienen miedo, estrés, conmoción psíquica aguda, ansiedad, depresión, desorientación, incomunicación y aislamiento provocado por el continuo desamparo social.
- Son personas a las que le cuesta mucho trabajo comunicarse.
- Muchas cortan con la familia para que no se enteren de lo que pasa. Lo normal es que la víctima tarde de 6 a 10 años en poner una denuncia y varios años en que los que la rodean sepan la realidad.
- Tienen sentimiento de subordinación y dependencia, además, sienten incertidumbre, se crea una dependencia emocional hacia el marido lo cual hace imposible el abandonarlo.
- Ellas mismas se culpabilizan. "...quizás soy yo la que no supe hacerlo", dicen algunas. "Estaba celoso, le saqué yo de quicio"...
- Están desmotivadas y tienen una profunda ausencia de esperanza, lo que se llama una visión de "túnel". Piensan que su vida esta totalmente perdida.
- Carecen de poder real interior para superar los problemas de: impotencia, indecisión, vivencia de la realidad o creación de roles alternativos.
- Se crea el "síndrome de la mujer maltratada", que es algo parecido al síndrome de Estocolmo, donde uno se identifica con la figura de poder y de valor que ve; en este caso el marido.⁴²

- Muchas mujeres maltratadas tienen unos antecedentes parentales de violencia con lo cual tienden a elegir parejas violentas.
- Tienen poco o nulo margen en la toma de decisiones con lo que respecta a la vida de pareja y a la suya propia.
- Baja interiorización de valores sociales y democráticos e incluso también religiosos.
- Padecen a veces trastornos alimentarios severos como anorexia o bulimia.
- Trastornos del sueño.
- Irritabilidad y reacciones de indignación fuera de contexto.
- También, son frecuentes trastornos de alcoholismo y de ludopatía.

El conocimiento de todos estos factores es imprescindible en la intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja ya que, como señalan Goodman, Koss, Fitzgerald, Russo y Keita (1993), el problema de la violencia contra las mujeres no puede ser comprendido centrándose exclusivamente en la psicología del individuo. Otro aspecto a destacar es la necesidad de trabajar dentro de un equipo multidisciplinar, donde se pueda dar respuesta a las necesidades de tipo legal, laboral y social que tan frecuentes son en estas mujeres y que también van a influir en su recuperación. Pero, centrándonos únicamente en los aspectos psicológicos, a continuación revisaremos las intervenciones que como profesionales de la salud consideramos más relevantes.⁷³

El primer paso de la evaluación psicológica es el acordar con la mujer el consentimiento informado. Es importante que la mujer comprenda por qué es importante la evaluación, qué tipo de información se va a recoger y la medida en que otras personas tienen o pueden tener acceso a dicha información. Dadas las implicaciones legales del maltrato a la mujer, debe saber que los datos obtenidos pueden o deben tener tratamiento jurídico. También es importante tener en cuenta que en la evaluación, al contar su

historia, la mujer puede reexperimentar el miedo y el dolor emocional asociado con el incidente, especialmente si ha ocurrido hace muchos años (Walker, 1994). Como señala esta autora es importante que se sea sensible a estas emociones y se proporcione un encuentro terapéutico que facilite la comprensión y la curación, a la vez que se está recogiendo la información.⁷⁴

1. Hay que hacerla sentir cómoda y segura. Escucharla siempre, sentirse escuchado es exactamente igual que sentirse querido.
2. Empatizar con ella, pues lo necesita. Viene con una tremenda falta de amor por parte de alguien en quien ella confiaba y está destrozada, desilusionada, sin esperanza.
3. Hay que ponerse en su lugar, sin juzgarla, valorándola, ser sensibles a lo que siente aunque sean cosas extrañas. Guiarla continuamente hacia un cambio de conducta y de vida de una forma constructiva. No negándole nada de lo que siente ni criticando sus actuaciones, sino guiándola hacia otras respuestas, hacia otra forma de actuar más adecuada a sus intereses.
4. Decirle y permitir que diga lo que piensa con libertad. Demostrarle que creemos sus narraciones de maltrato por inverosímiles que nos parezcan. Esto es muy importante, demasiadas veces han dudado de ella los que las rodean y ya están hartas.
5. No tener ningún tipo de paternalismo y enfatizar un trato que sea igualitario.
6. Plena proximidad afectiva. Nunca hay que culparla de lo que sucede, nunca tampoco acusarla de haberlo provocado. Hay que intentar estimular su independencia, esa va a ser el arma más importante para ella.⁷⁵

1.4.1.3 Autoestima de la mujer violentada.

La satisfacción de necesidades de autoestima lleva al individuo a sentir confianza en si mismo en su valor, fuerza y capacidad. Las necesidades básicas están entrecruzadas y el bienestar depende de la seguridad: cuantos más seguros nos sentimos en el ambiente en que estamos circunscritos, nuestra autoestima estará siendo alimentada por la confianza y respeto, y consecuentemente se mantendrá elevada.⁷⁶

El autor J. F., Fuertes en su obra Comunicación y diálogo, define la autoestima como: Sentimiento de valía personal que nos hace confiar en nuestra capacidad para pensar y resolver problemas. Es lo que nos hace conscientes de ser dignos de respeto con independencia de nuestras cualidades y nuestras potencialidades.⁷⁷

A parte de esto, cuanta mayor confianza tengamos en nosotros mismos, mayor confianza tendremos en los demás y viceversa. La autoestima es el concepto que tenemos sobre nosotros mismos, y para que los demás nos aprecien, debemos apreciarnos primero nosotros. Por esta razón, para obtener una total integración en la sociedad, es posible que una de las primeras cosas que tengamos que trabajar sea la autoestima. Para llegar a la autoestima adecuada es imprescindible tener un auto concepto, y una vez lo tengamos, aceptarlo para podérselo ofrecer a los demás.

La autoestima adecuada es un sentimiento de aptitud para la vida y nos aporta fortaleza, resistencia y capacidad de superación.⁷⁸

La intervención psicológica se ha considerado básica y plantea que las intervenciones deben consistir en asistencia para hechos específicos de violencia, en un contexto de apoyo para la transformación de la vida de las víctimas. El trabajo con las mujeres debe consistir fundamentalmente en un proceso de autoestima para la mujer y lograr que la misma se sienta apta para tomar decisiones, asumiendo la responsabilidad de su propia vida y seguridad personal.

Brindar atención psicológica a los hijos de las victimas, ya que se ha considerado por diversos autores que el ser testigo de violencia es un

factor de riesgo importante para que se repita el patrón de la violencia a la largo de la vida de los niños.⁷⁵

1.4.2 ASPECTOS ETICOS DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

El aumento en los últimos años de la violencia contra la mujer presenta cifras que alertan a la sociedad, a los profesionales de la salud y en especial al de enfermería. Por lo que se hace imperante abordar el problema desde un marco ético que resalte el respeto por la dignidad y la integridad de las personas.

Desde el punto de vista ético la enfermera tiene el deber de orientar y ayudar en lo posible a las mujeres victimas de violencia domestica en los diferentes ámbitos:

Proporcionar la información oportuna y adecuada de la existencia de albergues, grupos de promotores comunitarios y redes sociales a donde puede acudir a pedir ayuda así, como de instituciones a las que puede acudir a pedir auxilio ya sea de tipo físico, o de tipo moral.⁷⁹

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores, los cambios y las transformaciones a través del tiempo. De igual manera determina que es lo correcto y lo incorrecto, es una ciencia normativa, ya que se ocupa de un ideal, es decir, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser.

Siempre se habrá de proteger la integridad física y moral de la persona en este caso siempre debe procurar la salud y bienestar de la mujer y de el producto.⁸⁰

Desde una perspectiva ética se puede concluir que la violencia niega valores universales como la libertad, la igualdad y la justicia atentando contra la posibilidad de construcción de una sociedad libre. Representa una permanente amenaza a la vida favorece su anulación, reducción y alienación. Su resultado más visible es la conversión de personas en objetos y una violación absoluta a los derechos humanos.

Al respecto enfermería debe tener presente que la ética profesional ha de estar en todo momento al servicio y cuidado del hombre, y deberá considerar su estudio sobre cualquier otra disciplina científica, por rigurosa que esta sea. Sólo de esta manera es posible un quehacer sensible, comprensivo y respetuoso de la condición humana y de sus valores fundamentales.⁸¹

La detección de una situación de violencia suele provocar elevadas dosis de angustia y malestar entre los profesionales de salud. Un mecanismo de defensa ante estas situaciones suele consistir en aconsejar a la mujer una separación y denuncia del agresor con la mayor urgencia, sin posibilitar las condiciones para que madure esta reflexión.

Barbero (2005) expresa que de las 4 obligaciones morales que tienen los profesionales sanitarios (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) las 2 primeras son de mayor obligación. Con la intervención han de sopesarse las consecuencias, procurando no hacer más daño del que se pretende evitar, lo cual permite excepciones a la norma. La ética de la responsabilidad (que valora las consecuencias) va más allá de la ética de la convicción (se fija sólo en el cumplimiento de la norma). El estilo profesional ha de ser deliberativo, no impositivo, acompañando, cuidando la vida, los valores, las emociones y la seguridad afectiva de la mujer víctima de la violencia.⁸²

1.4.2.1 Enfermería, ética y violencia

Cuidar es más que un acto; es una actitud; dicha acción abarca más que un momento de atención, de desvelo y/o preocupación. Para enfermería

representa una actitud de ocupación, responsabilidad y entrega y se constituye en el motivo central del rol profesional.⁸³

Las decisiones éticas no son algo frío, dependiente sólo del conocimiento y de la voluntad, sino que comprometen intensamente la afectividad y la personalidad del profesional enfermero, y determinan un actuar que lo caracteriza y diferencia de otros profesionales.

El profesional de enfermería debe mostrar frente a la problemática de la violencia, una conciencia ética, la que, según Roa (1998) , llegue a establecer un sentimiento y la sensibilidad necesaria para percibir la injusticia, el dolor ajeno, y la desestimación de las personas. El actuar ético debe proteger la vida mediante una acción sensible, justa y compasiva que favorezca los cuidados, el diálogo abierto y el respeto por los valores. Enfermería requiere estar atenta a la diversidad de dilemas de la práctica profesional, adoptando un rol activo que la conduzca a tomar decisiones acertadas y críticas.⁸⁴

El cuidado es, para enfermería, su objeto fundamental de estudio. Se espera así, un quehacer coherente con principios, valores y actitudes que hagan de la vida un buen vivir y de las acciones profesionales un reto para actuar en forma responsable. Una conducta profesional ética requiere, por tanto, ser cuidadosamente bien planeada, fundamentada, abierta al diálogo y al pluralismo; a la integración de certidumbres morales, en una estrecha vinculación al bienestar, al avance tecnológico, científico y a la preservación de la naturaleza.

1.4.2.2 Secreto profesional

En su quehacer diario, los profesionales de la Enfermería se enfrentan continuamente a numerosas situaciones en las que siempre están presentes los principios éticos. El secreto profesional constituye hoy en día un derecho del usuario y una obligación del profesional frente a la cual debe adoptarse una actitud responsable y acorde con los mínimos exigibles en lo legislativo y en lo deontológico.

La Enfermería, en tanto que labor de cuidado con la mujer víctima de violencia conyugal, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano y, por tanto, la convicción actual es que las tareas del profesional enfermero incluyen algo más que la mera ejecución competente de labores de cuidado; implica no sólo la competencia y habilidad técnica, sino también la virtud moral. Es en este contexto en el que el secreto profesional y el respeto a los datos obtenidos en la relación con el paciente adquieren toda su trascendencia. La formación en el campo de la Bioética y la puesta en práctica de sus principios básicos permiten al profesional adoptar una actitud responsable, respetuosa e individualizada, acorde con las necesidades de las personas en cada momento.⁸⁵

La confidencialidad de la información del paciente es vital para mantener un vínculo de confianza entre el paciente y el profesional de la salud y para proteger los derechos humanos de aquél. El incumplimiento de la confidencialidad podría perjudicar los intereses del paciente, así como la relación terapéutica. En algunos casos, podría incluso poner al paciente en situación de riesgo.

1.4.3 ASPECTOS LEGALES

A finales de los años noventa, muchos de los mensajes institucionales en relación con la violencia de género animaban a las mujeres a denunciar estas situaciones. El mensaje «mujer, denuncia» caló entre los profesionales, entendiéndose que ésta era una de las vías más eficaces para abordar el problema.

El fenómeno comenzó a ser reconocido, en especial durante el llamado Año Internacional de la Mujer que culminó con la primera Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en México en 1975.

Poco a poco, la sociedad ha despertado ante este fenómeno, dejándolo de ver con la naturalidad de otras épocas y, por ello, el 9 de julio de 1996 se expidió la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (LAPVI) para el Distrito Federal.⁸⁶

Algunas de sus nociones fueron incorporadas al Código Civil el 2 de julio de 1998, sin embargo, no fue sino hasta el 2000 que se agregó al título sexto del libro primero, un tercer capítulo especialmente destinado a la violencia familiar.

Las autoridades perciben a menudo la violencia en el ámbito familiar como un asunto privado y no la tratan como un delito. En muchos casos de violencia doméstica, las mujeres no desean que el personal de salud informe a las autoridades. Se crea, por tanto, una tensión entre la obligación de la enfermera o el enfermero de respetar los deseos del paciente y su obligación de procurar y mantener el bienestar de éste.⁸⁹

Orientar sobre aspectos legales sobre la violencia conyugal contra la mujer en nuestro país, es un compromiso y forma parte integral de la orientación y el plan de intervenciones que la enfermera debe hacer con la gestante embarazada.

El Código Penal para el Distrito Federal (2002) en el capítulo único denominado Violencia familiar. Señala los diferentes tipos penales: Artículo 200. Se le impondrán de seis meses a cuatro años de prisión, pérdida de los derechos que tenga respecto de la víctima, prohibición de ir a lugar determinado o de residir en él, al cónyuge, concubina o concubinario...que: Haga uso de medios físicos o psíco-emocionales contra la integridad de un miembro de la familia, independientemente de que se produzcan lesiones; Este delito se perseguirá por *querrela*, salvo que la víctima sea menor de edad o incapaz.

Por diferentes motivos como la debilidad emocional, física y social; temor y dependencia afectiva y/o económica, referidos al agresor, el posible agravamiento de la situación tras la denuncia, entre otros, estas mujeres no querían, y no quieren, reconocer la situación que viven, llegando a enmascarar las consecuencias de la violencia. Esto produce otro fenómeno, una alta proporción de mujeres que sí decide realizar la denuncia tras una agresión la retira a los pocos días o niega/minimiza los hechos, pasando a defender al agresor.⁸⁷

Ya en 1979, Walter describió el ciclo de la violencia doméstica, cuyo estudio nos permite comprender cómo se produce, cronifica y agrava la situación, y cómo se deteriora la capacidad de discernimiento de la mujer afectada, confundida por las declaraciones y los gestos realizados por el agresor en la fase de reconciliación.⁸⁸

Delitos contra la integridad corporal: Lesiones, homicidio

En el libro segundo: de los delitos contra la vida y la integridad corporal en el capítulo I, habla de homicidio.

El artículo 123 menciona que al que prive de la vida a otro, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión, el Artículo 124 dice que se tendrá como mortal una lesión, cuando la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada inevitablemente por la misma lesión.

Artículo 125. Al que prive de la vida a su cónyuge, concubina o concubinario u otra relación de pareja permanente, se le impondrán prisión de diez a treinta años y pérdida de los derechos que tenga con respecto a la víctima, incluidos los de carácter sucesorio.

Lesiones

Capítulo: el artículo 130, menciona que al que cause a otro un daño o alteración en su salud, se le impondrán:

- De treinta a noventa días multa, si las lesiones tardan en sanar menos de quince días;
- De seis meses a dos años de prisión, cuando tarden en sanar más de quince días y menos de sesenta;
- De dos a tres años seis meses de prisión, si tardan en sanar más de sesenta días;
- De dos a cinco años de prisión, cuando dejen cicatriz permanentemente notable en la cara;

- De tres a cinco años de prisión, cuando disminuyan alguna facultad o el normal funcionamiento de un órgano o de un miembro;
- De tres a ocho años de prisión, si producen la pérdida de cualquier función orgánica, de un miembro, de un órgano o de una facultad, o causen una enfermedad incurable o una deformidad incorregible;
- De tres a ocho años de prisión, cuando pongan en peligro la vida de la mujer e este caso.

Artículo 135. Se perseguirán por querrela las lesiones simples que no pongan en peligro la vida y tarden en sanar menos de quince días, así como las lesiones *culposas*, cualquiera que sea su naturaleza, salvo que sean con motivo de tránsito de vehículos

Capítulo III: Reglas comunes para los delitos de homicidio y lesiones.

El Artículo 138 refiere que el homicidio y las lesiones son calificadas cuando se cometan con:

- 1) Ventaja:** a) Cuando el agente es superior en fuerza física, en armas que emplea, al ofendido y éste no se halla armado;
- c) Cuando el se vale de algún medio que debilita la defensa del ofendido;
- d) Cuando éste se halla inerme o caído y aquél armado o de pie.
- 2) Traición:** Cuando el agente realiza el hecho quebrantando la confianza o seguridad que expresamente le había prometido al ofendido, o las mismas que en forma tácita debía éste esperar de aquél por las relaciones de confianza real y actual que existen entre ambos;
- 3). Alevosía:** Cuando el agente realiza el hecho sorprendiendo intencionalmente a alguien de improviso, o empleando acechanza u otro medio que no le dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer;
- 4). Retribución:** Cuando el agente lo cometa por pago o prestación prometida o dada;
- 5). Por los medios empleados:** Se causen por inundación, incendio, bombas o explosivos, o bien por envenenamiento, asfixia, tormento o por medio de cualquier otra sustancia nociva para la salud;
- 6). Saña:** Cuando el agente actúe con crueldad o con fines depravados;

7). Estado de alteración voluntaria: Cuando el agente lo comete en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes o psicotrópicos u otras sustancias que produzcan efectos similares.

Sin embargo el artículo 139, refiere que no se impondrá pena alguna a quien por culpa ocasione lesiones u homicidio en *agravio* del cónyuge, concubina, concubinario o cuando entre el agente y el pasivo exista relación de pareja permanente, amistad o de familia, salvo que el agente se encuentre bajo el efecto de bebidas embriagantes, de estupefacientes o psicotrópicos, sin que medie prescripción médica, o bien que se diere a la fuga y no auxiliare a la víctima.

Delitos Sexuales

Delitos contra la libertad y la seguridad sexuales:

Respecto a la violación el artículo 174 nos menciona que al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de seis a diecisiete años. se entiende por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal, se sancionará con la misma pena antes señalada, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, por medio de la violencia física o moral si entre el activo y el pasivo de la violación existiera un vínculo matrimonial, de concubinato o de pareja, se impondrá la pena prevista en este artículo, en estos casos el delito se perseguirá por *querrela*.

En este mismo sentido el capítulo sobre el abuso sexual el artículo 176 dice que al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo, se le impondrá de uno a seis años de prisión, si se hiciera uso de violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad, este delito también se perseguirá por *querrela*, salvo que concurra violencia.⁸⁹

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según antecedentes de la Organización Mundial de la Salud, 121 millones de personas padecen depresión en la actualidad y se calcula que para el 2020, esta será la segunda enfermedad más frecuente en el mundo.²⁰ En nuestro país según datos epidemiológicos, la prevalencia de depresión de por vida es de 10% en las mujeres y de 5.2% en los hombres.⁹⁰ La depresión durante el embarazo afecta entre el 10 y 28 % de las mujeres en el mundo.⁹¹ Un estudio en el Reino Unido con 13,800 mujeres demostró que la depresión es más frecuente en el embarazo que en el posparto como generalmente lo refiere la literatura. Por lo que se debe poner mayor atención en la gestación, ya que las consecuencias que provocan pueden afectar al recién nacido, a la madre y el ambiente familiar. En nuestro país, la prevalencia de depresión en el embarazo es del 22 % a 30.7%.⁹²⁻⁹³ El Instituto Nacional de Psiquiatría señaló a la depresión como el problema de salud mental más común en nuestro país y por lo tanto más importante en la población femenina. De manera similar a lo que ocurre en muchos países, en México la atención a los trastornos mentales esta muy limitada, las mujeres cuentan con pocas opciones de atención, y las de menos recursos económicos tienen menos acceso a los servicios de salud mental.⁹⁴ Diversos autores han mencionado que el embarazo no protege contra la depresión, como tampoco es un periodo de bienestar emocional idealizado; entre los factores de riesgo para que se presente la depresión durante el embarazo encontramos a la violencia conyugal.⁹⁵ Un estudio de hogares mostró que existe una probabilidad de 60.6% de que una mujer sea agredida cuando esta embarazada. La violencia conyugal es un problema de salud pública como lo reconoce la OMS, al señalar que a nivel mundial cada año se estima que de 10% al 69% de las mujeres han sufrido maltrato psicológico, físico y sexual por parte del cónyuge.⁹⁶

Se ha señalado que el embarazo es un periodo vulnerable para la violencia, ya que una de cada seis mujeres embarazadas ha sido agredida durante su embarazo y la agresión es más severa que en la mujer no embarazada afectando su capacidad reproductiva.

Un estudio en nuestro país reportó una prevalencia de 7.4% al 20.8% en los 31 estados de la República Mexicana, encontrando la tasa más baja de violencia conyugal en Morelos y la más alta en Oaxaca.

Entre las complicaciones y problemas a causa de la violencia doméstica en el embarazo se han encontrado: control prenatal tardío, mayor número de abortos, parto pretérmino y riesgo de recién nacido con bajo peso.

La violencia conyugal durante el embarazo adquiere particular importancia, ya que se trata de una agresión que pone en peligro no solo la vida de la madre y la del producto. A pesar de que la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina, solo hasta hace algunos años se ha visualizado como un problema de salud pública.⁹⁷ En 2003 se estimó que entre un 4% y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia doméstica durante el embarazo. En un estudio, Gaynes (2005), encontró al embarazo no planeado estrechamente asociado con la violencia doméstica, siendo cuatro veces más probable que estas mujeres sufran violencia que una mujer que sí planeó el embarazo, lo que pone de manifiesto que el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia.⁹⁸

Un estudio en Estados Unidos de América, estimó que el 50% del personal médico y 70% el de enfermería consideran que la prevalencia de la violencia conyugal es equivalente o menor a 1%, y que 5 de cada 10 enfermeras nunca han identificado una víctima.⁹⁹ De acuerdo con datos del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población en la Ciudad de México, entre el 77 y 90% del personal de enfermería nunca ha recibido capacitación sobre violencia conyugal, sin embargo identifican entre 1 y 5 casos por mes.¹⁰⁰⁻¹⁰¹

Esto obliga al personal de enfermería a participar activamente en la prevención, detección precoz y educación de la mujer o del grupo familiar afectado. De tal manera que la falta de información, desconocimiento de sus derechos como ser humano, el alto grado de temor bajo amenaza que sufren las mujeres aunado a la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por los prestadores de servicios de salud, así como la no denuncia y el no registro de casos impide que se pueda evaluar la prevalencia, incidencia, magnitud e impacto de la violencia doméstica en nuestro país, y por consiguiente ha dificultado que sea reconocida como un aspecto fundamental a evaluar como factor de riesgo obstétrico en la atención integral durante el embarazo, lo cual puede elevar las probabilidades de enfermar o morir para la madre y para el producto.

En este contexto queda de manifiesto que la violencia es un factor de riesgo importante para la salud física y emocional de la gestante. Cabe señalar, que esta investigación se centra específicamente en analizar la violencia conyugal, es decir, la violencia física, emocional y sexual dentro del hogar. Es fundamental que el personal de enfermería tenga una intervención importante en reconocer y prevenir los factores de riesgos físicos y emocionales en las embarazadas, se debe considerar que esta población le tiene confianza y se identifica más con las enfermeras que con otros miembros del equipo de salud. Para ello, primero es necesario que el personal de enfermería, sensibilice, informe y capacite sobre esta problemática.¹⁰²

Con base en lo anterior se definen como problemas objeto de esta investigación las siguientes preguntas:

¿La violencia conyugal es un factor de riesgo para la presencia de depresión psicológica durante el embarazo?

¿Existe relación entre embarazo no planeado y violencia conyugal?

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según antecedentes de la Organización Mundial de la Salud, 121 millones de personas padecen depresión en la actualidad y se calcula que para el 2020, esta será la segunda enfermedad más frecuente en el mundo.²⁰ En nuestro país según datos epidemiológicos, la prevalencia de depresión de por vida es de 10% en las mujeres y de 5.2% en los hombres.⁹⁰ La depresión durante el embarazo afecta entre el 10 y 28 % de las mujeres en el mundo.⁹¹ Un estudio en el Reino Unido con 13,800 mujeres demostró que la depresión es más frecuente en el embarazo que en el posparto como generalmente lo refiere la literatura. Por lo que se debe poner mayor atención en la gestación, ya que las consecuencias que provocan pueden afectar al recién nacido, a la madre y el ambiente familiar. En nuestro país, la prevalencia de depresión en el embarazo es del 22 % a 30.7%.⁹²⁻⁹³ El Instituto Nacional de Psiquiatría señaló a la depresión como el problema de salud mental más común en nuestro país y por lo tanto más importante en la población femenina. De manera similar a lo que ocurre en muchos países, en México la atención a los trastornos mentales esta muy limitada, las mujeres cuentan con pocas opciones de atención, y las de menos recursos económicos tienen menos acceso a los servicios de salud mental.⁹⁴ Diversos autores han mencionado que el embarazo no protege contra la depresión, como tampoco es un periodo de bienestar emocional idealizado; entre los factores de riesgo para que se presente la depresión durante el embarazo encontramos a la violencia conyugal.⁹⁵ Un estudio de hogares mostró que existe una probabilidad de 60.6% de que una mujer sea agredida cuando esta embarazada. La violencia conyugal es un problema de salud pública como lo reconoce la OMS, al señalar que a nivel mundial cada año se estima que de 10% al 69% de las mujeres han sufrido maltrato psicológico, físico y sexual por parte del cónyuge.⁹⁶

Se ha señalado que el embarazo es un periodo vulnerable para la violencia, ya que una de cada seis mujeres embarazadas ha sido agredida durante su embarazo y la agresión es más severa que en la mujer no embarazada afectando su capacidad reproductiva.

Un estudio en nuestro país reporto una prevalencia de 7.4% al 20.8% en los 31 estados de la Republica Mexicana, encontrando la tasa mas baja de violencia conyugal en Morelos y la mas alta en Oaxaca.

Entre las complicaciones y problemas a causa de la violencia doméstica en el embarazo se han encontrado: control prenatal tardío, mayor número de abortos, parto pretérmino y riesgo de recién nacido con bajo peso.

La violencia conyugal durante el embarazo adquiere particular importancia, ya que se trata de una agresión que pone en peligro no solo la vida de la madre y la del producto. A pesar de que la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina, solo hasta hace algunos años se ha visualizado como un problema de salud publica.⁹⁷ En 2003 se estimó que entre un 4% y un 29% de las mujeres en países en vías de desarrollo viven violencia doméstica durante el embarazo. En un estudio, Gaynes (2005), encontró al embarazo no planeado estrechamente asociado con la violencia doméstica, siendo cuatro veces mas probable que estas mujeres sufran violencia que una mujer que sí planeó el embarazo , lo que pone de manifiesto que el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia.⁹⁸

Un estudio en Estados Unidos de América, estimo que el 50% del personal medico y 70% el de enfermería consideran que la prevalencia de la violencia conyugal es equivalente o menor a 1%, y que 5 de cada 10 enfermeras nunca han identificado una victima.⁹⁹ De acuerdo con datos del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población en la Ciudad de México, entre el 77 y 90% del personal de enfermería nunca ha recibido capacitación sobre violencia conyugal, sin embargo identifican entre 1 y 5 casos por mes.¹⁰⁰⁻¹⁰¹

Esto obliga al personal de enfermería a participar activamente en la prevención, detección precoz y educación de la mujer o del grupo familiar afectado. De tal manera que la falta de información, desconocimiento de sus derechos como ser humano, el alto grado de temor bajo amenaza que sufren las mujeres aunado a la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por los prestadores de servicios de salud, así como la no denuncia y el no registro de casos impide que se pueda evaluar la prevalencia, incidencia, magnitud e impacto de la violencia doméstica en nuestro país, y por consiguiente ha dificultado que sea reconocida como un aspecto fundamental a evaluar como factor de riesgo obstétrico en la atención integral durante el embarazo, lo cual puede elevar las probabilidades de enfermar o morir para la madre y para el producto.

En este contexto queda de manifiesto que la violencia es un factor de riesgo importante para la salud física y emocional de la gestante. Cabe señalar, que esta investigación se centra específicamente en analizar la violencia conyugal, es decir, la violencia física, emocional y sexual dentro del hogar. Es fundamental que el personal de enfermería tenga una intervención importante en reconocer y prevenir los factores de riesgos físicos y emocionales en las embarazadas, se debe considerar que esta población le tiene confianza y se identifica más con las enfermeras que con otros miembros del equipo de salud. Para ello, primero es necesario que el personal de enfermería, sensibilice, informe y capacite sobre esta problemática.¹⁰²

Con base en lo anterior se definen como problemas objeto de esta investigación las siguientes preguntas:

¿La violencia conyugal es un factor de riesgo para la presencia de depresión psicológica durante el embarazo?

¿Existe relación entre embarazo no planeado y violencia conyugal?

3.- JUSTIFICACION

La depresión es uno de los diagnósticos mas frecuentes en el ámbito de la enfermedad mental y una condición frecuente en el embarazo. Si bien se ha estudiado más la depresión durante el posparto, considerado un periodo altamente vulnerable para la mujer, en la actualidad se sabe que la depresión en la gestación es igual o incluso más frecuente que en el posparto. Según la estimación de Evans (2001), el 13.5% de las mujeres presenta síntomas depresivos durante la gestación, contra el 9.1% que lo presentan el en posparto, también se ha encontrado que existe una estrecha relación entre la depresión en el embarazo y la violencia conyugal, la cual se manifiesta en complicaciones a nivel físico y psicológico. ¹⁰³ Según datos de la OMS cada año en el mundo mueren 4000,000 mujeres victimas de violencia en sus hogares. Desafortunadamente, todavía los espacios y mecanismos de detección de los casos de violencia intrafamiliar son prácticamente inexistentes en el ámbito público; si se identificaran a tiempo se daría un gran paso hacia la prevención y resolución del problema, ya que evitaría, en la mayoría de los casos, complicaciones a las mujeres y costos mayores. Es justo reconocer que si hasta ahora el personal de salud como es el caso del profesional de enfermería no ha abordado la problemática de manera analítica, sensible e informada; por lo cual es fundamental formar al profesional en un marco de valores éticos, legales, filosóficos y técnicos, con una clara misión de servicio en donde se conjuguen dichos elementos a fin de identificar e intervenir oportunamente en las mujeres maltratadas. Además es necesario que las instituciones reconozcan la violencia como un problema de salud pública y hagan conciencia de que los servicios de salud son los espacios ideales para la detección y tratamiento de estos casos, sin embargo, muchas mujeres víctimas de maltrato no acuden a los servicios de salud por las lesiones físicas que presentan y temor a que sean señaladas por el personal. Con base en lo antes mencionado, se consideró necesario determinar la relación que existe entre esta violencia conyugal y la depresión durante la gestación, con la finalidad de obtener

elementos que permitan orientar al personal de salud y específicamente al de enfermería, para conocer y proponer medidas preventivas de la violencia conyugal y la depresión durante el embarazo ya que bajo estas circunstancias, el estado de ánimo limita a la mujer para satisfacer plenamente las necesidades físicas y emocionales del hijo, por esto se constituye en un riesgo multidimensional que altera la dinámica de la vida familiar.

4.- OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre la violencia conyugal y la presencia de depresión durante la gestación, en un grupo de mujeres que acuden al Instituto Nacional de Perinatología, con el fin de proponer acciones de prevención y detección oportuna de violencia doméstica y de depresión, en beneficio de las mujeres y su recién nacido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo y su relación con la violencia conyugal.
2. Identificar la relación que existe entre la depresión durante el embarazo según características sociodemográficas de la mujer.

5.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

5.1.- Diseño del estudio:

Transversal y descriptivo.

Método de muestreo

No aleatorio, consecutivo de embarazadas que aceptaron participar con base en el consentimiento informado.

5.2.- Lugar y Duración

Lugar: Se efectuó en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) perteneciente a la Secretaria de Salud, institución especializada en

elementos que permitan orientar al personal de salud y específicamente al de enfermería, para conocer y proponer medidas preventivas de la violencia conyugal y la depresión durante el embarazo ya que bajo estas circunstancias, el estado de ánimo limita a la mujer para satisfacer plenamente las necesidades físicas y emocionales del hijo, por esto se constituye en un riesgo multidimensional que altera la dinámica de la vida familiar.

4.- OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre la violencia conyugal y la presencia de depresión durante la gestación, en un grupo de mujeres que acuden al Instituto Nacional de Perinatología, con el fin de proponer acciones de prevención y detección oportuna de violencia doméstica y de depresión, en beneficio de las mujeres y su recién nacido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo y su relación con la violencia conyugal.
2. Identificar la relación que existe entre la depresión durante el embarazo según características sociodemográficas de la mujer.

5.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

5.1.- Diseño del estudio:

Transversal y descriptivo.

Método de muestreo

No aleatorio, consecutivo de embarazadas que aceptaron participar con base en el consentimiento informado.

5.2.- Lugar y Duración

Lugar: Se efectuó en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) perteneciente a la Secretaria de Salud, institución especializada en

embarazos de alto riesgo y salud reproductiva, que atiende a población sin acceso a otros sistemas de seguridad social.

Duración: El estudio se realizó del 1º de agosto del 2006 al 31 de julio del 2007.

5.3.- UNIVERSO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Universo de estudio: Mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal a la consulta externa del INPer.

Unidades de observación: Mujeres que cursaron con embarazo de 15 a 30 semanas que acudieron a consulta externa al INPer, explicando los propósitos y beneficios del estudio, obteniendo el consentimiento informado

Tamaño de la Muestra: La selección de la muestra fue a conveniencia el función del tiempo, 123 embarazadas.

5.4.- CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: Mujeres que cursaban con un embarazo de 15 a 30 semanas de gestación, contar entre 18 y 43 años de edad, que supieran leer y escribir, vivieran en el área metropolitana y que aceptaron participar de manera libre, previa explicación verbal y por escrito de los propósitos del mismo, firmando el consentimiento. **Se excluyeron** de la investigación a las mujeres que presentaron psicosis (criterios DSM-IV R), diagnóstico previo de depresión y embarazo gemelar. **Criterio de eliminación:** Terminar la gestación con un producto no viable.

5.5.-TÈCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se invitaron personalmente a las mujeres a participar al estudio, el llenado de los cuestionarios fue por ellas mismas (autoaplicables). Cabe señalar que antes de contestar los cuestionarios, se les invito a asistir a la consulta de psicología gratuitamente, como parte integral del manejo de

la mujer, independientemente del diagnóstico de depresión detectado, la decisión tenía que ser voluntaria, asimismo, en el caso de no aceptar de todas formas se les brindó orientación de enfermería y se les otorgaron folletos informativos

Por otro lado si al evaluar el malestar emocional de la mujer a través de los cuestionarios se detectaba un diagnóstico de depresión, se le reiteraba la invitación a la mujer sobre las sesiones psicológicas, y se reforzaba la orientación en la consulta prenatal.

Con base en la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de acuerdo a las semanas de gestación que cursaba, se citó a la paciente en un consultorio de la Torre de Investigación del INPer, para realizar la evaluación de salud por enfermeras, en la que se valoraba a la paciente por medio de las medidas de somatometría por duplicado con técnica estandarizada como la estatura, el peso corporal, toma de presión arterial sanguínea, medición de altura uterina y maniobras de Leopold.¹⁰⁴

Es importante mencionar que a fin de reforzar la información verbal otorgada a la mujer, se le proporcionó un tríptico sobre violencia doméstica y control prenatal, elaborados por la enfermera responsable del presente estudio. De igual forma, se orientó sobre algunos temas de inquietud que tenía la mujer como lactancia materna, sexualidad, planificación familiar, alimentación., medidas preventivas y de promoción de la salud en general; esto es, en relación a la higiene personal, hábitos dietéticos, los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, como:

- a) *sangrado vaginal,*
- b) *síntomas de presión alta (cefalea, acúfenos, fosfenos),*
- c) *edema (pies, manos, cara),*
- d) *síntomas de infección en vías urinarias (dolor y/o ardor al orinar, Giordano positivo),*
- e) *escalofríos y/o fiebre,*
- f) *vómitos persistentes,*
- g) *ruptura prematura de membranas,*

- h) contracciones antes de tiempo,*
- i) cambios importantes en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales,*
- j) dolor abdominal y /o que el abdomen se ponga “duro”,*
- k) convulsiones o ataques.*

Asimismo, se interrogó a cada paciente sobre sus datos sociales, demográficos, biológicos propios del embarazo. Los datos clínicos captados se confirmaron con diagnósticos médicos del expediente clínico, sobre la presencia de preclampsia, diabetes tipo I y II y gestacional, anemia, hipotiroidismo, infección de vías urinarias, infección cervico -vaginal y complicaciones obstétricas del tipo de ruptura prematura de membranas, entre otras.

5.6.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se define como un escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. La explicación debe ser clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla antes de firmar el consentimiento, debe ser firmado de preferencia por 2 testigos. En este estudio se llevo a cabo este requisito antes de iniciar cualquier procedimiento en la mujer, el cual es indispensable en toda investigación en seres humanos.

5.7.- INSTRUMENTOS EMPLEADOS:

Se aplicaron 6 cuestionarios, los cuales fueron:

- 1.- Cuestionario de datos de identificación y valoración de enfermería, previamente utilizado en una investigación semejante,¹⁰⁵ que tiene 7 apartados que incluye: 1) Datos sociodemográficos: edad, escolaridad, ocupación, tipo de hogar, nivel socioeconómico, estado civil, años de unión, 2) Antecedentes obstétricos: número de gestaciones, partos,

cesáreas, mortinatos, hijos vivos, 3) Datos del embarazo actual: Fecha de última menstruación, fecha probable de parto, peso pregestacional, estatura, total de consultas prenatales al INPer, planeación del embarazo actual; semanas de gestación a su primer consulta prenatal; planea amamantar a su bebé, quien la esta apoyando emocionalmente durante el embarazo; se siente apoyada; suplemento alimenticio, 4) Presencia de morbilidad durante la gestación: preclampsia (hipertensión), diabetes gestacional, anemia, amenaza de parto pretérmino, infección en vías urinarias, infección vaginal, porcentaje de peso y talla según edad gestacional, ruptura prematura de membranas, infección de transmisión sexual. 5) Toxicomanías: si fumaba, cuantos cigarros a la semana, dejo de fumar al inicio del embarazo, esta expuesta al humo del cigarro (todo el día , mañana, tarde), consume o consumido drogas, consume alcohol, cuantas copas a la semana, 6) Otros: problemas de tiroides, enfermedad importante, 7) Datos del recién nacido: fecha de nacimiento, semanas de gestación al nacimiento, vía (vaginal, abdominal), sexo, apgar, sufrimiento fetal, capurro, peso, longitud, servicio al que se trasladó, días lejos de mama, complicaciones durante el parto y puerperio.

Para el diagnostico psicológico se aplicaron los siguientes instrumentos:

2) *La Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS)* diseñada por Cox (1997), ¹⁰⁶ consta de 10 preguntas de opción múltiple con cuatro posibles respuestas, explora sintomatología depresiva específicamente en el periodo prenatal y postnatal. La versión en español fue validada para la población del INPer por Ortega y Lartigue (2001),¹⁰⁷ calificándolo por el sistema propuesto por los autores que va del cero al 3, da una puntuación máxima de 30, el punto de corte establecido es de 12/13 para distinguir “probable caso” de depresión.

3) *El Cuestionario General de salud de Goldberg*, ¹⁰⁸ es un instrumento autoaplicable, originalmente desarrollado por David Goldberg (1972), el

cual se encuentra orientado a la detección de trastornos mentales, no psicóticos, en población general. El cuestionario original contiene 60 reactivos en forma de preguntas con 4 opciones de respuesta, proporciona información del estado actual del paciente, por lo que no puede ser una medida de atributos duraderos ni evalúa la probabilidad de recaer en el futuro; la versión utilizada fue la de 30 reactivos, validado para la población del INPer por Ortega y Lartigue en el 2001, se califica de acuerdo al sistema de cero para las opciones de mejor o igual que antes, y de uno para las de peor o mucho peor que antes, puntuación máxima de 30; donde el punto de corte es de 7/8 para detectar un caso.

4) *Inventario de autoestima de Coopersmith*: Su publicación original fue utilizado para niños en 1967, el cual consiste en 50 ítems referidos a las percepciones propias del sujeto. Esta versión fue modificada para utilizarse en adultos, consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas, donde la puntuación máxima es de 25, el punto de corte es menor o igual a 18 para considerar autoestima alterada.¹⁰⁹

5) *“Experiencias adversas en la gestación”* para valorar si la mujer estaba expuesta a la violencia conyugal, versión traducida y adaptada por la autora de esta investigación, para embarazadas extraído del cuestionario “experiencias adversas durante la vida adulta”, el cual fue diseñado para medir la exposición al abuso emocional, físico y sexual en la infancia, adolescencia y vida adulta,¹¹⁰ semejante a dos instrumentos que han demostrado utilidad para la medición de la violencia masculina contra la mujer,¹¹¹⁻¹¹². En este estudio la calificación fue de acuerdo a la escala tipo likert donde el cero corresponde a nunca a sido abusada, el 1 equivale cuando a sido a sido abusada de una o dos veces durante la gestación, el 2 se refiere cuando a sido a sido abusada algunas veces, el 3 cuando fue muy frecuente y el número cuatro se designa cuando fue abusada siempre en la gestación; en donde la suma de los reactivos tenía un valor máximo de ocho, mínimo de cero y en donde el punto de corte

establecido es mayor o igual a tres para ser considerado como caso de violencia. Este cuestionario tiene tres apartados:

a) *Abuso emocional*: contiene dos ítems en los cuales se valoró la frecuencia a la exposición de violencia emocional durante el embarazo como groserías, insultos, menosprecio, intimidación, chantaje, amenazas, gritos, groserías humillaciones, denigración, amenazas

b) *Abuso físico*: contiene dos reactivos en los cuales se valoraba la frecuencia a la exposición de violencia física durante el embarazo como empujones, golpes, agarrar fuerte, abofetear, lanzar objetos, dejar marcas en la piel, patadas, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca.

c) *Abuso sexual*: contiene dos reactivos en los cuales se valoraba la frecuencia a la exposición de violencia sexual durante el embarazo como forzar y/o obligar a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad oral, anal, vaginal, ser obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad; tener relaciones sexuales por temor a lo que pudiera hacer su pareja, ser obligada a realizar algún acto sexual que considerara degradante o humillante.

6) *El nivel socioeconómico* de las participantes se evaluó a través del cuestionario que recomienda la “Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública A.C” (AMAI) el cual es para definir un conjunto de niveles socioeconómicos que se convierten en el estándar de la industria, así como la de establecer una regla que permitiera asignar a cualquier hogar el nivel que le corresponda, sin tener que “ver” físicamente el hogar.¹¹³

Técnicas y procedimientos de somatometría.

Los procedimientos fueron realizados previa estandarización y con técnica recomendada por la OMS y la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido por duplicado..

Peso corporal (kg): Evaluar la ganancia de peso durante el embarazo e identificar el riesgo en forma temprana de recién nacidos de bajo peso.

Equipo: Báscula electrónica, modelo BWB-600, con capacidad de medición de 200 kg.

Técnica: Se indica a la mujer que cambie su ropa de calle por una bata de peso conocido y suba a la báscula sin zapatos, cuidar que los pies ocupen una posición central y simétrica en la plataforma, los brazos deben caer naturalmente a lo largo del cuerpo. Leer y anotar el peso, sin que la mujer se baje de la báscula,¹¹⁴⁻¹¹⁵

Estatura (cm): indicador general de la complexión del individuo y de la longitud ósea de los huesos. Es una medición importante para detectar enfermedades y/o desnutrición.¹¹⁶ El peso guarda una estrecha relación con la estatura para poder obtener el Índice de Masa Corporal (IMC) y valorar el sobrepeso y la obesidad.

Para hacer la medición se utilizó un estadímetro marca "Seca", modelo CE0123, con capacidad de medición de 2 metros.

Técnica: Previa verificación de que la mujer tenga el pelo suelto, indicar se coloque descalza, de espalda al estadímetro, uniendo sus talones en la línea media a su espalda, sus puntas separadas en ángulo de 45 grados y brazos colgando libres a lo largo del cuerpo, la cabeza se mantendrá erguida orientándola en plano de Frankfort, - una línea imaginaria que une al borde superior del conducto auditivo externo con el borde inferior de la órbita-, formando así con el

instrumento un ángulo de 90 grados. Observando el dato a nivel de los ojos, registrar la medida obtenida con precisión de milímetros.

Presión arterial (mm Hg): La estandarización de la técnica fue a través del Método de Habitch.¹¹⁷ Durante el embarazo normal, dentro de las dos primeras semanas la presión cae como resultado principalmente de una relajación general de los músculos de los vasos sanguíneos. A mitad del embarazo, generalmente la presión asciende al llegar al término se acerca al nivel que tenía antes del embarazo.

Equipo: Para la medición indirecta de la presión sanguínea arterial se necesita un esfigmomanómetro con columna de mercurio y un estetoscopio.

Técnica: Para realizar la medición de la Presión Sanguínea Arterial, previa verificación de que la mujer no haya ingerido café, no haya fumado y corrido por lo menos 30 minutos antes de la medición, así como no tener necesidad de orinar, se pidió que sentara cómodamente con buen soporte en la espalda, no hablar y moverse lo menos posible durante 5 minutos.

Colocar el esfigmomanómetro a la altura del observador, de manera que la columna vertical de mercurio quede a nivel de sus ojos, pedir a la mujer coloque el brazo izquierdo en posición supina y horizontal sobre una superficie plana y lisa a nivel del 4o.-5o espacio intercostal (ápice del corazón), colocar el brazaletes a medio brazo, colocando el manguito aproximadamente 2 cm. arriba del pliegue del codo, sobre la arteria braquial.

Posteriormente se procederá hacer la medición de la presión sanguínea por el método palpatorio; localizando el latido de la arteria braquial con el dedo índice y medio, dejándolos en esta posición e insuflar con la perilla la columna de mercurio hasta dejar de palpar el latido de la arteria, esta medición se tomará como referencia o indicador al volver a medir la presión con el estetoscopio. .¹¹⁸

Altura de fondo uterino: Los cambios en la altura uterina pueden indicar la presencia de alteraciones: Aumento del fondo uterino nos puede hablar de un embarazo molar, embarazo gemelar, embarazo múltiple, polihidramnios, tumor o ascitis. El crecimiento uterino lento indica desnutrición materna, bajo peso del bebé, situación transversa, defecto fetal, oligohidramnios, aborto retenido o muerte fetal. Es decir, la medida seriada de la altura uterina durante el embarazo permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello se utilizo una curva de altura uterina en función de la edad gestacional.¹¹⁴⁻¹¹⁵ Se considera normal cuando esté en los percentiles 10 y 90 de la curva según edad gestacional y anormal, cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90, se recomienda tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc) y orientación nutricional, citar cada 15 días y consultar con especialista.

Equipo: Cinta métrica marca "Seca" con capacidad de medición de 2 metros.

Técnica: La mujer debe permanecer en decúbito dorsal con sus brazos extendidos a los lados de su cuerpo, proceder a descubrir el abdomen hasta sínfisis del pubis; generalmente la punta inicial de la cinta, se toma con la mano derecha entre el dedo medio e índice y se coloca en el punto de referencia fijo, o sea sínfisis del pubis, cuidando que la escala de centímetros quede en contacto con el abdomen, por otra parte, con la mano izquierda se continúa sujetando la cinta hasta encontrar la altura del fondo uterino, rechazando el panículo adiposo con la misma mano, realizar la lectura de la misma.

Maniobras de Leopold: Se emplean para valorar el abdomen de la madre e identificar las partes fetales.

Primera. Para conocer la presentación, cefálica, podálica. Después de determinar el contorno del útero, se palpa suavemente el fondo con las

puntas de los dedos de ambas manos y se trata de identificar el polo fetal que lo ocupa.

Segunda. Para identificar la posición derecha o izquierda del feto. La superficie palmar de ambas manos se coloca a los lados del abdomen y se hace presión suave pero profunda. En un lado se debe precisar un plano de gran resistencia que es la espalda y, en las otras, varias porciones irregulares que son los miembros fetales.

Tercera. Se debe identificar la parte fetal que se encuentra sobre el estrecho pélvico superior, sujetando con suavidad la porción inferior del abdomen, justamente o arriba de la sínfisis del pubis entre el pulgar y los dedos de la mano. Esta maniobra descubre información contraria a la obtenida en el fondo, y confirma parte de la presentación.

Cuarta Con los cinco dedos de una mano se toma la porción inferior del abdomen, por encima de la sínfisis pública. Si la parte que se presenta no está encajada, se palpa un cuerpo móvil que suele ser la cabeza. Si la parte que se presenta está encajada, esta maniobra indica que el polo inferior del feto está fijo y para precisar los detalles se procede con la siguiente maniobra.

Se valora el nivel de encajamiento. Con las puntas de los dedos se hace presión profunda en la dirección del eje superior. Si la parte que se presenta es la cabeza, una mano es detenida antes que la otra por un cuerpo redondo que es la prominencia cefálica, mientras que la otra mano desciende más profundamente.¹¹⁹

5.8.- CONCEPTOS OPERACIONALES

Para fines de este estudio se utilizaron las siguientes s definiciones operativas:

Violencia conyugal: Cuando la mujer recibió malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, de parte de su pareja en el medio familiar.

Unidas: cuando la mujer al momento de la entrevista, vivía con pareja de forma estable, del sexo opuesto, ya sea con o sin un documento legal que lo reconozca.

No unidas: Persona que al momento de la entrevista no vivía con pareja estable, esto es, se encontraba sola.

Violencia física: Cuando la mujer recibió daño físico en general, incluye golpes, agarrar fuerte, arrojar algún objeto, recibir patadas, bofetadas, tratar de ahorcarla o quemarla.

Violencia Psicológica: Si la gestante recibió menosprecio, insultos, amenazas, groserías, gritos, humillaciones, ignorar sus sentimientos, echarle la culpa de algo.

Violencia Sexual: Cuando la mujer fue obligada, forzada y/o amenazada a tener relaciones sexuales por su pareja.

Embarazo planeado: Si la mujer planeó y deseó el embarazo para el momento en que ocurrió el mismo.

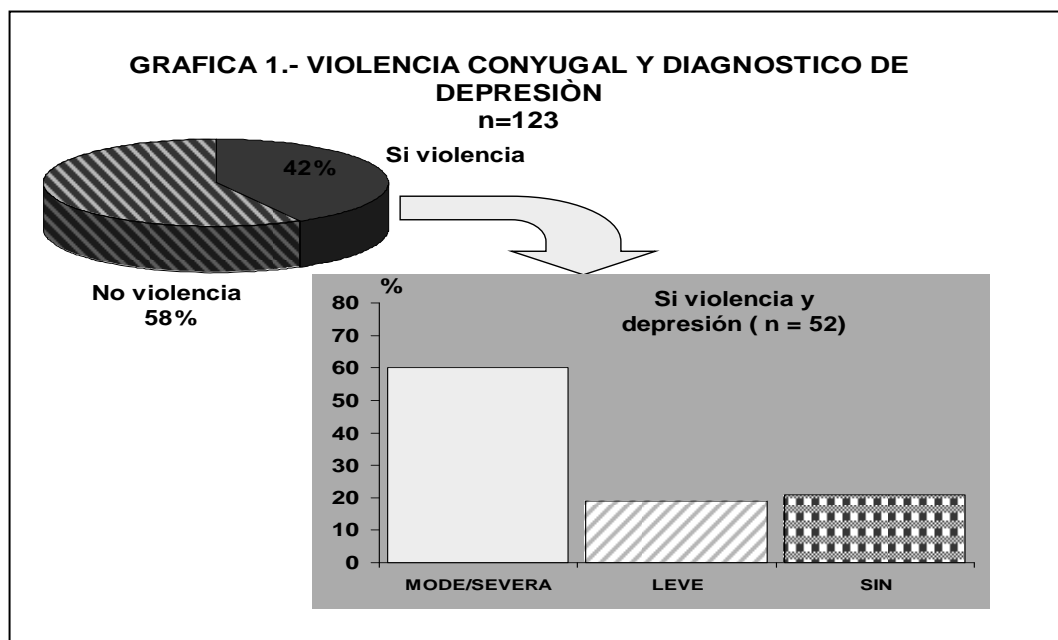
Embarazo no planeado: Cuando la mujer deseaba el embarazo para un tiempo posterior al actual.

Embarazo no deseado: Cuando la mujer no planeaba y no deseaba en lo absoluto el embarazo en el momento actual ni para otro momento.

Delito por Querrela: cuando la mujer víctima de violencia conyugal tiene que realizar la denuncia correspondiente a las autoridades, asiendo la acusación para que se ejerza una acción penal pero se requiere que la mujer sea parte en el proceso, de lo contrario no hay acción legal.

6.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se invitaron a participar a 162 mujeres, de las cuales se descartaron 41 por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos, quedando para el estudio 123 embarazadas: De las cuales 37 (30%) no tuvieron ningún tipo de depresión, 34 (28%) con depresión leve y 52 (42%) presentaron depresión moderada/severa. Para fines de este estudio, se integraron a los grupos de mujeres con diagnóstico de depresión moderada y severa, en virtud de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas de los dos grupos de gestantes (en el EPDS 19.71 ± 1.254 vs 14.00 ± 1.501 p menor a .000 (Scheffè)). Del total de mujeres que participaron en el estudio el 42% refirió haber sido víctima de al menos un tipo de violencia conyugal durante el embarazo, de estas más de la mitad presentaron una depresión de moderada a severa. (Gráfica 1)



Fuente: Cuestionario Experiencias adversas en la gestación, y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) de Cox aplicado por Maribel Mendoza Milo agosto 2006-julio 2007 en el Instituto Nacional de Perinatología

Descripción: La grafica nos muestra que el 42% del total de embarazadas refirió haber sido víctima de algún tipo de violencia conyugal, de las cuales el nivel de depresión fue de moderada/severa en más de la mitad.

Tabla 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

n=123

	DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO (EPDS*)						p**
	Depresión moderada/severa (n=52)		Depresión leve (n=34)		Sin Depresión (n=37)		
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	
EDAD (años)							
18 - 29	26	38	21	30	22	32	0.008
30 - 43	26	48	13	24	15	28	
ESCOLARIDAD							
< = Secundaria	20	43	12	26	15	30	0.900
> = Preparatoria	32	42	22	29	22	29	
OCUPACIÓN							
Remunerada	11	48	3	13	9	39	0.206
No remunerada	41	41	31	31	28	28	
TIPO DE FAMILIA							
Nuclear	19	38	15	30	16	32	0.727
Extensa	33	45	19	26	21	29	
NIVEL SOCIOECONOMICO+							
Bajo	26	37	22	31	22	31	0.376
Medio alto	26	49	12	23	15	28	
ESTADO CIVIL							
Unidas	31	35	30	33	29	32	0.727
No unidas	21	64	4	12	8	24	
PLANEÓ EMBARAZO							
Sí	18	42	14	32	11	26	0.009
No	34	43	20	25	26	32	
GESTACIONES							
1	16	39	9	22	16	39	0.285
2 a 6	36	44	25	30	21	25	
HIJOS VIVOS							
0	25	40	16	26	21	34	0.649
1 a 5	27	44	18	30	16	26	

* Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh

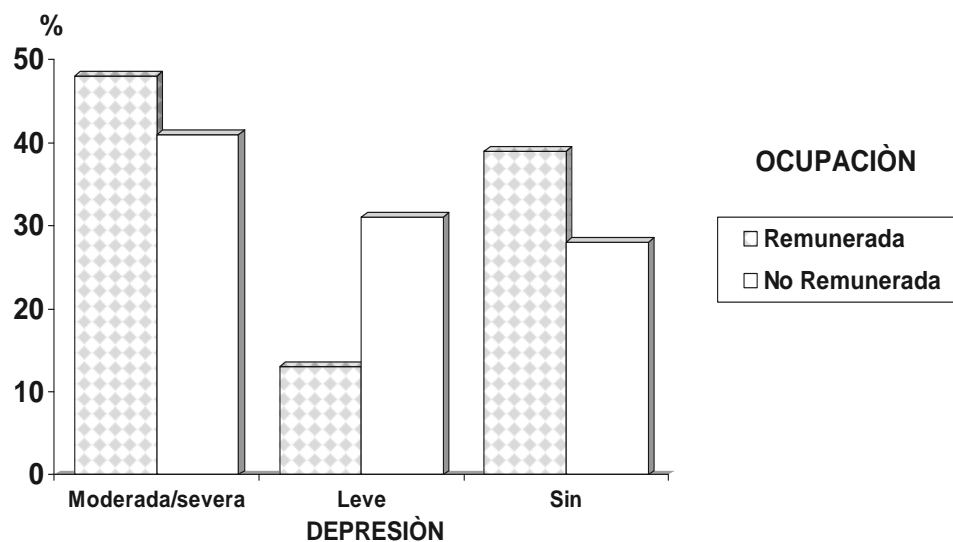
** Ji cuadrada de Pearson

+ (AMAI)

En la tabla 1 se observa, que no se obtuvieron diferencias significativas entre los tres grupos de depresión respecto a las variables sociodemográficas y obstétricas, lo que nos indica que los grupos no son distintos entre si, por lo que los factores etiológicos de la depresión durante el embarazo no involucran este tipo de factores.

Aun cuando hay una tendencia en el grupo de mujeres con diagnostico de depresión moderada/severa, en donde el nivel socioeconómico medio alto (mayor a dos salarios mínimos) tuvo mayor prevalencia 49% y el estado civil en un 64% las mujeres no estaban unidas conyugalmente; en el grupo que presento depresión leve, la ocupación no remunerada (dedicadas al hogar) fue mayor en un 31% de las mujeres contra el 13% que trabajaban (Gráfica 2)., de igual manera el nivel socioeconómico bajo (ingreso mensual de un salario mínimo) predomino en este grupo de depresión en un 31% y el 33% estaban unidas conyugalmente. (Gráfica 3)

GRAFICA 2.- OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN
n = 123

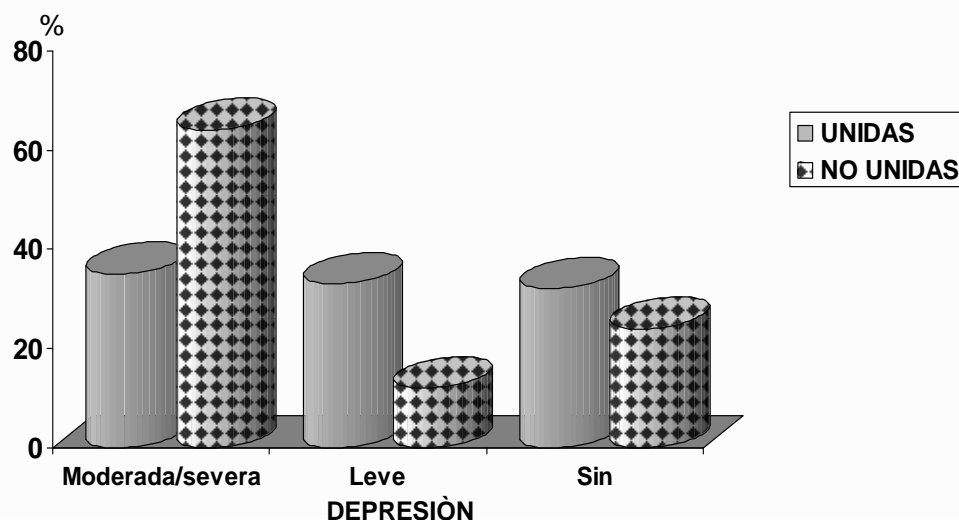


Fuente: Cuestionario de valoración de Enfermería aplicado por Maribel Mendoza Milo agosto 2006 a julio 2007 en el Instituto Nacional de Perinatología.

Descripción: La gráfica nos presenta que del total de mujeres con diagnostico de depresión moderada/severa el 41% no tenía una actividad remunerada, es decir se dedicaban al hogar.

GRAFICA 3.- ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES Y DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN

n = 123



Fuente: Mismo grafica 1.

Descripción: La gráfica nos muestra que del total de mujeres con diagnóstico de depresión moderada/severa el 64% no se encontraba con pareja estable, es decir no estaba unida conyugalmente.

La tabla 2 indica la frecuencia de violencia conyugal durante el embarazo en los grupos según el diagnóstico psicológico, que va de sin violencia a presentar los tres tipos de violencia conyugal (emocional, física y sexual).

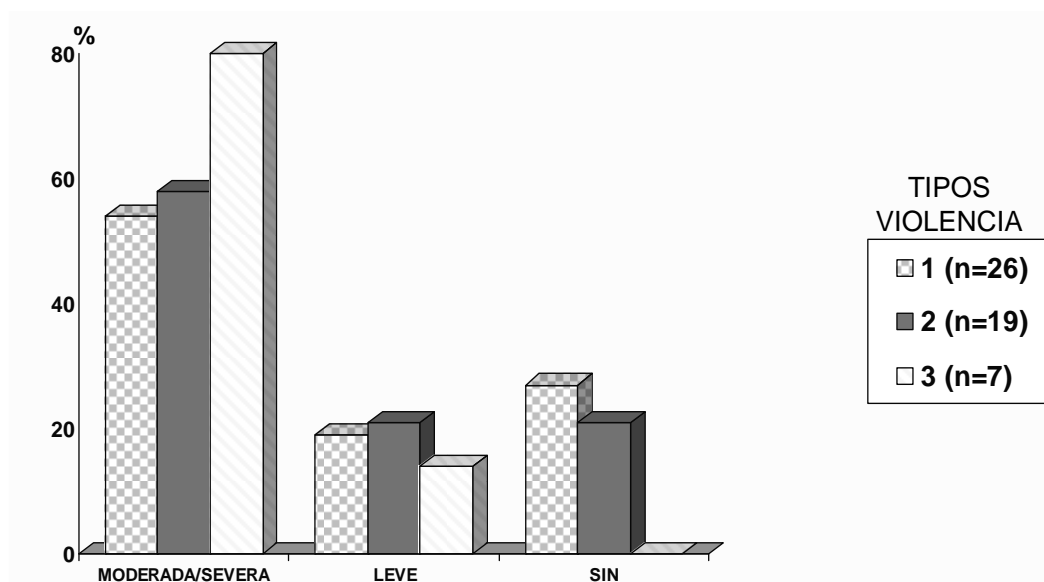
En los tres grupos de depresión se observa un porcentaje similar cuando no tuvieron violencia (29%, 34%, y 36%), sin embargo al interior se muestra que en el grupo con depresión moderada/severa el 86% tuvo de dos a tres tipos de violencia, comparado con el 54% que tuvo un solo tipo de violencia y el 58% que fue víctima de dos tipos de violencia conyugal durante su embarazo. Cuando la mujer tuvo dos y/o tres tipos de violencia se asoció con la presencia de algún diagnóstico de depresión, siendo estadísticamente significativo ($p=0.017$). (Gráfica 4)

Tabla 2.- FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL SEGÚN DIAGNOSTICO DE DEPRESION n=123

Fx de Violencia	DIAGNÓSTICO		PSICOLÓGICO		(EPDS*)		Total
	Depresión. moderada/severa (n=52)		Depresión leve (n=34)		Sin depresión (n=37)		
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	
Sin	21	29	24	34	26	36	71
1 tipo	14	54	5	19	7	27	26
2 tipos	11	58	4	21	4	21	19
3 tipos	6	86	1	14	0	0	7

*Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh

GRAFICA 4.- FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL SEGÚN DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN N =123



Fuente: Mismo Grafica 1.

Descripción: la grafica nos muestra que del total de las mujeres sufrieron tres tipos de violencia (emocional, física y sexual) durante el embarazo, el 86% presento depresión moderada/severa.

Al explorar la presencia de violencia conyugal y planeación del embarazo según el diagnóstico psicológico, como se observa en la tabla 3, indica que planear o no el embarazo puede cursar con o sin la presencia de violencia como se observa en el grupo con depresión moderada/severa en donde las mujeres que si tuvieron violencia y si planearon el embarazo representan el 60%, comparado con el 59% que si sufrió violencia y que no lo planeo, los porcentajes son similares. El grupo de mujeres con depresión leve, que no sufrieron violencia y sí planearon su embarazo fue de 44% contra el 29% de mujeres sin violencia, y que si planeo el embarazo, sin ser estadísticamente significativo.

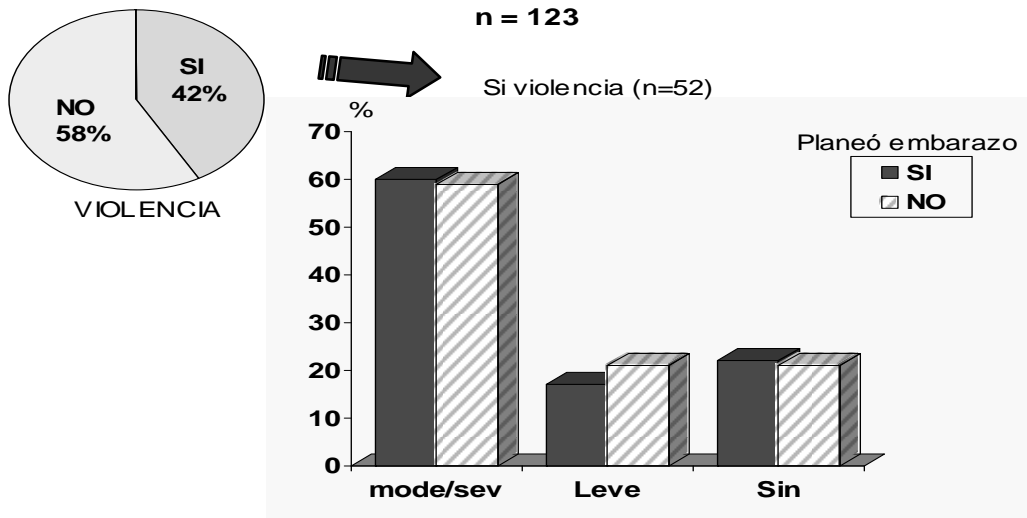
El 41% de las mujeres no presentaron depresión, no fueron victimas de violencia, y no planearon el embarazo contra el 28% de estas mismas mujeres que refirió si haber planeado el embarazo, aun cuando no fue estadísticamente significativo ($p=0.367$). (Gráfica 5)

Tabla 3. PRESENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL Y PLANEACIÓN DEL EMBARAZO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN
n=123

	DIAGNÓSTICO		PSICOLÓGICO (EPDS*)				p**
	Depresión moderada/severa (n=52)		Depresión leve (n=34)		Sin depresión (n=37)		
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	
<u>SÍ VIOLENCIA</u>							
Planeó embarazo (n=18)	11	60	3	17	4	22	0.942
No planeó embarazo (n=34)	20	59	7	21	7	21	
<u>NO VIOLENCIA</u>							
Planeó embarazo (n=25)	7	28	11	44	7	28	0.367
No planeó embarazo (n=46)	14	30	13	29	19	41	

* Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh
**ji cuadrada de Pearson

GRAFICA 5.- VIOLENCIA CONYUGAL Y PLANEACIÓN DEL EMBARAZO SEGÚN DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN
n = 123



Fuente: Cuestionario "Experiencias adversas en la gestación", y Cuestionario de valoración de Enfermería aplicado por Maribel Mendoza Milo agosto 2006-julio 2007 en el Instituto Nacional de Perinatología

Descripción: La gráfica nos muestra que del total de mujeres que refirió haber sido víctima de algún tipo de violencia conyugal, mas de la mitad presento depresión moderada /severa y el 59% no planeo el embarazo.

Al observar en tabla 4 las variables sociodemográficas y obstétricas según presencia de algún tipo de violencia conyugal durante el embarazo no se obtuvieron diferencias significativas entre las mujeres que tuvieron o no violencia respecto a las variables, sin embargo al interior en el grupo de mujeres que tuvieron algún tipo de violencia encontramos una inclinación mayor en las mujeres que no estaban unidas (no pareja estable) de aquellas que si estaban unidas conyugalmente (61% vs 36%, $p = 0.022$); caso contrario, en el grupo de mujeres que no tuvieron violencia el 64% estaban unidas vs 39% que no lo estaban (Gráfica 6) .El 45% de las mujeres que sufrieron violencia provienen de una familia extensa, el 48% por lo menos ya tenían un hijo vivo (Gráfica 7 y 8) y el 47% de estas mujeres tenía una escolaridad menor o igual a secundaria (Gráfica 9)

En las mujeres que no presentaron violencia el 62% provenía de una familia nuclear, y el 63% de las mujeres eran primigestas, sin ser estadísticamente significativo.

**Tabla 4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÈTRICAS
SEGÚN VIOLENCIA CONYUGAL
n=123**

	VIOLENCIA CONYUGAL				p**	RM**	IC (95%)***
	Sí * (n= 52)		No (n=71)				
	Fx	%	Fx	%			
EDAD (años)							
18 - 29	30	44	39	57	0.903	1,018	0.543-2.303
30 - 43	22	41	32	59			
ESCOLARIDAD							
< = Secundaria	22	47	25	53	0.540	1,349	0.647-2.813
> = Preparatoria	30	39	46	61			
OCUPACIÓN							
Remunerada	11	48	12	52	0.716	1,319	0.530-3.277
No remunerada	41	41	59	59			
TIPO DE FAMILIA							
Nuclear	19	38	31	62	0.542	0.742	0.356-1.547
Extensa	33	45	40	55			
NIVEL SOCIOECONÓMICO							
Bajo	29	41	41	59	0.972	0.922	0.448-1.899
Medio alto	23	43	30	57			
ESTADO CIVIL							
Unidas	32	36	58	64	0.022	0.358	0.157-0.814
No unidas	20	61	13	39			
PLANEÓ EMBARAZO							
Sí	18	42	25	58	0.902	0.974	0.459-2.063
No	34	42	46	58			
GESTACIONES							
1	16	39	25	61	0.746	0.817	0.380-1.755
2 a 6	36	44	46	56			
HIJOS VIVOS							
0	23	37	39	63	0.322	0.650	0.316-1.336
1 a 5	29	48	32	52			

* De uno a tres tipo de violencia

**ji cuadrada de Pearson

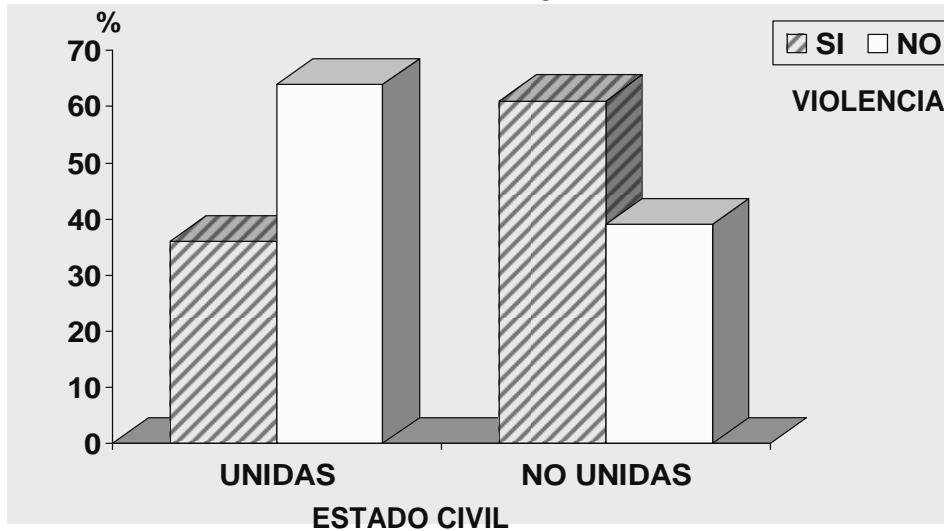
***Razón de Momios

****Intervalo de Confianza

+(AMAI)

GRAFICA 6.- ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES Y VIOLENCIA CONYUGAL

n = 123

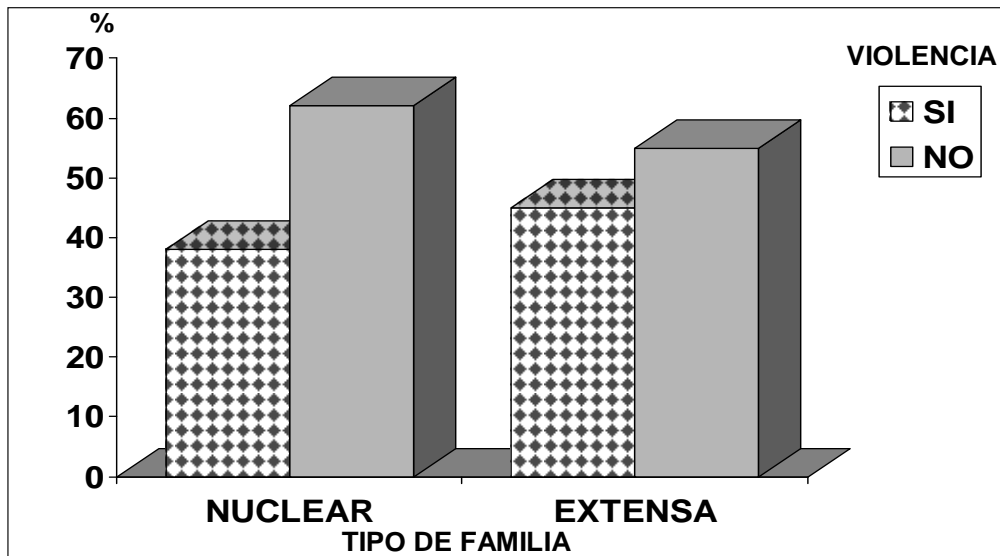


Fuente: Mismo Grafica 5

Descripción: La grafica muestra que del total de mujeres que fueron victima de algún tipo de violencia conyugal durante el embarazo, el 64% refirió no tener pareja estable es decir no estaba unida conyugalmente.

GRAFICA 7.- TIPO DE FAMILIA DE LAS MUJERES Y VIOLENCIA CONYUGAL

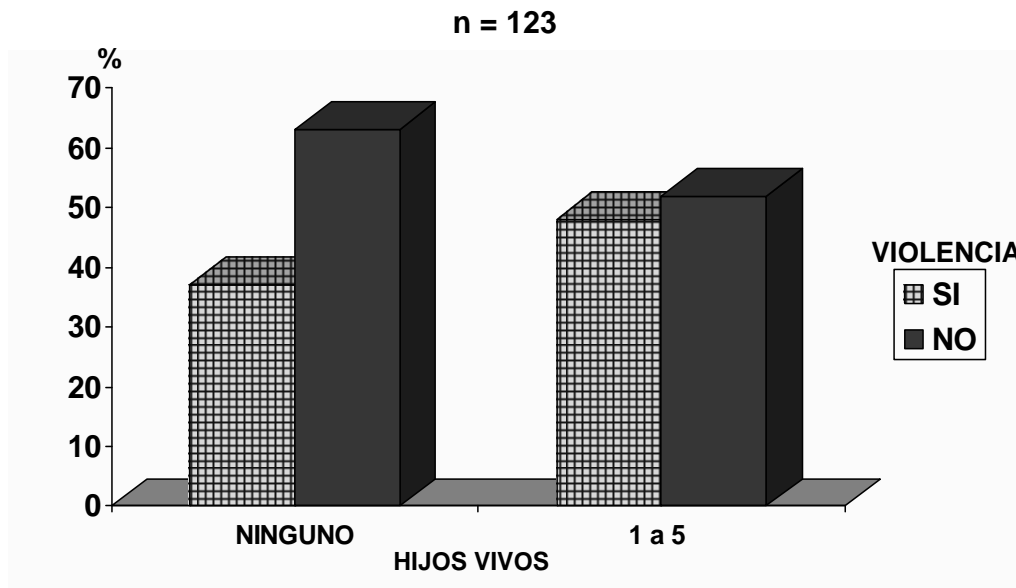
n = 123



Fuente: Mismo Grafica 5

Descripción: La grafica nos muestra que del total de mujeres que refirió haber sido victima de algún tipo de violencia conyugal durante el embarazo, el 47% provenía de una familia extensa.

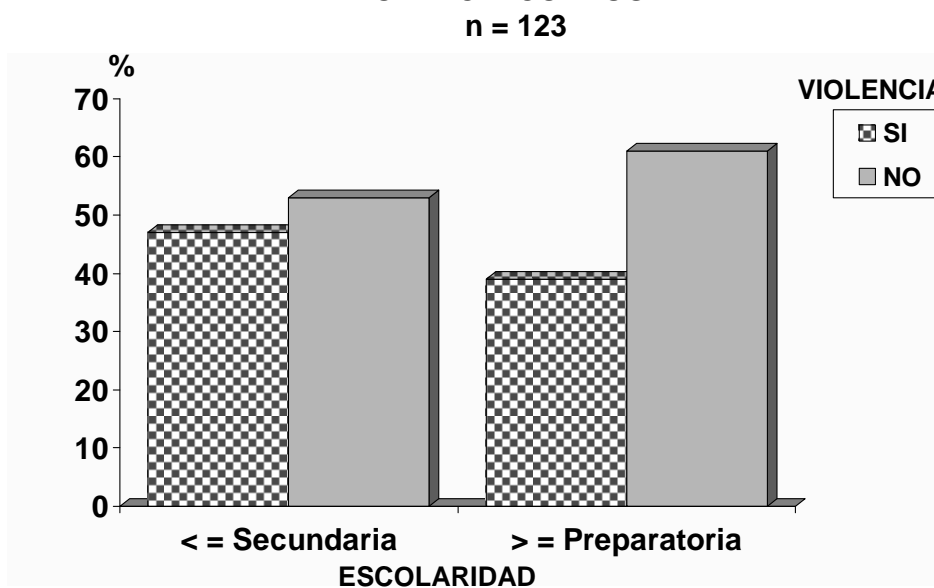
GRAFICA 8.- HIJOS VIVOS DE LAS MUJERES Y EPISODIO DE VIOLENCIA CONYUGAL



Fuente: Mismo gráfica 5.

Descripción: La grafica nos muestra que del total de mujeres que refirió haber sido victima de algún tipo de violencia conyugal durante el embarazo, el 48% de estas mujeres tenia de 1 a 5 hijos vivos.

GRAFICA 9.- ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES Y EPISODIO DE VIOLENCIA CONYUGAL



Fuente: Mismo Grafica 5

Descripción: La grafica nos presenta que del total de mujeres que refirió haber sido victima de algún tipo de violencia conyugal el 47% de estas tenía una escolaridad menor o igual a secundaria.

La tabla 5 nos indica que las mujeres que sufrieron de violencia conyugal en el embarazo (42%), cerca de la mitad presento depresión moderada/severa y fueron estas las gestantes que tuvieron en mayor proporción una autoestima baja siendo el 71%, en este mismo grupo de depresión moderada/severa también se observa que aun sin ser victima de violencia la autoestima de las mujeres sigue siendo baja aunque en menor porcentaje comparado cuando hubo eventos violentos (45%).

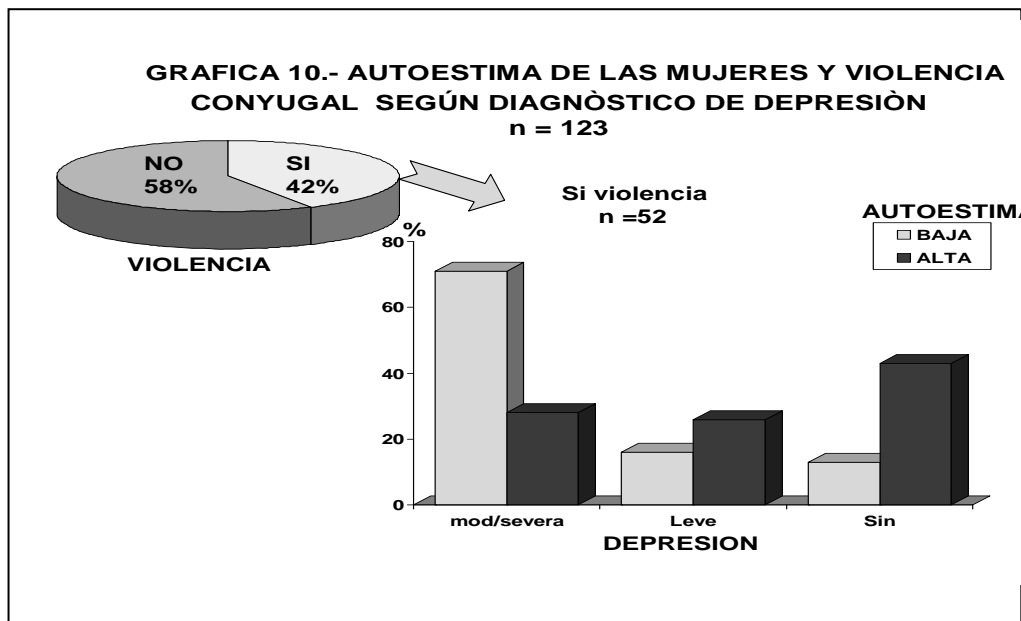
Cuando hay violencia conyugal presente se observa que la autoestima de las mujeres es alta en el grupo con depresión leve en un 29% y en el grupo sin depresión predomina la autoestima alta en un 43% (Gráfica 10).

Tabla 5. AUTOESTIMA DE LAS MUJERES Y VIOLENCIA CONYUGAL SEGÚN DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO
n=123

	DIAGNÓSTICO		PSICOLÓGICO (EPDS*)				
	Depresión moderada/severa (n=52)		Depresión leve (n=34)		Sin depresión (n=37)		p**
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	
<u>SÍ VIOLENCIA (n=52)</u>							
autoestima baja (n=38)	27	71	6	16	5	13	0.016
autoestima alta (n=14)	4	28	4	29	6	43	
<u>NO VIOLENCIA (n=71)</u>							
autoestima baja (n=31)	14	45	13	42	4	13	0.08
autoestima alta (n=40)	7	17	11	28	22	55	

* Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh

**ji cuadrada de Pearson



Fuente: Cuestionario "Inventario de autoestima de Coopersmith", "Experiencias adversas en la gestación" de y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg aplicados por Maribel Mendoza Milo de agosto-2006 a julio 2007 en el Instituto Nacional de Perinatología.

Descripción: Del total de mujeres que refirió haber sido víctima de algún tipo de violencia conyugal, el 71% se encontró en el grupo con depresión moderada/severa y más de la mitad presento una autoestima baja.

La tabla 6 muestra las características sociodemográficas y obstétricas según la planeación del embarazo. En las mujeres que si planearon el embarazo respecto a las gestantes que no lo planearon, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas.

Sin embargo, en las que sí planearon su embarazo, se encontró una mayor tendencia cuando pertenecieron a una familia nuclear en un 44% y 29% a familia extensa ($p=0.122$) así como en el nivel socioeconómico alto en el 54%.

Al explorar a quienes no planearon el embarazo se observó que en un 70% de estas mujeres tenían entre 18 y 29 años de edad (Gráfica 11), un 75% de estas tenían una escolaridad menor o igual a la secundaria, y el 63% tenía un nivel socioeconómico bajo (Gráfica 12) y el 71% provenía de una familia extensa, lo cual nos indica que estas variables pueden ser factores etiológicos de el no planear el embarazo (Gráfica 13).

Tabla 6. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN PLANEACION DEL EMBARAZO

n=123

	PLANEACION DEL EMBARAZO							
	SI (n=43)		NO (n=80)		p**	RM**	IC (95%)***	
	Fx	%	Fx	%				
EDAD (años)								
18 - 29	21	30	48	70	0.318	0.636	0.301-1.342	
30 - 43	22	41	32	59				
ESCOLARIDAD								
< = Secundaria	12	25	35	75	0.126	0.497	0.223-1.107	
> = Preparatoria	31	41	45	59				
OCUPACIÓN								
Remunerada	4	17	19	83	0.086	0.329	0.104-1.040	
No remunerada	39	39	61	61				
TIPO DE FAMILIA								
Nuclear	22	44	28	56	0.122	1,945	0.915-4.135	
Extensa	21	29	52	71				
NIVEL SOCIOECONOMICO+								
Bajo	20	47	50	63	0.129	0.521	0.246-1.105	
Medio alto	23	54	30	38				
ESTADO CIVIL								
Unidas	38	42	52	58	0.009	4,092	1.447-11.571	
No unidas	5	15	28	85				
GESTACIONES								
1	10	24	31	76	0.124	0.478	0.207-1.107	
2 a 6	33	40	80	65				
HIJOS VIVOS								
0	21	34	41	66	0.947	0.907	0.432-1.905	
1 a 5	22	36	39	64				

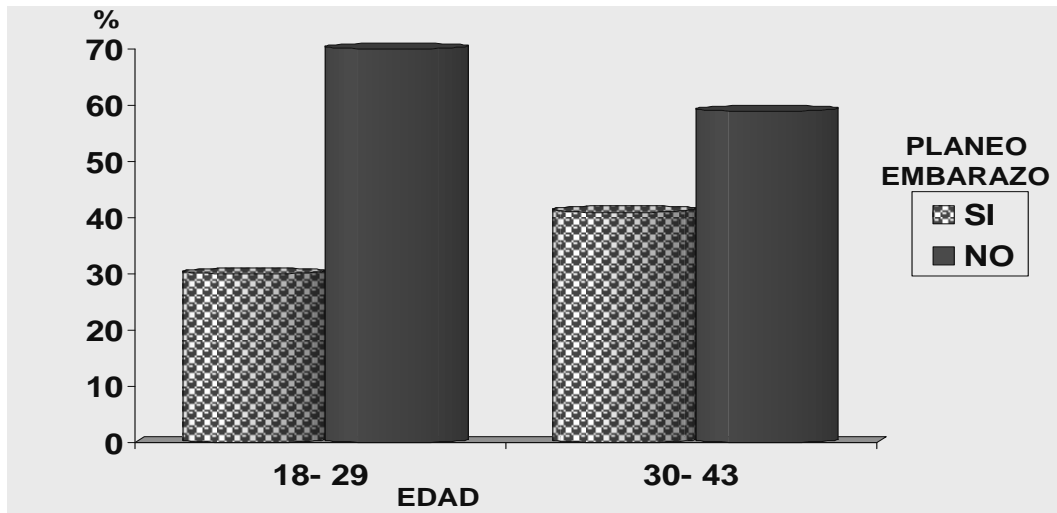
*ji cuadrada de Pearson

**Razòn de Momios

***Intervalo de Confianza

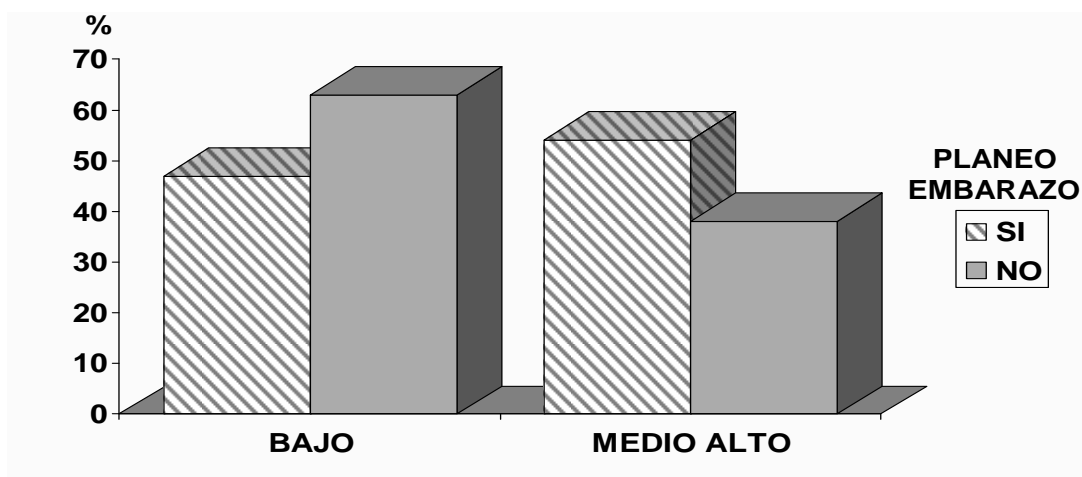
+ (AMAI)

GRAFICA 11.- EDAD DE LAS MUJERES Y LA PLANEACIÓN DEL EMBARAZO
n = 123



Fuente: Cuestionario de valoración de Enfermería aplicado por Maribel Mendoza Milo agosto 2006- julio 2007 en el Instituto Nacional de Perinatología
Descripción: La gráfica nos muestra que del total de mujeres que refirió no haber planeado el embarazo el 70% tenía entre 18 y 29 años de edad.

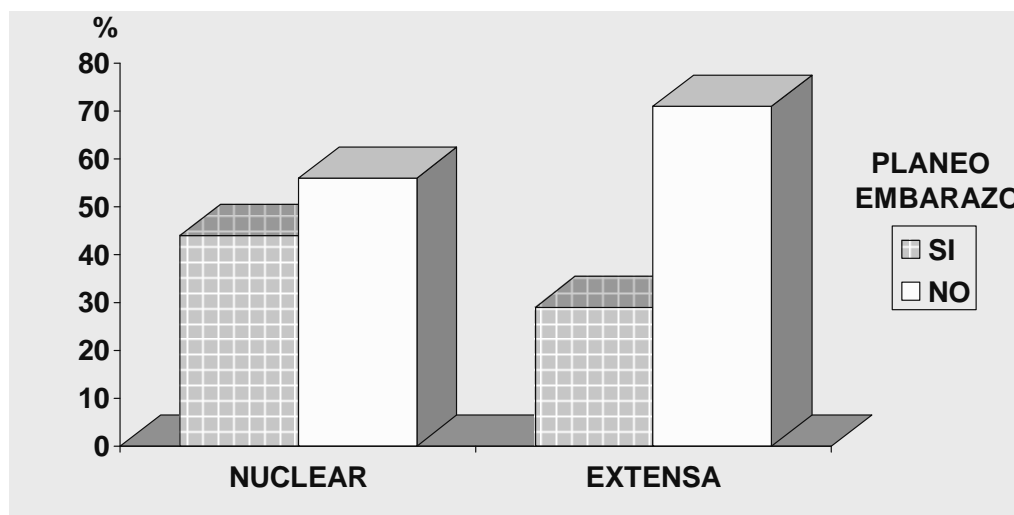
GRAFICA 12.- NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES Y PLANEACIÓN DEL EMBARAZO
n = 123



Fuente: Mismo gráfica 11
Descripción: La gráfica nos muestra que del total de mujeres que refirió no haber planeado el embarazo el 63% tenía un nivel socioeconómico bajo.

GRAFICA 13.- TIPO DE FAMILIA DE LAS MUJERES Y PLANEACIÓN DEL EMBARAZO

n = 123



Fuente: Mismo gráfica 11

Descripción: La gráfica muestra que del total de mujeres que refirió no haber planeado el embarazo, el 71% provenía de una familia extensa.

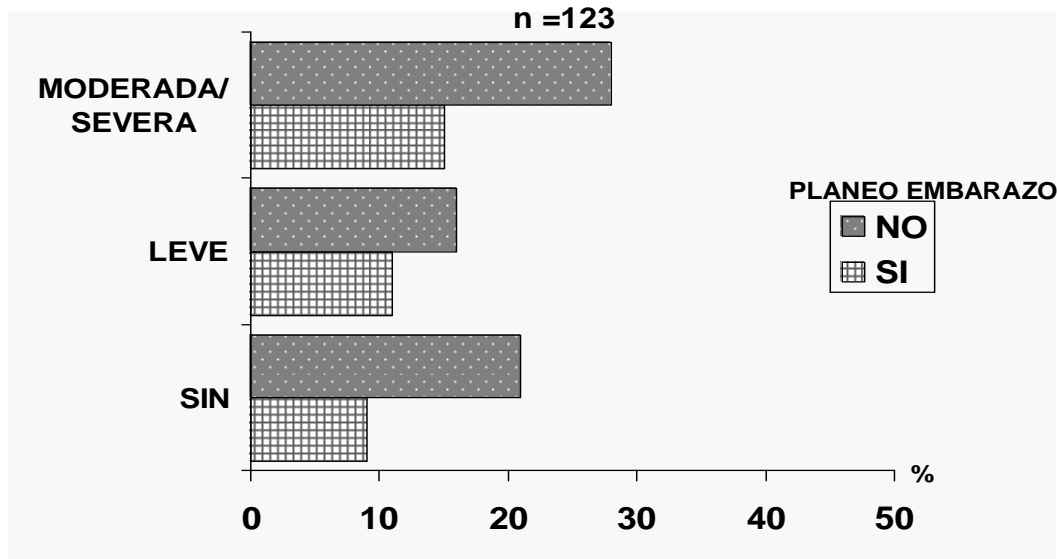
TABLA 7.- PLANEACIÓN DEL EMBARAZO Y DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN

n=123

	DIAGNÓSTICO		PSICOLÓGICO *			
	Depresión moderada/severa (n=52)		Depresión leve (n=34)		Sin depresión (n=37)	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI PLANEAO	18	15	14	11	11	9
NO PLANEAO	34	28	20	16	26	21

* Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh

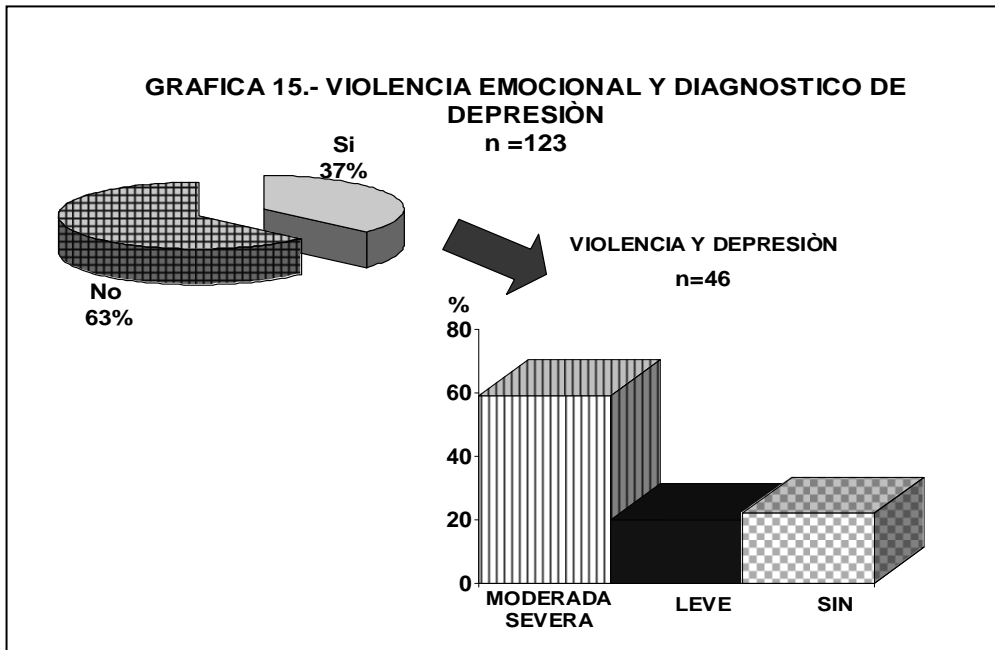
GRAFICA 14.- PLANEACIÓN DEL EMBARAZO Y DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN



Fuente: Cuestionario de valoración de Enfermería, y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh
 Descripción: La gráfica nos muestra que del total de mujeres que refirió no haber planeado el embarazo el 28% presento depresión moderada/severa.

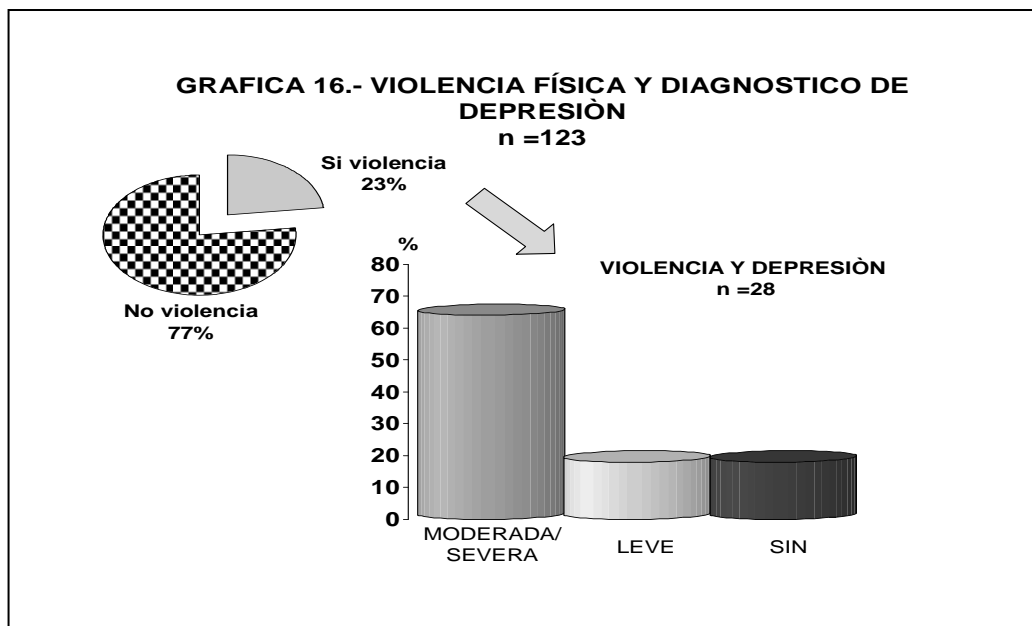
TABLA 8.- TIPO DE VIOLENCIA CONYUGAL SEGÚN DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN*
 n=123

TIPO VIOLENCIA	Depresión moderada/severa (n=52)		Depresión leve (n=34)		Sin depresión (n=37)		Total
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	
Sin violencia	21	29	24	34	26	36	71
Emocional	11	55	4	15	6	30	21
Física	2	50	1	25	1	25	4
Sexual	1	100	0	0	0	0	1
Emocional+ Física	10	59	3	18	4	24	17
Emocional+ Sexual	1	50	1	50	0	0	2
Emocional+ Física+ Sexual	6	86	1	14	0	0	7



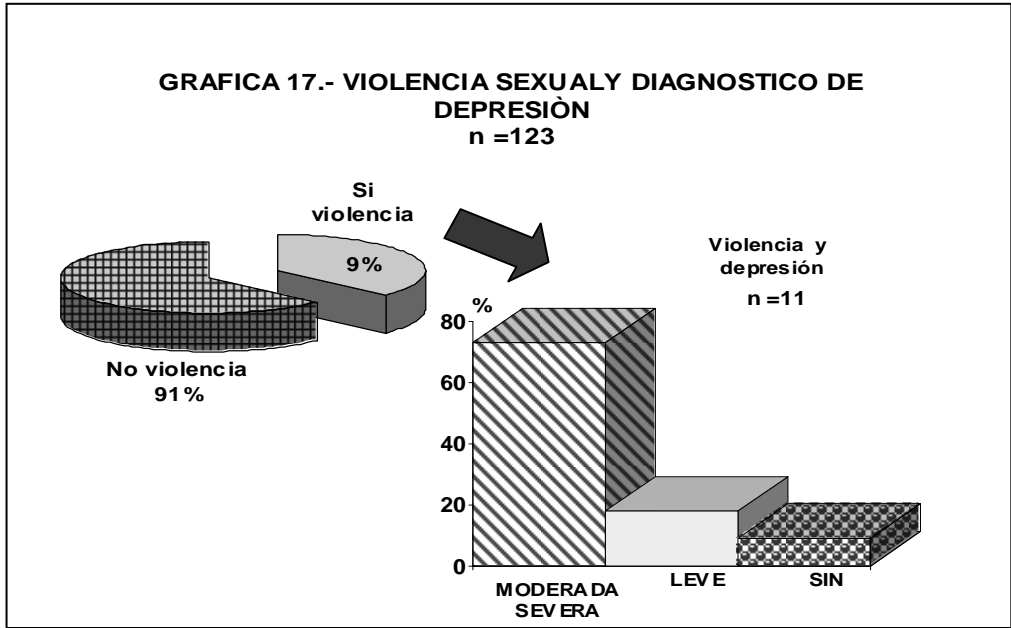
Fuente: Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, y cuestionario "Experiencias adversas en la gestación" de aplicados por Maribel Mendoza Milo de agosto-2006 a julio 2007 en el Instituto Nacional de Perinatología.

Descripción: La grafica muestra que el 37% del total de mujeres refirió haber sido victima de violencia emocional durante el embarazo, de estas mas de la mitad presento una depresión moderada/severa.



Fuente: Mismo gráfica 15

Descripción: La grafica nos presenta que el 9% del total de mujeres refirió haber sido victima de violencia sexual por parte de su pareja durante el embarazo, de las cuales el nivel de depresión fue de moderada/severa en más de la mitad de las gestantes.



Fuente: Mismo gráfica 15

Descripción: La gráfica nos muestra que el 23% del total de mujeres refirió haber sido víctima de violencia física durante el embarazo, de estas más de la mitad presento depresión moderada/severa.

**TABLA 9.-VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y OBSTETRICAS Y
 AUTOESTIMA DE LAS MUJERES
 n=123**

	AUTOESTIMA*				p**	RM***	IC (95%)****
	BAJA (n=69)		ALTA (n=54)				
	Fx	%	Fx	%			
EDAD (años)							
18 - 29	38	55	31	45	0.939	0.909	0,443-1.865
30 - 43	31	57	23	43			
ESCOLARIDAD							
< = Secundaria	28	60	19	40	0.671	1,258	0.602-2.628
> = Preparatoria	41	54	35	46			
OCUPACIÓN							
Remunerada	10	43	13	57	0.262	1,870	0.748-4.673
No remunerada	59	59	41	41			
TIPO DE FAMILIA							
Nuclear	31	62	19	38	0.365	1,502	0.722-3.127
Extensa	38	52	35	48			
NIVEL SOCIOECONÓMICO							
Bajo	41	59	29	41	0.651	1,262	0.615-2.590
Medio alto	28	53	25	47			
ESTADO CIVIL							
Unidas	49	54	41	46	0.685	0.776	0.344-1.750
No unidas	20	60	13	40			
PLANEEO EMBARAZO							
Si	22	51	21	49	.537	1,359	0.645-2.865
No	47	59	33	41			
GESTACIONES							
1	21	51	20	49	0.563	0.743	0.350-1.580
2 a 6	48	59	34	41			
HIJOS VIVOS							
0	31	50	31	50	0.233	0.605	0.295-1.241
1 a 5	38	62	23	38			

* Inventario de Autoestima de Coopersmith

**ji cuadrada de Pearson

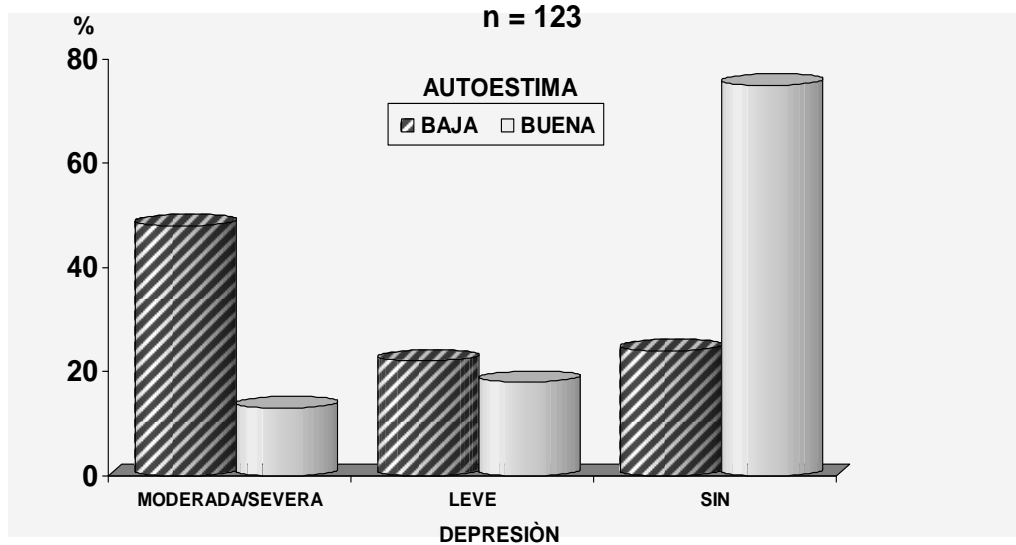
***Razòn de

Momios

****Intervalo de Confianza

+ (AMAI)

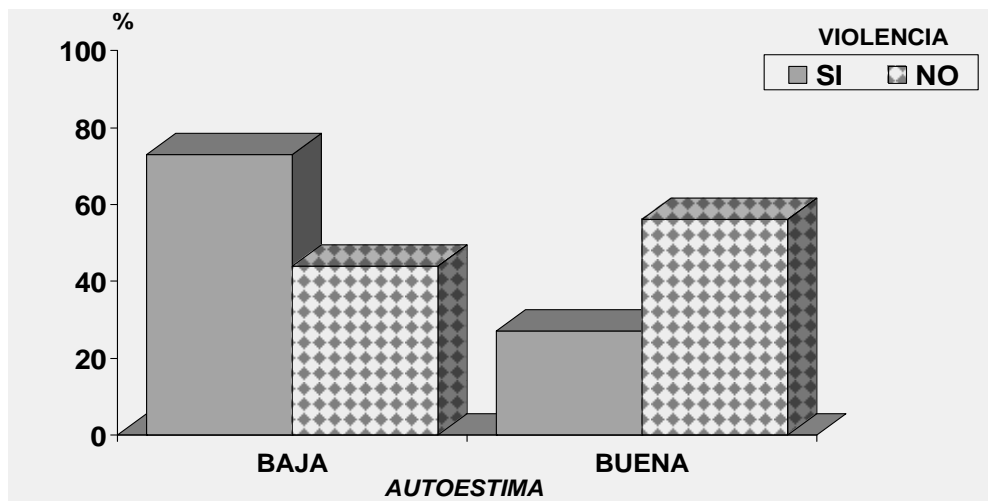
GRAFICA 18.- AUTOESTIMA DE LAS MUJERES Y DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN



Fuente: Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh aplicados por Maribel Mendoza de Agosto-2006 a julio-2007 en el Instituto Nacional de Perinatología.

Descripción: Es muy interesante que del total de mujeres que presentaron depresión moderada/severa el 48% tenía una autoestima baja, contrastando con las mujeres que no tenían depresión, de las cuales el 75% tenía un autoestima buena.

GRAFICA 19.- AUTOESTIMA DE LAS MUJERES Y EPISODIO DE VIOLENCIA CONYUGAL n = 123



Fuente: Inventario de Autoestima de Coopersmith y cuestionario de "Experiencias adversas en la gestación" de aplicados por Maribel Mendoza Milo de agosto-2006 a julio 2007 en el Instituto Nacional de Perinatología.

Descripción: La gráfica nos muestra que del total de las mujeres que refirió haber sido víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo, el 73% tenía una autoestima baja.

7.- DISCUSION

En el presente estudio, llama la atención que los grupos según el diagnóstico psicológico (sin depresión, leve y moderada/ severa) no fueron distintos entre sí en lo que respecta a edad, ocupación, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, tipo de hogar, número de gestaciones e hijos vivos, por lo que se puede decir que los factores etiológicos de la depresión durante la gestación no involucran este tipo de factores, lo que apoya a Lara (2006), en un estudio semejante al nuestro ⁹³, aun cuando se encontró una tendencia en el grupo con depresión moderada/severa donde el nivel socioeconómico medio alto fue el que predominó dentro de este grupo, contrario a lo referido por la literatura, ¹²⁰⁻²¹² por otro al analizar el estado civil de este mismo grupo de mujeres encontramos que en las mujeres no unidas conyugalmente se incrementa el porcentaje sobre las unidas, como lo reportado por Luna (2006), y Rojtenberg (2001) por lo que se puede considerar que el no vivir con pareja estable durante el embarazo es un factor de riesgo para la presencia de depresión en la gestación.

Con respecto a la violencia conyugal y la asociación de esta con la depresión, se pensaba que las mujeres con episodios de violencia durante el embarazo tendrían mayor riesgo de presentar depresión, lo cual se confirma en este estudio, presentándose mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia dentro del grupo con depresión moderada/severa, resultados que concuerdan con los encontrados por Hawke (2000) y Nuñez (2003).

En general, la violencia conyugal (emocional, física y sexual) durante el embarazo fue del 42%, porcentaje alto con relación a lo que refieren diversos autores como Paredes (2005), Arcos (2000) y Rivas (2001) pero, más bajo comparado con Chile ¹²². Presentándose en mayor porcentaje la violencia emocional, caracterizado por groserías a gritos, y humillaciones verbales; lo que hace pensar que la mujer vive en constante estrés y temor lo que se traduce como un riesgo para la mujer y el recién nacido similar a lo referido por Zapata (2006).

La mayor incidencia violencia conyugal se encontró en las mujeres que tenían una escolaridad menor o igual a secundaria, se dedicaban al hogar es decir no tenían una actividad remunerada, pertenecían a una familia extensa, no estaban unidas conyugalmente, tenían de uno a 5 hijos vivos, resultados que coinciden con otro estudio realizado por Núñez en Costa Rica (2003) por lo que consideramos que estas variables son factores de riesgo importantes para que la mujer sea víctima de violencia durante el embarazo.

Al analizar la variable planeación del embarazo, el grupo con diagnóstico de depresión leve se relaciona con el hallazgo de que las mujeres si planearon su embarazo, resultados que no coinciden con los obtenidos por Alvarado (2000), en los que el no planear el embarazo incrementa considerablemente la presencia de depresión psicológica durante la gestación.

La prevalencia de alcohol, tabaquismo y drogas no fue significativa en el estudio, solo 5 mujeres refirieron haber ingerido alcohol relacionado con la violencia y 4 consumo de drogas. Asimismo, al relacionar la depresión con esta ingesta encontramos que 5 mujeres consumieron alcohol y 21 con tabaquismo. Resultados semejantes a los obtenidos en otra investigación realizada en Costa Rica (2004), donde no se encontró relación entre estos hábitos y ser víctima de violencia, así como la presencia de diagnóstico de depresión.

8.- CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo fue identificar la asociación entre la violencia conyugal y la presencia de depresión en el embarazo, basados en los resultados obtenidos observamos que el 60 % del total de mujeres fue víctima de violencia conyugal y presentó depresión moderada/severa, lo cual es alarmante ya que nos refiere que el ser víctima de algún tipo de violencia durante el embarazo es un factor importante para desarrollar un cuadro depresivo en el embarazo, y por consiguiente aumenta la probabilidad de presentar una depresión posparto afectando la relación entre el binomio madre-hijo, además de que afecta severamente la calidad de vida de la madre durante la etapa prenatal y por lo tanto del producto.

La violencia conyugal se asoció en mayor proporción con diagnóstico de depresión cuando la mujer cuando fue víctima de dos o tres tipos de violencia simultáneamente, comparado con las mujeres fueron víctimas de un solo tipo de violencia, siendo estadísticamente significativo, por lo tanto las mujeres que sufren de un solo tipo de violencia son personas a las cuales se debe enfatizar la atención y la orientación, evitando que la violencia aumente y repercuta en la probabilidad de presentar depresión.

No se encontró ninguna relación entre las mujeres que si planearon su embarazo y las que no lo planearon, independientemente de haber sufrido de algún tipo de violencia conyugal, encontrándose porcentajes similares entre estos dos grupos de mujeres, por lo que podemos concluir que el embarazo no planeado puede presentarse tanto en mujeres que sufren violencia conyugal como por las que no son violentadas.

Llama la atención que el porcentaje de mujeres que si presentaron violencia conyugal y no planearon el embarazo, fue menor en comparación con las mujeres que no tuvieron violencia conyugal y tampoco planearon el embarazo ; resultados contrarios a lo esperado y lo

reportado por la literatura, donde tener un embarazo no planeado estuvo significativamente relacionado con ser víctima de algún tipo de violencia conyugal²¹. No hay que tomar a la ligera este fenómeno ya que diversos autores han reportado que cuando el embarazo es no planeado, es cuatro veces más probable que se presente la violencia conyugal contra la mujer, lo que pone de manifiesto que el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia conyugal.

Algo muy interesante fue que las gestantes que fueron víctimas de algún tipo de violencia conyugal y que si presentaron diagnóstico de depresión, en más de la mitad observamos un autoestima baja, lo que quizá, aumente la probabilidad de que la mujer tenga un auto cuidado deficiente, no acuda a las consultas prenatales y no siga indicaciones médicas, redundando en la salud del producto y de la propia madre.

Es importante mencionar que las mujeres que fueron víctimas de violencia conyugal durante su embarazo, en casi la mitad de ellas la escolaridad fue de menor o igual a la secundaria y provenían de una familia extensa en donde en un hogar habitan hasta 10 personas, por lo que se concluye que el tener un nivel de escolaridad bajo y provenir de una familia extensa son factores importantes para que las mujeres sean víctimas de violencia conyugal, ya que limita su desarrollo profesional, y de alguna manera la mantiene en la relación de pareja, aun siendo esta maltratada por el cónyuge, esto debido al no poder sustentar por ella misma los aspectos económicos del hogar y de los miembros de la familia, por lo tanto permanece en la relación y perpetua el maltrato.

Algo que llama la atención fue que en un 60% de las mujeres que sufrieron violencia conyugal, al momento de la entrevista su estado civil era no unida, es decir no se encontraba unida conyugalmente con el padre del producto, por lo que es preocupante ya que las mujeres que no se encuentran en unión conyugalmente son las que más presentaron

episodios de violencia, por lo tanto concluimos que la violencia pudo existir antes del embarazo o el embarazo fue el detonante de la violencia y por lo tanto fue la causa de la separación, o se encuentran dentro de una relación en donde solo el hombre busca a la mujer para maltratarla y continuar con los episodios de violencia, en donde el ciclo de la violencia permanece durante todo el embarazo y posteriormente.

episodios de violencia, por lo tanto concluimos que la violencia pudo existir antes del embarazo o el embarazo fue el detonante de la violencia y por lo tanto fue la causa de la separación, o se encuentran dentro de una relación en donde solo el hombre busca a la mujer para maltratarla y continuar con los episodios de violencia, en donde el ciclo de la violencia permanece durante todo el embarazo y posteriormente.

9.- LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación presentó varias limitantes; en primer lugar el tiempo fue insuficiente, en virtud de que se realizó solo durante los 12 meses del servicio social, por lo que la muestra no fue lo suficientemente amplia como se hubiera querido, razón por la cual, no se pudo llevar seguimiento de las mujeres y por lo tanto, conocer las posibles complicaciones durante el parto, puerperio y las características del recién nacido.

Los resultados de este estudio, indican con claridad que las mujeres que sufren violencia durante el embarazo tienen un factor de riesgo importante de presentar depresión, por lo que se recomienda se realicen más estudios de esta índole, con muestras más grandes, hacer un diseño de investigación prospectivo que nos permita de alguna manera obtener datos suficientes, y una prevalencia más clara de la asociación entre depresión y violencia conyugal en gestantes.

Por otro lado se recomienda se realicen estudios con las mujeres que aun siendo violentadas durante el embarazo no presentaron algún diagnóstico de depresión, lo cual es preocupante por lo que se debe enfocar en profundizar en otros factores que intervienen, lo cual involucra a los factores sociales, antropológicos, y culturales de estas mujeres.

El reto es coadyuvar a la prevención y disminución de la violencia conyugal y promover estilos de vida saludables, asimismo realizar nuevas investigaciones en el tema, que permitirán conocer la magnitud del problema, para que las enfermeras estén en condiciones de afrontarlo mejor, y tomar decisiones para su prevención y atención integral de los

involucrados, incluyendo la anotación en la hoja de enfermería del apartado referente a la presencia de violencia conyugal; dado que es un grupo vulnerable, que se identifica más con las enfermeras, por lo tanto pueden establecer una vía de comunicación basada en la confianza y el respeto, tomando en cuenta a la pareja y a los hijos, en beneficio de la mujer y del producto. Por otro lado es importante promover la capacitación del personal de enfermería, médico, y de trabajo social, proporcionar orientación médica, psicológica y jurídica que resulte necesaria a las víctimas y a sus agresores, a las instituciones adecuadas para su atención y lograr su paulatino abatimiento.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Loreto BM. **Prevención de la delincuencia y la violencia a nivel comunitario en las ciudades de América latina y el caribe. Violencia contra la mujer.** Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial de Desarrollo. Washington, DC, 2005.
- 2.- Nasir K, et al. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. **“Pregnant women more likely to experience violence”.** Cited by Feminist Majority Foundation. Jun 24, 2003.
- 3.- Paredes S, MC, Villegas A, Meneses A, Rodríguez E, Reyes L, Anderson N. **Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México.** Salud Publica Mex 2005; 47(5):335-41.
- 4.- **Muertes maternas y violencia intrafamiliar contra las mujeres: repensando la salud materna en los objetivos de Desarrollo del Milenio.** Hoja informativa de la Organización Panamericana de la Salud. 2005.
- 5.- Heise L, Garcia-Moreno C. **Violence by intimate partners.** En Krug I, Dahalberg y J.A. Mercy (eds), World Report in violence and Health. Ginebra: World Health Organization. 2002; 88-121.
- 6.- Arcos E, Molina I, Repossi F, Uarac M, Ritter P, Arias L. **Detección de Violencia Domestica en Mujeres Embarazadas.** Instituto de Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, 2000.
- 7.- Castro R, Ruiz A. **Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México.** Rev. Salud Pública 2004; 38; 1.
- 8.- Pallito C, Ocampo P. **Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia.** International Family Planning Perspectives, 2004,30(4):165-73.
- 9.- Rivas S. **Violencia doméstica contra la mujer. Una vergonzosa realidad.** Otras Miradas, Universidad de los Andes. 2001; 1:77-96
- 10.- Olaiz G, Rojas R, Valdéz R, Franco A, Palma O. **Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México.** Revista de Salud Pública 2006; 48:232-37.
- 11.- Rolando F. **Donde más duele. “violencia en el embarazo”.** Revista de Enfermería del Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina, 2003; 14:1-6.

- 12.- Misri, SK. **Pregnancy blues : what every woman needs to know about depression during pregnancy.** 2005 ; Canadá : Delta. En: luna M, Otárola F, Almendras M, Jara LM, Chuquizuta C. **La depresión no respeta la gestación.** Revista de Psiquiatría y Salud Mental, Hermilio Valdizan 2006.
- 13.- Johanson R, Chapman G, murray D, et al.**The north,staffordshire Maternity Hospital Prospective study of Pregnancy-associated depression.**J Psychosom Obstet Gynecol 2000;21:93-7.
- 14.- Rojtenberg S. **Mujer: Vulnerabilidad, depresión y ansiedad.** En: Depresiones y antidepresivos. Edit Panamericana 2001.
- 15.- Blehar, MC, Oren DA .**Gender differences in la depression.** Medscape Mujeres`s Salud, Revised de: Las mujeres`s aumentad vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology y epidemiology depression, 1997; 2 :3.
- 16.- Lara MA, Navarro C, Navarrete L. **Seguimiento a dos grupos de intervención psico-educativa para mujeres con síntomas de depresión en servicios de salud para población abierta.** Salud Mental Mex 2003; 26:27-37.
- 17.- Frenk J. Observatorio de la Salud. **Economía y Salud, actualización y temas emergentes, Necesidades, Servicios y Políticas.** Fundación Mexicana Para la Salud, 1997:83-89.
- 18.- Hawke A, Behn-Claudio P. **La violencia doméstica contra mujeres y niñas.** Innocenti digest.: Centro de investigaciones innoceti de UNICEF; florencia –italia 2000, no 6.
- 19.- Heding LW, Janson PO. **Violencia domestica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos.** Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79 (8):625-30.
- 20.- **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer.** Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza 2005.
- 21.- Riquer F, Saucedo I, Bedolla P, **Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de Salud pública.** The Population Council-Edamex1996:247-281.
- 22.- Diario Oficial de la Federación. **Primera Sección. Sobre Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar,** México 1996:50-55.

- 23.- Diario Oficial de la Federación. **Primera Sección, Capítulo III- Artículo 323, Sobre Nuevas Reformas Civiles y Penales sobre Violencia Intrafamiliar para el D.F.** México 1997; p. 2-7.
- 24.- **Norma Oficial Mexicana NOM-190-ssa1-1999, Prestación de servicios de Salud.** Criterios para la atención medica de la violencia familiar.
- 25.- Heise, L. **Reproductive freedom and violence Against women: What are the intersections?** The Journal of Law, Medicine and Ethics, 1993; 27.
- 26.- Bowen A, Muhajarine N. **Antenatal depression.** Can Nurse. 2006;102: 26-30.
- 27.- Flynn H. **¿Depression in pregnancy undertreated?** General Hospital Psychiatry. University of Michigan Health Sistem. 2006; 28:289-95.
- 28.- Olds B.S, London L.M, Ladewig A.P. **Cambios físicos y fisiológicos del embarazo. Capitulo 9 Enfermería materno infantil.** Un concepto integral. Editorial Interamericana. México 2002, p 216-34.
- 29.- **Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española.**
- 30.- Bachman, R. y L. Saltzman. **Violence against Women: Estimates from the Redesigned Survey, US Bureau of Justice Statistics.** Special Report. NCJ-154348. U.S. Government Printing Office. Washington. D.C 1995.
- 31.- Lozano A.R. **La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México.** Fundación Mexicana para la Salud. Centro de Economía y Salud. Documento presentado en el Seminario Violencia Domestica en América Latina y el Caribe. Costos. Programas y Políticas.1997.
- 32.- National Crime Victimization Survey (NCVS). **Bureau of Justice Statistics (BJS).** 1992-96
- 33.- Matud P, **Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja.** Comunitat Valenciana. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia. España 2006:5-57.
- 34.- Valdéz R, Sanin L H. **La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer.** Salud Pública Mex 1996; 38:352-62

- 35.- **Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares** ENDIREH, México 2003.
- 36.- Echeburúa E, Corral P, y Amor PJ. **Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos**. *Psicothema*, 2002, 14, SUPL 139-146-73
- 37.- Matud MP, **Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada**. *Psicothema* 2004; 16:397-401
- 38.- Labrador FJ, Alonso E. **Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico**. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.2005/2006;76/77:47-65
- 39.- Castello B J. **Dependencia emocional y violencia doméstica**. Congreso virtual de Psiquiatría, Psicología en Psicocentro. Consultado en diciembre 2006 por Maribel Mendoza Milo .
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm. Consultado diciembre 2006
- 40.- Muhjarine N,D`Arcy C, **Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors**. *Can Med Assoc J*, 1999;160(7):1007-1011
- 41.- Fernández MC. **Violencia Doméstica**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Madrid España, 2003.
- 42.- Jewkes R. **Intimate partner violence: causes and prevention**. *Lancet* 2002; 359:1423-29.
- 43.- Stewart DE, Cecutti A, **Physical abuse in pregnancy**. *Can Med Assoc J*, 1993; 149(9):1257-63.
- 44.- Lozano R, Hajar M, Torres JL. **Violencia, seguridad Pública y Salud**. En: Frenk J. Observatorio de la Salud: Fundación Mexicana para la Salud. México 1997; 83-115.
- 45.- Traverso, M T. **La cara oculta de la relación**. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C.2000.
- 46.- Elu M, Santos E. **Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia**, Guía operativa, Secretaría de Salud, México, 2000.

- 47.- Rachana C, Suraiya K, Hisham A-S, Abdulaziz A-M, Hai A. **Prevalence and complications of physical violence during pregnancy.** Eur J.Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002; 103:26-29.
- 48.- Nuñez PH, Monge R, Grìos C, Elizondo M, Rojas A. **La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. 2003; 14(2).**
- 49.- Dietz P, Gazmariaran J, Goodwin MM, Bruce C, Jonson Ch, Rochat RW. **Delayed entry into prenatal care effect of physical violence.** Obstet Gynecol.1997; 90:221-24.
- 50.- Zapata L. **Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo.** Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;4: 66.
- 51.- Krug EG et al., eds. **World report on violence and health.** Geneva, World Health Organization, 2002.
- 52.- Cookinides V, Coker A, Sanderson M, Addy C, Bethea L. **Physical violence during pregnancy:maternal complications and birth outcomes.** Obstet Gynecol.1999; 93:661-66.
- 53.- Neggers 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.
- 54.- Walter L. **Battered women.** New York: Harper y Row Publishers; 1979
- 55.- Biedma F, Izaguirre A .Z **Boletín de Enfermería de Atención Primaria. Enfermería ante la Violencia de Género “Navamorcuende”**1 2005:1.
- 56.- Ellsberg, M Confites en el Infierno. **Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua.** Managua Asociación de mujeres profesionales por la democracia en desarrollo, Departamento de medicina preventiva, UNA, Departamento de epidemiología y salud pública, Umeå University, Suecia. 1996.
- 57.- Lartigue T, Fernández V. **Proyecto de investigación en enfermería: Una perspectiva colaborativa.** En: Enfermería: Una profesión de alto riesgo. 1ª. Edición, ed Plaza y Valdés. México 1998; 103-146.
- 58.- Alvarado R, Rojas M, Monardes, Perucca E, *et al.* **Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal.** Rev Chil Neuro-Psiquiat; 2000; 38(2): 84-93.

- 59.- Freud S. **Duelo y Melancolía**. *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917.
- 60.- Bleichmar, H. **La depresión: Un estudio Psicoanalítico**. 2ª ed.; Ed. Nueva Vision; Buenos Aires 1978.
- 61.- Lara MA, Acevedo M. **¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre la depresión**. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Latinoamericano de la Comunicación educativa Primera edición. México 1996.
- 62.- Gascón P. V. **Aspectos prácticos de terapia con mujeres maltratadas**. Universidad Complutense de Madrid. 2006.
- 63.- Lartigue T. **Dinámica inconsciente de la depresión perinatal**. En: Kolteniuk M, Casillas JO, De la Parra J (comp). *El inconsciente Freudiano*. Editores de textos Mexicanos, 2003;139-154.
- 64.- Rodríguez. B.R, Márquez. S M, Kageyama. M. L. **Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua**. En prensa
- 65.- Blanco P P. **La Prevención y la detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención Primaria de Salud**. Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo. Comunidad Autónoma de Madrid, 2002.
- 66.- Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. **Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México**. *Salud Pública Mex* 2006;48 supl 2:S307-S314.
- 67.- Fischbach R. and Herbert B. **Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures**. *Social Sciences Medicine*, 1997; 45 (8): 1161-76
- 68.- Valdèz Santiago R. CIMAC. **La violencia intrafamiliar, responsable de homicidios femeninos**. Consultado en enero 2006
<http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal/9911041.html> consultado enero 2007.
- 69.- Barudy, J. **El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil**. Editorial Paidós, SAICF, Buenos Aires-Argentina, 1998: 305p.
- 70.- Acosta. L, M. **Mi marido me pega lo normal: agresión a la mujer, realidades y mitos**. Barcelona: Ares y Mares.2001
- 71.- **Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos** (Consejo Interterritorial).Plan de Salud de Castilla. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha, Madrid.2001-2010.

- 73.- Goodman, L., Koss, M., Fitzgerald, L., Russo, N. y Keita, G.. **Male violence against women. Current research and future directions.** American Psychologist, 1993. 48, 1054-1058.
- 74.- Walker, L. **Abused Women and Survivor Therapy.** Washington. A. PA. 1994.
- 75.- Matud P, Gutiérrez A, Padilla **Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja** Universidad de La Laguna 2004; 2:88.
- 76.- Andrade D, Agerami ELS. **Autoestima.** Rev. Latinoamericana de Enfermería.2001; 96:37-41
- 77.- Fuertes, J. C., Martínez, O., Garoca, a. & Gandara, J. J. **Comunicación y diálogo: Manual par el aprendizaje de habilidades sociales.** ed. Cauce. Madrid 1997.
- 78.- Branden, N. **Programa de autoestima para mujeres maltratadas. Los seis pilares de la autoestima.** Barcelona: Piados. 1995.
- 79.- **Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres.** Consultado enero-febrero 2006 .[http://www.doyma..Gac Sanit. 2007; 21\(4\):273 7consultado mayo 2007](http://www.doyma..Gac Sanit. 2007; 21(4):273 7consultado mayo 2007).
- 80.- Colegio Oficial Enfermería de Barcelona. **Código de Ética.** Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Barcelona, octubre 1986.
- 81.- Lolas F. **Bioética y antropología médica.** Santiago-Chile: Mediterráneo; 2000.23.
- 82.- Barbero J. **El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética.** En: La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 225-39.
- 83.- Boff L. Saber cuidar. **Etica do humano—compaixão pela terra.** 2 ed. Río de Janeiro: Vozes, Petrópolis; 1999. p.15.
- 84.- Roa A. **Etica y bioética.** Santiago de Chile: Andrés Bello; 1998. p.40.
- 85.- Salguero O. M, Oter C, Rubiales P, **Secreto profesional en Enfermería: un caso práctico** Localización: Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, 2005; 8:49-53.

86.- Cruz M.S. **Concepto de violencia familiar**. Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica, Vol. 2, núm. 2 2006, 109-18

87.- Código Penal para el Distrito Federal (2002) capítulo único **Violencia familiar**.

88.- Palomo M. **Violencia contra la mujer, atención urgente. Ante el maltrato, ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente?** Semergen. 2004; 30:68-71 .

89.- De la Mata Pizaña, F. **Derecho familiar**.. ISEF. Agenda penal. 10ª,. Agenda Civil del Distrito Federal 2005. 9ª edición. México, ISEF, 2004 y 2005. México, ed. Porrúa, 2004

90.- Berenzon S, Medina-Mora ME, Lopez EK, González J. **Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México**. Rev Mex Psic.1998; 15: 177-85.

91.- Canaval GE, González MC, Martínez-Schallmoser L, Tova MC, Valencia C. **Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia**. Corporación Editorial Médica del Valle. Colombia Med 2003; 31:1-4

• 92.- Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. **Prevalencia de depresión a través de la Escala Perinatal de Edinburgh (EPDS)**. Perinato Reprod Humana 2001; 15: 11-

93.- Lara A, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, et al: **Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México**. Salud Ment 2006; 29(4): 55-62

94.- Lara A, Acevedo M, Shoshana Berenzon. **La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres**. Cad Saude Pública 2004;p 3.

95.- Krug G-Etiennel, Dalhberg-James M, Zwi BA, Lozano R. **Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud**. EUA: OMS-OPS; 2003, p 97

96.- Mcfarlane J. et al. **Abuse during pregnancy**. Jama 1992; 267:3176-78.

97.- Heise L, Pitanguy J, Germain A. **Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994:1-48.

98.- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, *et al*: **Perinatal depression : Prevalence , Screening Accuracy and screening Outcomes. Evidence Report /Technology Assessment .** (Preparado para the RTI-University of North Carolina Evidence –based Practice Center, under contract N°. (290-02-0016) Publication N° 05-E006. Agency for Healthcare Research and Quality . Rockville, 2005.

- 99.- Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. **Domestic violence and primary care: Actitudes, practices , and beliefs.** Arch Fam Med 1999;8:301-6.

- 100.- Méndez P, Valdez R, Viniegra L, Rivera L, Salmerón C. **Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.** Salud Pública Mex Morelos, México 2003;6.

- 101.- Rodríguez B, Márquez SM, Kageyama ML. **Violencia de género: Actitud y conocimiento del personal de salud en Nicaragua.** Salud Pública de México 2005; 47:134-44.

- 102.- Temas sobre salud mundial. **Population Information Program, Center for Communication Programs,** The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA. 1988 Núm.7 Serie L.

103.- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Goldining J. **Cohort study of depressed mood during pregnancy and alter childbirth.** British Medical Journal 2001; 323(4): 257-60.

104.- **Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.** NOM-007-SSA2-1993.

- 105.- Sánchez B, Lartigue T. **La depresión como un factor de riesgo para la presencia de morbilidad en la gestación.** Instituto Nacional de Perinatología 2007 .Subdirección de Investigación en Salud Pública. En prensa.

- 106.- Cox L, Holden JM, Sagovsky R, **Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh postnatal Depression Scale.** British Journal of Psychiatry 1997; 150:782-86.

- 107.- Lartigue T, Ortega L, Avila H. **Validation of the Spanish session of the Edinburgh Perinatal Depressive Scale en Mexican pregnant woman in a public hospital** 2001.

108.- Goldberg DP, **Detections of psychiatric illness by questionnaire.** London: Oxford University Preess, 1972

- 109.- Lara MA, Verduzco A, Acevedo M, Cortes J. **Validez y confiabilidad del inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana.** Revista Latinoamericana de Psicología, 1993;25:274-55.

- 110.- Vincent J, Felitti, MD, FACP, Robert F, Anda MD, MS, et al. **Relation of childhood Abuse and Household Dysfunction to many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.** American Journal of Preventive Medicine 1998; 14(4):245-58.
- 111.- Hudson W, McIntosh S. **The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions.** J Marriage Fam 1981; 43:873-85.
- 112.- Marshall L, **Development of the severity of violence against women scales.** J Fam Violence 1992; 7:103-21.
- 113.- Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública A.C” (AMAI).

114.- Tezoquipa I, Lozano E, Castañeda A, Fernández V, Jiménez J, Martínez P. et al. **Boletín de Información Científica para el cuidado de Enfermería. Cuidados prenatales.** Instituto Nacional de Salud Pública. México 2002;1(1):1-4.

115.- Schwarcz, R, Uranga A, Lomuto C, Martínez I, Galimberti D, García OM. **El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal.** Ministerio de Salud de Argentina 2001;6-19.

116.- Gordon C, Cameron W, Roche A. **Status, recumbent length and weight.** En: Lohman TG, Roche AF, Martorell (eds). Anthropometric standardization. Illinois, Human Kinetics Books 1998; 3-5.

117.- Habicht P, **Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1974; 375-84

118.-**NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999,** Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.4-20

119.- **Manual interno de somatometria** de la Subdirección de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Perinatología. México 2005

120.- Vargas P,A, Gutiérrez JP, Correón-Rodríguez V . **Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: Análisis de una encuesta poblacional en México:** Salud Publica Mex 2006; 48:482-89.

121.- Bennett BA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. **Depresión durante el embarazo. Descripción de factores clínico.** Clin Drug Invest 2004; 24:157-79.

122.- Arcos G. et al **.Detección de violencia doméstica en mujeres embarazadas**. Instituto de Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, foro Mundial de la Salud Reproductiva, publicación electrónica 1999.

11.- BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta. L, M. **Mi marido me pega lo normal: agresión a la mujer, realidades y mitos.** Barcelona: Ares y Mares.2001
2. Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. **Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México.** Salud Pública Mex 2006;48 supl 2:S307-S314.
3. Alvarado R, Rojas M, Monardes, Perucca E, *et al.* **Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal.** Rev Chil Neuro-Psiquiat; 2000; 38(2): 84-93.
4. Andrade D, Agerami ELS. **Autoestima.** Rev. Latinoamericana de Enfermería.2001; 96:37-41
5. Arcos E, Molina I, Repossi F, Uarac M, Ritter P, Arias L. **Detección de Violencia Domestica en Mujeres Embarazadas.** Instituto de Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, 2000.
6. Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Publica A.C” (AMAI).
7. **Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres.** de <http://www.doyma..Gac Sanit.> 2007;21(4):273-7consultado mayo 2007.
8. Bachman, R. y L. Saltzman. **Violence against Women: Estimates from the Redesigned Survey, US Bureau of Justice Statistics.** Special Report. NCJ-154348. U.S. Government Printing Office. Washington. D.C 1995.
9. Barbero J. **El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética.** En: La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 225-39.
10. Barudy, J. **El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil.** Editorial Paidós, SAICF, Buenos Aires-Argentina, 1998: 305p.
11. Bennett BA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. **Depresión durante el embarazo. Descripción de factores clínico.** Clin Drug Invest 2004; 24:157-79.
12. Berenzon S, Medina-Mora ME, Lopez EK, González J. **Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro**

- comunidades del sur de la Ciudad de México.** Revista Mexicana de Psicología 1998; 15: 177-85.
13. Boff L. Saber cuidar. **Ética do humano—compaixão pela terra.** 2 ed. Río de Janeiro: Vozes, Petrópolis;1999. p.15.
14. Blehar MC, Oren DA .**Gender differences in la depression.** Medscape Mujeres`s Salud, Revised de : Las mujeres`s aumentad vulnerability to mood disorders : Integrating psychobiology y epidemiology depression, 1997 ; 2 :3 vc
15. Bleichmar, H. **La depression: Un Estudio Psicoanalítico.** Editorial Nueva Visión; 2ª edición; Buenos Aires 1978.
16. Blanco P P. **La Prevención y la detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención Primaria de Salud.** Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo. Comunidad Autónoma de Madrid, 2.002.
17. Biedma F , Izaguirre A .Z **Boletín de Enfermería de Atención Primaria. Enfermería ante la Violencia de Género** “Navamorcuende”1 2005:1.
18. Branden, N. **Programa de autoestima para mujeres maltratadas. Los seis pilares de la autoestima.** Barcelona: Piados. 1995.
19. Bowen A, Muhajarine N. **Antenatal depression.** Can Nurse. 2006; 102:26-30.
20. Canaval GE, González MC, Martínez-Schallmoser L, Tova MC, Valencia C. **Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia.** Corporación Editorial Médica del Valle. Colombia Med 2003; 31:1-4
21. Castillo B J. **Dependencia emocional y violencia doméstica.** Congreso virtual de Psiquiatría, Psicología en Psicocentro. Disponible en:http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm. Consultado diciembre 2006
22. Castro R, Ruiz A. **Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas,** México. Rev. Salud Pública 2004; 38; 1.
23. Código Penal para el Distrito Federal (2002) capítulo único .**Violencia familiar.**

24. Colegio Oficial Enfermería de Barcelona. **Código de Ética**. Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Barcelona, octubre 1986.
25. Cookinides V, Coker A, Sanderson M, Addy C, Bethea L. **Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes**. *Obstet Gynecol.* 1999;93:661-66.
26. Cox L, Holden JM, Sagovsky R, **Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh postnatal Depression Scale**. *British Journal of Psychiatry* 1997;150:782-86.
27. Cruz M.S. **Concepto de violencia familiar**. Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica, Vol. 2, núm. 2 2006, 109-18
28. De la Mata Pizaña, F. **Derecho familiar**. México, Porrúa, 2004. ISEF. Agenda penal. 10ª edición. México, ISEF, 2004. Agenda Civil del Distrito Federal 2005. 9ª edición. México, ISEF, 2005.
29. Diario Oficial de la Federación. **Primera Sección. Sobre Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar**, México 1996 pp. 50-55.
30. Diario Oficial de la Federación. **Primera Sección, Capítulo III- Artículo 323, Sobre Nuevas Reformas Civiles y Penales sobre Violencia Intrafamiliar para el D.F.** México 1997; p. 2-7.
31. **Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española.**
32. Dietz P, Gazmariaran J, Goodwin MM, Bruce C, Jonson Ch, Rochat RW. **Delayed entry into prenatal care effect of physical violence**. *Obstet Gynecol.* 1997;90:221-24
33. Echeburúa E, Corral P, y Amor PJ. **Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos**. *Psicothema*, 2002, 14, SUPL 139-146-73
34. Elu M, Santos E. **Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia**, Guía operativa, Secretaria de Salud, México, 2000.
35. Ellsberg, M Confites en el Infierno. **Prevalencia y características de**

la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Asociación de mujeres profesionales por la democracia en desarrollo, Departamento de medicina preventiva- Departamento de epidemiología y Salud Pública, Umeá University, Suecia. 1996..

36. **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer.** Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza 2005.

37. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Goldining J. **Cohort study of depressed mood during pregnancy and alter childbirth.** British Medical Journal 2001; 323(4): 257-60.

38. Fernandez MC. **Violencia Domestica.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Madrid España,2003.

39. Frenk J. Observatorio de la Salud. **Economía y Salud, actualización y temas emergentes, Necesidades, Servicios y Políticas.** Fundación Mexicana para la Salud, 1997:83-89.

40. Fischbach R. and Herbert B. **Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures.** Social Sciences Medicine, 1997; 45 (8): 1161-76

41. Fuertes, J. C., Martínez, O., Garoca, a. & Gandara, J. J. **Comunicación y diálogo: manual par el aprendizaje de habilidades sociales.** madrid: 1997. cauce editorial.

42. Freud S. **Duelo y Melancolía.** *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917.

43. Flynn H. **¿Depresión in pregnancy undertreated?** General Hospital Psychiatry. University of Michigan Health Sistem. 2006; 28:289-95.

44. Gascón P. V. **Aspectos prácticos de terapia con mujeres maltratadas.** Universidad Complutense de Madrid. 2006.

45. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, *et al*: **Perinatal depression : Prevalence , Screening Accuracy and screening Outcomes. Evidence Report /Technology Assessment** N°. 119 (Preparado para the RTI-University of North Carolina Evidence – based Practice Center, under contract N°. (290-02-0016) Publication N° 05-E006. Agency for Healthcare Research and Quality . Rockville, 2005.
46. Goodman, L., Koss, M., Fitzgerald, L., Russo, N. y Keita, G.. **Male violence against women. Current research and future directions.** American Psychologist, 1993. 48, 1054-1058.
47. Goldberg DP, **Deteccion of psychiatric illness by questionnaire.** London: Oxford University Preess, 1972.
48. Gordon C, Cameron W, Roche A. **Status, recumbent length and weight.** En: Lohman TG, Roche AF, Marrtorell (eds). Anthropometric standarlization reference manual. Ilinois, Human Kinetics Books 1998; 3-5.
49. Habicht P, **Estandarización de métodos epidemiológicos Cuantitativos sobre el terreno.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1974; 375-84
50. Hawke A, Behn-Claudio P. **La violencia doméstica contra mujeres y niñas.** Innocenti digest.: Centro de investigaciones innoceti de UNICEF; florencia –italia 2000, no 6.
51. Heding LW, Janson PO. Violencia domestica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79 (8):625-30.
52. Heise L, Garcia-Moreno C. **Violence by intimate partners.** En Krug I, Dahalberg y J,A. Mercy (eds), World Reporto n violence and Health. Ginebra:World Health Organization. 2002; 88-121.
53. Heise, L. **Reproductive freedom and violence Against women: What are the intersections?** The Journal of Law, Medicine and Ethics,1993;p27

54. Heise L, Pitanguy J, Germain A. **Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud**. Washington, DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 1994:1-48.
55. Hudson W, McIntosh S. **The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions**. J Marriage Fam 1981; 43:873-85.
56. Jewkes R. **Intimate partner violence: causes and prevention**. Lancet 2002; 359:1423-29.
57. Johanson R, Chapman G, Murray D, et al. **The north, staffordshire Maternity Hospital Prospective study of Pregnancy-associated depression**. J Psychosom Obstet Gynecol 2000; 21:93-7.
58. Krug EG et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.
59. Krug G-Etiennel, Dalhberg-James M, Zwi BA, Lozano R. **Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud**. EUA: OMS-OPS; 2003, p 97
60. Labrador FJ, Alonso E. **Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico**. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2005/2006; 76/77:47-65
61. Lara MA, Acevedo M. **¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre la depresión**. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Latinoamericano de la Comunicación educativa Primera edición. México 1996.
62. Lara A, Acevedo M, Shoshana Berenzon. **La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres**. Cad Saude Pública 2004; p 3.
63. Lara A, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, et al: **Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México**. Salud Ment 2006; 4: 55-62

64. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. **Seguimiento a dos grupos de intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión en servicios de salud para población abierta.** Salud Mental 2003; 26:27-37.
65. Lara MA, Verduzco A, Acevedo M, Cortes J. **Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana.** Revista Latinoamericana de Psicología, 1993;25:274-55.
66. Lartigue T. **Dinámica inconsciente de la depresión perinatal.** En: Kolteniuk M, Casillas JO, De la Parra J (comp). El inconsciente Freudiano. Editores de textos Mexicanos, 2003;139-154.
67. Lartigue T, Fernández V. **Proyecto de investigación en enfermería: Una perspectiva colaborativa.** En: Enfermería: Una profesión de alto riesgo. 1ª. Edición, ed Plaza y Valdés. México 1998;103-146.
68. Lartigue T, Ortega L, Avila H. **Validation of the Spanish session of the Edinburgh Perinatal Depressive Scale en Mexican pregnant woman in a public hospital 2001.**
69. Lolas F. **Bioética y antropología Médica.** Santiago-Chile: Mediterráneo; 2000. pp.23.
70. Loreto BM. **Prevención de la delincuencia y la violencia a nivel comunitario en las ciudades de América latina y el caribe. Violencia contra la mujer.** Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial de Desarrollo. Washington, DC, 2005.
71. Lara MA, Verduzco A, Acevedo M, Cortes J. **Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana.** Revista Latinoamericana de Psicología, 1993; 25:274-55.
72. Lozano A.R. **La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México.** Fundación Mexicana para la Salud. Centro de Economía y Salud. Documento presentado en el Seminario Violencia Domestica en América Latina y el Caribe. Costos. Programas y Políticas.1997.

73. Lozano R, Híjar M, Torres JL. **Violencia, seguridad Pública y Salud.** En: Frenk J. Observatorio de la Salud: Fundación Mexicana para la Salud. México 1997; 83-115
74. Luna M, Otárola F, Almendras M, Jara LM, Chuquizuta C. **La depresión no respeta la gestación.** Revista de Psiquiatría y Salud Mental, Hermilio Valdizan 2006; 7 :41-7.
75. **Manual interno de somatometría** de la Subdirección de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Perinatología. México 2005
76. Marshall L, **Development of the severity of violence against women scales.** J Fam Violence 1992;7:103-21
77. Matud P, Gutiérrez A, Padilla V. **Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja** Universidad de La Laguna 2004; 2:88 .
78. Matud P, **Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja.** Comunitat Valenciana. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia. España 2006:5-57.
79. Matud MP, **Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada.** Psicothema 2004; 16:397-401
80. McFarlane J. et al. **Abuse during pregnancy.** Jama 1992; 267:3176-78.
81. Méndez P, Valdez R, Viniegra L, Rivera L, Salmerón C. **Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.** Salud Pública Mex Morelos, México 2003;6.
82. Milne C. **The long road to prevention.** Medical Post, 3 de febrero de 2006; http://www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20060202_192408_6080, consultado el 8 de febrero de 2006.
83. Misri, SK. **Pregnancy blues : what every woman needs to know about depression during pregnancy.** 2005 ; Canada : Delta. En : luna M ,.

84. **Muertes maternas y violencia intrafamiliar contra las mujeres: repensando la salud materna en los objetivos de Desarrollo del Milenio.** Hoja informativa de la Organización Panamericana de la Salud. 2005.
85. Muhjarine N, D'Arcy C, **Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors.** Can Med Assoc J, 1999;160(7):1007-1011
86. Nasir K, et al. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. **"Pregnant women more likely to experience violence"**. Cited by Feminist Majority Foundation. Jun 24, 2003
87. National Crime Victimization Survey (NCVS). **Bureau of Justice Statistics (BJS).** 1992-96
88. **Norma oficial mexicana NOM-190-ssa1-1999, Prestación de servicios de Salud.** Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
89. **Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.** NOM-007-SSA2-1993.
90. **NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999,** Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
91. Neggers 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
92. Nuñez PH, Monge R, Grìos C, Elizondo M, Rojas A. **La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica.** 2003;14(2).
93. Olds B.S, London L.M, Ladewig A.P. Cambios físicos y fisiológicos del embarazo. Capitulo 9 Enfermería materno infantil. Un concepto integral. Editorial Interamericana. México 2002, p 216-34

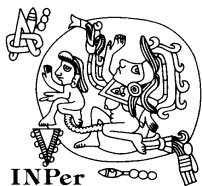
94. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. **Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México.** Revista de Salud Publica 2006;48:232-37.
95. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. **Prevalencia de depresión a través de la Escala Perinatal de Edinburgh (EPDS).** Perinatol Reprod Humana 2001; 15: 11-
96. Otárola F, Almendras M, Jara LM, Chuquizuta C. **La depresión no respeta la gestación.** Revista de Psiquiatría y Salud Mental, Hermilio Valdizan 2006
97. Pallito C, Ocampo P. **Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia.** International Family Planning Perspectives, 2004,30(4):165-73.
98. Palomo M. **Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato, ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente?** Semergen. 2004;30:68-71
99. Paredes S, MC, Villegas A, Meneses A, Rodríguez IE, Reyes L, Anderson N. **Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México.** Salud Publica Mex 2005; 47(5):335-41
100. **Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos** (Consejo Interterritorial). Madrid. Plan de Salud de Castilla- La Mancha, 2001-2010. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha.
101. Rachana C, Suraiya K, Hisham A-S, Abdulaziz A-M, Hai A. **Prevalence and complications of physical violence during pregnancy.** Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002;103:26-29
102. Roa A. **Ética y bioética.** Santiago de Chile: Andrés Bello; 1998. p.40.

103. Rodríguez B, Márquez SM, Kageyama ML. **Violencia de género: Actitud y conocimiento del personal de salud en Nicaragua.** Salud Pública de México 2005; 47:134-44.
104. Rojtenberg S. **Mujer: Vulnerabilidad, depresión y ansiedad.** En: Depresiones y antidepresivos. Edit Panamericana 2001.
105. Rolando F. **Donde más duele. “violencia en el embarazo”.** Revista de Enfermería del Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina, 2003; 14:1-6.
106. Riquer F, Saucedo I, Bedolla P, **Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de Salud pública.** The Population Council-Edamex1996:247-281.
107. Rivas S. **Violencia domestica contra la mujer. Una vergonzosa realidad.** Otras Miradas, Universidad de los Andes. 2001; 1:77-96
108. Salguero O. M, Oter C, Rubiales P, **Secreto profesional en Enfermería: un caso práctico** Localización: Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 8, Nº. 9, 2005 , pags. 49-53
109. Schwarcz, R, Uranga A, Lomuto C, Martínez I, Galimberti D, García OM. **El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal.** Ministerio de Salud de Argentina 2001;6-19.
110. Sánchez B, Lartigue T. **La depresión como un factor de riesgo para la presencia de morbilidad en la gestación.** Instituto Nacional de Perinatología 2007 .Subdirección de Investigación en Salud Pública. En prensa
111. Slaikeu, Karl . **Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación..** Editorial El Manual Moderno. México.1988
112. Stewart DE, Cecutti A, **Physical abuse in pregnancy.** Can Med Assoc J, 1993; 149(9):1257-63

113. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. **Domestic violence and primary care: Actitudes, practices , and beliefs.** Arch Fam Med 1999;8:301-6.
114. Temas sobre Salud Mundial. **Population Information Program, Center for Communication Programs,** The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA. 1988 Núm.7 Serie L.
-
115. Tezoquipa I, Lozano E, Castañeda A, Fernández V, Jiménez J, Martínez P. et al. **Boletín de Información Científica para el cuidado de Enfermería. Cuidados prenatales.** Instituto Nacional de Salud Pública. México 2002;1(1):1-4.
116. Traverso, M T. **La cara oculta de la relación.** Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C.2000.
117. Valdez R, Sanin L H. **La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer.** Salud Pública Mex 1996; 38:352-62.
118. Valdez Santiago R. CIMAC. **La violencia intrafamiliar, responsable de homicidios femeninos.** <http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal/9911041.html> consultado enero 2007.
119. Vincent J, Felitti, MD, FACP, Robert F, Anda MD, MS, et al. **Relation of childhood Abuse and Household Dysfunction to many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.** American Journal of Preventive Medicine 1998; 14(4):245-58
120. Walter L. **Battered women.** New York: Harper y Row Publishers;1979
121. Walker, L. **Abused Women and Survivor Therapy.** Washington. A. P.A. 1994.
122. Zapata L. **Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo.** Rev Obstet Ginecol Venez. 2006; 66.

ANEXOS

Anexo 1.-



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
"Isidro Espinosa de los Reyes"
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION PSCICOSOCIAL
PROTOCOLO N°: (CONACYT: SEP-2003-CO243690/A1-
INPER:212250-50091) "LA DEPRESIÓN MATERNA.
SU EFECTO EN EL DESARROLLO MENTAL Y MOTOR
EN EL PRIMER AÑO DE VIDA."



LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE MORBILIDAD DURANTE LA GESTACIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Expediente _____ Folio _____ Edad _____ Niveles/e _____

Escolaridad _____ Ocupación _____ Edo. Civil _____ Años unión _____

Vive con _____ Teléfono familiar y/o

amigo _____ Depende

económicamente de: Usted misma pareja padre y/o madre

otros

Dirección y teléfono _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

G. P. A. C. Óbitos Mortinatos Hijos vivos

EMBARAZO ACTUAL

FUM FPP Peso pregestacional kg. Estatura

Total consultas

¿Planeo su embarazo actual? si no 1ª. Cons. INPer SDG.

¿Planea usted amamantar a su bebé? si no ¿Por qué?

¿Quién la esta apoyando emocionalmente durante el embarazo?

Pareja Padres hermanos(as) amigo(a) otro ninguno

¿Se siente apoyada? Mucho regular poco nada

Fecha Fecha Fecha

MORBILIDAD

Preclampsia (hipertensión) 1) sí 2) no			
Diabetes gestacional 1) sí 2) no			
Anemia 1) sí 2) no			
Amenaza de Parto Pretérmino 1) sí 2) no			
Infección vías urinarias 1) sí 2) no			
Infección vaginal 1) sí 2) no			
Porcentaje de peso para la talla y edad gestacional			
Ruptura prematura de membranas (horas)			
Infección de transmisión sexual 1)si 2)no			

TOXICOMANIAS

¿Usted fuma? si no ¿Cuantos cigarrillos a la semana?
 ¿Dejo de fumar al enterarse del embarazo? si no
 ¿Esta expuesta al humo del cigarro? si no Todo el día
 Mañana Tarde
 ¿Consume o ha consumido alguna vez drogas? si no

Edad gestacional x FUM y/o US (semanas)			
Peso (Kg.)			
Presión arterial (mmHg)			
Fondo uterino (cm.)			
Hemoglobina (g/dL) fecha muestra			
¿Esta usted tomando algún suplemento alimenticio? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Quién se lo indicó? _____			

¿Cuál? _____ ¿Consume usted alcohol? si no
 ¿Cuántas copas a la semana? _____

OTROS

¿Tiene problema de tiroides? 1) sí 2) no

¿Padece alguna enfermedad importante? 1) sí 2) no

¿Cuál _____

VÍA DE RESOLUCIÓN Y DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Fecha de nacimiento _____

SDG _____ Vía: 1) Vaginal 2) Abdominal

Sexo: 1) Femenino 2) Masculino

APGAR 1 min. _____ APGAR 5 min. _____ Sufrim.fetal:1) si 2) no Capurro

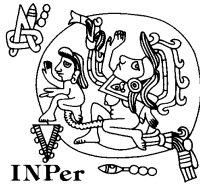
_____ sem. Peso _____ g. P. cefálico _____ cm. Long. _____ cm. Se traslado a:

_____ Días lejos de mamá _____

Complicaciones en Trabajo .de Parto y puerperio _____

¿Se ha sentido triste últimamente? si no

¿Cuál cree usted que sea la causa? _____



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
 "Isidro Espinosa de los Reyes"
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION PSCICOSOCIAL
 PROTOCOLO N°: (CONACYT: SEP-2003-CO243690/A1-
 INPER:212250-50091) "LA DEPRESIÓN MATERNA. SU
 EFECTO EN EL DESARROLLO MENTAL Y MOTOR EN EL
 PRIMER AÑO DE VIDA."

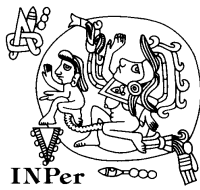


“EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA GESTACION”

Nombre: _____ Expediente | _____ | Folio | _____
 Fecha | _____ |

ABUSO EMOCIONAL					
¿Con que frecuencia su pareja le dice groserías, la insulta o la hace sentir que no vale? (la hace menos)	0	1	2	3	4
¿Qué tan seguido su pareja actúa de forma que siente miedo que le pueda lastimar físicamente?	0	1	2	3	4
ABUSO FISICO					
¿Qué tan frecuente su pareja la empuja, agarra fuertemente, abofetea o le avienta algo?	0	1	2	3	4
¿Con que frecuencia su pareja le pega tan fuerte que le deja marcas o le lastima?	0	1	2	3	4
ABUSO SEXUAL					
¿Con que frecuencia su pareja a ha abusado sexualmente de usted?	0	1	2	3	4
¿Con que frecuencia la forza a tener relaciones sexuales con usted (oral, anal, vaginal)?	0	1	2	3	4
¿Con que frecuencia en su trabajo u otro lugar la acosan sexualmente?	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
↓	↓	↓	↓	↓
Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Muy frecuente	Siempre



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
 “Isidro Espinosa de los Reyes”
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
 PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION PSCICOSOCIAL
 PROTOCOLO N°: (CONACYT: SEP-2003-CO243690/A1-
 INPER:212250-50091) “LA DEPRESIÓN MATERNA.
 SU EFECTO EN EL DESARROLLO MENTAL Y MOTOR
 EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.”



Nombre _____ Folio _____

Fecha _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO

1. Pensando en el Jefe de Familia de su hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

- | | |
|--|---|
| <p>_____ 1. No estudió</p> <p>_____ 2. Primaria incompleta</p> <p>_____ 3. Primaria completa</p> <p>_____ 4. Secundaria incompleta</p> <p>_____ 5. Secundaria completa</p> <p>_____ 6. Carrera comercial</p> <p>_____ 7. Carrera técnica</p> | <p>_____ 8. Preparatoria incompleta</p> <p>_____ 9. Preparatoria completa</p> <p>_____ 10. Licenciatura incompleta</p> <p>_____ 11. Licenciatura completa</p> <p>_____ 12. Diplomado o Maestría</p> <p>_____ 13. Doctorado</p> <p>_____ 14. NS/NC</p> |
|--|---|

2. ¿Cuál es el total de cuartos y/o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. (**Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa**)

Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete o más
-----	-----	------	--------	-------	------	-------------

Sí cuentan: *recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de lavado, cuarto de TV, biblioteca, cuarto de servicio si está dentro de su vivienda, tapancos, sótano y el garage o cochera sólo si está techado y rodeado de paredes y puertas que impidan mirar al interior del mismo*

No cuentan: *cobachas, tienditas que estén dentro de la vivienda, garages o cocheras que no tengan techo ni tres paredes y una puerta que impida ver al interior de ellos.*

3. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C.(excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

Cero	Uno	Dos	Tres	Cuatro o más
------	-----	-----	------	--------------

En su hogar ¿cuenta con calentador de agua o boiler? No Sí

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

5 ó menos	Entre 6 y 10	Entre 11 y 15	Entre 16 y 20	21 o más
-----------	--------------	---------------	---------------	----------

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

Tierra	Cemento firme	Otro tipo de material o acabado
--------	---------------	---------------------------------

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

Ninguno	Uno	Dos	Tres y más

7. ¿Cuenta su hogar con aspiradora que funcione?

8. ¿Cuenta su hogar con lavadora de ropa que lave y enjuague que funcione?

9. ¿Cuenta su hogar con horno de microondas que funcione?

10. ¿Cuenta su hogar con tostador eléctrico de pan que funcione?

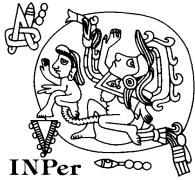
11. ¿Cuenta su hogar con videocasetera o DVD que funcione?

12. ¿Cuenta su hogar con Computadora Personal propia que funcione?

SI	NO

NSE _____

-
-



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
 "Isidro Espinosa de los Reyes"
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION PSCICOSOCIAL
 PROTOCOLO N°: (CONACYT: SEP-2003-CO243690/A1-
 INPER:212250-50091) "LA DEPRESIÓN MATERNA. SU
 EFECTO EN EL DESARROLLO MENTAL Y MOTOR EN EL
 PRIMER AÑO DE VIDA."



INVENTARIO DE COOPERSMITH-A

Nombre _____ Fecha _____ Folio _____

A continuación encontrará una serie de frases que describen la forma de ser de las personas. Nos gustaría conocer cómo se siente generalmente. Por favor marque cada oración de la siguiente manera: Si la oración manifiesta su manera de sentir siempre o casi siempre, marque "SI"; si por el contrario, la oración expresa su manera de sentir nunca o casi nunca, marque "NO".

EJEMPLO:

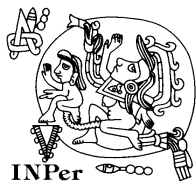
	SI	NO
Soy muy trabajadora	X	

SI ERES MUY TRABAJADORA MARCA SI
 SI NO ERES MUY TRABAJADORA MARCA NO

No hay respuestas ni buenas ni malas.

- | | | |
|--|----|----|
| 1.- Generalmente los problemas me afectan muy poco..... | SI | NO |
| 2.- Me cuesta mucho trabajo hablar en público..... | SI | NO |
| 3.- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí..... | SI | NO |
| 4.- Puedo tomar una decisión fácilmente..... | SI | NO |
| 5.- Soy una persona simpática..... | SI | NO |
| 6.- En mi casa me enoja fácilmente..... | SI | NO |
| 7.- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo..... | SI | NO |
| 8.- Soy popular entre las personas de mi edad..... | SI | NO |
| 9.- Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos..... | SI | NO |
| 10. Me doy por vencido(a) muy fácilmente..... | SI | NO |
| 11.- Mi familia espera demasiado de mí..... | SI | NO |
| 12.- Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy..... | SI | NO |
| 13.- Mi vida es muy complicada..... | SI | NO |

14.- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.....	SI	NO
15.- Tengo mala opinión de mi mismo(a).....	SI	NO
16.- Muchas veces me gustaría irme de mi casa.....	SI	NO
17.- Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.....	SI	NO
18.- Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente.....	SI	NO
19.- Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.....	SI	NO
20.- Mi familia me comprende.....	SI	NO
21.- Los demás son mejor aceptados que yo.....	SI	NO
22.- Siento que mi familia me presiona.....	SI	NO
23.- Con frecuencia me desanimo en lo que hago.....	SI	NO
24.- Muchas veces me gustaría ser otra persona.....	SI	NO
25.- Se puede confiar muy poco en mí.	SI	NO



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
 "Isidro Espinosa de los Reyes"
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION PSICOSOCIAL
PROTOCOLO N°: (CONACYT: SEP-2003-CO243690/A1-
INPER:212250-50091) "LA DEPRESIÓN MATERNA. SU
EFFECTO EN EL DESARROLLO MENTAL Y MOTOR EN EL
PRIMER AÑO DE VIDA."



CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG

Nombre _____ Fecha _____ Folio _____

INSTRUCCIONES:

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello se han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tiene que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que los conteste en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una X en la respuesta, de acuerdo a lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas (los pasados quince días).

Por favor, si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

	1	2	3	4
1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes.
2. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo/a?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	Más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
8. ¿Se ha sentido lleno/a de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho más que antes
9. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

10.	¿Ha tenido dificultad para dormir de jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
11.	¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12.	¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes.
13.	¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes.

14.	¿Siente cariño y afecto por los que le rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
15.	¿Se lleva bien con los demás?	Más que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
16.	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
17.	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18.	¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19.	¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
20.	¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
21.	¿Se ha sentido asustado/a y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
22.	¿Se ha sentido triste y deprimido/a?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
23.	¿Se ha perdido confianza y fe en el mismo/a?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
24.	¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
25.	¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
26.	¿Se ha sentido nervioso y apunto de estallar constantemente?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
27.	¿Ha pensado en la	No,	No creo	Alguna vez	Si

	posibilidad de quitarse la vida?	para nada			
28.	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
29.	¿Ha deseado estar muerto/a y lejos de todos?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
30.	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Si

Observaciones: _____

Nombre de quien aplico la encuesta: _____

-
-
-
-



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
"Isidro Espinosa de los Reyes"
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION PSCICOSOCIAL
PROTOCOLO N°: (CONACYT: SEP-2003-CO243690/A1-
INPER:212250-50091) "LA DEPRESIÓN MATERNA. SU
EFECTO EN EL DESARROLLO MENTAL Y MOTOR EN EL
PRIMER AÑO DE VIDA."



ESCALA PRENATAL DE EDINBURGH DE COX, HOLDEN Y SAGOVSKY

Nombre: _____ Expediente [_____] Folio [_____] Fecha [_____] _____

Edad [_____] SDG [_____] Embarazo: único [_____] múltiple [_____] _____

INSTRUCCIONES:

Nos gustaría conocer como se siente. Por favor marque con una **X** las respuestas que más se acercan a como se ha sentido los últimos quince días. Recuerde que no es solo hoy, sino los pasados quince días (las últimas dos semanas).

Ejemplo:

Me he sentido feliz

- Si todo el tiempo
- Si, la mayor parte del tiempo
- No, no muy a menudo
- No, nunca

1. He podido reírme y ver el lado chistoso de las cosas: <input type="radio"/> Tanto como siempre lo he hecho <input type="radio"/> No tanto en comparación a como siempre lo he hecho <input type="radio"/> Definitivamente no tanto ahora <input type="radio"/> De ninguna manera
2. He anticipado las cosas con gusto: <input type="radio"/> Tanto como siempre lo he hecho <input type="radio"/> Algo menos de como siempre lo he hecho <input type="radio"/> Definitivamente menos de cómo siempre lo he hecho <input type="radio"/> Casi nada
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal: <input type="radio"/> Si, casi todo el tiempo <input type="radio"/> Casi no <input type="radio"/> Si, algunas veces <input type="radio"/> Si, muchas veces
4. Me he sentido angustiado/a preocupado/a sin ninguna razón: <input type="radio"/> No, definitivamente <input type="radio"/> Casi no <input type="radio"/> Si, algunas veces <input type="radio"/> Si, muchas veces
5. Me he sentido asustado/a o con bastante miedo sin ninguna razón: <input type="radio"/> Si, bastante

<input type="radio"/> Si, algunas veces <input type="radio"/> No, no mucho <input type="radio"/> No, nunca
6. Las cosas me han rebasado (están fuera de mi control): <input type="radio"/> Si, la mayor parte de las veces no las he sobrellevado tan bien como siempre. <input type="radio"/> Si, algunas veces no las he sobrellevado tan bien como siempre. <input type="radio"/> No, la mayor parte del tiempo lo he sobrellevado bastante bien <input type="radio"/> No, lo he sobrellevado tan bien como siempre.
7. He estado tan infeliz que he tenido problemas al dormir: <input type="radio"/> Si, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Si, a veces <input type="radio"/> No muy a menudo <input type="radio"/> No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciado <input type="radio"/> Si, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Si, a veces <input type="radio"/> No muy a menudo <input type="radio"/> No, nunca
9. Me he sentido tan triste que he llorado: <input type="radio"/> Si, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Si, bastante seguido <input type="radio"/> Solo ocasionalmente <input type="radio"/> No, nunca
10. He pensado en hacerme daño: <input type="radio"/> Si, muy a menudo <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Nunca

Observaciones:

Nombre de quien aplico la encuesta: _____

•

¿CUÁNDO DEBO SOLICITAR AL PERSONAL DE SALUD QUE ME ESCUCHE Y ORIENTE SOBRE MI ESTADO DE ÁNIMO?

Cuando presente los siguientes síntomas por más de dos semanas:

1. Sentimientos de tristeza.
2. Pérdida del interés en actividades recreativas.
3. Cambios en el apetito o el peso.
4. Cambios en el patrón de sueño.
5. Agitación o menor actividad que es normal para otros.
6. Pérdida de energía o sensación de cansancio.
7. Dificultad en concentrarse o en tomar decisiones.
8. Sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiada.
9. Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

O también cuando en el último mes dejó de hacer sus actividades diarias y/o trabajar y/o asistir a la escuela.

(DSM-IV-TR, 2003)



¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL CONTROL PRENATAL?

Lograr que el embarazo llegue a su fin con el nacimiento de un bebé sano, sin que se altere el bienestar de la madre, a través de evaluaciones de salud que permitan prevenir, diagnosticar y/o tratar cualquier factor de riesgo que pueda alterar la gestación.



¿EN QUÉ CONSISTE LA CONSULTA PRENATAL?

Durante la consulta se practicará examen físico que incluye: el peso, la estatura, presión arterial, medición del abdomen y escuchar los latidos del corazón del bebé. Se realizarán exámenes de laboratorio, ultrasonido y otros procedimientos que se consideren necesarios. Asimismo, se valorará su estado emocional durante el embarazo.

Frecuencia de consultas:

Acudir cada mes hasta cumplir 32 semanas, cada 15 días hasta la semana 35 y cada 8 días hasta el parto.

CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES (CONAMED, MÉXICO, 2001)

1. Recibir atención adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención en caso de urgencia médica.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.

Instituto Nacional de Perinatología
Montes Urales 800 Col. Lomas de Virreyes. Tel. 55 20 80 00
Ext. 459, 20, 195

Elaborado por enfermeras:

Ana Justa Maya García
Maribel Mendoza Millo
Bernarda Sánchez Jiménez

Cualquier comentario o aportación favor de dirigirse al Departamento de Investigación Psicosocial.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL



CUIDADOS PRENATALES

¿CUÁNDO DEBO ACUDIR A URGENCIAS?

Cuando se presente cualquiera de estos signos y síntomas de alarma:

1. Sangrado vaginal.
2. Dolor de cabeza, zumbido de oídos, "ver luces azules".
3. Hinchazón (edema) pies y manos.
4. Dolor y/o ardor al orinar.
5. Ruptura de membranas (salida de líquido por vagina).
6. Contracciones antes de tiempo.
7. Que no perciba movimientos fetales.
8. Que el abdomen se ponga "duro".
9. Si hay fiebre con o sin escalofríos.
10. Vómito persistente.
11. Ataques o convulsiones.

(NOM-007-SSA2-1993)

¿SE PRESENTAN CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO?

La preocupación durante el embarazo es que las relaciones sexuales puedan lastimar al bebé en desarrollo, esto se encuentra protegido por las membranas, el líquido amniótico y además el cuello uterino está fuerte, cerrado y sellado por un moco protector hasta el momento en que inicia el trabajo de parto.

Sólo se debe interrumpir las relaciones sexuales en caso de detectarse alguna alteración durante el embarazo y cuando lo recomiende el personal de salud.



¿CÓMO DEBO ALIMENTARME DURANTE EL EMBARAZO?

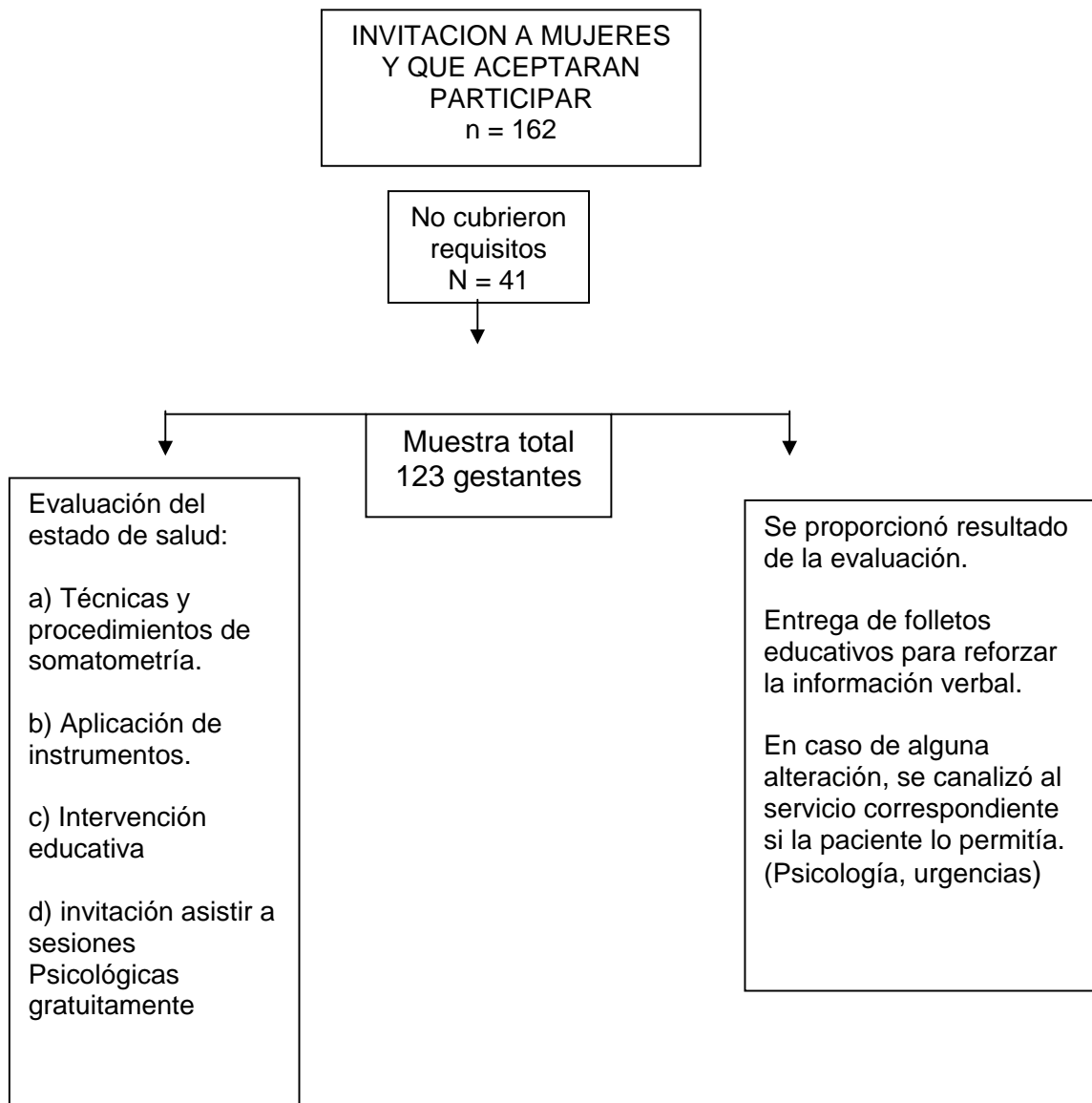
Procure consumir un alimento de cada grupo en cada comida. Los grupos de alimentos son: a) verduras y frutas, b) cereales, c) leguminosas y alimentos de origen animal.

Consumir antes y durante el embarazo Ácido fólico que actúa sobre el desarrollo del sistema nervioso del producto y el hierro para evitar anemia en la mujer y el feto.



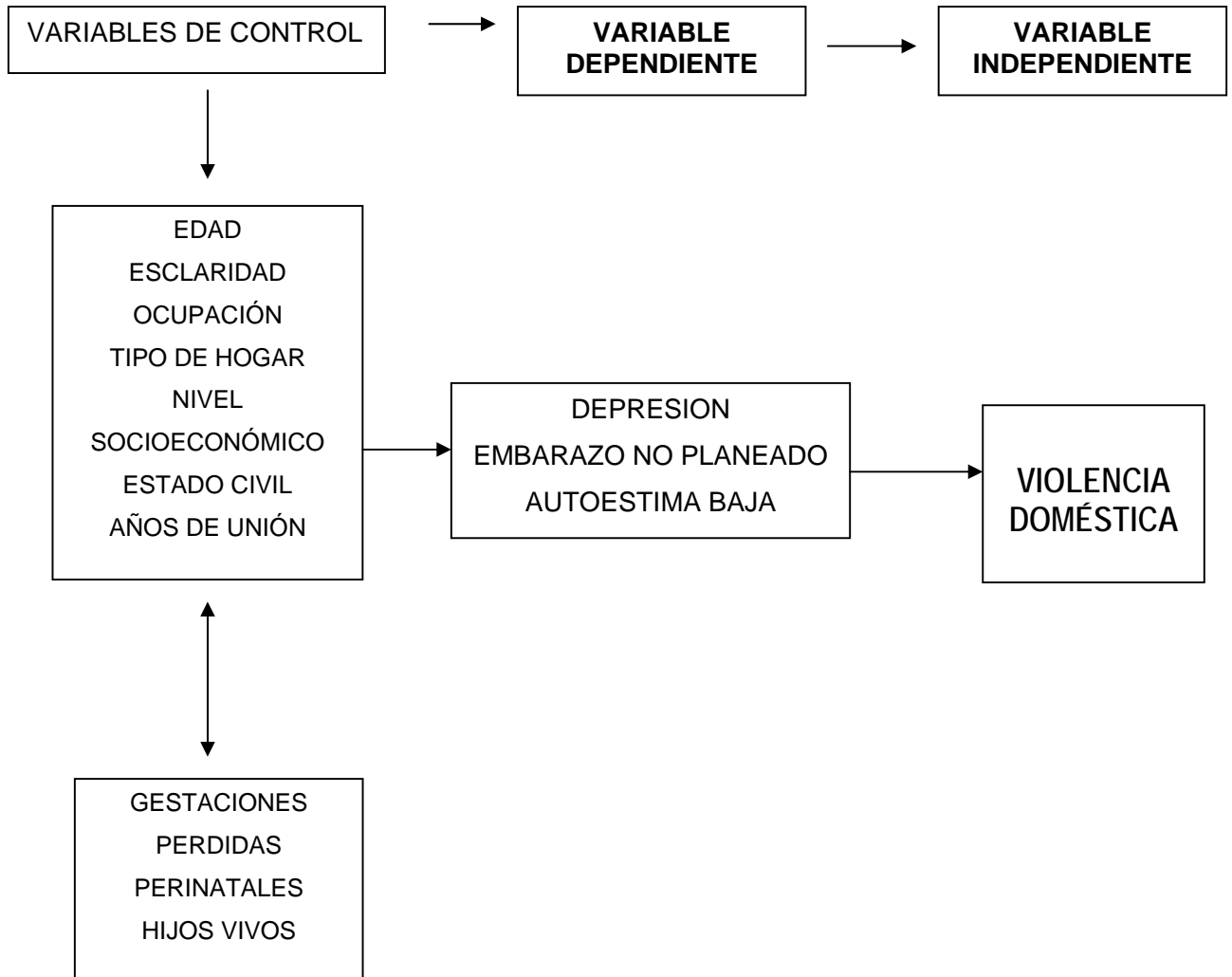
Anexo 3-

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA GESTANTE SOMETIDA A VIOLENCIA CONYUGAL.



FUENTE: Elaborado por Maribel Mendoza Milo agosto 2006-julio 2007

**VIOLENCIA CONYUGAL Y LA ASOCIACIÓN CON LA DEPRESION
DURANTE EL EMBARAZO**



FUENTE: Elaborado por Maribel Mendoza Milo agosto 2006-julio 2007

PROCESO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE: Elaborado por Maribel Mendoza Milo agosto 2006-julio 2007

Anexo 4.-

DIRECTORIO

En las medidas de *acción preventiva* destaca la creación de los Centros de la Mujer en la República Mexicana, que constituyen un servicio especializado en la atención a la mujer proporcionando asistencia jurídica gratuita, información sobre los recursos para el tratamiento y prevención de los malos tratos, la asistencia a la mujer víctima de malos tratos, así como servicios sociales, de empleo, atención psicológica y social. En las medidas de *atención a las víctimas* destacan:

Ambar. Profesionistas para una Vida Digna, S.C.

Dirección: Frontera 167. Despacho 705, Col. Roma Norte, Delegación Cuauhtemoc – 06700 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5584 5344.

Fax: (52-55) 5564 2644.

Correo electrónico: ambarse@laneta.apc.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Actividades: Apoyo emocional y psicológico, asesoría legal y social a mujeres, niñas/os, ancianas/os, discapacitadas/os, talleres, jornadas, charlas.

Especialización: Violencia doméstica, violencia sexual, derechos humanos, abuso sexual de menores.

Publicaciones: Boletín semestral “Ambareadas”.

Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C.,

ADIVAC.

Dirección: Pitágoras 842. Col. Narvarte. Delegación Benito Juárez 03020 México, D.F., México.

Teléfono: (52-5) 5682 7964.

Fax: (52-5) 5543 4700.

Correo electrónico: adivae@laneta.ape.org

Sitio Web: www.laneta.ape.org/adivae

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1990.

Cobertura: Local.

Actividades: Atención médica, legal y psicológica; cursos, seminarios, talleres; centro de documentación.

Especialización: Violencia sexual (mujeres y hombres); abuso sexual menores.

Publicaciones: No se indica.

Católicas por el Derecho a Decidir, CDD

Dirección: Londres 234, Col. Del Carmen, Delegación Coyoacán 04100

México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5554 5748; 5554 2902.

Fax: (52-55) 5629 2843.

Correo electrónico: cddmx@laneta.apc.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Nacional y América Latina.

Actividades: Talleres, conferencias, seminarios.

Especialización: Derechos humanos de las mujeres desde la perspectiva de la iglesia católica y derechos sexuales y reproductivos.

Publicaciones: Periódicas (revista "Conciencia Latinoamericana"), boletines y publicaciones referentes a los temas de los derechos sexuales y reproductivos.

Centro de Atención a la Violencia Doméstica, CAVIDA.

Clínica de Violencia Familiar del ILEF

Dirección: Avda. México 190. Col. Del Carmen, Delegación Coyoacán –
04100 México. D.F., México

Teléfono: (52-55) 5554 5611.

Fax: (52-55) 5659 0504.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Actividades: Atención a familias que viven violencia, capacitación a personal que trabaja con violencia, asesoría a equipos no especializados.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia doméstica.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, CAVI/PGIDF

Dirección: Gabriel Hernández 56. Planta Baja, Col. Doctores, Delegación
Cauhtémoc 06720 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5345 5248.

Fax: (52-55) 5345 5242.

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Atención médica y psicológica, asesoría jurídica y penal, visitas domiciliarias, derivaciones a casas de refugio.

Especialización: Violencia doméstica.

Publicaciones: No se indica.

PGJDF **Centro de Atención a Víctimas Vía Telefónica, VICTIMATEL**

Dirección: Fray Servando Teresa de Mier 32, Piso 1º, Col. Centro – 06080 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5575 5461.

Fax: (52-55) 5625 7280.

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Intervención en crisis por violencia, problemas de alcoholismo, drogadicción, derivaciones.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual, salud.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Atención Psicológica y Legal para la Familia, CAPYLFAC

Dirección: Huichapán 8, Col. Hipódromo, Condesa – 06170 México. D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5211 3270.

Fax: (52-55) 5211 3294.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Atención directa a mujeres, niños/as, y familias en situación violenta o de riesgo, atención psicológica y legal.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Atención a la Mujer de Tlalnepantla, CAM

Dirección: Avda. Toltecas 15, Col. San Javier, Tlalnepantla 54030 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 565 2266.

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Atención legal, médica y psicológica, información, orientación y prevención de la violencia familiar, talleres, trabajo social.

Especialización: Violencia intrafamiliar.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Apoyo a la Mujer Margarita Magón, A.C., CAM

Dirección: Carlos Pereira 113 Col. Viaducto Piedad. Delegación Iztacalco
08200 México, D.F., México.

Teléfono: (52-5) 5519 5845.

Fax: (52-5) 5519 5845.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1986.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Asesoría jurídica, civil y penal, atención médica y psicológica, capacitación en temas de género, campañas.

Especialización: Violencia doméstica, violencia sexual, derechos humanos, salud.

Publicaciones: Boletines, manuales, folletos.

Clínica para la Atención y Prevención de la Violencia, CAPREVI

Dirección: Cerro del Agua 241, Col. Copilco Universidad, Delegación
Coyoacán – 04360 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5659 0466.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Terapia individual, grupal y de pareja, talleres de sensibilización y prevención de violencia , abuso sexual y maltrato, estudios sobre maltrato y victimología.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia doméstica.

Publicaciones: No se indica.

Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C., CORIAC

Dirección: Diego Arenas 189 Col. Iztaccihual, Delegación Benito Juárez – 03520 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5696 3498.

Fax: (52-55) 5696 3498.

Correo electrónico: colectivo@coriac.org.mx

Sitio web: www.coriac.org.mx/

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1993.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Programa de reeducación y compromiso para hombres, cursos, capacitación para prestadores de servicios, instituciones y personas interesadas, talleres, actividades de actualización y extensión académica, grupos de reflexión, campañas, investigación.

Especialización: Violencia intrafamiliar, maltrato a menores, violencia doméstica, paternidad.

Publicaciones: Libros, cartillas.

Comunicación e Información de la Mujer, A.C., CIMAC

Dirección: Balderas 86 Col. Centro – 06050 México, D.F., México.

Teléfono: (52-5) 512 5796; 510 0085; 510 2033.

Fax: (52-5) 510 0085; 512 5756.

Correo electrónico: cimac@laneta.apc.org

Sitio web: www.cimacnoticias.com

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1988.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Agencia de noticias, síntesis informativa sobre temas de la mujer, centro de documentación.

Especialización: Derechos de las mujeres.

Publicaciones: Informativos diarios vía Internet.

Consejo Nacional de Población, CONAPO

Dirección: Ángel Urraza 1137 Col. Del Valle – 03100 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 559 6110.

Fax: (52-55) 559 7318.

Correo electrónico: conapomx@servidor.unam.mx

Sito Web: www.conapo.gob.mx/

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: No se indica.

Actividades: Académica, políticas públicas, información.

Especialización: Población, derechos humanos.

Publicaciones: Libros, informes.

Defensoras Populares, A.C., DPAC

Dirección: Luís G. Vieyra 23-1, Col. San Miguel, Chapultepec – México. D.F., México.

Teléfono: (52-55)5188 4743.

Correo electrónico: tulloaz@homail.com

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 8 de marzo de 1984.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Prevención del maltrato y de la violencia en la familia, defensa jurídica, atención psicológica y medica, seguimiento y rehabilitación, talleres,

formación de líderes comunitarias y promotoras de los derechos de las mujeres y de las niñas.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia contra las mujeres, derechos de las mujeres.

Publicaciones: No se indica.

El Lugar de Tía Juana, A.C.

Dirección: Calle 3ª 7801, edificio Avante, despacho E, Zona centro – 22000, Tijuana, B.C., México.

Teléfono: (52-66) 4688 0545.

Fax: (52-66) 4688 0545.

Correo electrónico: cuba@telnor.net

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 8 de marzo de 1991.

Cobertura: Estatal.

Actividades: Capacitación y programas preventivos de violencia de género, charlas, talleres, investigación y análisis, participación en redes.

Especialización: Violencia en contra de las mujeres, sexualidad.

Publicaciones: no se indica.

Espacios Vitales

Dirección: Xola 1107, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez – 03020, México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5639 5386.

Fax: (52-55) 5638 0827.

Correo electrónico: espaciosvitales@hotmail.com

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1992.

Cobertura: Local.

Actividades: Talleres de autoestima y de codependencia, grupos de trabajo, terapia psicológica individual, asesoría jurídica.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual.

Publicaciones: Folletos, postres, revistas.

Fundación para la Equidad. APIS

Dirección: Londres 70 esquina Corina, Col. El Carmen, Delegación Coyoacán – 04100 México, D.F. México.

Teléfono: (52-55) 5659 0548.

Fax: (52-55) 5554 4769.

Correo electrónico: apis@laneta.ape.org

Sitio web: <http://www.laneta.ape.org/apis/>

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1981.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Formación de líderes comunitarias/os, liderazgos femeninos en empresas sociales, programas de intervención y prevención de la violencia intrafamiliar, trabajo en redes nacionales, investigación, seminarios, seguimientos a acuerdos internacionales (Cairo).

Especialización: Derechos humanos, violencia intrafamiliar, salud sexual y reproductiva.

Publicaciones: No se indica

Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia,

A.C., PREVIO

Dirección: Ingenio San Gabriel 146 Col. Rinconada Coapa – 14330 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5594 4191.

Fax: (52-55) 5594 4191.

Correo electrónico: previoac@hotmail.com

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Apoyo psicológico, asesoría jurídica, terapia familiar, talleres de trabajo.

Especialización: Violencia intrafamiliar.

Publicaciones: No se indica.

Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES

Dirección: Alfonso Esparza Oteo 119, Col. Guadalupe Inn. Delegación

Obregón – 01020 México. D.F., México.

Teléfono: (52-55) 322 4200.

Correo electrónico: contacto@inmujeres.gob.mx

Sitio web: www.inmujeres.gob.mx/

Fecha de inicio: 2001.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Promoción y propuesta de políticas públicas.

Especialización: Violencia intrafamiliar, salud.

Publicaciones: No se indica.

Mujeres para el Diálogo

Dirección: Av. Cerro de las Torres N° 223-106 Col. Campestre Churubusco –
04100, México. D.F., México.

Teléfono: (52-55) 544 6902.

Fax: (52-55) 544 2202.

Correo electrónico: mujerdialogo@laneta.apc.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1985.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Capacitación, educación, investigación y estudios, asistencia técnica, servicios, sistematización de experiencias, programas en los medios, campañas, talleres, seminarios, centros de documentación.

Especialización: Derechos de las mujeres, violencia contra las mujeres.

Publicaciones: No se indica.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, PGJD.F. Dirección General de Atención a Víctimas de Delito

Dirección: Fray Servando Teresa de Mier 32, Piso 1º, Col. Centro – 06068 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5625 7540.

Fax: (52-55) 5625 7097.

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura. Local.

Actividades: Atención psicoterapéutica a hombres generadores de violencia domestica, derivaciones, información, charlas.

Especialización: Violencia doméstica, hombre agresor.

Publicaciones. No se indica.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, PGJD.F. Dirección General de Investigación de Delitos Sexuales

Dirección: Avda. Coyoacán 1635, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez – 03100 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5200 9260.

Fax: (52-55) 5200 9189.

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: 1989.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Atención psicológica y médica a víctimas y familiares, asesoría legal, información y difusión, prevención, capacitación, programas en los medios.

Especialización: Violencia sexual.

Publicaciones: No se indica.

Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal, Despachos de Atención Legal de Mujeres para Mujeres, DALMU

Dirección: Coatepec 1, Depto 3 y 4 Col. Roma Sur, Delegación Cuauhtémoc – 06160 México, D.F. México.

Teléfono: (52-55) 5264 6951.

Fax: (52-55) 5574 6215; 5264 3152.

Correo electrónico: abogadas@laneta.apc.org

Sitio web: <http://www.laneta.apc.org/proderechos/red.htm>

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio. No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Programas de apoyo y defensa legal de los derechos humanos, atención directa, grupos de autoayuda, cursos en derechos humanos de las mujeres, capacitación de promotoras legales.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual, derechos laborales, derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos.

Publicaciones: No se indica.

Red por la Salud de las Mujeres

Dirección: Bélgica 1007-3, Col. Portales – México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 539 4913; 539 4484.

Fax: (52-55) 539 4913.

Correo electrónico: redsaluddf@laneta.apc.org

Tipo de institución: Red.

Fecha de inicio: No se indica.

Actividades: Seguimientos de propuestas legislativas, capacitación, educación, incidencia en políticas públicas, información, trabajo en redes, trabajo con grupos comunitarios, centros de salud.

Especialización: Violencia doméstica, violencia sexual, derechos humanos, salud, familia.

Publicaciones: Cartillas, videos.

Salud Integral para la Mujer, A.C.

Dirección: Vista hermosa 89, Col. Portales, Delegación Benito Juárez – 03300 México D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5539 8703; 5532 5763.

Fax: (52-55) 5532 5763.

Correo electrónico: sipam@laneta.ape.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1987.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Difusión a través de programas de radio, campañas, propuestas de políticas públicas, seguimientos y monitoreo de políticas públicas.

Especialización: Derechos sexuales y reproductivos, derechos de las mujeres.

Publicaciones: Libros, postales y folletos.

Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal.

Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Dirección de Prevención de Violencia Familiar

Dirección: Calz. México, Tacaba 235-PB, Col. Un Hogar para Nosotros – 11400 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5341 1183; 5341 6004.

Fax: (52-55) 5341 9691.

Sitio web: <http://www.sds.df.gob.mx/servicios/violencia.htm>

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Información y difusión, talleres, prevención, capacitación, coordinación de la atención de las Unidades de Atención en Violencia Familiar, UAVIF.

Especialización: Violencia Intrafamiliar.

Publicaciones: Folletos, carteles, videos.

Casa Amiga. Centro de Crisis, A.C.

Dirección. Perú Norte 878 Col. Hidalgo, Ciudad Juárez, **Chihuahua**, México.

Teléfono: (52-656) 615 3830; 615 4143.

Fax: (52-656) 615 4123.

Correo electrónico: casaamiga@prodigy.net.mx

Sitio web: www.casa-amiga.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1999.

Cobertura: Local.

Actividades: Información, orientación, atención directa, terapias individuales y grupales asesoría legal, apoyo medico, capacitación, grupo de voluntarias/os, charla con hombres, en escuelas, lugares de trabajo, comunidades e iglesias.

Especialización: Violencia doméstica, violencia sexual, asedio sexual, violencia contra la mujer, feticidio.

Publicaciones: Folletos, afiches, postres.

Centro de Apoyo a la Mujer Griselda Álvarez, A. C., CAM

Dirección: Álvaro Obregón 232, Col. Centro 28000 **Colima**, México.

Teléfono: (52-312) 312 9599.

Fax: (52-312) 312 9599.

Correo electrónico: camcolim@volcan.ucol.mx

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Atención psicológica, medica y jurídica, individual y grupal, capacitación a instituciones, programas de televisión, difusión de materiales impresos.

Especialización: Salud, violencia contra la mujer.

Publicaciones: Dípticos, guías, folletos, programas de televisión.

Almacén de Recursos, A.C.

Dirección: Marmoleros Sur 1808 entre J y K, Col. Libertad 21030 Mexicali, B. C., México.

Teléfono: (52-686) 554 4395.

Fax: (52-686) 554 4295

Correo Electrónico: mumm@telnor.net; gracie@telnor.net

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1984.

Cobertura: Local

Actividades: Atención psicológica y jurídica; prevención de la violencia en la pareja por medio de talleres y exhibición de video en escuelas preparatorias, secundarias universidad, normal superior y grupos de la comunidad en general.

Especialización: Violencia familiar.

Publicaciones: No se indica.

Alternativas Pacíficas, A.C.

Dirección: Zaragoza 555 Norte, 2º piso, Col. Centro 64000 Monterrey, N. L., México.

Teléfono: (52-81) 8372 9066.

Fax: (52-81) 8372 9694.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1996.

Cobertura: Local.

Actividades: Atención integral: psicológica, medica, legal, gestión de servicios médicos, derivaciones refugio temporal, prevención, capacitación, investigación, asesoría telefónica, campañas en los medios, prevención en la comunidad, coordinación de la Red de Refugios de México.

Especialización: Violencia domestica.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Asesoría y Desarrollo entre Mujeres de Cuetzalan y Xochitlàn, CADEM

Dirección: Carrauzza 18, **Cuetzalan – Puebla**, México.

Teléfono: (52-222) 331 0478.

Correo electrónico: masevalsivia@laneta.apc.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: No se indica.

Cobertura: Local.

Actividades: Asesoría legal y psicológica, derivaciones, talleres, prevención.

Especialización: Violencia contra las mujeres.

Publicaciones: Trípticos.

Centro de Atención a la Mujer Violada en Michoacán, A. C., CAMVI

Dirección: Río Amattán 265, Col. Ventura Puente – **Morelia, Michoacán,**
México.

Teléfono: (52-443) 149 358.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1994.

Cobertura: Local.

Actividades: Centro de atención , asistencia médica, jurídica y psicológica,
información y difusión, programas en los medios.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual, salud.

Publicaciones: Artículos en periódicos.

Centro de Investigación Familiar, A.C.

Dirección: Av. Lázaro Cárdenas 923, Col. Ampliación Valle del Mirador –
Monterrey, N. L., México.

Teléfono: (52-81) 8387 2800.

Fax: (52-81) 8387 2801.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: Local.

Actividades: Atención psicológica, orientación, capacitación, derivaciones,
prevención, investigación.

Especialización: Violencia intrafamiliar.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Investigación y Atención a la Mujer, A.C., CIAM

Dirección: Santa Ana 37, Col. Las Fuentes – 45070, **Zapopan, Jalisco,**
México.

Correo electrónico: ciamgdl@infosel.net.mx

Sitio web: www.ciam.org.mx

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1993.

Cobertura: Local.

Actividades: Prevención, capacitación, investigación y estudios, talleres, programas en los medios.

Especialización: Derechos humanos, violencia contra las mujeres, salud reproductiva, familia, jóvenes.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Orientación y Prevención de la Agresión Sexual, A.C.

Dirección: López Cotilla 773-3001 y 304, Zona Centro, Sector Juárez, Col. Americana – 44160. **Guadalajara, Jalisco**, México.

Teléfono: (52-33) 3826 6671; 3826 6670.

Correo electrónico: ayuda@contralaviolencia.org

Sitio web: www.contralaviolencia.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 10 de mayo de 1996.

Actividades: Prevención, capacitación académica, atención psicológica y jurídica, talleres, reuniones, diplomados.

Especialización: Violencia familiar, violencia sexual.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Protección de la Violencia y el Abuso, A. C.

Dirección: Sierra de la Canela 528, Bosques del Prado – **Aguascalientes**, Aguascalientes.

Teléfono: (52-14) 49912 0925.

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: Mayo de 2002.

Cobertura: Local.

Actividades: Actividades de promoción de derechos de género y atención a víctimas de abuso.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual.

CIDHAL, Centro de Mujeres

Dirección: Calle Las Flores N° 11, Col. Acapantzingo – 62440 Cuernavaca, Morelos, México.

Teléfono: (52-73) 318 2058; 312 8988.

Fax: (52-73) 314 0586.

Correo electrónico: cidral@prodigy.net.mx

Sitio web: www.cidhal.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1969.

Cobertura. Nacional.

Actividades: Capacitación, consultorías, servicios de salud, servicios de documentación, comunicación en los medios, atención a víctimas de violencia doméstica y sexual, campañas.

Especialización: Violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia sexual, salud reproductiva, medio ambiente y desarrollo.

Publicaciones: Género y derecho humano, género y medio ambiente, videos sobre medio ambiente y cáncer de mama.

Colectivo Feminista de Xalapa, A.C.

Dirección: Av. Mártires 28 de agosto 430 – 91000 Xalapa, Veracruz, México.

Teléfono: (52-28) 143 108.

Tipo de institución: Grupo de mujeres.

Fecha de inicio: 1988.

Cobertura: Local.

Actividades: Atención a mujeres y hombres a través del apoyo en las áreas legal, emocional y de salud.

Especialización: Violencia intrafamiliar desde una perspectiva de género.

Publicaciones: Manuales.

Fundación Mujer Contemporánea

Dirección: Fray Bartolomé de las Casas 404, Barrio La Estación –
Aguascalientes, México.

Cumbres de Maltrata 400 interior, 202 A. Col. Las Americas Unidas.
México, D.F., México.

Teléfono: (52-14) 4991 88176; (52-55) 5764 9695.

Correo electrónico: contemporanea_aguascalientes@hotmail.com ;
revistacontemporanea@hotmail.com

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: marzo de 1994.

Cobertura: Regional.

Actividades: Casa de refugio, atención psicológica, atención legal, talleres d
autoempleo y de superación personal.

Especialización. Violencia intrafamiliar, masculinidad.

Publicaciones: Revista mujer contemporánea.

Grupo de Estudios sobre la Mujer Rosario Castellanos, A.C.

Dirección: Constitución 301, Col. Centro – 68000 Oaxaca, Oax., México.

Teléfono: (52-951) 514 6927.

Fax: (52-951) 516 6810.

Correo electrónico: casamuj@prodigy.net.mx

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1977. Cobertura: Local

Actividades: Capacitación, difusión, sensibilización y orientación a través de
los medios, asesoría jurídica, asistencia médica y psicológica, seminarios,
charlas, talleres, cine, debates, videoteca, centro de documentación,
videoteca, programas de radio.

Especialización: Violencia contra las mujeres, salud sexual y reproductiva,
derechos de las mujeres.

Publicaciones: Revista Entrelíneas.

Grupo Feminista Alaíde Foppa, A.C., GAF

Dirección: Río Santa María 3651, Fracc. Bugambillas - 21395 Mexicali, B. C., México.

Teléfono: (52686) 656 11391.

Fax: (52-686) 656 11391.

Correo electrónico: alaide@laneta.apc.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1978.

Cobertura: Local.

Actividades: Propuestas para reformas a leyes y reglamentos del Código Penal y Familiar, atención directa, derivaciones, cursos, talleres, sensibilización.

Especialización: Violencia doméstica, violencia sexual, salud, maltrato a menores, derechos humanos.

Publicaciones: No se indica.

Grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, A.C. Colectivo

Encuentro Entre Mujeres, COLEM

Dirección: Calle Magisterio 67, Col. 14 de septiembre -29210 San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Teléfono: (52-019) 678 4304.

Fax: (52-01) 678 4304.

Correo electrónico: colem@prodigy.net.mx

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1989. Cobertura: Local

Actividades: Atención jurídica, psicológica y médica, talleres, capacitación a parteras, información y difusión, programa de radio semanal.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato a menores.

Publicaciones: No se indica.

Pacto Plural de Mujeres

Dirección. Allende 1113 Oriente Centro – Monterrey, N.L., México.

Teléfono: (52-81) 8343 9039.

Fax: (52-81) 8343 9039.

Correo electrónico: mar_flomtz@yahoo.com

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: Agosto 1996.

Cobertura: Estatal.

Actividades: Talleres sobre teoría de género, asesoría a mujeres maltratadas, denuncias de violación a leyes procedimientos y en agravio de mujeres agraviadas, formación de grupos de reflexión, investigaciones de casos de violencia intrafamiliar y homicidios de mujeres.

Especialización: Violencia contra las mujeres, niños y niñas.

Publicaciones: No se indica.

Unidad de Atención Psicológica, Sexología y Educativa para el Crecimiento Personal, UNASSE,

Centro de Atención a Mujeres, CAM-UNASSE.

Dirección: Calle 5-C N° 498 X 50 y 52, residencial Pensiones – 97217

Mérida, Yucatán, México.

Teléfono: (52-99) 987 4107.

Fax: (52-99) 927 2205.

Correo electrónico: unasse@laneta.apc.org

Tipo de institución: ONG.

Fecha de inicio: 1992.

Cobertura: Local.

Actividades: Asistencia psicológica y jurídica, investigación y estudios, capacitación, educación, información y difusión, programas en los medios, campañas, reuniones, talleres.

Especialización: Violencia contra las mujeres, salud mental.

Publicaciones: Informes, folletos.

Universidad Nacional Autónoma, UNAM Programa Universitario de Estudios de Género, PUEG

Dirección: Torre 11 de Humanidades, 7º piso Circuito Interior, Ciudad Universitaria – 04510 México D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5623 0017.

Fax: (52-55) 5550 8827.

Correo electrónico: pueg@correo.unam.mx

Sitio web: www.pueg.unam.mx/

Tipo de institución: Universidad/Centro académico.

Fecha de inicio: No se indica.

Actividades: Investigación y estudios, información y difusión, seminarios, talleres, centro de documentación.

Especialización: Violencia contra las mujeres.

Publicaciones: Monografías, resultados de investigación.

Universidad Nacional Autónoma de México. Programa para la Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual, PAIVSAS-UNAM

Dirección: Av. Universidad 3004, Edif.. D, Sótano, Cubículos 1 y 2, Col. Copilco, Delegación Coyoacan, 04510 México, D.F., México.

Teléfono: (52-55) 5622 2254.

Fax: (52-55) 5622 2253; 5616 0778.

Correo electrónico: ruthg@servidor.unam.mx

Tipo de institución: Universidad/ Centro académico.

Fecha inicio: 1994.

Cobertura: Nacional.

Actividades: Atención terapéutica, derivaciones, capacitación, servicios especializados en agresor sexual, prevención, publicaciones.

Especialización: Violencia sexual, salud mental.

Publicaciones: No se indica.

Centro de Atención y Prevención del Abuso Sexual y Maltrato

Dirección: Portas 138 Col. Panorama – León, Guanajuato, México.

Teléfono: (52-473) 760 303.

Fax: (52-473) 641 0615.

Tipo de institución: Org. Gubernamental.

Fecha de inicio: 1992.

Cobertura: Local.

Actividades: Asistencia jurídica y psicológica, investigación y estudios, capacitación, educación, información y difusión, programas en los medios, campañas, talleres.

Especialización: Violencia intrafamiliar, violencia sexual, abuso sexual de menores, maltrato a menores, derechos humanos.

Publicaciones: Informes, documentos de investigación.