



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD

**CENTRO DE SALUD DE LA VILLA TAPIJULAPA,
TACOTALPA, TABASCO.**

**IDENTIFICACION Y TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES
EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA
TAPIJULAPA, TACOTALPA.**

PRESENTA

JOSE LAZARO CRUZ CAMACHO

VILLAHERMOSA, TABASCO

2006-2009



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.


**IDENTIFICACION Y TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES
EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA
TAPIJULAPA, TACOTALPA.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

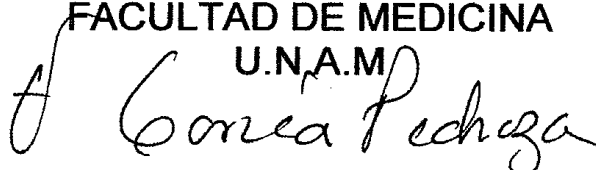
JOSE LAZARO CRUZ CAMACHO

A U T O R I Z A C I O N E S :



**DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.



**DR FELIPE DE JESUS PEDROZA GARCIA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

U.N.A.M.

VILLAHERMOSA, TABASCO A 15 DE SEPTIEMBRE DE 2008

**IDENTIFICACION Y TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES
EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA
TAPIJULAPA, TACOTALPA.**


**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

JOSE LAZARO CRUZ CAMACHO

A U T O R I Z A C I O N E S


**DRA. MF. EMMA PATRICIA JIMENEZ HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL
CENTRO DE SALUD DE LA VILLA TAPIJULAPA, TACOTALPA,
TABASCO**


**DRA. M.F. ALMA DELIA DE LA CRUZ DE LA CRUZ
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
MEDICO FAMILIAR**


**DRA. ALMA DELIA DE LA CRUZ DE LA CRUZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR**

VILLAHERMOSA, TABASCO A 15 DE SEPTIEMBRE DE 2008


**IDENTIFICACION Y TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES
EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA
TAPIJULAPA, TACOTALPA.**


**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**


PRESENTA

JOSE LAZARO CRUZ CAMACHO

AUTORIZACIONES


DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD
DEL ESTADO DE TABASCO


QUIMICO: SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD
DEL ESTADO DE TABASCO


DR. DRUSSO LOPEZ ESTRADA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
VILLAHERMOSA, TABASCO.

VILLAHERMOSA, TABASCO A 15 DE SEPTIEMBRE DE 2008

**IDENTIFICACION Y TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES
EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA
TAPIJULAPA, TACOTALPA.**

2.-INDICE GENERAL

1.-TÍTULO.....	05
2.-INDICE GENERAL.....	06
3.-RESUMEN.....	09
4.-MARCO TEÓRICO.....	10
5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
6.-JUSTIFICACIÓN.....	16
7.-OBJETIVOS.....	20
1.- GENERAL	
2.- ESPECÍFICOS	
8.- HIPÓTESIS.....	20
9.-METODOLOGÍA.....	21
I.-TIPO DE ESTUDIO	
II.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
III.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
IV.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	
V.-INFORMACIÓN A RECOLECTAR	
VI.-MÉTODO O PROCEDIMIENTO	
VII.-CONSIDERACIONES ÉTICAS	
10.- RESULTADO.....	25
11.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
12.-ANEXOS.....	51

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por existir, darme salud, guiar mi camino, y dejar que llegue este día importante en mi vida

A MI ESPOSA ALMA DELIA

Por estar siempre conmigo, brindarme amor, apoyarme y compartir momentos de tristezas y de alegrías.

A MI HIJA: JOSEFINA

Por el amor que me tiene, apoyarme y sobre todo por comprenderme.

A MI HIJO: LAZARO ROBERT

A pesar de su corta edad comprender que había momentos de no poder estar con él y ser uno de los pilares de mi vida.

A MIS PADRES

Por demostrarme siempre su amor y su apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS:

Por sus consejos de superación.

AL DR. MARCO ANTONIO SERRANO RIVERA

Porque al iniciar la especialidad me brindo su apoyo incondicional como Jurisdiccional en el Centro de Salud donde trabajo.

AL DR. JOSE GUADALUPE DE LA TORRE

Por seguir brindándome su apoyo incondicional como Jurisdiccional en el Centro de Salud donde trabajo

AL DR. CECILIO

Por su apoyo y consejos durante la especialidad.

A LA DRA. ALMA DELIA

Por el apoyo incondicional en la elaboración de mi Tesis por la aportación de sus conocimientos al logro de mi meta.

A MIS TUTORES EN LA ESPECIALIDAD:

DRA. ALMA DELIA DE LA CRUZ.

DR. BLADIMIR ARIAS

DRA: EMMA PATRICIA JIMENEZ

Por su intervención en mi formación como especialista.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LA RESIDENCIA

Por el apoyo y compañerismo que me mostraron durante los tres años de la residencia, pero especialmente a Mario Julio y a Raúl.

A MIS AMIGOS DEL CENTRO DE SALUD DE TAPIJULAPA

Especialmente a mis enfermeras del núcleo 2 y 3 a Hilda, Pascuala y a Yuri que me apoyaron al realizar parte de mis encuestas.

I.- RESUMEN:

Objetivo: Realizar un estudio para identificar la violencia y conocer el entorno que presentan las usuarias embarazadas en el Centro de Salud de Villa Tapijulapa, Tacotalpa, en el período de mayo 2006 a mayo 2007.

Material y Métodos: Se realizó un estudio Descriptivo, Transversal, Prospectivo, del 01 de mayo 2006 al 01 mayo 2007. Se utilizó el censo nominal de la mujer embarazada como apoyo para un registro mas completo, se estudiaron a todas las embarazadas que acudieron a control en el Centro de Salud de primer nivel de atención de Tapijulapa Tacotalpa Tabasco

Resultados: Se estudio un universo total de 79 mujeres embarazadas que acudieron al centro de Salud de Tapijulapa Tacotalpa Tabasco del 01 de mayo 2006 al 01 mayo 2007. Las 79 mujeres informaron haber sufrido algún tipo de violencia durante su embarazo, ya sea psicológico, físico, sexual; en 72 se presentó violencia psicológica (91%), pero en promedio considerando sus 8 reactivos fue de 34,25%; 68 pacientes presentaron violencia Física (86%), en promedio de acuerdo a sus 6 reactivos se observó un 27.5% y 54 pacientes presentaron violencia sexual (68%), con un promedio de 28.66% al considerar sus 3 reactivos.

10. DISCUSION

La violencia reportada en las mujeres embarazadas de este estudio, un factor primordial fue que se realizó en una zona rural y con bajo nivel cultural y socioeconómico y varió dependiendo de las preguntas que se le realizaban en cada tipo de violencia, la más común fue la violencia psicológica en un 34.25% similar a la informada en algunos estudios realizados en México que la reportan de 15 a 33.5% ^{5,6} y a otros llevados a cabo en el mundo donde fluctúa de 0.9 y 25%, en los países en vía de desarrollo la prevalencia es de 4 a 29% ^{5,6}, seguida de la física y en menor grado la violencia sexual.

11. CONCLUSION:

El Médico de primer nivel o familiar que esta en contacto con las embarazadas, debe contar con conocimiento y entrenamiento para atender a las victimas que sufren violencia, con la misma empatía y conocimiento que lo hace con otras patologías.

1. MARCO TEORICO.

La violencia contra la mujer se define por la OMS como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.¹ Se estima que en América latina cerca del 50% de las mujeres sufren violencia doméstica crónica. Para la organización panamericana de la salud (OPS), se presenta en el 20 al 60% de estas mujeres. ²

Es un problema social que tiene gran impacto en la salud de las mujeres en México y el resto del mundo. Este tipo de violencia encuentra sus raíces en la desigualdad entre los géneros, es decir, en cómo se construyen los modelos de masculinidad y feminidad y en las relaciones sociales entre hombres y mujeres, que implican la subordinación de estas últimas. ³

La asamblea general de las naciones unidas (1993) aprobó la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en su artículo 1, donde la define como todo acto de violencia basado en el género que resulte, o tenga probabilidad de resultar en daño físico, sexual, psicológico o sufrimiento de la mujer e inclusive la amenaza de cometer esos actos, la coerción y la privación arbitraria sea que ocurra en la vía pública o en la privada

No esta limitado a grupos económicos, religiosos o culturales. Durante el embarazo fluctúa entre 0.9% al 21% en diferentes regiones y países, las cifras son explicadas porque no se hacen pesquisa en las consultas, por factores personales de las pacientes quienes consideran que la violencia ocurre dentro del hogar y es un problema intimo y por considerarlo normal dentro del comportamiento de los géneros. ⁴

El banco mundial estima que la violación y violencia doméstica representa 5% de los años de vida saludable perdida por mujeres de edad reproductiva en países en desarrollo en período de transición demográfica. Donde China representa un porcentaje alto, el 16% de la carga total. Diversos estudios en Estados Unidos han demostrado que una de cada seis mujeres embarazadas era golpeada durante su presente embarazo. ⁵

En el ámbito internacional Bohn, en 1990, ha señalado que la violencia es más frecuente y severa durante el embarazo, y es dirigida al abdomen

La violencia doméstica durante el embarazo se comenzó a estudiar a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, en países desarrollados como Estados Unidos de América y Canadá; mostrando una variación en la prevalencia que fluctúa entre 9% y 20.1% según el tipo y la edad de la población estudiada. ⁶

En enero de 1998, en Chile, Valdivia reporta que de 131 mujeres entrevistadas, 79 reconocieron experiencias de violencia domésticas, física y emocional. ⁷

En San Juan de Costa Rica, de 118 mujeres que dieron a luz, 29,7% estuvieron expuestas a algún tipo de violencia. El 65,7% manifestaron que la violencia empezó tres años o menos, antes de que se iniciara el embarazo y continuó durante el mismo. ⁸

Estudio realizado en 250 mujeres embarazadas en los estados de alta marginación en México; Chiapas, Hidalgo, Guerrero y Oaxaca, el 13% informaron haber sufrido violencia durante alguno(s) de sus embarazos; de las cuales 30.4% indicaron golpes en el abdomen y en el 91.4% de los casos el agresor fue el cónyuge. ⁹

Una encuesta en 1998 a mujeres en el tercer trimestre de embarazo, que acudieron a control prenatal a diversos centros de salud de Cuernavaca y Cuautla del estado de Morelos en México. La prevalencia de violencia física y sexual disminuyó del 17,5% y 13.7% respectivamente antes del embarazo al 15% y 11.8% durante el embarazo. La violencia emocional, en cambio se incrementó al pasar del 23,5% antes del embarazo al 28% durante el mismo. ¹⁰

Un estudio realizado a usuarias embarazadas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud (S.S.A) en Cuernavaca y Cuautla, Morelos, el 24.6% sufrieron violencia, encontrándose prevalencias más altas con 33% para pacientes de la Secretaría, 15% para pacientes del IMSS. Estableciendo una asociación entre violencia hacia la mujer y condiciones económicamente desfavorables en diversos estratos sociales. Presentando cuatro veces más riesgo de dar a luz productos de bajo peso al nacer, que las que no sufrían de violencia. ¹¹

Para Lown en el 2001, las mujeres mexicano-americanas víctimas de violencia física en el área urbana fue de 13.2%, mientras que en el área rural fue de 5.8%.

Encuesta realizada a usuarias de los servicios asistenciales de Guadalajara Jalisco encontró que 57 y 44% de las mujeres del área urbana y rural, respectivamente, recibieron maltrato físico o emocional por parte de sus familiares.

En mayo del 2001; en Ometepec, Guerrero, una de las regiones más pobres de México, de 709 mujeres entrevistadas, 18% refirió ser golpeada cuando no estaba embarazada persistiendo durante el embarazo. Sin embargo, la cifra fue diferente si la pareja estuvo o no presente durante la entrevista. Cuando la mujer estuvo sola, 21% y 10% en los casos donde la pareja presenció el interrogatorio. Una mujer entrevistada sin la presencia de su pareja tuvo dos veces la probabilidad de notificar violencia física, comparada con otra cuyo esposo estuvo presente de 21 y 10% respectivamente.¹²

En el 58% de las usuarias del IMSS, alguna vez se detectó violencia, el 20% la refirió de parte de su pareja actual, 32% de su pareja de toda la vida, observándose mas frecuente la violencia de tipo psicológica en un 18%, física en 9%, sexual en 7% y la económica en 5%. La violencia incrementa con la edad y disminuye en la medida que se incrementa la escolaridad.

Por su distribución geográfica Quintana Roo destaca con las prevalencias mas altas en todo los tipos de violencia (psicológica, física, sexual, económica), seguido de Colima, Oaxaca y la entidad que menos tiene es Tabasco.¹³

Los factores de riesgo asociados a violencia física contra la embarazada son pertenecer a un grupo étnico, alcoholismo del compañero, experiencia de eventos negativos en los 12 últimos meses y percepción elevada de estrés. Stewart definió tres características de las mujeres golpeadas durante la gestación como factores de riesgo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con embarazo no planeado), estilo de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas

illegales y desórdenes emocionales) y problemas de salud (males físicos de salud y uso de drogas prescritas).

Aumentan el riesgo de sufrir violencia durante el embarazo. El que hayan tenido una pareja previa y tengan por lo menos un hijo, que cuyas parejas tengan hijos con otras mujeres, y que sus *parejas sufrieron violencia* durante su infancia. ¹⁴

Otro factor de riesgo identificado para ser víctima de violencia doméstica, es el antecedente de ser testigo de violencia entre sus padres durante su niñez.

La falta de control prenatal, es mayor en las mujeres maltratadas en un 59%, de las no maltratadas (33%). Webster documentó que las redes de apoyo de la mujer maltratada durante el embarazo son más débiles que en las no maltratadas. ¹⁵

Existen numerosos instrumentos creados con el fin de detectar las distintas formas de violencia contra la mujer: la escala de Mc Farlane evalúa abuso durante el embarazo; la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS) mide agresión física, psíquica y sexual, en frecuencia y severidad; *Women's Experience With Battering Scale* (WEB) mide la coerción crónica; y el *Index of Spouse Abuse- Physical* (ISA-P) y *Non-physical* (ISA-PN) registra el índice de abuso por la pareja, entre otros. Estas herramientas fueron creadas y aplicadas originalmente en mujeres de habla inglesa y no hay instrumentos validados en español. En los EE.UU se utilizó una encuesta telefónica en mujeres de habla hispana. Otro instrumento de detección es la encuesta desarrollada por la *Internacional Planning Parenthood Foundation* para países Hispano parlante, que consta de datos demográficos básicos y cuatro dominios para violencia basada en género, (violencia psicológica, física, sexual, y violencia sexual en la niñez). ¹⁶

En el año 2000 la federación internacional de planificación familiar, región del hemisferio occidental (IPPF/RHO) desarrolló un instrumento breve para la detección sistemática de violencia basada en el género (VBG). ¹⁷

La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM, 2003) levantada por la Secretaría de Salud en el 2003, constituye un esfuerzo

singular por cuantificar la magnitud Nacional de la Violencia hacia las mujeres y el conocimiento sobre violencia doméstica que tienen los prestadores de los servicios de salud en el IMSS. Entre las principales limitaciones es que no contempla una sección especial para explorar violencia durante el embarazo, solo un apartado breve.¹⁸

La relación con el abusador agrava las consecuencias psicológicas que las mujeres sufren por el abuso. Los vínculos legales, financieros y afectuosos que las víctimas de la violencia conyugal tienen a menudo con el abusador, acentúan sus sentimientos de vulnerabilidad, pérdida, engaño y desesperanza. Las mujeres abusadas frecuentemente se aíslan y se recluyen tratando de esconder la evidencia del abuso.

Varios estudios han revelado que las mujeres que han sufrido violencia de su compañero durante el embarazo, son más proclives que aquellas que no han sido abusadas al indicar que su embarazo no fue planeado o que llegó antes de lo deseado o que no se habían sentido felices con respecto a ese embarazo.¹⁹

El estudio de la percepción de la relación de pareja en mujeres con convivencia estable, revela que en el grupo con experiencia de violencia doméstica existe una mayor proporción de mujeres que se sienten infelices e incomprendidas por su pareja y escasa expresión de cariño por parte del hombre. A su vez, en este grupo se ve una menor comprensión por parte de la mujer hacia el hombre. La frecuencia de discusión entre la pareja fue significativamente mayor en el grupo con antecedentes de violencia: muy frecuentes y bastante frecuente. Se determinó un diagnóstico mayor de familia con disfuncionalidad severa y/o en riesgo de disfuncionalidad familiar en el grupo con antecedentes de violencia. En tres de las cinco variables que contiene el test de funcionamiento familiar se encontraron diferencias significativas: grado de satisfacción con la forma en que la familia habla de las cosas y comparte los problemas, grado en que la familia acepta y proporciona apoyo a sus iniciativas y deseos, y forma como la familia comparte el tiempo libre.²⁰

Durante el último decenio, la investigación ha demostrado una estrecha

relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar físico-emocional del individuo. Los sistemas de medicina familiar han promovido una orientación familiar para la atención del paciente desarrollando diversos instrumentos de evaluación que incorporan información familiar y psicosocial. Estos incluyen el APGAR familiar, el método del círculo familiar, genograma y los modelos PRÁCTICA y FIRO.²¹ Entre los cuestionarios que más se han empleado en todo el mundo y de los que se dispone de versiones validadas en poblaciones españolas es el APGAR familiar. Desarrollado por Gabriel Smilkstein en 1978. Consta de 5 preguntas estandarizado para aplicarse a todos los miembros de la familia mayores de 15 años²². La familia expresión universalmente aceptada, es considerada como la unidad social más inmediata y significativa de la ciencia demográfica. Su importancia como institución familiar radica en ser:

- Un espacio social de interacción individual y colectiva.
- Escenario de aprendizaje y socialización en diversos planos de la vida cotidiana.
- Lugar idóneo para la transmisión y transformación de prácticas culturales, valorizaciones, hábitos y normas.
- Espacio privilegiado para la organización y gestación de respuestas Alternativas a situaciones adversas impuestas desde el exterior²³.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La violencia intrafamiliar contra la mujer es un problema importante de la sociedad, que causa gran impacto en México y en todo en el mundo, por su prevalencia de 0.9 a 25% en países desarrollados y de 4 a 29% en países en vía de desarrollo. En la literatura nacional se notifican prevalencias de 15 a 33.5% lo cual a la fecha se ha agravado al presentarse también en mujeres embarazadas. Llevando a severas consecuencias como muerte neonatal, aumento de la morbilidad materna, disfunciones familiares y baja autoestima en las mujeres que la padecen en cualquiera de sus formas y que no se atreven a denunciarlas por temor, por que es algún familiar cercano o por ser parte de su cultura.

En el caso de la población que acude al Centro de Salud de Tapijulapa se desconoce la magnitud de la violencia en mujeres embarazadas por lo tanto surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cual es el tipo violencia que sufren las usuarias embarazadas en el Centro de Salud de Villa Tapijulapa, Tacotalpa?.

5. JUSTIFICACIÓN

La violencia contra las mujeres embarazadas, es un fenómeno ampliamente reconocido como un problema de salud publica de considerable impacto en la salud, tanto de la mujer como en la del bebe por las consecuencias físicas y emocionales que tiene, por la demanda que representa en los servicios de salud (ya sea de la medicina institucional o tradicional) y por su alta prevalencia.

En literatura nacional se notifican prevalencias de 15 a 33.5%. En los estudios internacionales, la prevalencia fluctúa entre 0.9 y 25% en países desarrollados en tanto que en los países en vías de desarrollo, se informa una prevalencia mayor que va de 4 a 29%.

La prevalencia y las características de la violencia contra las embarazadas varían dependiendo de la población estudiada y de la metodología utilizada. En los Estados Unidos de América y en Canadá, algunos informes señalan prevalencias desde 0.9 a 21.1%²⁴.

En EE.UU. 2 a 4 millones de mujeres son golpeadas cada año, 1.500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja actual o pasada y el 16% de las mujeres adultas informan una historia de abuso sexual por un integrante de su familia

En Francia, una encuesta nacional muestra que la violencia en la pareja causa la muerte de seis mujeres por mes, siendo la principal causa de muerte el homicidio de las mujeres.

En la Argentina se estima que aproximadamente el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida; no existen estudios de prevalencia en la población general.²⁵

En Carolina del Norte, Estados Unidos de América (EUA), reportó una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 6.1%. En Acarigua Venezuela las violencias son en menores, entre 12 y 15 años denunciadas ante las autoridades, el 93.35% eran del sexo femenino con un porcentaje de embarazos de 10.4%. Venezuela tiene una incidencia de 21% de embarazos en adolescentes y 14.2 en mujeres adultas.²⁶

En el 2000 Colombia reportó, que el 38% de las mujeres recién embarazadas habían sufrido de violencia física o sexual; el 29% solamente maltrato físico, el 1% abuso sexual, y el 7% ambos tipos de violencia²⁷

Gazmararian encontró una prevalencia durante el embarazo de 0.9 a 20%.⁽⁴⁾

En Saskatoon, Canadá, Muhjarine reportó la violencia en mujeres embarazadas en 4.5% de las mujeres usuarias del servicio de atención prenatal.

En México, Alvarado-Zaldivar en 1998 reportó que el 13% de las mujeres de la ciudad de Durango, recibieron golpes durante el embarazo.²⁸

Si se tomaran en cuenta las muertes violentas en las estadísticas de muertes maternas, representarían 14.8% del total en un año en el estado de Morelos, ocupando el tercer lugar entre las causas de muerte materna.²⁹

La violencia basada en el género puede llegar a tener consecuencias devastadoras para las víctimas, las repercusiones se extiende hacia los niños del hogar, la familia e incluso hasta la comunidad.

Estas repercusiones, son embarazo no planeado, falta de control prenatal, aumento de días de hospitalización, infecciones urinarias de repetición y sangrado genital en los 2 primeros trimestres del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, mayor número de traumas durante el embarazo, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina, cesárea, parto pretermino, aborto, bajo peso al nacer, morbilidad perinatal, morbilidad materna (homicidio, suicidio) ruptura de hígado o bazo, fractura de pelvis y hemorragias.

Toda mujer con experiencia de violencia física tiene 1.8 veces mas probabilidad de entrar con retardo en la consulta prenatal que mujeres sin antecedentes de violencia, mujeres mayores y de buena condición socioeconómica, siendo la violencia el único factor que influye en su bienestar.³⁰

Es importante considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo no sólo producen lesiones físicas; impactan, además, la salud mental de las mujeres. Quienes terminan padeciendo diferentes malestares emocionales como depresión, fatiga, apatía, insomnio y tristeza.

Desarrollan un cuadro de estrés permanente y se perciben a sí mismas como enfermas. Tienden a aislarse, presentan baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas, alcohol o ambos.³¹

Las repercusiones en el feto son fracturas o muerte fetal. Bajo peso al nacer, anemia fetal, hipovolemia fetal, hipoxia aguda y crónica fetal, hipoglucemia, acidosis fetal, problemas del desarrollo neurológico, enfermedades cardiovasculares en la niñez; y están 40 veces más propensos a morir en el primer año de vida. Afecta a cualquier niño en la etapa inicial de la vida, al incrementar la morbilidad y la mortalidad como por sus efectos sobre el desarrollo de las capacidades físicas, cognoscitivas y sociales, que pueden limitar considerablemente a los que sobreviven.

La violencia contra las mujeres representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo. Las mujeres que han sido 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.³²

La violencia en contra de la mujer representa un obstáculo para el desarrollo económico y social. Al debilitar la energía de la mujer, atacando su confianza y comprometiendo su salud, priva a la sociedad de su plena participación. Para muchas mujeres, los efectos psicológicos del abuso son más debilitantes que los físicos (miedo, ansiedad, fatiga), desórdenes de estrés postraumático, desórdenes de sueño y la alimentación, se tornan dependientes y sugestionables y encuentran difícil tomar decisiones por sí mismas.³³

En México un estudio reveló que las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo sufren tres veces más complicaciones en el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas.³⁴

La inquietud por realizar esta investigación, surgió ante la presencia de algunos casos de violencia en mujeres embarazadas en el Centro de Salud de la Villa Tapijulapa, Tacotalpa, sin ser denunciadas o expresadas por las pacientes, con la consiguiente muerte fetal o aborto. Situación que en algunas pacientes es repetitiva en subsecuentes embarazos o persisten después del parto, por lo que nos llama la atención conocer los tipos de violencia a que son sometidas estas mujeres en sus hogares en una etapa muy bonita e importante de la vida, conocer su entorno y satisfacción familiar que presentan para poder ayudarlas de forma oportuna y preventiva, desde el punto de vista médico familiar, hacer que se cumplan los programas preventivos ya establecido o mejorar e instalar otros de ser necesarios. Los sistemas de medicina familiar han promovido una orientación familiar para la atención del paciente, desarrollando diversos instrumentos de evaluación que incorporan información familiar y psicosocial. Para ello se aplicó el APGAR Familiar como instrumento para medir el grado de satisfacción hacia el resto de los miembros de la familia. Es sencillo y de utilidad tanto en clínica como en investigación, permiten hacer pronósticos en cuanto a la recuperación de los problemas encontrados.³⁵

6. OBJETIVOS.

- OBJETIVO GENERAL.

Identificar la violencia y el entorno que presentan las usuarias embarazadas en el Centro de Salud de Villa Tapijulapa, Tacotalpa, en el período de mayo 2006 a mayo 2007?

- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.-Conocer el tipo de violencia a que son expuestas las mujeres embarazadas.

2.- Identificar a las mujeres embarazadas que llevan control en el Centro de Salud de Villa Tapijulapa y sufren algún tipo de violencia, mediante la aplicación del instrumento Prueba de tamizaje de violencia doméstica elaborado por Norton L. et al, complementada con la Encuesta Nacional de la violencia contra las mujeres 2003.

3.- Determinar los factores que influyen a la existencia de violencia en las mujeres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud de la Villa Tapijulapa mediante la aplicación de la encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres.

4- Conocer la funcionalidad familiar que presentan las usuarias embarazadas que sufren violencia del Centro de Salud de la Villa Tapijulapa, mediante la aplicación del instrumento APGAR FAMILIAR. Como parte importante del entorno de estas pacientes.

7. HIPOTESIS

Este estudio no lleva hipótesis por ser descriptivo.

8. METODOLOGIA

- TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es Descriptivo, Transversal, Prospectivo aun año, Comprendiendo del 01 de mayo 2006 al 01 mayo 2007.

- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se estudiaron a todas las embarazadas que acudieron a control en el Centro de Salud de primer nivel de atención de Tapijulapa Tacotalpa, Tabasco perteneciente al Sector público de la Secretaria de Salud, en el período del 1 de mayo de 2006 al 01 de mayo de 2007

- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se utilizaron a las 78 embarazadas que acudieron a la unidad en el periodo señalado, a las cuales se les aplicó una encuesta para identificar violencia, los factores predisponentes y, el APGAR FAMILIAR para determinar su funcionalidad familiar y así conocer el entorno social que las rodea.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.

Criterios de Inclusión:

- Se incluyeron a todas las embarazadas que acudieron a control en el período comprendido.
- Embarazadas que pertenecen al Centro de salud de Villa Tapijulapa.
- Embarazadas que aceptaron participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Usuarías embarazadas que no aceptaron participar en el estudio
- Embarazadas que pertenecían a otras comunidades.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (variables a recolectar)

VARIABLE DEPENDIENTE: Embarazadas

VARIABLE INDEPENDIENTE: Violencia

Entorno social

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE Y DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION	INDICADORES
Embarazo: Estado fisiológico de la mujer el cual se gesta un producto	Cualitativa nominal	Numero de embarazo
Violencia: Maltrato físico, verbal, psicológico y sexual que recibe la determinada persona	Cualitativa nominal	Física Verbal Psicológica
Violencia Física: Agresión física a la mujer embarazada	Cualitativa nominal	Empujones, Sacudido, Torcido el brazo, Golpes, Patadas, Aventado algún objeto
Violencia Psicológica: Violencia emocional a la mujer embarazada	Cualitativa nominal	Menospreciado, Insultado, Sentir miedo,
Violencia Sexual: Relaciones sexuales Forzadas a la mujer embarazada	Cualitativa nominal	Exigir tener relaciones, amenazado con irse con otra, utilizado por la fuerza
Género: Identificación del individuo o determinado rol sexual.	Cualitativa nominal	
Satisfacción Familiar: Refleja convivencia familiar favorable	Cualitativa nominal	
APGAR Familiar: Instrumento que mide funcionalidad en las familias y grado de satisfacción hacia los demás miembros. 5 reactivos	Cualitativa Ordinal	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional
Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el periodo que estima la existencia de una persona se mide en años	Cuantitativa continua	Numero de años cumplidos
Estado Civil: Condición de cada persona en relación con los derechos civiles	Cualitativa nominal	Soltera Unión Libre Casada
Escolaridad: Nivel de conocimiento adquirido sobre determinada área del saber	Cualitativa nominal.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Preparatoria incompleta Preparatoria completa Técnico profesionalista Universidad
Ocupación: Trabajo que realiza el individuo	Cualitativa Nominal	Labores del Hogar estudiante Empleada Secretaria Profesional

-METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Mediante la consulta, el tarjetero y censo de mujeres embarazadas, se captó a las usuarias embarazadas que pertenecen al Centro de Salud de Villa Tapijulapa, Tacotalpa, en sus tres núcleos básicos, solicitando su autorización por escrito para participar en el estudio, a las cuales se les aplicó la encuesta que incluye el instrumento Prueba de tamizaje de violencia doméstica elaborado por Norton L. et al, que señala violencia en embarazadas, complementada con la Encuesta Nacional de la violencia contra las mujeres 2003, elaborada por la Secretaría de Salud. También incluye información sobre los factores predisponentes y el APGAR familiar, elaborado por Gabriel Smilkstein, para conocer la funcionalidad familiar que presentan las usuarias embarazadas obteniendo con ello su entorno social.

- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Tokio 2004.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación, con apego a lo establecido en el artículo 13 fracción v se respetará la dignidad y el bienestar de los participantes conservando su anonimato y la libertad de elegir si participan en el estudio.

Respecto al artículo 21 a las pacientes seleccionadas se les solicitó su participación voluntaria y se les informó los objetivos y beneficios del estudio, así como los procedimientos a realizarse.

En el artículo 17 fracción II, se considera a la investigación como riesgo mínimo para la integridad física y psicológica de los participantes como base a la declaración de Helsinki con sus respectivas modificaciones ⁽²⁹⁾

Es muy importante señalar que desde el punto de vista ético, el estudio **“Violencia de embarazadas en el Centro de Salud de Tapijulapa”** no afecta en ningún momento la integridad física, emocional de los pacientes y sus familias. Los resultados obtenidos dentro del mismo, serán de gran beneficio para la población embarazada que sufre violencia y sus familiares.

- Recursos:

Recursos materiales:

Se utilizaran hojas blancas.

Lápices.

Computadora

Tinta

Impresora.

Recursos humanos:

Médico

Apoyo del personal de enfermería para la aplicación de la encuesta

Los pacientes.

9. RESULTADOS.

Se realizaron 79 encuestas a las mujeres embarazadas de la localidad de Tapijulapa, en el periodo del 1 de marzo de 2006 al 1 de marzo de 2007, de 14 a 40 años de edad en sus 3 núcleos básicos.

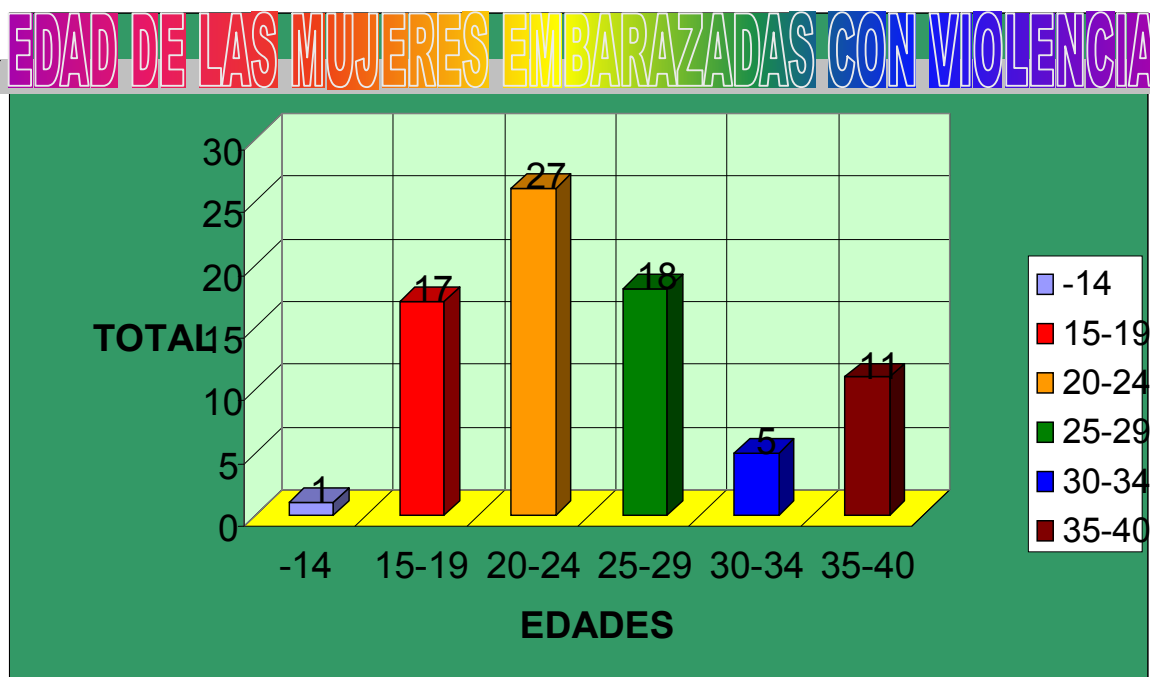
La edad predominante de las mujeres embarazadas que sufren violencia fue de 20 a 24 años de edad, en 26 pacientes (34%), siguiendo las de 25 a 29 años en 18 pacientes (23%), solamente 1 paciente fue de menor de 15 años que equivale a 1%. **Ver cuadro 1, gráfica 1.**

Cuadro 1: EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA

MENOR DE 15 AÑOS	DE 15 A 19 AÑOS	DE 20 A 24 AÑOS	DE 25 A 29 AÑOS	DE 30 A 34 AÑOS	DE 35 A 40 AÑOS	TOTAL
1	17	27	18	5	11	79
1%	22%	34%	23%	6%	14%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 1: EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

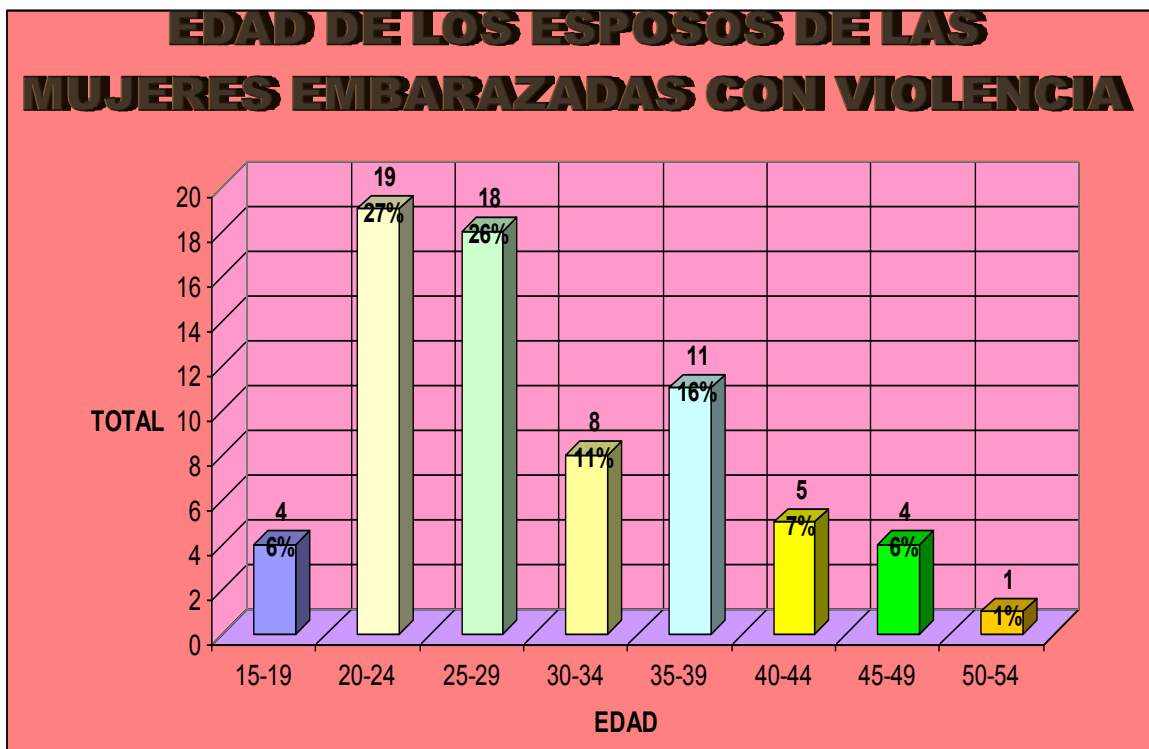
La edad predominante de los esposos de las pacientes que tenían pareja durante el estudio fue similar al de las mujeres primero los de 20 a 24 años en 27%; seguido de los de 25 a 29 años en un 26% y solamente una paciente tenía un esposo mayor de 50 años que equivale al 1%. **Ver cuadro 2, gráfica 2.**

Cuadro 2: EDAD DE LOS ESPOSOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA.

DE 15 A 19 AÑOS	DE 20 A 24 AÑOS	DE 25 A 29 AÑOS	DE 30 A 34 AÑOS	DE 35 A 39 AÑOS	DE 40 A 44 AÑOS	DE 45 A 49 AÑOS	DE 50 A 54 AÑOS	TOTAL
4	19	18	8	11	5	4	1	70
6%	27%	26%	11%	16%	7%	6%	1%	100%

FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 2: EDAD DE LOS ESPOSOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA.



FUENTE: ENCUESTA

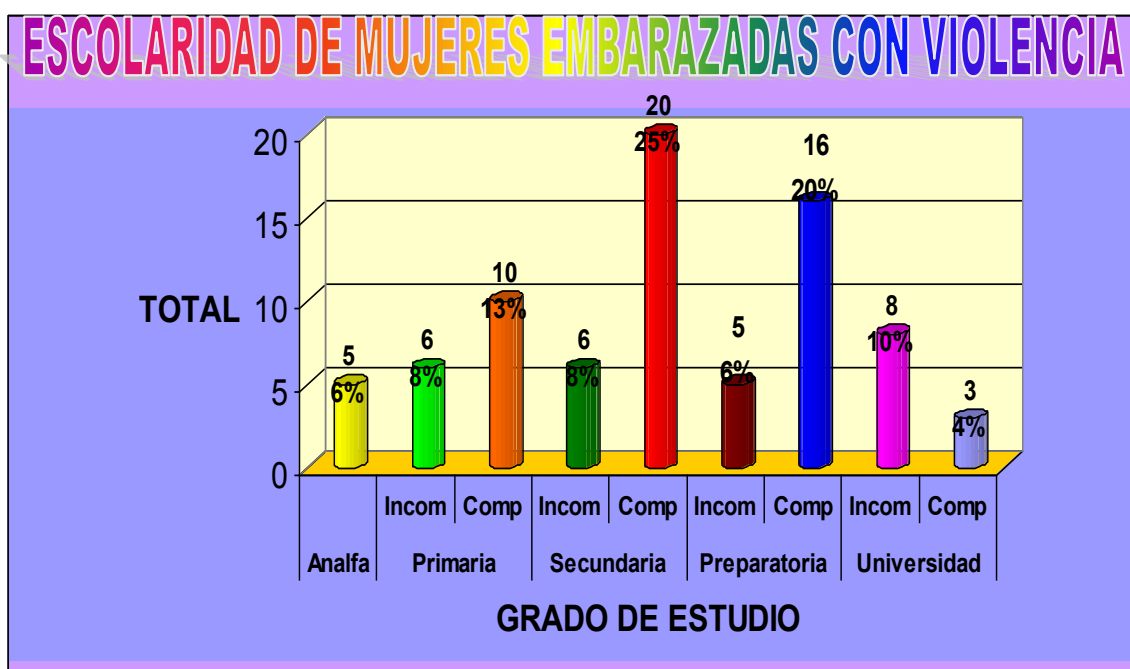
La escolaridad promedio de las mujeres fue de secundaria completa en 20 pacientes que equivale a un 25%; seguido de preparatoria completa en 16 pacientes (20%) y 5 pacientes refirieron ser analfabetas (6%). **Ver cuadro 3, gráfica 3.**

Cuadro 3: ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA

ANALF AB	PRIMARIA		SECUNARIA		PREPARATORIA		UNIVERSIDAD		TOTAL
	INCOMP	COMP	INCOM	COMP	INCOMP	COMP	INCOM	COMP	
5	6	10	6	20	5	16	8	3	79
6%	8%	13%	8%	25%	6%	20%	10%	4%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 3: ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

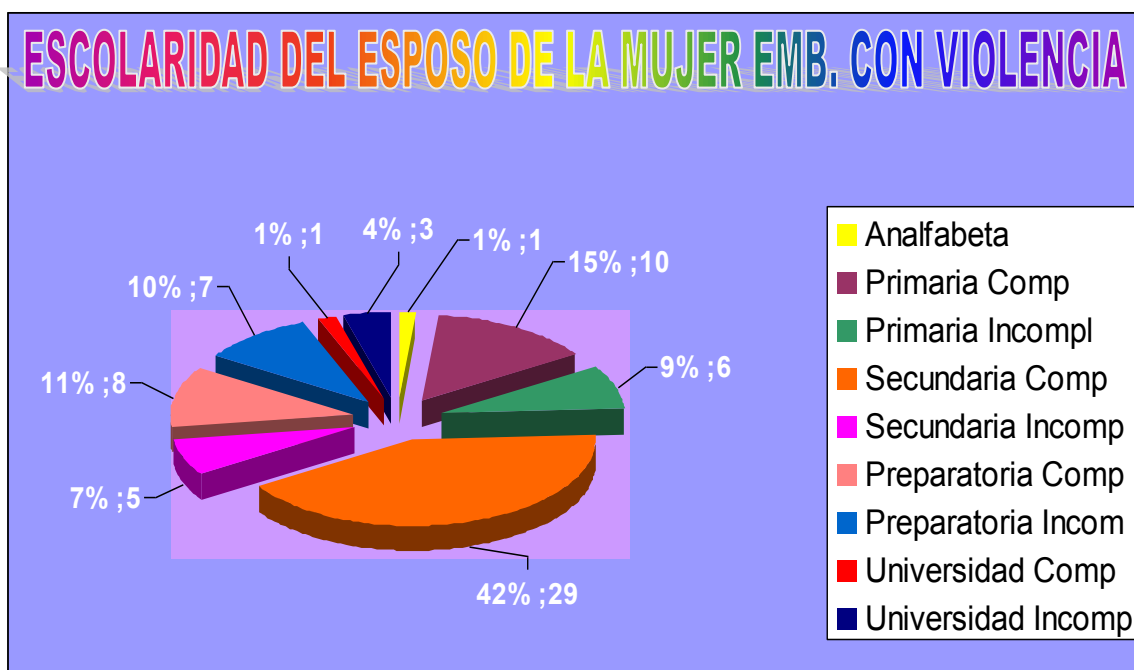
La escolaridad predominante de los 70 esposos fue secundaria completa en 29 pacientes que representa un 42%; seguido de primaria completa en 10 pacientes (15%) y 1 paciente refirió ser analfabeta que equivale a 1%, existiendo una diferencia significativa en el nivel de escolaridad predominando la escolaridad secundaria y preparatoria a favor de las mujeres del estudio. **Ver cuadro 4, gráfica 4.**

Cuadro 4: ESCOLARIDAD DE LOS MARIDOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

ANALF AB	PRIMARIA		SECUNARIA		PREPARATORIA		UNIVERSIDAD		TOTAL
	INCOMP	COMP	INCOM	COMP	INCOMP	COMP	INCOM	COMP	
1	10	6	29	5	8	7	1	3	70
1%	15%	9%	41%	7%	11%	10%	1%	4%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 4: ESCOLARIDAD DE LOS MARIDOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA.



FUENTE: ENCUESTA

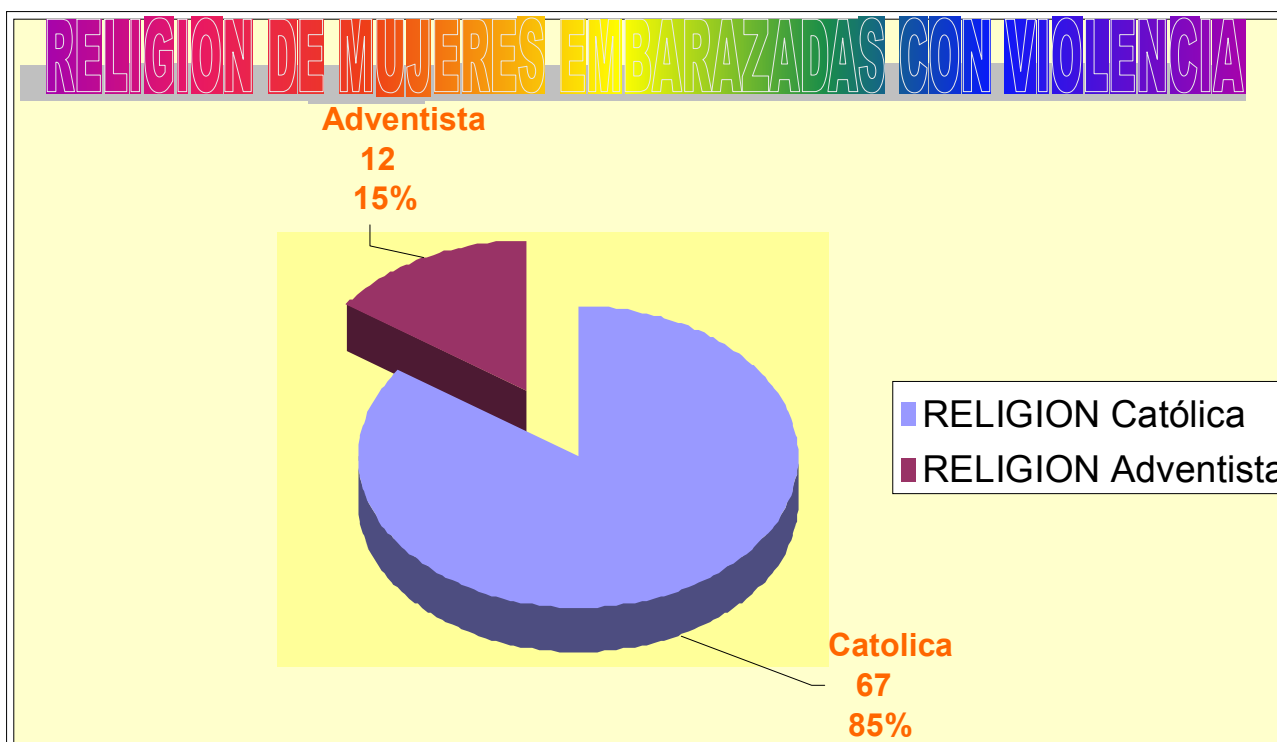
La religión promedio de las mujeres embarazadas que sufren violencia fue católica en 67 pacientes que equivale a un 85%, seguida de adventista en 12 pacientes (15%). **Ver cuadro 5, gráfica 5.**

Grafica 5: RELIGION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

CATOLICA	ADVENTISTA	TOTAL
67	12	79
85%	15%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 5: RELIGION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

El estado civil predominante de las mujeres embarazadas fue unión libre en 39 pacientes (50%), siguiendo las que están casadas 31 pacientes (39%) y solteras son 9 pacientes (11%). Por lo que el 61% de estas mujeres se encuentran en condiciones desfavorables para sufrir violencia. **Ver cuadro 6, gráfica 6.**

Cuadro 6: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA

UNION LIBRE	CASADA	SOLTERA	TOTAL
39	31	9	79
50%	39%	11%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 6: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

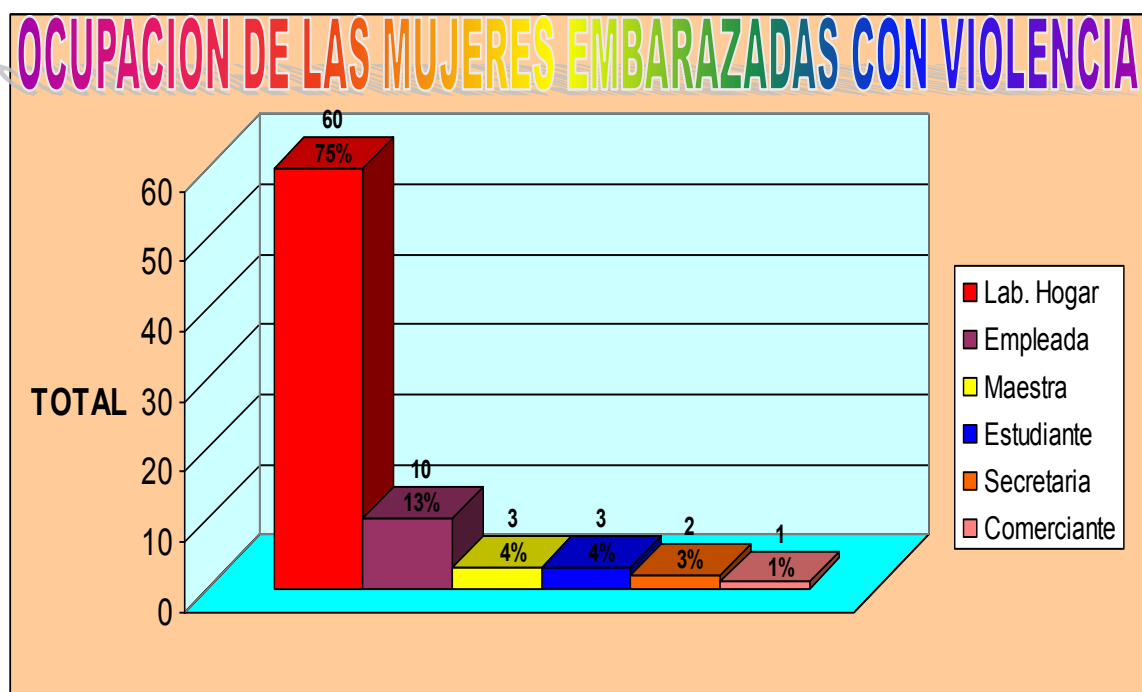
Del total de las mujeres embarazadas entrevistadas, 60 se dedicaban a las labores del hogar es decir un 75%, 10 paciente eran empleadas (13%), 3 paciente son maestra y 3 estudiantes que representan el 4% cada una, 2 paciente son secretarias (3%) y una paciente era comerciante (1%). Este factor coloca a las mujeres del estudio en condiciones desfavorables para sufrir violencia. **Ver cuadro 7 y gráfica 7.**

Cuadro 7: OCUPACION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA

LAB. HOGAR	EMPLEADA	MAESTRA	ESTUDIANTE	SECRETARIA	COMERCIANTE	TOTAL
60	10	3	3	2	1	79
75%	13%	4%	4%	3%	1%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 7: OCUPACION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

En los esposos predominó la ocupación campesino en 35 pacientes que equivale a un 50%. Seguido de la ocupación obrero en 19 pacientes (27%). Lo cual lo convierte también en un importante factor predisponente para sufrir violencia. **Ver cuadro 8, gráfica 8.**

Cuadro 8: OCUPACION DE LOS MARIDOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

CAMPESINO	OBRERO	SOLDADO	CHOFER	MAESTRO	EST.	OTROS	TOTAL
36	19	3	3	2	2	6	70
50%	27%	4%	4%	3%	3%	9%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 8: OCUPACION DE LOS MARIDOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

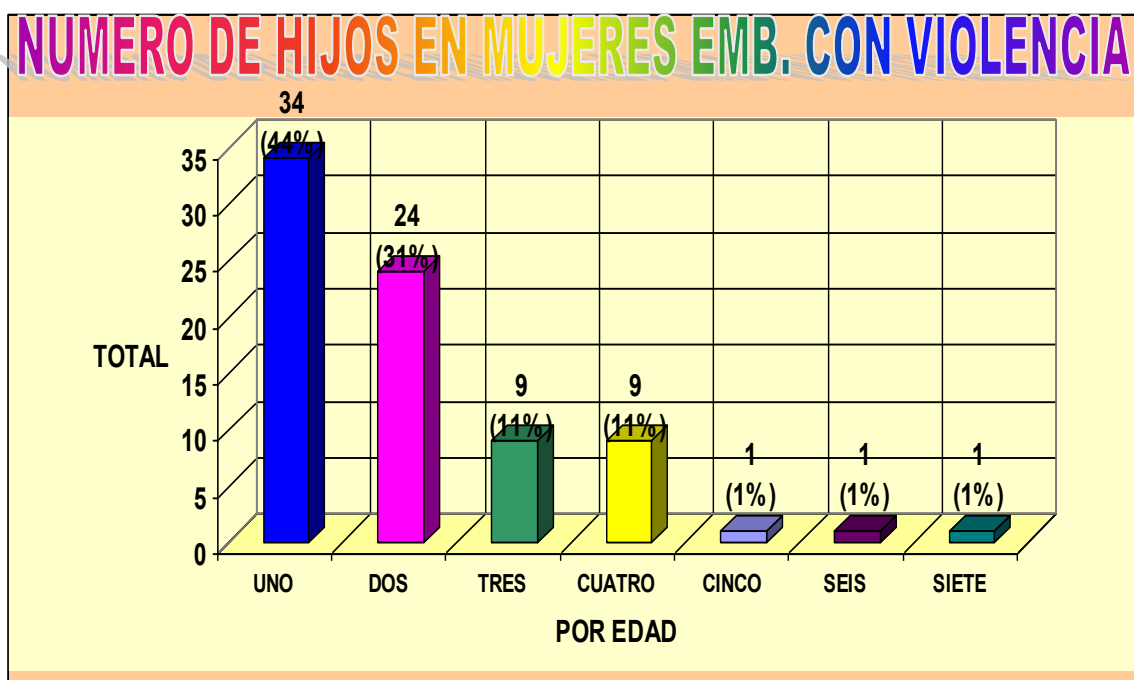
El promedio de hijos de las mujeres embarazadas fue de 1 en 34 pacientes que equivale a un 44%. Seguido de 2 hijos en 24 pacientes (31%) y solamente en 1 paciente era su séptimo embarazo (1%). **Ver cuadro 9, gráfica 9.**

Cuadro 9: NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE	TOTAL
34	24	9	9	1	1	1	79
44%	31%	11%	11%	1%	1%	1%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 9: NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

Del total de las mujeres embarazadas entrevistadas 56 pacientes acudieron a control prenatal en forma continua que equivale a un 71% y 23 pacientes lo hicieron en forma inconstante que equivale a un 29%. **Ver cuadro 10, gráfica 10.**

Cuadro 10: CONTROL PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

CONTINUO	INCOSNTANTE	TOTAL
56	23	79
71%	29%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 10: CONTROL PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

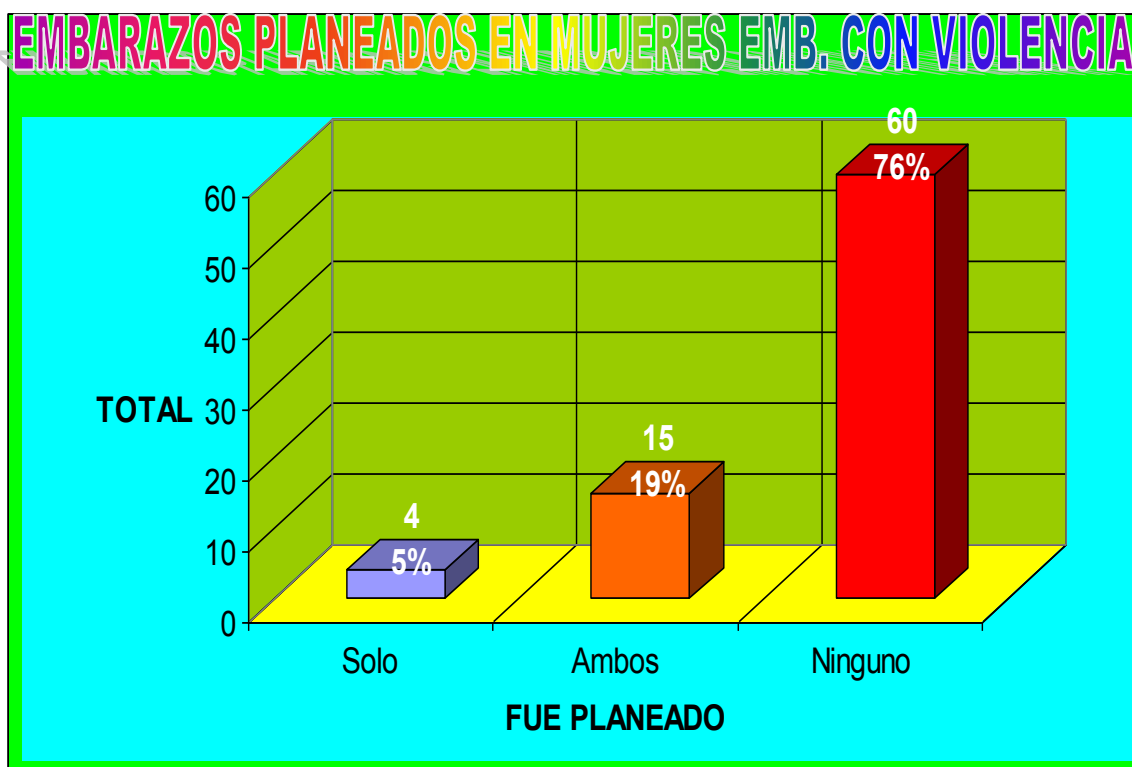
De estas pacientes 15 (19%) planearon su embarazo con su pareja, 4 (5%) lo hicieron sola y 60 (76%) pacientes no deseaban embarazarse. Lo que explica la inconstancia a la consulta de control prenatal. **Ver cuadro 11, grafica 11.**

Cuadro 11: EMBARAZOS PLANEADOS EN MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFRE VIOLENCIA

SOLAS	AMBOS	NINGUNO	TOTAL
4	15	60	79
5%	19%	76%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 11: EMBARAZOS PLANEADOS EN MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFRE VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

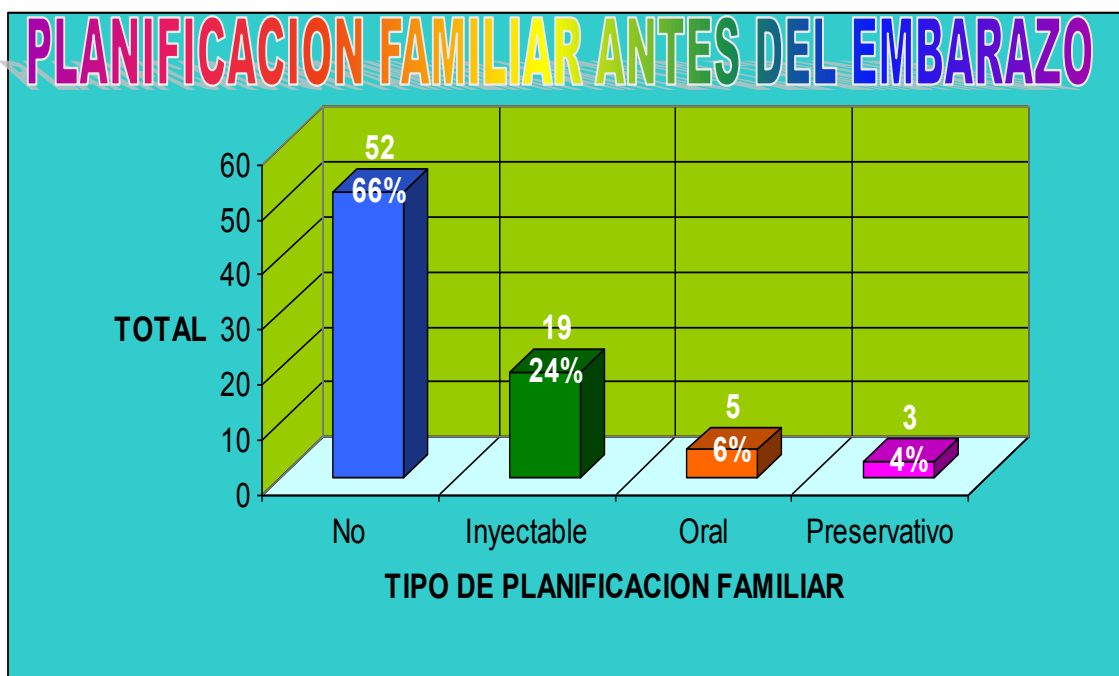
Del total de las pacientes del estudio, 52 pacientes no utilizaban ningún método de planificación lo que equivale a un 66%; 19 pacientes planificaban con inyección mensual (24%), 5 pacientes planificaban con oral (6%) y 3 pacientes lo hacían con preservativo (4%). **Ver cuadro 12, gráfica 12.**

Cuadro 12: PLANIFICACION FAMILIAR ANTES DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

NO	INYECTABLE	ORAL	PRESERVATIVO	TOTAL
52	19	5	3	79
66%	24%	6%	4%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica12: PLANIFICACION FAMILIAR ANTES DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

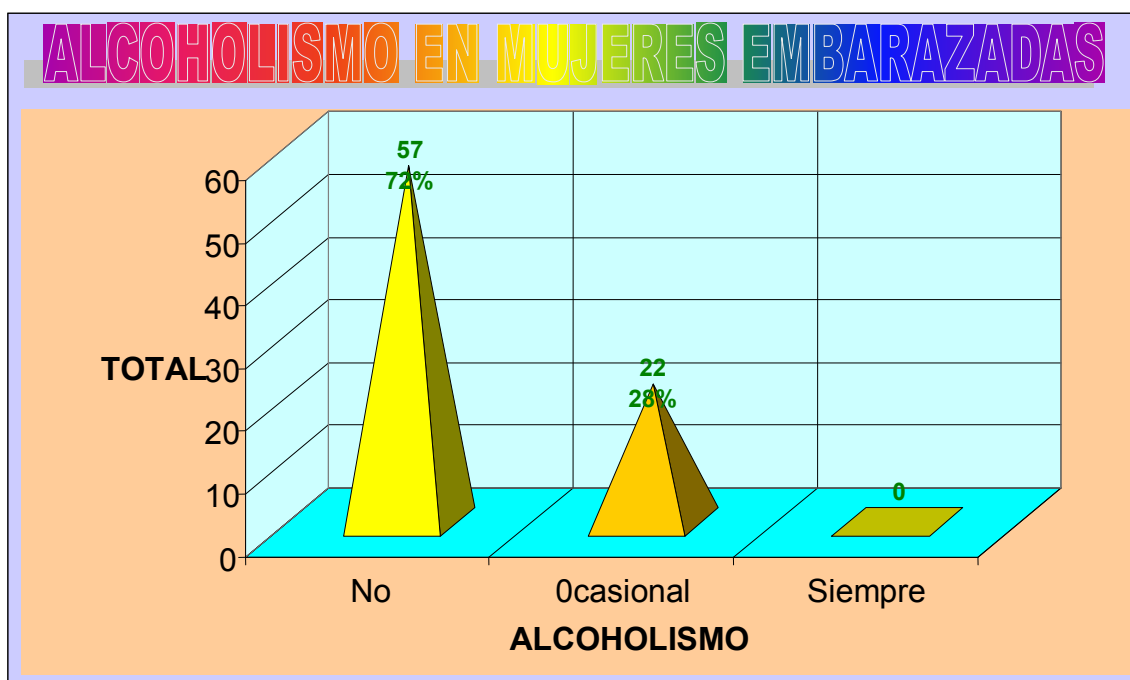
De las 79 mujeres embarazadas del estudio, 57 pacientes no contaban con el antecedente de ingesta de bebidas alcohólicas (72%) , 22 pacientes lo hacían en forma ocasional (28%) y ningún paciente refirió tomar en forma continua. Ver cuadro 13, gráfica 13.

Cuadro 13: REPORTE DE INGESTA DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

NO	OCASIONAL	SIEMPRE	TOTAL
57	22	0	79
72%	28%	0%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 13: REPORTE DE INGESTA DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

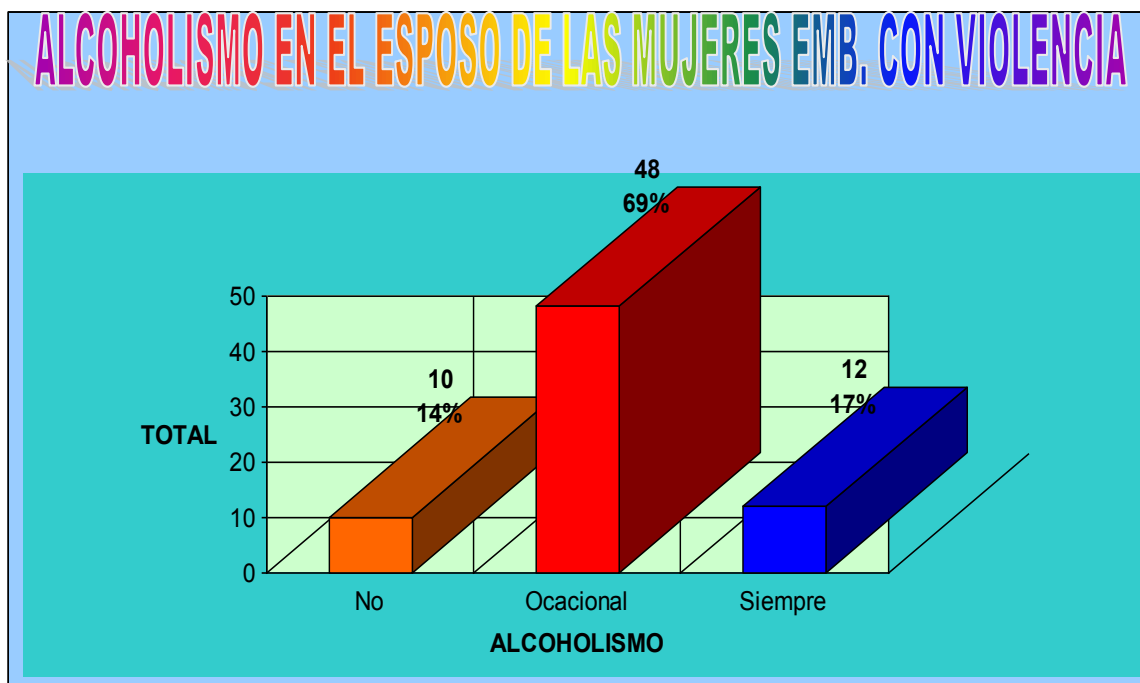
En cambio el consumo de alcohol en el esposo se presento en 48 pacientes en forma ocasional que equivale a un 69%, seguido de los que toman en forma continua en 12 pacientes (17%), y 10 pacientes refirieron no consumir alcohol (14%), De estos 8 eran abventista y 2 pacientes católico, es decir 4 pacientes abventista consumían alcohol en forma ocasional. **Ver cuadro 14 y gráfica 14.**

Cuadro 14: ALCOHOLISMO DE LOS MARIDOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFRE VIOLENCIA

NO	OCASIONAL	SIEMPRE	TOTAL
10	48	12	70
14%	69%	17%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 14: ALCOHOLISMO DE LOS MARIDOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFRE VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

De las 79 pacientes embarazadas, 58 (73%) presentaron violencia en la niñez, y 21 (27%) no tienen este antecedente.

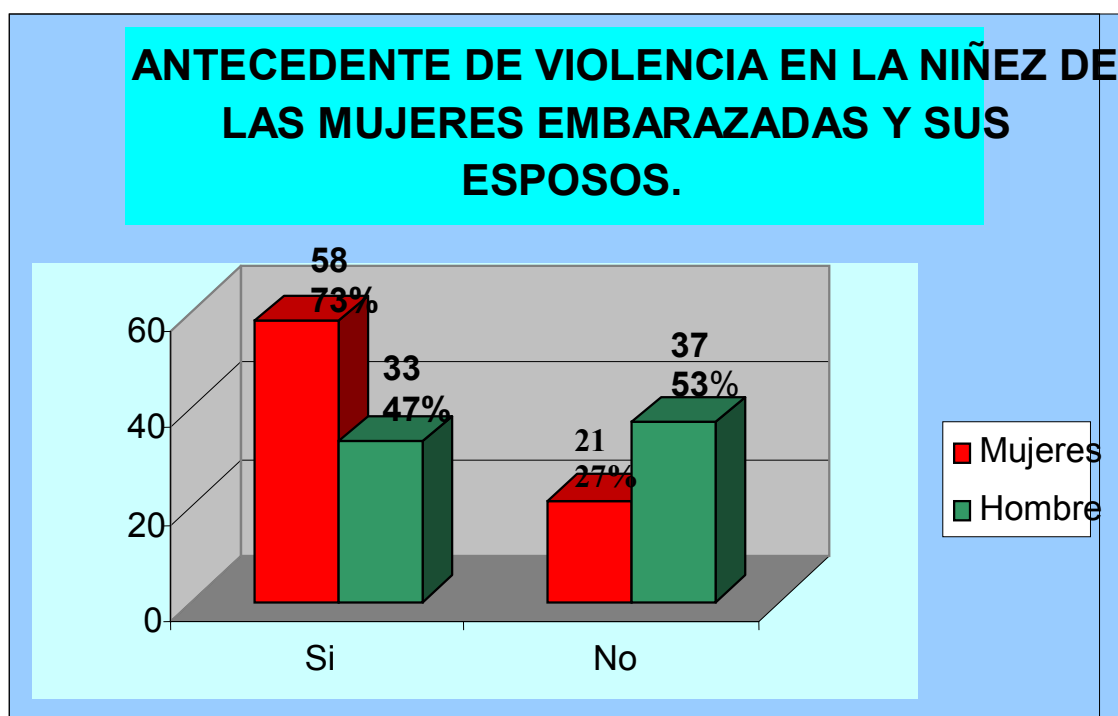
En los esposos de 33 pacientes (47%) se encontraron antecedentes de violencia en la niñez y en 37 pacientes (53%) no poseían este antecedente, lo que nos demuestra que se presentó en mayor porcentaje en las mujeres que los hombres. **Ver cuadro 15 y grafica 15.**

Cuadro 15: ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SUS ESPOSOS

	SI	%	NO	%
Mujeres	58	73%	21	27%
Hombres	33	47%	37	53%

FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 15: ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL ESTUDIO Y SUS ESPOSOS.



FUENTE: ENCUESTA

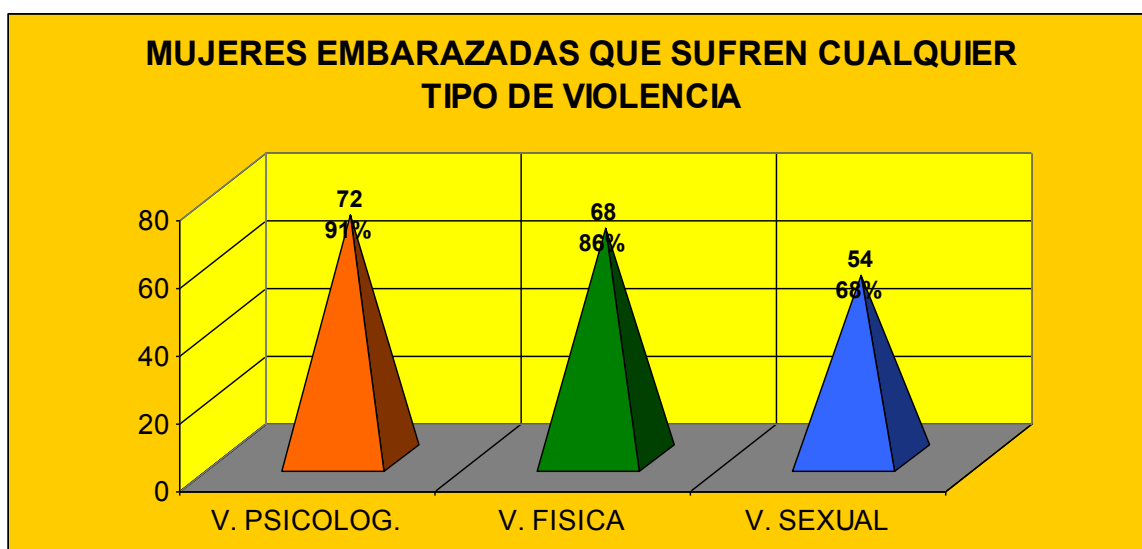
De las 79 mujeres embarazadas entrevistadas, las 79 informaron haber sufrido algún tipo de violencia durante su embarazo, ya sea psicológico, físico, sexual. De estas 79 pacientes, en 72 se presentó violencia psicológica que equivale a un 91%, pero en promedio considerando sus 8 reactivos fue de 34,25%; 68 pacientes presentaron violencia Física (86%), en promedio de acuerdo a sus 6 reactivos se observó un 27.5% y 54 pacientes presentaron violencia sexual (68%), con un promedio de 28.66 al considerar sus 3 reactivos. observándose en menor porcentaje la violencia sexual. Estos resultados nos señalan que muchas de estas pacientes presentan más de un tipo de violencia. **Ver cuadro 16 y gráfica 16.**

Cuadro 16: MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN LOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA EN ESTE ESTUDIO.

	VIOLENCIA PSICOLOGICA	VIOLENCIA FISICA	VIOLENCIA SEXUAL
Pacientes	72	68	54
Porcentaje	91%	86%	68%
Promedio	34.25%	27.5%	28.66%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 16: MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN LOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

Severidad de la violencia psicológica:

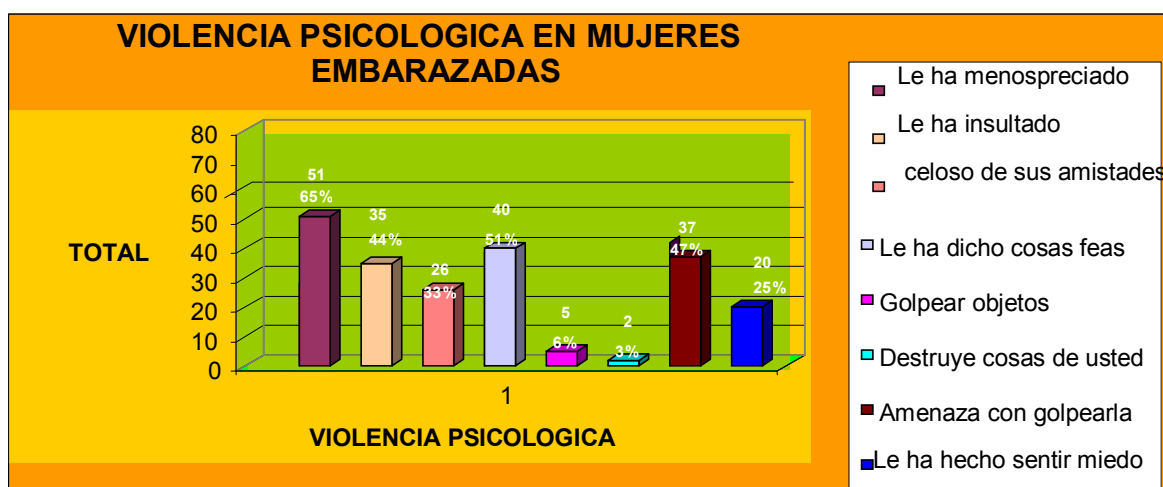
Para estudiar este tipo de violencia en las 79 mujeres embarazadas, se utilizaron 8 reactivos: (*Le ha menospreciado?*; *¿Le ha insultado?*; *¿Se ha puesto celoso de sus amistades?*; *¿Le ha dicho cosas feas?*; *¿Se ha puesto a golpear los objetos?*, *¿Le ha destruido alguna de sus cosas?*; *¿Le ha amenazado con golpearla?*; *¿Le ha hecho sentir miedo de el?*);. Presentándose en 72 pacientes, exceptuándose en 7. El reactivo predominante en 51 pacientes (65%) fue el menosprecio, siguiendo en 40 pacientes (51%) le han dicho cosas feas, en 37 pacientes (47%) amenazas de golpes, en 35 pacientes (44%) el insulto. El reactivo menos presentado es que le han destruido alguno de sus cosas en 2 pacientes que equivale a un 3%. Por lo que el promedio de violencia Psicológica fue de 34.25% considerando toso los reactivos.

Cuadro 17: REACTIVOS APLICADOS PARA LA VIOLENCIA PSICOLOGICA EN MUJERES EMBARAZADAS

La ha Menospre- ciado	La ha Insultado	Celoso de amistades	Le ha dicho Cosas feas	Golpear objetos	Destruye Cosas de usted	Amenaza Con golpearla	Le ha hecho sentir miedo
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
51	35	26	40	5	2	37	20
65%	44%	33%	51%	6%	3%	47%	25%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 17: REACTIVOS DE VIOLENCIA PSICOLOGICA PRESENTADOS EN MUJERES EMBARAZADAS DEL ESTUDIO.



FUENTE: ENCUESTA

Severidad de violencia física (SVF):

Al estudiar esta variable en las 79 pacientes, se utilizaron 6 reactivos: (¿Le ha empujado a propósito?; ¿Le ha sacudido o jaloneado?; ¿Le ha torcido el brazo?; ¿Le ha pegado con el puño o la mano?; ¿Le ha pateado?; ¿Le ha aventado algún objeto?).

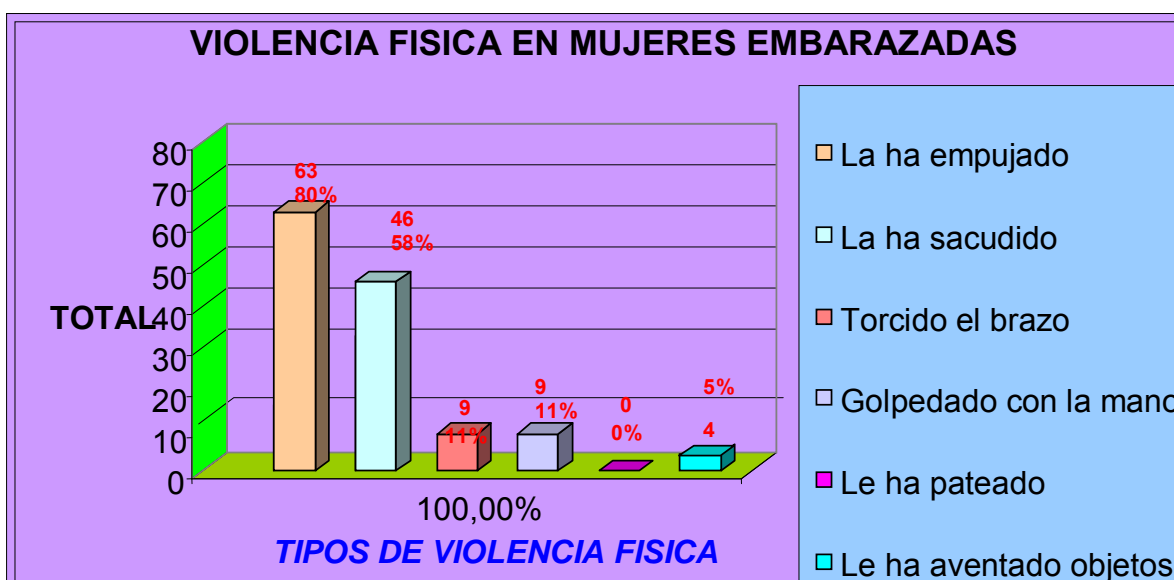
De las 79 mujeres entrevistadas, 68 mujeres presentaron violencia física, excepto 11 mujeres, el reactivo más presentado en 63 pacientes (80%) es que la habían empujado a propósito, seguido en 46 pacientes (58%) de haber sido sacudidas o jaloneadas, observándose en menor porcentaje el haberle aventado algún objeto en 4 pacientes (5%). No se presentaron 2 reactivos: haber sido pateadas y el de aventarle algún objeto. El promedio de este tipo de violencia es 27.5%.

Cuadro 18: VIOLENCIA FISICA EN MUJERES EMBARAZADAS

La ha empujado		La ha sacudido		Torcido el brazo		Golpeado con la mano		Le ha pateado		Le ha aventado algún objeto	
NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
16	63	33	46	70	9	70	9	79	0	75	4
20%	80%	42%	58%	89%	11%	89%	11%	100%	0%	95%	5%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 18: VIOLENCIA FISICA EN MUJERES EMBARAZADAS.



FUENTE: ENCUESTA

Severidad de la violencia sexual (SVS):

Se estudió esta variable utilizando 3 reactivos como son: ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?; ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?; ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?

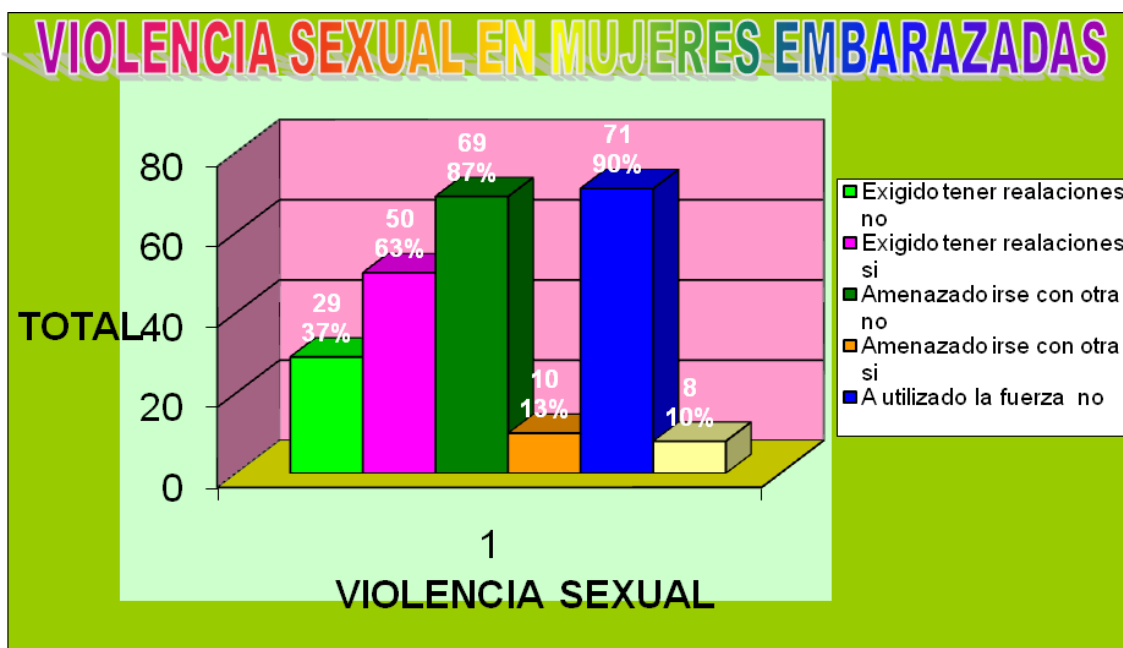
De las 79 mujeres entrevistadas, 54 mujeres refirieron presentar violencia sexual, en 25 de ellas estuvo exento. De estas, 50 pacientes refirieron que le han exigido tener relaciones sexuales (63%), en menos porcentaje la amenaza de irse con otra en 10 pacientes (13%) y ser utilizada por la fuerza para tener relaciones sexuales en 8 pacientes (10%). El promedio observado en la violencia sexual es de 28.66%.

Cuadro 19: REACTIVOS DE VIOLENCIA SEXUAL APLICADOS EN MUJERES EMBARAZADAS.

La ha exigido tener relaciones		La ha amenazado irse con otra		La ha utilizado por la fuerza	
NO	SI	NO	SI	NO	SI
29	50	69	10	71	8
37%	63%	87%	13%	90%	10%

FUENTE: ENCUESTA

Cuadro 19: VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES EMBARAZADAS, SEGÚN SUS REACTIVOS



FUENTE: ENCUESTA

En cuanto a la funcionalidad de la mujer embarazada, 40 pacientes que equivale a un 51% presentaron funcionalidad familiar y 39 pacientes (49%) presentaron funcional moderada, No se presentó disfuncionalidad en alguna de las pacientes. **Ver cuadro 20 y grafica 20.**

Cuadro 20: FUNCIONALIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA

FAMILIA FUNCIONAL	MODERADAMENTE FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	TOTAL
40	39	0	79
51%	49%	0%	100%

FUENTE: ENCUESTA

Grafica 20: FUNCIONALIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SUFREN VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA

10. DISCUSION

Se ha reconocido que la violencia de pareja en la mujer embarazada es un problema de salud pública, que pone en peligro a la mujer y al recién nacido, por lo que requiere mayor investigación y atención de organismos gubernamentales.³ El hallazgo de violencia en el 100% de las mujeres embarazadas de nuestro estudio, un factor primordial fue que se realizó en una zona rural, con bajo nivel cultural, socioeconómico y varió dependiendo del tipo de violencia, donde se observó en mayor porcentaje la violencia psicológica, seguida de la física y en menor grado la violencia sexual^{7,10}, así como varió dependiendo de las preguntas que se les realizaba en los diferentes tipos de violencia, tomando en cuenta los 8 reactivos el promedio de violencia psicológica fue de un 34% que es igual a la informada en algunos estudios realizados en México y otros llevados a cabo en el mundo. En la literatura nacional se notifican prevalencias de 15 a 33.5%.^{11, 12}. En los estudios internacionales, la prevalencia fluctúa entre 0.9 y 21% en países desarrollados^{4,5,6} en tanto que en los estudios realizados en países en vías de desarrollo, se informa una prevalencia mayor que va de 4 a 29%.^{7,8} En cuanto a los factores que favorecen a la violencia coinciden en este estudio el desempleo de las mujeres, la baja escolaridad, el embarazo no planeado el antecedente de violencia en la niñez de la mujer embarazada lo cual se presentó en mayor porcentaje que en el hombre. Estos hallazgos son consistentes con diversos estudios que señalan que experimentar violencia en la infancia o ser testigo de violencia entre los padres, está asociado a sufrir violencia en la vida adulta.^{12,13,14}

Una explicación a la diferencia entre las prevalencias de este trabajo y las indicadas en otros estudios realizados en México, es que en la ENVIM 2003 no se consideró un apartado específico de violencia y embarazo; sólo se incluyeron un par de preguntas directas relacionadas con este problema. Esto representa una diferencia sustancial con los estudios específicos sobre violencia y embarazo que por lo general, incorporan preguntas directas y específicas de violencia para indagar sus diferentes tipos, ya que se ha demostrado la utilidad de proporcionar más de una oportunidad a la mujer para revelar la violencia de la que es objeto.,¹⁸

11. CONCLUSION:

Con este estudio se concluye que un gran porcentaje de embarazadas sufre de uno o más tipos de violencia, por lo que el Médico general o familiar de primer nivel, que esta en contacto con las embarazadas, debe de contar con entrenamiento, empatía y conocimientos, para atender a las víctimas de violencia, al igual que lo hace con otras patologías, para esto es importante realizar las siguientes recomendaciones:

- 1.- Aumentar en consulta las pesquisas de violencia ya sea con las preguntas del ENVIM 2003, de una forma privada y garantizar a la mujer la confidencialidad.
- 2.- Documentar el maltrato para realizar un seguimiento posterior. A través de terapias familiares. Estableciendo la identidad del agresor y su relación con la víctima.
- 3.- Diseñar un plan de emergencia y asesoría para que la mujer maltratada abandone el hogar y se ponga a salvo sola o acompañada de sus hijos.
- 4.- Referirla a servicios especializados como psicólogos, psiquiatras, principalmente a terapia familiar para evitar crisis y disfuncionalidad familiar.
- 5.- Hacer énfasis y sensibilización en la paciente sobre denunciar al perpetrador:
- 6.- Educar de manera intensiva a la comunidad a través de pláticas, foros, clubes, etc. sobre las consecuencias de la violencia y la repercusión que se presenta en las familias. Con el apoyo de las parteras, maestros, el agente municipal y líderes de comunidad.
- 9.- Contar con material de propaganda suficiente, en lugares estratégicos.

12- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Campero L, Walker D, Hernández B. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Pública de México* 2006; Vol. 48 (2): 297-306.
2. Pontecorvo C, Mejía R, Alemán M, Vidal A. Violencia doméstica contra la mujer una encuesta en consultorios de atención primaria. *Universidad de Buenos Aires* 2004; vol. 64: 492-496.
3. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México* 2006; vol. 48(2): 239- 249.
4. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo. *Rev. de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 2006; vol. 66, (1): 1-7.
5. Karchmer S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. *Ginecología y Obstetricia de México* 2002; Vol. 70(5): 248-252.
6. Valdez-Santiago R, Arenas-Monrreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México* 2004; 46: 56-63.
7. Arcos-G E, Aurac – U. M, Molina I. Impacto de la Violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Revista Médica de Chile* 2001; Vol. 129(12):1-9.
8. Núñez-Rivas P, Monge-Rojas R, Grios-Dávila C. Violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo productivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev. Panam. Salud Pública* 2003; Vol. 14(2): 75-82.
9. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México* 2006; vol. 48(2): 239- 249.
10. Núñez-Rivas P, Monge-Rojas R, Grios-Dávila C. Violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo productivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev. Panam. Salud Pública* 2003; Vol. 14(2): 75-82.

11. Valdez-Santiago R, Arenas-Monrreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México* 2004; 46: 56-63.
12. Paredes-Solís S, Villegas- Arrizon A, Meneses- Resenteria A. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Pública de México* 2005; vol. 47, (5): 335 – 341.
- 13...- Fernández-Cantón S. El IMSS en cifras: La Violencia contra las mujeres derechohabientes. *Revista Med. IMSS* 2004; 42(6): 525-530.
14. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Revista de salud Publica* 2004; 38 (1): 62-70.
- 15...- Paredes-Solís S, Villegas- Arrizon A, Meneses- Resenteria A. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Pública de México* 2005; vol. 47, (5): 335 – 341.
16. Pontecorvo C, Mejia R, Alemán M, Vidal A. Violencia domestica contra la mujer una encuesta en consultorios de atención primaria. *Universidad de Buenos Aires* 2004; vol. 64: 492-496.
17. Karchmer S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. *Ginecología y Obstetricia de México* 2002; Vol. 70(5): 248-252.
18. Fernández-Cantón S. El IMSS en cifras: La Violencia contra las mujeres derechohabientes. *Revista Med. IMSS* 2004; 42(6): 525-530.
19. Pollitto C, O Campo P. Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia, *Internacional Family Planning Perspectives* 2004; 30 (4): 165-173.
20. Arcos-G E, Aurac – U. M, Molina I. Impacto de la Violencia domestica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Revista Médica de Chile* 2001; Vol. 129(12):1-
21. Waters-Ian MS, William Watson MD, William Wetzel MS. Genogramas: Instrumentos útiles para los médicos familiares. Irigoyen-Coria A., Morales-López H, Waters-Ian MS, Watson-William MD, Wetzel-William MS, Fernández-Ortega MA. 2ª. Edición. *Nuevos fundamentos de medicina familiar*. México: Editorial Medicina Familiar; 2004:55-71.

22. De la Revilla-Ahumada L, Fleitas-Cochoy. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. Taylor RB. Medicina de familia. Principios y práctica. España: Springer-Verlag Ibérica, 1999: 115-129.
23. Irigoyen-Coria A, Morales-López H. Antecedentes históricos y características de la familia del futuro. En: Irigoyen-Coria A, Morales-López H, Waters-Ian MS, Watson-William MD, Wetzell-William MS, Fernández-Ortega MA. 2ª. Edición. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México: Medicina Familiar; 2004:13-34.
24. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Pública de México 2006; vol. 48(2): 239- 249.
25. Pontecorvo C, Mejía R, Alemán M, Vidal A. Violencia domestica contra la mujer una encuesta en consultorios de atención primaria. Universidad de Buenos Aires 2004; vol. 64: 492-496.
26. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en el genero sobre el embarazo. Rev. de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2006; vol. 66, (1): 1-7.
27. Pollitto C, O Campo P. Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia, Internacional Family Planning Perspectives 2004; 30 (4): 165-173.
- 28...- Paredes-Solís S, Villegas- Arrizon A, Meneses- Resenteria A. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud Pública de México 2005; vol. 47, (5): 335 – 341.
29. Campero L, Walker D, Hernández B. la contribución de la violencia a la mortalidad maternal en Morelos, México. Salud Pública de México 2006; Vol. 48 (2): 297-306.
30. Campero L, Walker D, Hernández B. la contribución de la violencia a la mortalidad maternal en Morelos, México. Salud Pública de México 2006; Vol. 48 (2): 297-306.
31. Valdez-Santiago R, Arenas-Monrreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Pública de México 2004; 46: 56-63.

32. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Revista de salud Publica* 2004; 38 (1): 62-70.
33. Karchmer S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. *Ginecología y Obstetricia de México* 2002; Vol. 70(5): 248-252.
34. Saucedo- García J, Castillejos-Valdez G, Maldonado-Duran J. Violencia Domestica. El maltrato a la mujer. *Gaceta Médica México* 2003; Vol.139 (4):362-367.
- 35.- De la Revilla-Ahumada L, Fleitas-Cochoy. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. Taylor RB. *Medicina de familia. Principios y práctica*. España: Springer-Verlag Ibérica, 1999: 115-129.

13. ANEXO.

CUESTIONARIO “PESQUISA DE VIOLENCIA” EN MUJERES EMBARAZADAS

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Escolaridad _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Vivienda: propia __ compartida __ agua potable __ luz eléctrica __ drenaje _____

1. ¿Usted se ha sentido alguna vez agredida psicológicamente (emocional y verbalmente)?

SI__ NO__ Cuando sucedió la última vez?

La rebaja, menosprecia, SI__ NO__

La ha insultado SI__ NO__

Se ha puesto celoso de sus amistades SI__ NO__

Se ha puesto a golpear los objetos SI__ NO__

La ha hecho sentir miedo de él SI__ NO__

La amenaza con golpearla SI__ NO__

2. ¿Alguna vez le han causado daño físico (golpeada, pateada, empujada)?

SI__ NO__ Cuando sucedió la última vez?

La ha empujado a propósito SI__ NO__

La ha sacudido o jaloneado SI__ NO__

Le ha torcido el brazo SI__ NO__

Le ha pegado con la mano, SI__ NO__

La he pateado SI__ NO__

La ha agredido con algún objeto SI__ NO__

3. En algún momento de su vida ha sido forzada a tener contacto sexual?

Si__ No__ Cuando? Hace menos de 1 año__ 2 a 3 años__ Más de 3 años__

Por quien? Esposo__ Novio__ Familiar__

Otro__

Le exige tener relaciones sexuales SI__ NO__

La ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede SI__ NO__

Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales SI__ NO__

4. Ha habido violencia antes del embarazo? SI__ NO__

5. Fue alguna vez abusada o golpeada físicamente durante el embarazo?

SI abusada__ SI golpeada__ NO__

Si la respuesta es sí Por quien? Esposo__ Novio__ Familiar__ Otro__

6. Tiene conocimiento de que su esposo haya sufrido violencia en la niñez?

SI abusado__ SI golpeado__ NO__

CUESTIONARIO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO _____ OCUPACION JEFE FAMILIAR: _____

VIVIENDA: propia__ compartida__ agua potable__ luz eléctrica__ drenaje_____

ESCOLARIDAD: Analfabeta__ primaria__ secund.__ preparat.__ profesional__

RELIGION: _____ INTEGRANTES FAMILIARES: 1 a 3, 4 a 5, 6 a más.

APGAR FAMILIAR	0 NUNCA	1 CASI SIEMPRE	2 SIEMPRE
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene un problema o pasa por alguna situación crítica? ADAPTACION			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma con que participa con usted en la resolución de ellos? PARTICIPACION			
¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida? CRECIMIENTO			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar? AFECTO			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? RESOLUCION			

