



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIÉN NACIDOS DE  
BAJO PESO AL NACIMIENTO Y COMPLICACIONES MATERNAS**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS**

**PRESENTA:**

**Armando Cepeda Silva**

**ASESOR:**

**Dr. Francisco Antonio Morales Carmona**

**REVISORES:**

Dra. Raquel Abrantes Pego

Dr. Héctor Juan Antonio Ávila Rosas

Dr. Héctor Baptista González

Dra. Catalina Francisca González Forteza

**MÉXICO DF, ENERO 2010**



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.

*Nada se crea...nada se destruye.....*

*Todo se transforma.....*

*Antoine-Laurent de Lavoisier*

*(1743 —1794 ) Químico francés ...*

Frase escuchada por vez primera de mi  
abuelo Leovi, en una reunión familiar  
en Reynosa Tamaulipas... tengo 6 años..

Con amor y respeto para mis  
mejores amig@s...

Excelentes compañeros de viaje...  
comprensivos, amorosos, entusiastas,  
inteligentes, creativos, fuertes....  
Admirables....

Gracias ..... Mini, Armando, Roi

Abrazo al círculo de la vida... ciclo sin fin..

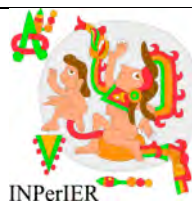
Que sus esfuerzos unen destinos pasados,

Presentes y futuros...

Gracias .... Apa y Ama

VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL  
NACIMIENTO Y COMPLICACIONES MATERNAS

<b>CONTENIDOS</b>
Resumen
Planteamiento del problema de investigación
Justificación de la investigación
Marco teórico general
Objetivos del estudio
Hipótesis
Diseño de investigación y estrategias metodológicas
Aspectos éticos del estudio
Resultados
Discusión
Conclusiones y recomendaciones
Bibliografía
Anexos



### **Resumen:**

La violencia familiar ha dejado el ámbito privado para convertirse en un problema de salud pública que afecta al 20% de la población durante el embarazo, habiéndose reportado en la literatura incremento en las complicaciones tanto para la madre como para el producto, destacando por su importancia el aborto, parto pre término, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, preeclampsia, toxicomanías, infecciones y peso bajo al nacimiento. El objetivo del presente trabajo es el de establecer la fuerza de asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas en la población que acude para su atención obstétrica al Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER) en comparación con quienes no la padecen y acuden al mismo instituto; para lo cual se realizó un estudio de cohorte en la que se han incluyeron 125 pacientes en cada grupo documentándose para el grupo de violencia física un RR de 2.073 para peso bajo al nacimiento con un IC al 95% de 1.086 a 3.956, y en relación a la presencia de toxicomanías durante el embarazo un RR de 5.116 con un IC al 95% de 1.811 a 14.447. También se documentó la asociación de violencia familiar con la presencia de óbitos y trauma abdominal a través del estudio de residuos tipificados. Para los resultados anteriores se ha calculado la posibilidad de tener un error tipo I menor al 0.05% y un poder del 80%. **Conclusión** : La violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de peso bajo al nacimiento, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías ( tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas).

**Recomendación:** Existe evidencia suficiente en la literatura que sustenta la detección de violencia familiar durante el embarazo, como parte de la vigilancia y control habitual del mismo.

**Palabras clave:** *Violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento, complicaciones maternas.*

### **Planteamiento del problema de investigación:**

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres, además de ser una causa significativa de morbimortalidad.

El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25% según la población estudiada, las definiciones de violencia y los métodos empleados para medirla, encontrándose en nuestro país una prevalencia del 15 al 32.1%, reportándose en el Instituto Nacional de Perinatología una incidencia del 21.5% de acuerdo al estudio del Dr. Morales del 2006, con un incremento significativo de la violencia emocional en relación a la previa al embarazo ( Henales 2007 ).

La asociación entre violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas al nacimiento, ha sido observada y reportada, sin embargo su estudio ha sido pobre, y sus resultados contradictorios, derivados de las diferencias para definir violencia intrafamiliar, los instrumentos para medirla así como el momento de hacerlo, y el pobre control de las variables confusoras.

En México el estudio de referencia que estudia la asociación entre violencia familiar, complicaciones maternas al nacimiento y peso bajo al nacimiento es el de Rosario Valdez-Santiago y Luz Helena Sanin- Aguirre, publicado en 1996 en la revista de Salud Pública de México, quienes conducen un estudio

exploratorio para estudiar el impacto de la violencia familiar (física, psicológica y sexual ) durante el embarazo en el Hospital Civil de Cuernavaca Morelos durante 20 días consecutivos (110 pacientes) , reportando asociaciones significativas; para complicaciones maternas ( hemorragia, amenaza de parto pre término, e infecciones) con una razón de momios de 3.3, con IC 95% de 1.3 a 8 ,con una fracción atribuible del 70%, mientras que la poblacional fue del 36.8%; y para peso bajo al nacimiento ( menor de 2500 g) con una razón de momios de 4 con IC95% de 1.3 a 12 con una fracción atribuible del 75% y una poblacional del 44%.

Cabe hacer notar que por ser un estudio exploratorio no se diferenció peso bajo al nacimiento de prematuridad, ni se tomaron en cuenta otros factores médicos involucrados como lo son la preclampsia, la diabetes ni la disfunción placentaria. El artículo nacional más reciente es conducido en el Hospital Gea González de la Ciudad de México, donde se realiza un estudio transversal analítico, en el que se incluyeron las pacientes en forma consecutiva hasta completar el tamaño muestral calculado, lo que sucede en 2 meses, aplicándose la encuesta para detección de violencia familiar al día siguiente de la resolución obstétrica (aborto, parto, o cesárea). Se reclutaron 288 mujeres de las cuáles 175 no reportaron violencia durante el embarazo, y 113 si lo hicieron. No encontraron asociación entre violencia familiar durante el embarazo y recién nacidos de peso bajo ni con aborto, sin embargo si se consideraba al antecedente de violencia familiar desde un año previo, si hubo una asociación leve con bajo peso en el recién nacido (RM 1.69, IC 95%, 1.01-2.81) y moderada para aborto (RM 2.09, IC 95% 1.14-3.83). Los autores

VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIEN NACIDOS DE PESO BAJO Y  
COMPLICACIONES MATERNAS - *Cepeda Silva Armando.*

concluyen por tanto que la violencia como evento índice no tiene tanta influencia como cuando se considera el efecto acumulativo ( Collado 2007).

Es por lo anteriormente expuesto que consideramos pertinente la realización del presente estudio para establecer la fuerza de asociación entre la violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas entre las pacientes que acuden para su atención obstétrica al Instituto Nacional de Perinatología.



### **Justificación de la investigación:**

a) Magnitud : Se ha documentado que la violencia familiar afecta al 20% de las mujeres a nivel mundial, reportándose en México cifras de prevalencia del 28 al 72%, siendo las entidades más afectadas Quintana Roo, Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca, y la de menor afectación el estado de Aguascalientes . El Distrito Federal, ocupa el 8ª lugar a nivel Nacional con un 26.6%. ( Oláiz 2003)

La violencia hacia las mujeres no desaparece durante el embarazo, reportándose en el DF una prevalencia del 17% y en el INPerIER del 21.5%. ( Henales 2007)

El peso bajo al nacimiento es un grave problema de salud publica que afecta a 20,000,000 de niños en el mundo, que corresponde al 10-20% del total de nacidos vivos ( Gonzalez Pérez 1995).

b) Trascendencia : La violencia hacia las mujeres durante el embarazo impacta directamente en forma negativa tanto en la madre como en el producto.

Sobre el producto se ha reportado mayor incidencia de bajo peso al nacer, además de fracturas fetales, anemia fetal, hipoxia aguda y crónica, hipovolemia fetal, acidosis y muerte fetal así como un riesgo 40 veces mayor de morir durante el primer año de vida. ( Collado 2007)

Sobre la madre se han reportado aborto espontáneo, parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura de útero,

hígado, o bazo, riesgo dos veces mayor de presentar corioamnionitis, complicaciones en el parto y postparto inmediato, incremento en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, de tener problemas de salud mental, y un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. ( Collado 2007)

La trascendencia de el peso bajo al nacimiento ha sido ampliamente estudiada, reportando González Pérez en 1995, que se incrementa el riesgo de sufrir complicaciones físicas y del desarrollo, como lo son las complicaciones pulmonares, retardo mental, problemas auditivos y la muerte ; generando estancias hospitalarias prolongadas y costosas, que pueden dejar secuelas permanentes

- c) Viabilidad : En Nuestro país la primera ley específica sobre violencia familiar es promulgada en 1996 por la asamblea de representantes del DF, y es la “ Ley de Asistencia y Prevención de Violencia Intrafamiliar”, en 1997 se aprobó por las Cámaras de Diputados y Senadores la Ley de la Violencia Intrafamiliar, que es la base del resto de las legislaciones locales. La Secretaría de Gobernación a través de la Comisión Nacional de la Mujer en Marzo de 1999 dio a conocer el Programa Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI), y la Secretaría de Salud el 8 de Marzo del 2000 publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999 “Criterios para la atención médica de la violencia familiar”. El marco legal se complementa en el DF con la Ley de los

Derechos de los Niños y Niñas en el Distrito Federal del 2000, el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal del 2006, el Programa de Salud 2002-2006 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con su programa de prevención y atención de la violencia de género .

- d) Factibilidad : El estudio se considera factible debido a que en el Instituto Nacional de Perinatología se atienden anualmente 5207 pacientes para su resolución obstétrica ( anuario estadístico INPerIER 2007), de las cuáles según el estudio de Henales del 2007 el 21.5% son víctimas de violencia familiar, lo que debe de corresponder a 1119 pacientes por año, lo que proporcionaría suficientes pacientes para el estudio. Por otro lado la violencia familiar es una de las líneas de investigación aceptadas dentro del INPerIER, por lo que el Departamento de Psicología, dependiente de la Subdirección de Investigación clínica cuenta con 13 Psicólogos clínicos adscritos, junto con personal en servicio social en posibilidad de apoyar el desarrollo del proyecto, y un área específica para la atención de pacientes embarazadas víctimas de violencia familiar.
- e) Vulnerabilidad : Al conocer la fuerza de asociación entre violencia intrafamiliar, complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo, se podrán tomar las medidas necesarias ( de estar así justificado), para incluir en forma rutinaria durante el control prenatal, la detección de casos de violencia intrafamiliar y darles la atención oportuna.
- f) Difusión de resultados : Los resultados obtenidos se pretenden difundir a través de su publicación en una revista indexada.

VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIEN NACIDOS DE PESO BAJO  
Y COMPLICACIONES MATERNAS - *Cepeda Silva Armando.*

## **Marco teórico general**

### Conceptos sobre violencia familiar

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, “Criterios para la atención médica de la violencia familiar”, define en el numeral 4.17 como violencia familiar *“al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física–, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.”*

La definición no sólo se refiere a daños físicos, sino también psicológicos y sexuales independientemente de la existencia de lesiones visibles, además de considerar a la violencia económica, patrimonial e institucional.

El ámbito donde se desarrolla la violencia no solo se limita al hogar sino que contempla la posibilidad de que la misma ocurra en lugares públicos como las calles, los medios de transporte y los centros de trabajo entre otros.

La violencia se genera como resultado de relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales, y esto explica por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia.

Es por esta razón que los grupos más vulnerables sean las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas y las personas con opciones sexuales diferentes. (Del Río Zolezzi 2006)

### Situación mundial

La Organización Mundial de la Salud reportó que 40 estudios cuantitativos llevados a cabo en 24 países durante el año 2000, revelaron que entre 20 y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de su pareja y que por lo menos una de cada cinco sufre violación o intento de violación en el transcurso de su vida, estimándose que en América Latina y el Caribe, 50% de las mujeres sufre algún tipo de violencia familiar.

La Organización Panamericana de la Salud, estableció que de 45 a 60% de los homicidios contra mujeres se perpetran dentro de la casa y que la mayoría de estos son cometidos por el marido o la pareja, además de que los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que sufrieron violencia que entre las que no la padecieron.

### Situación en México

La Secretaría de Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, con una muestra de 26 042 mujeres, de más de 15 años de edad, que acudieron a hospitales y centros de salud del primer y segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, con representatividad para las 32 entidades federativas.

La prevalencia de violencia familiar fue reportada inicialmente de solo el 6.5%, sin embargo al responder las preguntas para caracterizar las agresiones por parte de la pareja, se elevó al 21.5%, lo anterior probablemente porque la violencia no resulta siempre evidente para quienes la padecen, ó bien les es difícil encuadrar su problemática de pareja como de violencia.

Entre los resultados más relevantes del estudio se encuentra que 21.5% de las mujeres viven en violencia de pareja actual, 34.5% ha sido agredida alguna vez en su vida por su pareja, y 60.4% ha sufrido violencia alguna vez en su vida, ya sea por su pareja o por familiares.

La mayor prevalencia corresponde a la violencia psicológica, manifestada por 19.6% de las mujeres entrevistadas; en segundo lugar se encuentra la violencia física, con 9.8%; en tercero, la violencia sexual, con 7.0%, y en cuarto lugar, con 5.1%, la violencia económica.

**Cuadro 1. Tipos de Violencia y su relación con la prevalencia Nacional y en el Distrito Federal.**

<b>Tipo de violencia</b>	<b>Prevalencia Nacional (%)</b>	<b>Prevalencia D.F (%)</b>
Psicológica	19.6	23.2
Física	9.8	14.4
Sexual	7	9.2
Económica	5.1	8.2

*Tomado de : Olaiz, Rico, Río. Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres. Instituto Nacional de Salud Pública México 2003.*

El diferenciar los diferentes tipos de violencia nos permite una mayor precisión en el conocimiento del problema y nos proporciona una información valiosa para la atención al problema; sin embargo, es frecuente que las mujeres tengan que enfrentar simultáneamente varios tipos de violencia, así pues 21.8% reconoció sufrir los tres tipos de violencia; 19.6% informó ser víctima de violencia física y psicológica, y 6.6% padece violencia sexual y psicológica. La suma de las intersecciones es de 48%.

La violencia no desaparece durante el embarazo, más aún es una etapa de notable riesgo para las mujeres y sus descendientes. El 25% de las mujeres encuestadas informó que durante su embarazo sufrió algún tipo de maltrato; el tipo más frecuente fueron las humillaciones, en segundo lugar el ser obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales y en tercer lugar, los golpes.

Durante el embarazo se observa un incremento significativo de la violencia emocional en relación a la previa al embarazo, mientras que se mantiene a los mismos niveles la física y sexual.

Durante el embarazo se reporta en el DF una prevalencia del 17% de cualquier tipo de violencia, y del 21.5 en la población del INPerIER (Henales 2007).

La violencia de pareja actual se distribuye en forma no uniforme por entidad federativa, correspondiendo los primeros lugares a los estados de Quintana Roo, Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca ocupando el Distrito Federal, ocupa el 8ª lugar a nivel Nacional con un 26.6%.



### Origen de la violencia familiar

El origen de la violencia contra las mujeres se encuentra en las prácticas y creencias que tienen las sociedades sobre las mujeres y los hombres. En México, como en casi todo el mundo, persisten las creencias sobre lo que deben ser los comportamientos femeninos y masculinos (rol de género), considerándose a las mujeres en general como dulces, sumisas, sentimentales y pasivas, y a los hombres como fuertes, activos, agresivos y dominantes. (Del Río Zolezzi 2006)

Con base en estas creencias se justifica que los hombres impongan su voluntad y autoridad sobre las mujeres, incluso recurriendo a la violencia y que las mujeres, por su parte, asuman los roles de sumisión y subordinación socialmente aceptados como parte de la feminidad. Tales conductas son resultado de un entorno social que avala el poder y la autoridad de los hombres sobre las mujeres.

La visión de la violencia dentro del hogar como un asunto privado sustenta la idea de que no se debe intervenir y contribuye al agravamiento del problema, siendo por tanto importante insistir en que es un problema público a pesar de que suceda, la mayoría de las veces, en la esfera de lo privado.

Las conductas violentas contra la mujer generalmente aparecen desde que inicia la relación y se agravan con el paso del tiempo, siendo común que estas conductas se extiendan a otros miembros de la familia, sobre todo a las niñas y

los niños, los que a su vez aprenden a comportarse violentamente o a tolerar el abuso.

Se han considerado múltiples mecanismos que influyen en la reproducción de las conductas violentas entre las que se encuentran la dependencia económica, el miedo a las represalias, la esperanza de que el agresor cambie, el aislamiento de las mujeres, la autoincriminación de la agredida y la creencia de que la conducta de la pareja depende de su propio comportamiento.

Los factores de riesgo para que se produzca violencia durante el embarazo son múltiples, entre los que se encuentran los siguientes ( Del Río Zolezzi 2006):

- a) Las crisis de transición de la relación de pareja, que incrementan el stress al precipitarse un matrimonio, y ver incrementado el grado de responsabilidad y gastos.
- b) La frustración sexual secundaria al espaciamiento de la actividad sexual por mitos, temores, náuseas, vómitos, o embarazos de alto riesgo, responsabilizando al producto por la situación.
- c) El embarazo no deseado por el hombre, lo que lo lleva a querer tomar represalias.
- d) La necesidad de apego infantil del hombre, acompañada del temor al abandono o disminución de la atención e interés prestado a su persona.
- e) Rechazo emocional a la paternidad, y a la posibilidad de desarrollar un rol paterno y protector.
- f) El deseo de posesión exclusiva de la atención y cuerpo de la mujer.

- g) El rechazo a la “deformación” del cuerpo de la mujer, y a ese “vientre abultado”, que física y psicológicamente marca un distanciamiento e interposición.
- h) La existencia de violencia previa al embarazo
- i) El antecedente de violencia trans generacional, y ambiental.
- j) La interferencia del embarazo actual con los proyectos o planes a futuro, como viajes, estudios, promociones laborales, adquisiciones materiales, etc...
- k) Disgusto por la disminución de la capacidad de la mujer para acompañar al hombre en algunas actividades recreativas, sociales y deportivas
- l) Malestar por la disminución de la capacidad física de la mujer para realizar algunas actividades domésticas, y que el hombre tenga que realizar o cooperar en las mismas.
- m) Estilo de vida poco saludable como las adicciones y la delincuencia
- n) Excesiva juventud de la pareja e inestabilidad en la misma.

Por lo demás hay que entender al fenómeno de la violencia como multifactorial, por lo que el abordaje desde una perspectiva integral ó ecológica es útil y lo abordaremos a continuación. ( Del Río Zolezzi 2006)

#### Modelo ecológico para explicación de la violencia familiar

El modelo ecológico enfoca el problema desde la perspectiva de los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, y ayuda a identificar los

niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores.

De acuerdo con este modelo, los factores que influyen en la probabilidad de experimentar o cometer violencia se presentan en cuatro niveles:

- ***El nivel individual.*** Se refiere a los antecedentes personales que influyen en el comportamiento del individuo y en sus relaciones, como el maltrato sufrido en la niñez, el aprendizaje de la resolución de conflictos por medios violentos y la baja autoestima.

- ***El nivel familiar/relacional.*** Es el contexto de las relaciones más cercanas del individuo como la familia, la pareja y las amistades. Se refiere a las relaciones autoritarias que se expresan en el control masculino de los bienes y de la toma de decisiones.

- ***El nivel de la comunidad.*** Se refiere a la influencia de valores, usos, costumbres y dinámicas de organización comunitaria que establecen y refuerzan el aislamiento de las mujeres, la falta de apoyo social, la tolerancia y legitimación social de la violencia, como en la escuela, los medios de comunicación, la Iglesia, el ámbito laboral, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad, etcétera.

La pobreza y el desempleo son también factores que inciden en condiciones que favorecen la presencia de la violencia así como la falta de una legislación y servicios apropiados para las mujeres en situación de violencia.

- ***El nivel de la sociedad.*** Es el contexto más amplio y se refiere a factores relativos al medio económico y social, a las formas de organización de la sociedad, a las normas culturales y a las creencias que contribuyen a crear un clima en el que se propicia o inhibe la violencia.

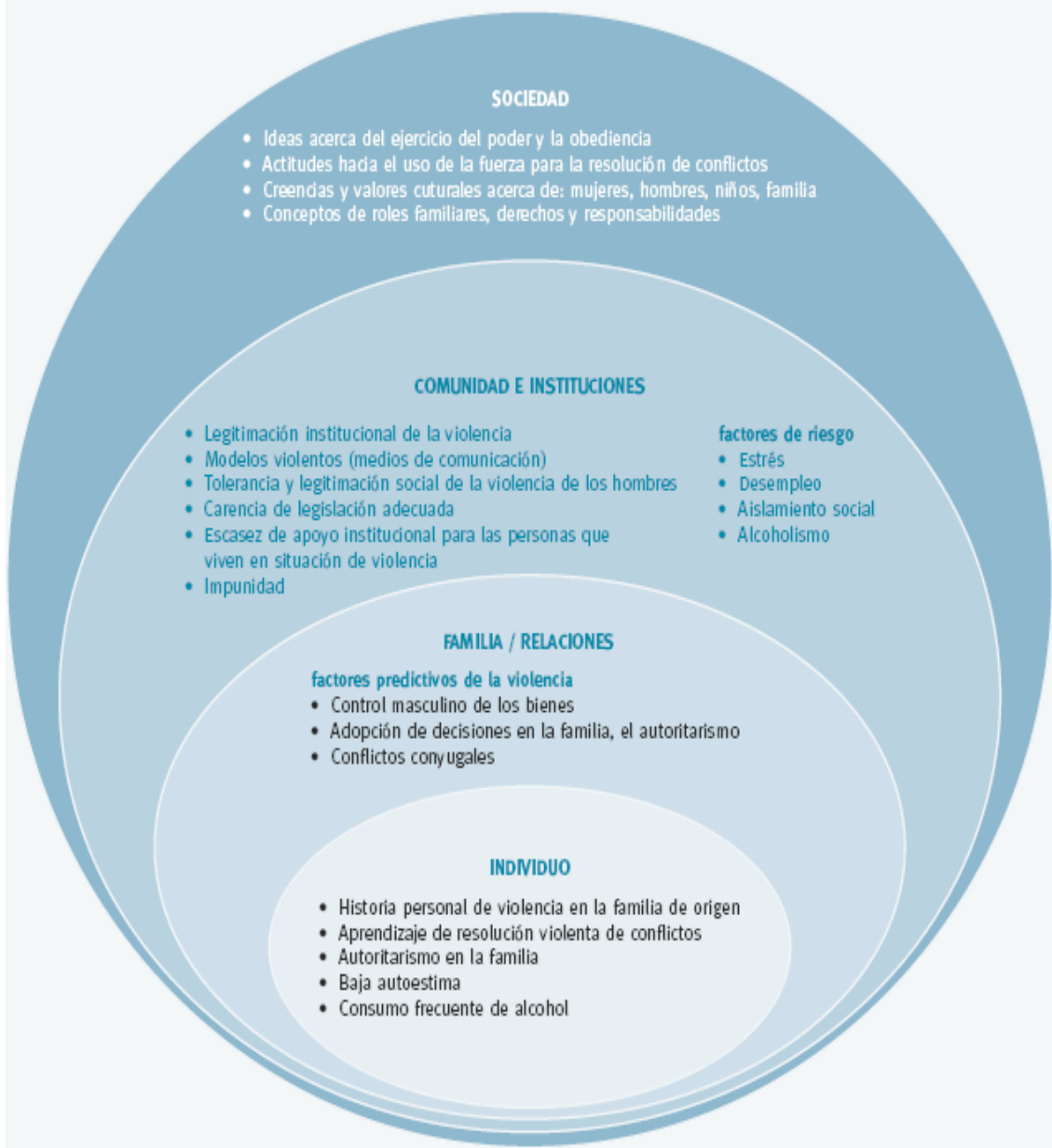
Está relacionado con esquemas de autoridad y subordinación para hombres y mujeres, respectivamente; que toleran el castigo físico a las mujeres y a las niñas; que estimulan y aceptan la violencia como medio para resolver los conflictos; que sostienen y defienden la ubicación de las mujeres como “propiedad” de los hombres.

Se refiere a las relaciones desiguales de poder entre ambos en todos los ámbitos; a las ideas sobre la obediencia, a las concepciones sobre la familia y los derechos y deberes de sus integrantes.

En este nivel se ubican las políticas públicas en diversos ámbitos (económicas, educativas, sanitarias y sociales) que contribuyen a mantener las desigualdades entre los diferentes grupos de la sociedad. ( Del Río Zolezzi 2006)

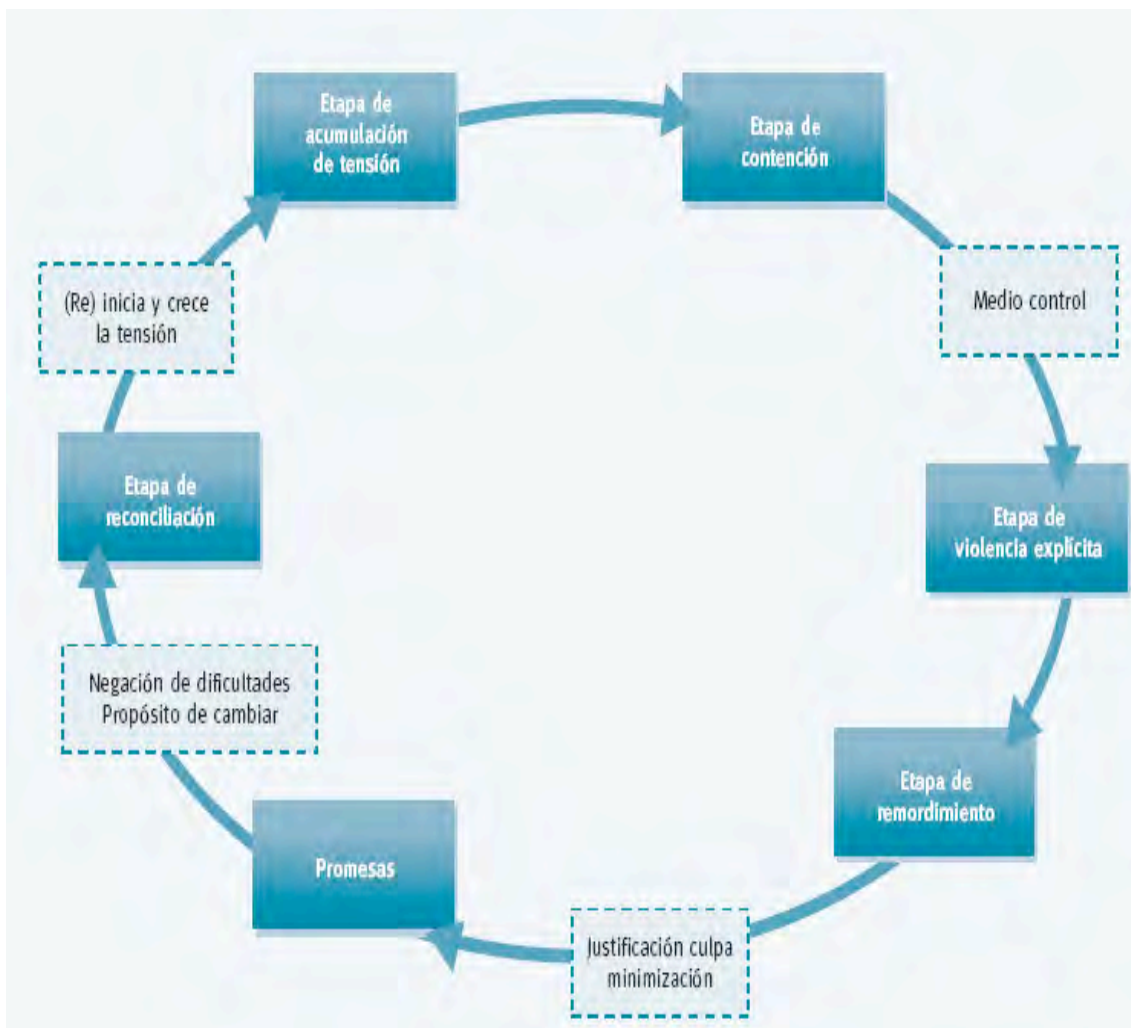
VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIEN NACIDOS DE PESO BAJO Y COMPLICACIONES MATERNAS - *Cepeda Silva Armando.*

FIGURA 1. MODELO ECOLÓGICO DE FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



**Figura tomada del trabajo de Del Río Zolezzi Aurora, Marchetti Lamagni Raquel. Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual- manual operativo. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2006**

Ciclo de la violencia



**Figura tomada del trabajo de Del Río Zolezzi Aurora, Marchetti Lamagni Raquel. Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual-manual operativo. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2006**

### La violencia familiar como problema social

El tema de la violencia familiar como problema social que atenta contra los derechos humanos de la mujer, ha movilizado importantes sectores de la sociedad civil y gobierno que a nivel Internacional se han cristalizado en la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 donde se define el concepto de violencia contra la mujer como “ todo acto de violencia basado en la diferencia de género que tenga o pueda tener como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual, o psicológico para la mujer, inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad , tanto si se producen en la vida pública como privada”, El Primer Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe de Bogotá 1981 donde se instituye el día 25 de noviembre como día Internacional de la no violencia contra la Mujer ,La conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena 1993 donde se reconoce a la violencia contra la mujer como una violación a los derechos humanos, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo 1994 donde el pleno de la ONU reconoce que es indispensable la igualdad entre hombres y mujeres para poder acceder a una sociedad más justa y respetuosa de los derechos humanos, La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer de Belém do Pará de 1994 define a la violencia contra la mujer como toda acción o conducta contra la mujer basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto en el ámbito público como privado, La Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer en Beijing 1995 establece que la violencia no es únicamente física, sino que incluye a la



emocional, sexual, verbal y económica; la 49 asamblea Mundial de la Salud de 1996 declara a la violencia intrafamiliar como un prioridad de salud pública, Declaración de Antigua de 2003 que hace un llamado a la acción para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia de género en América Latina y el Caribe, entre otras, todo lo anterior demuestra el interés creciente que provoca el tema entre la sociedad Internacional.

En Nuestro país la primera ley específica sobre violencia familiar es promulgada en 1996 por la asamblea de representantes del DF, y es la “ Ley de Asistencia y Prevención de Violencia Intrafamiliar”, en 1997 se aprobó por las Cámaras de Diputados y Senadores la Ley de la Violencia Intrafamiliar, que es la base del resto de las legislaciones locales. La Secretaría de Gobernación a través de la Comisión Nacional de la Mujer en Marzo de 1999 dio a conocer el Programa Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI), y la Secretaría de Salud el 8 de Marzo del 2000 publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999 “Criterios para la atención médica de la violencia familiar”. El marco legal se complementa en el DF con la Ley de los Derechos de los Niños y Niñas en el Distrito Federal del 2000, el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal del 2006, el Programa de Salud 2002-2006 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con su programa de prevención y atención de la violencia de género. El 19 de Enero del 2004 se crea el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

### Violencia familiar durante el embarazo

Se ha reportado en la literatura mundial y nacional que la violencia durante el embarazo se asocia a complicaciones maternas y neonatales, entre las primeras destacan la hemorragia, las infecciones, la amenaza de parto pre termino, y entre las segundas el peso bajo al nacimiento.

La asociación entre violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas al nacimiento, ha sido observada y reportada, sin embargo su estudio ha sido pobre, ya que después de realizar una búsqueda electrónica en bases de datos de PUBMED, medline, Ovid, Cochrane, para artículos internacionales y las de imbiomed, google y scielo, para artículos nacionales, se encontró un solo meta-análisis con revisión sistemática de mayo del 2001 para la asociación de violencia familiar durante el embarazo con peso bajo al nacimiento, y ninguno para complicaciones maternas.

En dicho estudio (Maja Altrac 2002) se revisaron estudios de casos y control así como de cohortes de 1966 a 1999, revisándose 537 estudios en lengua inglesa, de Estados Unidos, Australia y Noruega; encontrando 14 artículos que cumplieron los criterios para la revisión sistemática y 8 para el meta-análisis, en los cuáles llama la atención la falta de definición adecuada de variables, ya que se definió peso bajo al nacimiento cuando este era igual o menor de 2500 g, sin embargo en la mayoría de los casos no se diferencia si la causa de éste es la prematurez o el pobre crecimiento intrauterino; para el caso de violencia familiar en algunos se incluyó únicamente la violencia física mientras que en

otros también se incluyeron la violencia psicológica y sexual; por otro lado también hubo diferencias importantes en la forma y momento de medirla (durante el internamiento, al llegar a su casa durante las semanas posteriores a la resolución obstétrica, o hasta años después de la misma).

Cuando se realiza la revisión sistemática se encuentra en solo un estudio que reporta una fuerza de asociación moderada entre violencia familiar durante el embarazo y bajo peso al nacimiento con un OR de 1.8 (95%IC 1.1-2.9), sin embargo al realizar los autores los ajustes por edad, origen étnico, estado marital, paridad, pobre control prenatal, ganancia de peso inadecuado, período intergenésico, infección, hemorragia, anemia, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción ; esta asociación no pudo ser corroborada.

Al realizar el meta-análisis, encuentran un OR de 1.3 ( 95%IC 1.0-1.8), concluyendo los autores que existe una fuerza de asociación débil entre violencia familiar durante el embarazo y bajo peso al nacimiento, aunque estadísticamente significativa; sin embargo al revisar los estudios por separado encontramos que en 7 de los 8 estudios el IC 95% cruza la unidad hacia la izquierda, lo que nos hace dudar de dicha asociación. ( Maja Altrac 2002)

En México el estudio de referencia que estudia la asociación entre violencia familiar, complicaciones maternas al nacimiento y peso bajo al nacimiento es el de Rosario Valdez-Santiago y Luz Helena Sanin- Aguirre, publicado en 1996 en la revista de Salud Pública de México, quienes conducen un estudio exploratorio para estudiar el impacto de la violencia familiar (física, psicológica y sexual ) durante el embarazo en el Hospital Civil de Cuernavaca Morelos durante 20 días consecutivos (110 pacientes) , reportando ambas asociaciones significativas; para complicaciones maternas (hemorragia,

amenaza de parto pretérmino, e infecciones) con una razón de momios de 3.3, con IC 95% de 1.3 a 8 ,con una fracción atribuible del 70%, mientras que la poblacional fue del 36.8%; y para peso bajo al nacimiento ( menor de 2500 grs ) con una razón de momios de 4 con IC95% de 1.3 a 12 con una fracción atribuible del 75% y una poblacional del 44%. (Coker 2004)

Cabe hacer notar que por ser un estudio exploratorio no se diferenció peso bajo al nacimiento de prematuridad, ni se tomaron en cuenta otros factores médicos involucrados como lo son la preclampsia, la diabetes ni la disfunción placentaria. El artículo nacional mas reciente es conducido en el Hospital Gea Gonzalez de la Ciudad de México ( Collado 2007), donde se realiza un estudio transversal analítico, en el que se incluyeron las pacientes en forma consecutiva hasta completar el tamaño muestral calculado, lo que sucede en 2 meses, aplicandose la encuesta para detección de violencia familiar al día siguiente de la resolución obstétrica (aborto, parto, o cesárea) . Se reclutaron 288 mujeres de las cuáles 175 no reportaron violencia durante el embarazo, y 113 si lo hicieron. No encontraron asociación entre violencia familiar durante el embarazo y recién nacidos de peso bajo ni con aborto, sinembargo si se consideraba al antecedente de violencia familiar desde un año previo, si hubo una asociación leve con bajo peso en el recién nacido (RM 1.69, IC 95%, 1.01-2.81) y moderada para aborto (RM 2.09, IC 95% 1.14-3.83). Los autores concluyen por tanto que la violencia como evento índice no tiene tanta influencia como cuando se considera el efecto acumulativo.

Llama también la atención la observación reportada por Altarac en el 2002, donde en un estudio con 102 mujeres embarazadas con abuso de drogas, y reporte de violencia física durante el embarazo encuentran que el 66% de los

casos no se encuentran con stress asociado al mismo, y que en aquellas personas sin stress asociado no existe asociación entre la presencia de violencia física durante el embarazo y peso bajo al nacimiento con un OR de 0.8 con IC( 95% de 0.46, 1.41), mientras que en el grupo con estrés se encontró una fuerza de asociación moderada con un OR de 2.45 (IC 95%1.55, 3.87), lo que sugiere la importancia de la percepción que se tiene del abuso ó el impacto del estrés en la influencia que se tendrá sobre el peso al nacimiento.

### Tamizaje para violencia familiar durante el embarazo

Al observar las estadísticas anteriores es claro, que la violencia familiar durante el embarazo es una situación por lo menos tan común como la diabetes gestacional, la pre eclampsia, la anemia, las infecciones urinarias y las alteraciones cromosómicas para las que de rutina se tamiza a las pacientes durante su embarazo y sin embargo no se realiza el mismo esfuerzo por este grupo de pacientes que están expuestas tanto ellas como sus productos a un riesgo adicional.

La Fuerza de Tarea para Servicios Preventivos de los Estados Unidos concluyó que al momento existe evidencia insuficiente como para recomendar un estudio de Tamizaje para violencia familiar durante el embarazo como rutina, sin embargo un grupo de asociaciones profesionales serias entre las que se incluyen el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, la Academia Americana de Médicos Familiares, La Academia Americana de Pediatras, y la Asociación Médica Americana se manifiestan en sentido contrario,

recomendando se realice dicho Tamizaje por lo menos una vez cada trimestre, ya que el realizarlo de manera seriada incrementa las tasas de detección del 5.4 al 16.2% . ( Chambliss 2008)

Las causas que dificultan el citado Tamizaje son multifactoriales, dentro de las cuáles hay que considerar especialmente las relativas a la psicología del médico y de las pacientes.

Para los Médicos educados bajo una perspectiva predominantemente biologicista les resulta incómodo, además de extremadamente complejo el lidiar con esta problemática de índole más social, donde tienen miedo de ofender o molestar a las pacientes además de que se sienten con poca fuerza para ayudar a las víctimas, por lo que en general se inclinan por indagar sobre violencia familiar cuando los hallazgos físicos son demasiado sugestivos y no les queda otro remedio. ( Chambliss 2008)

Al parecer en forma general, a las mujeres les es más fácil expresar su problemática a través de cuestionarios auto administrados, ya sean impresos o electrónicos, que a través de una entrevista cara a cara, situación que se puede ver modificada por la experiencia y preparación del entrevistador (sensibilizado, de preferencia del mismo sexo y en ausencia del esposo).

### **Objetivos del estudio**

#### Objetivos primarios:

- Identificar la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo en las mujeres que acuden al Instituto Nacional de Perinatología para su atención obstétrica y la obtención de recién nacidos de peso bajo al nacimiento.
- Identificar la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo en las mujeres que acuden al Instituto Nacional de Perinatología para su atención obstétrica y la presencia de complicaciones maternas durante el embarazo tales como aborto, parto pretérmino, complicaciones infecciosas, desprendimiento de placenta normoinserta, trauma abdominal cerrado, toxicomanías y preeclampsia.

#### Objetivo secundario:

- Describir las características de la población embarazada víctima de violencia familiar que acude para su atención al INPerIER en relación a edad materna, edad de la pareja, estado civil, escolaridad materna y de la pareja, ocupación materna y de la pareja, nivel socioeconómico, número de gestaciones y tipo de violencia.

## **Hipótesis**

Entre las pacientes embarazadas víctimas de violencia familiar, que acuden para su atención obstétrica al Instituto Nacional de Perinatología , aumenta en dos veces la presencia de recién nacidos de peso bajo al nacimiento y en una y media veces las complicaciones maternas tales como aborto, parto pretérmino, complicaciones infecciosas, Desprendimiento de placenta normoinsera, trauma abdominal cerrado, toxicomanías y preeclampsia.



## **Diseño de investigación y estrategias metodológicas**

### Definición operacional de variables

#### *1. Violencia familiar*

a) Tipo de variable: cualitativa, nominal, dicotómica.

b) ***El diagnóstico de violencia familiar lo establecerá el departamento de psicología del INPerIER*** de acuerdo a los siguientes conceptos

(Henales 2007) :

- El resultado del instrumento de tamiz es positivo ( Anexo 1)
- Cuenta con síntomas de ansiedad generalizada o aguda, depresión, problemática de pareja, dependencia emocional del hombre dominante, la pareja ejerce primariamente el control, pérdida de la autoestima, sentimientos de culpa, aislamiento social, falta gradual de actividades lúdicas, maltrato en la familia de origen, síntomas de stress postraumático.
- Existen evidencias de maltrato , ya sea por lo que refiere la paciente o se detecta indirectamente por los síntomas o datos clínicos encontrados:
- Insultos y humillaciones, presencia de golpes, amenazas de daño físico, el grado de control que se ejerce sobre la paciente, evidencias de ejercicio de la fuerza en el área sexual, control y limitación en la economía de la paciente, detección del síndrome de mujer maltratada (viven en una situación de terror y angustia, manifestándose por culpabilidad, baja autoestima, confusión,

incapacidad de concentración, trastornos en los hábitos alimenticios y del sueño, sensación de no poderse comunicar con los demás, disfunciones sexuales, timidez, depresión, furia, o miedo prolongado.)

- Las manifestaciones emocionales deben de corresponder a un evento y persona real que las provoca

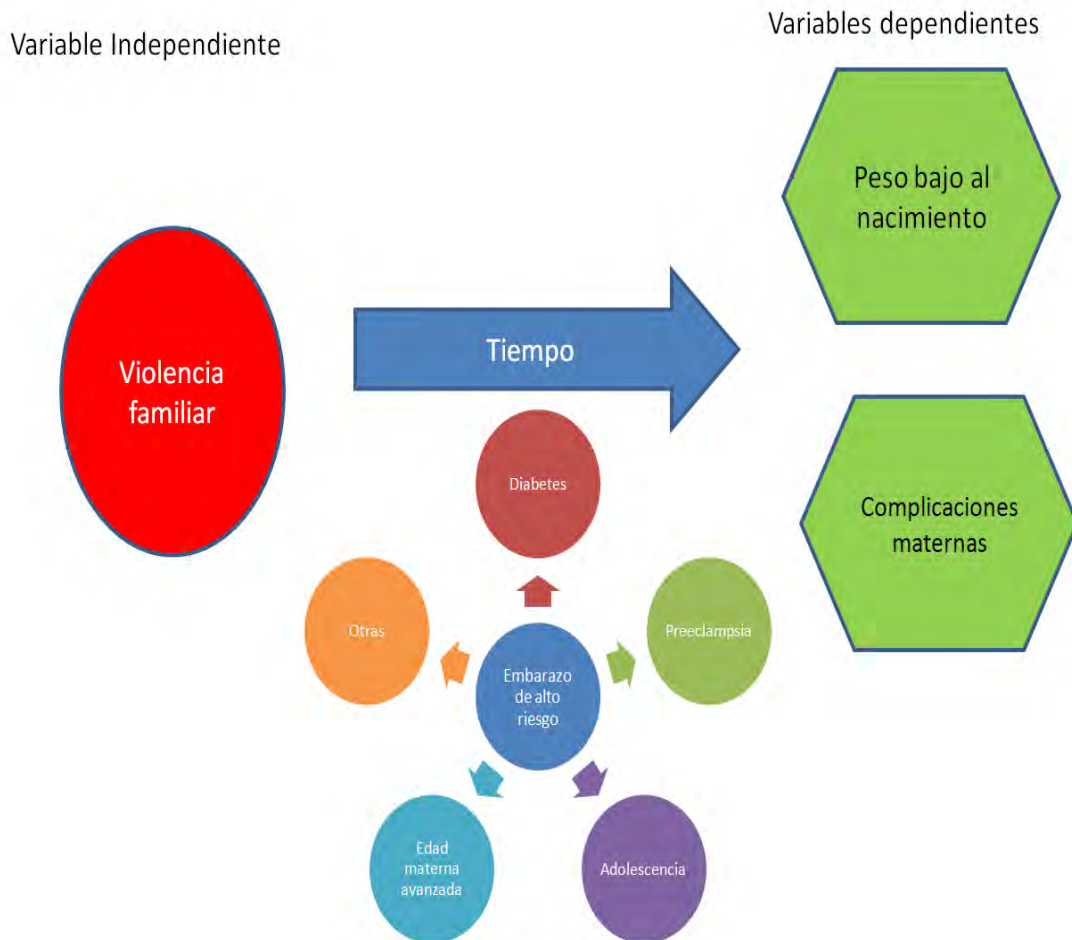
## *2. Peso bajo:*

- a) Tipo de variable: cuantitativa, nominal, dicotómica
- b) Se considera peso bajo cuando en la primera medida del peso del recién nacido hecha dentro de la primera hora de vida extrauterina, se registran en el expediente clínico de 1500 a 2499 gramos

## *3. Complicaciones maternas:*

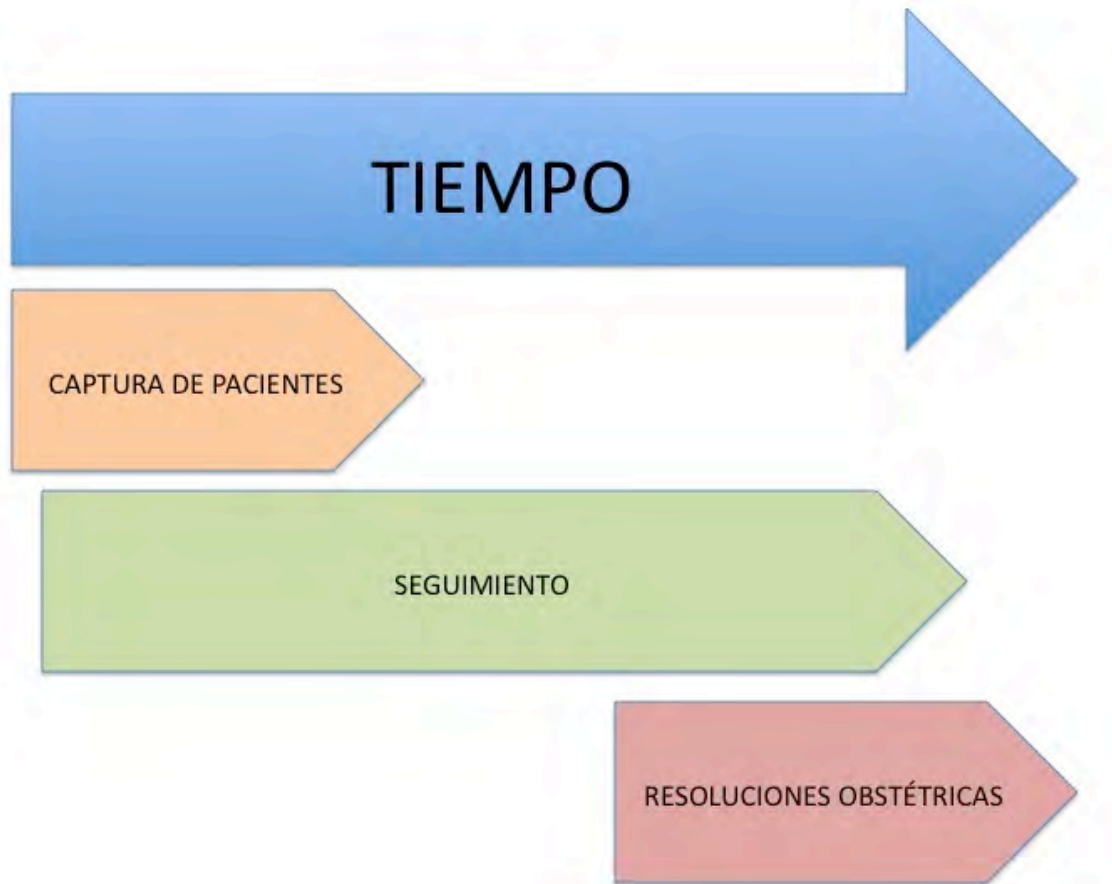
- a) Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica
- b) Se considera complicación materna cuando presente de acuerdo al expediente clínico: Aborto, parto pre término, corioamnioitis, cervicovaginitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, trauma abdominal cerrado, preeclampsia y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas).

### Modelo conceptual del estudio



El modelo conceptual del estudio , nos permite distinguir gráficamente, que la variable independiente es la presencia de violencia familiar, y las dependientes son el peso bajo al nacimiento y las complicaciones maternas. Se observa además que las variables a controlar más importantes durante el estudio son las relacionadas con el embarazo de alto riesgo, ya que éstas pueden ser causa de peso bajo o de complicaciones maternas.

### Modelo conceptual de la cohorte



El modelo conceptual de la cohorte, nos permite distinguir gráficamente, que la captura de pacientes para la cohorte se realiza en forma longitudinal y secuencial hasta completar el tamaño muestral, habiéndose iniciado el seguimiento de los primeros casos mientras se continúa la captura. También nos permite identificar que por tanto las resoluciones obstétricas inician, mientras una parte de la cohorte continúa en seguimiento. El seguimiento actual de la cohorte termina al completarse la última resolución obstétrica.

#### Tipo de diseño

Estudio de cohorte (observacional, longitudinal, analítico)

### Diseño de la cohorte

La cohorte se compone de 250 pacientes embarazadas que acudieron para su atención obstétrica al Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER), de las cuáles 125 corresponden a pacientes sin evidencia de violencia familiar y las 125 restantes son diagnosticadas por el Departamento de Psicología del INPerIER como víctimas de cualquier tipo de violencia familiar.

Las pacientes son captadas en la consulta externa del Instituto durante el primer trimestre del embarazo, realizándose la captura de pacientes de manera secuencial hasta completar el tamaño muestral para ambos grupos.

El seguimiento de la cohorte inicia con la captura de la primer paciente de la cohorte y termina con la resolución obstétrica de la última de ellas.

### Control de variables confusoras

Se registro la presencia y tipo de variable confusora por paciente de acuerdo a los datos obtenidos del expediente clinico como lo son : la diabetes gestacional, las cardio, neumo, endocrino y nefropatías , síndrome de aborto recurrente, embarazo adolescente, edad materna avanzada, alteraciones hematológicas, y drogadicción para sus control estadístico.

### Recolección de datos e instrumentos de medición

Las pacientes para el estudio fueron captadas en la consulta externa de Obstetricia de primera vez, por personal pasante de servicio social en

psicología y pedagogía capacitados, asesorados y acompañados por personal con experiencia en captación de pacientes para protocolos de investigación adscritos al Departamento de Psicología del INPerIER.

A las pacientes se les abordó y se les explicó a satisfacción el estudio, y a quienes decidieron colaborar se les dio a firmar la carta de consentimiento bajo información, se les aplicó inicialmente el instrumento WAST ( Women Abuse Screenig Tool ) en español de 2 preguntas ( Fogarty 2002) para detección de alteraciones en la dinámica de pareja (Anexo 1A), y quienes respondieran positivamente a la misma, se les aplicó el instrumento del Instituto Nacional de Salud Pública específico para detección de violencia familiar (Natera 2004) (Anexo 1B) y se les dio cita para acudir a la consulta externa de psicología especializada en violencia familiar ( no se especifica esto último en el carnet de la paciente para su protección).

El Departamento de Psicología del Instituto diferencia a las pacientes con violencia familiar de las que tienen problemas de pareja o bien algún otro tipo de psicopatología.

Las pacientes detectadas como portadoras de violencia familiar se integran al programa específico de apoyo institucional a través de terapia personal ó grupal así como referencia a las unidades para la atención de violencia familiar para asesoría legal, de acuerdo a las necesidades individuales.

Se realiza seguimiento de las pacientes de la cohorte de embarazo y violencia familiar, así como de la de embarazo sin violencia familiar; a través de consulta externa de obstetricia, en busca de la aparición de complicaciones maternas.

Al resolverse el embarazo se obtienen del expediente clínico los datos de peso al nacimiento y los relativos a la resolución obstétrica.

### Criterios de inclusión

Se incluirán en forma secuencial a las pacientes embarazadas que acudan al INPerIER para su atención obstétrica durante el primero y segundo trimestre del embarazo que acepten participar en el estudio hasta completar el tamaño muestral.

En el Grupo 1, se incluirán a aquellas pacientes portadoras de violencia familiar.

En el Grupo 2 se incluirán a aquellas pacientes no portadoras de violencia familiar.

### Criterios de exclusión

Pacientes embarazadas que acudan para su atención obstétrica al Instituto Nacional de Perinatología y no deseen participar en el estudio, acudan durante el tercer trimestre del embarazo, no contesten adecuadamente los cuestionarios, que tengan una elevada probabilidad de pérdida durante el seguimiento por la lejanía geográfica de su domicilio con respecto al Instituto, o que no puedan proporcionar datos adecuados por barreras del lenguaje o deficiencias mentales.

### Criterios de eliminación:

Pacientes en quienes se desconozcan el peso del recién nacido y las complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato.

### Tamaño de la muestra

Se calcula por diferencia de proporciones ( *Fernández Pita 2008*), con ajuste para posibles pérdidas de seguimiento; quedando un total de *122 pacientes por grupo*:

Nuestro estudio se trata de un estudio de contraste de hipótesis, donde se compararan las proporciones de dos grupos en relación a su desenlace ( recién nacidos de peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas en las cohortes con y sin violencia.)

Alfa lo fijamos a 0.05 (en forma unilateral, debido a que no existe evidencia de que la violencia familiar sea preventiva para recién nacidos pre término o de bajo peso al nacimiento), y beta a 0.20 para tener una probabilidad de tener error de tipo I del 5%, y una probabilidad de tener error de tipo II de 20%, con una potencia del 80%.

Para conocer la proporción esperada del desenlace en los grupos de estudio tomamos de referencia el estudio clásico para México que es el de Rosario Valdez Santiago, publicado en la Revista de Salud Pública de México en 1996 donde se reporta una proporción del 40% de recién nacidos de peso bajo en mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar, y del 24% en mujeres no maltratadas.

$$n = \frac{\left[ Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\alpha} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$



VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIEN NACIDOS DE PESO BAJO  
Y COMPLICACIONES MATERNAS - *Cepeda Silva Armando.*

Donde:

- $n$  = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- $Z_{\text{Alfa}}$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado= 0.050= 1.645
- $Z_{\text{Beta}}$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado= 0.80 = 0.842
- $p_1$  = Valor de la proporción en el grupo de referencia o control = 0.24 para recién nacidos de peso bajo en pacientes no violentadas.
- $p_2$  = Valor de la proporción en el grupo problema = 0.40 para recién nacidos de peso bajo en pacientes violentadas.
- $p$  = Media de las dos proporciones  $p_1$  y  $p_2$  = 0.32

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Realizando las sustituciones apropiadas y las operaciones correspondientes se obtiene un número de pacientes de 104 por grupo.

El tamaño ajustado a las pérdidas se calcula con la siguiente fórmula:

Muestra ajustada a las pérdidas =  $n (1 / 1-R)$

- $n$  = número de sujetos sin pérdidas
- $R$  = proporción esperada de pérdidas

En nuestro estudio estimamos tener un 15% de pérdidas por lo que el tamaño muestral necesario sería:

$$104 (1 / 1-0.15)= 122 \text{ pacientes por grupo}$$

Recursos:

a) **recursos humanos:**

Tutor principal : Profesor del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina de la UNAM- Investigador del SNI.

Investigador principal: alumno de maestría en Ciencias Médicas, diplomado en violencia familiar por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

Investigadores asociados: Psicólogo adscrito al Departamento de Psicología, con diplomado en violencia familiar

Personal de apoyo: Pasantes de Psicología y Pedagogía, capacitados y sensibilizados para el reclutamiento de pacientes víctimas de violencia familiar, y en la aplicación de los instrumentos de detección específicos.

b) **recursos materiales**

Equipo de cómputo con SPSS, impresora, equipo normal de oficina, papelería para imprimir encuestas. Financiamiento : interno.

Instituciones participantes : Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Universidad Nacional Autónoma de México - Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.

## **Plan de análisis de los resultados**

### Para cubrir los objetivos primarios

Se utilizó la determinación de riesgos relativos con intervalos de confianza al 95% para establecer asociaciones, así como prueba de Chi cuadrada de Pearson y análisis de residuos.

### Para cubrir los objetivos secundarios

Medidas de tendencia central para conocer las características de las cohortes, Estadística no paramétrica para comparación basal de variables ordinales y nominales, T de Student para variables continuas.

### **Aspectos éticos del estudio**

#### a) análisis de acuerdo a la legislación nacional vigente

En la realización del presente estudio se tomaron en cuenta las disposiciones nacionales vigentes contenidas en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud ( RLGSI), así pues, prevaleció el criterio de respeto a la dignidad protección de los derechos y bienestar de la paciente, de acuerdo a lo enunciado en el artículo 13 de dicho reglamento y los relativos al cuidado y protección de las mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos contenidos en los artículos 42 a 56 de dicho reglamento.

El estudio se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, en especial para poder manejar situaciones de crisis que pudieran presentarse como resultado de la exploración psicológica sobre la presencia o ausencia de violencia familiar, bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Perinatología, habiéndose registrado y obtenido el dictamen favorable de los comités de Investigación y de Bioética para garantizar el bienestar de las pacientes y dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 14 del RLGSI.

Se protegió la privacidad de los individuos sujetos de investigación, no identificando a ninguno de ellos en los documentos generados durante el desarrollo del proyecto, mas que por el investigador principal, quién protegió

dichos datos en un almacén cerrado bajo llave, dando cumplimiento a lo estipulado en el artículo 16 del RLGSIS.

Considerando los lineamientos contenidos en el artículo 17 del RLGSIS se considera al presente estudio como una investigación con riesgo mayor al mínimo, ya que implica la realización de estudios prospectivos que emplean la obtención de datos a través de procedimientos comunes tales como exámenes psicológicos, además de que algunos procedimientos pueden “despertar” sensaciones desagradables en las pacientes al narrar, recordar y/o identificar condiciones violentas, trágicas, de pérdida o similares por lo que a petición del comité de Bioética del Instituto se elabora y firma ( por el investigador, la paciente y dos testigos) carta de consentimiento bajo información de acuerdo a los lineamientos estipulados en los artículos 20,21 y 22 del RLGSIS.

b) análisis de acuerdo a los principios bioéticos generales

Justicia: A todas las pacientes participantes en el estudio se les proporcionó la atención médica y psicológica que les corresponda a su condición.

Beneficencia: para la paciente : se diagnosticaron oportunamente los casos de violencia familiar durante el embarazo y se les proporcionó el apoyo y manejo que requieran tanto médico como psicológico.

Para la sociedad : se incrementará el conocimiento que se tiene sobre la asociación de la violencia familiar con la presencia de complicaciones maternas durante el embarazo y recién nacidos de peso bajo al nacimiento, por lo que se podrán en caso necesario diagnosticar y tratar en etapas tempranas que permitan mejorar el pronóstico de las

pacientes y los recién nacidos. Se tendrán más conocimientos para fundamentar la importancia de la prevención de la violencia familiar como problema de salud pública.

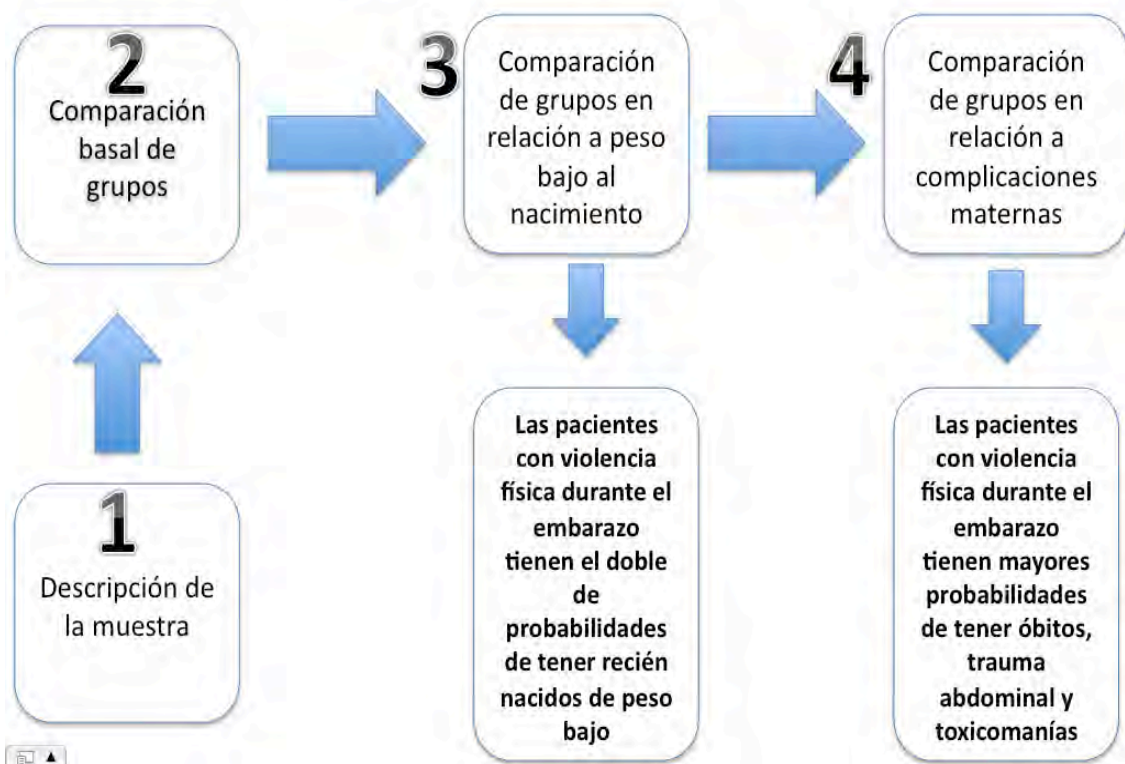
No maleficencia: No se realizó intervención alguna que sea perjudicial para las pacientes participantes en el estudio.

Autonomía : Se obtuvo consentimiento informado de las participantes (Anexo 2), por parte de personal no adscrito a los departamentos de ginecología ni obstetricia, proporcionándose explicación amplia y a satisfacción sobre el estudio, asegurándose de que no se compromete de ninguna manera el proceso de atención médica institucional.

## Resultados

La presentación de resultados se realizará de acuerdo al siguiente diagrama, incluyéndose solo las tablas mas respresentativas en el presente capítulo, pudiendose consultar la totalidad de las mismas en el anexo 3.

### Presentación de resultados



a) Descripción de la muestra

***Tamaño muestral:***

Se obtuvo una muestra de 250 pacientes por conveniencia, embarazadas, durante el primero o segundo trimestre, que acudieron para su atención obstétrica al INPerIER .

125 pacientes correspondieron al grupo de violencia y 125 al grupo de no violencia.

***Aspectos sociodemográficos :***

La media para la edad materna al inicio del estudio fue de 26.62 años, con modas a los 15 y 25 años de edad.

La media para la edad de la pareja es de 29.448, con modas a los 25 y 28 años de edad.

El estado civil predominante es el de soltera con un 36%, seguido por el de casada con un 34.8%, y el de unión libre con un 27.2%.

La escolaridad materna ( Tabla 1) se ubica predominantemente en el nivel secundaria (43.2%) y preparatoria (37.6%), al igual que la de sus parejas ( Tabla 2) secundaria (53.2%) y preparatoria (32.8%), llamando la atención que el nivel educativo observado en las mujeres es mayor que el de sus parejas, diferencia que mediante estadística no paramétrica ( Wilcoxon, signos y McNemar) es estadísticamente significativa.

La ocupación predominante entre las mujeres fue el hogar ( Tabla 3), con un 71.2% y un porcentaje de desempleo del 0.8%, mientras que en sus parejas fue el empleo informal ( Tabla 4) con un 48.8%, con un porcentaje de



desempleo del 8.4% y un porcentaje de trabajadores del sector formal del 31.6%.

El nivel socioeconómico (Tabla 5) determinado por el departamento de trabajo social se distribuyó sin diferencias estadísticamente significativas entre los niveles bajo, intermedio y alto, con ligero predominio del nivel medio (38.4%).

## Aspectos sociodemográficos

Edad: 29 años  
Menor  
escolaridad  
Ocupación :  
empleo  
informal: 49%  
Ninguna: 8.4%



Edad: 27 años  
Mayor  
escolaridad  
Ocupación :  
Hogar- 71%  
Ninguna : 0.8%

Estado civil: no casados: 65%  
Nivel socioeconómico medio : 38%

### **Aspectos obstétricos:**

En relación a las semanas de gestación al inicio del estudio la media fue de 15.031 semanas, con moda a las 12 semanas, y el percentil 75 a las 18 semanas.

Para el número de gestaciones (Tabla 6), en nuestra población estudiada el 48% fue primigesta y el 22% secundigesta, cumpliendo el 56% criterios para considerarse como embarazos de alto riesgo desde su ingreso al instituto. Las condiciones más frecuentes para determinar embarazo de alto riesgo, incluyen

el embarazo adolescente con una incidencia del 14.8%, la diabetes gestacional 10.8%, preeclampsia con un 8.4% y la edad materna avanzada con un 8%.

## Aspectos obstétricos



48% : Primer embarazo  
56% Embarazos de alto riesgo, por embarazo adolescente, diabetes gestacional, preeclampsia y embarazo en edad avanzada

### ***Violencia intrafamiliar :***

El tipo de violencia más frecuentemente observado en nuestra población fue la psicológica con un 56%, seguida de la física con un 27% ( Tabla 7).

En relación a los diferentes tipos de violencia, la que se relacionó mayormente con complicaciones fue la violencia física ( Tabla 8), por lo que se decidió dividir para su estudio al grupo en pacientes con violencia física ( 22.4%) y sin violencia física ( 77.6%).

b) Comparación basal de grupos

Los grupos de pacientes con y sin violencia se compararon tanto para sus características generales como para los antecedentes de embarazo de alto riesgo, que pudieran influir en la presencia de peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas, encontrando los siguientes resultados:

***Características generales:***

En relación con el estado civil, escolaridad materna, ocupación materna y ocupación de la pareja, los grupos con y sin violencia no son estadísticamente diferentes ( Tablas 9,10,13,14,15,16 y 17), mientras que en relación a la escolaridad de la pareja, se observa que las parejas de las mujeres violentadas tienen una mayor escolaridad ( 57%) que las de las mujeres no violentadas ( 43%), como lo muestra la presencia de residuos tipificados de 1 ( Tablas 11 y 12).

***Tabla 11: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al nivel de escolaridad de la pareja.***

	Si violencia	No violencia	Totales
Escolaridad básica	Recuento: 65 Residuos: -0.9	80 0.9	145
<b>Escolaridad avanzada</b>	<b>Recuento: 60</b> <b>Residuos: 1.0</b> <b>Porcentaje: 57%</b>	<b>45</b> <b>-1.0</b> <b>43%</b>	105
Totales	125	125	250

**Tabla 12: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al nivel de escolaridad de la pareja.**

	<i>Valor</i>	<i>Significancia</i>
<i>Chi- cuadrado</i>	3.695	<b>0.055</b>

**Violencia física:**

Se compara el grupo de violencia física con el de no violencia física con pruebas de chi cuadrado de Pearson y residuos tipificados ( Tablas 18 y 19), no encontrando diferencias entre ambos grupos en cuanto a su relación con la presencia de embarazo de alto riesgo, por lo que se consideran comparables entre sí para los desenlaces de peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas.

c) Comparación entre grupos para peso bajo al nacimiento

Una vez que se determinó que los grupos son comparables entre sí para las variables más importantes que pueden influir en los resultados asociados a peso bajo al nacimiento, se estudiaron las diferencias entre los grupos de violencia familiar en general y no violencia, encontrándolos de características similares, es decir sin asociación ( tablas 20, 21 y 22) .

Al no encontrarse asociación entre los grupos de violencia y no violencia familiar en general, con el peso bajo al nacimiento, se decide estudiar cada tipo de violencia por separado, encontrándose que para el grupo de violencia física comparado con los que no tienen violencia física se observó una diferencia entre los grupos estadísticamente significativa ( 0.025) con residuos tipificados de 1.7 a favor del grupo con violencia física que presenta peso bajo al nacimiento, además se obtuvo un riesgo relativo de 2.073 para peso bajo al nacimiento con un intervalo de confianza al 95% de 1.086 a 3.956 ( Tablas 23,24 y 25 ).

**Tabla 23: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

	<b>Si violencia física</b>	No violencia física	Totales
<b>Si peso bajo al nacimiento</b>	<b>Recuento: 20</b> <b>Residuos: 1.7</b> <b>Porcentaje: 35.7%</b>	41 -0.9 21.1%	61
No peso bajo al nacimiento	Recuento: 36 Residuos: -1.0 Porcentaje: 64.3%	153 0.5 78.9%	189
Totales	56	194	250

**Tabla 24: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

	<i>Valor</i>	<i>Significancia</i>
<b>Chi- cuadrado</b>	5.008	<b>0.025</b>

**Tabla 25: Estimación del riesgo para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

Valor	Intervalo de confianza al 95%
2.073	1.086 – 3.956

d) Comparación entre grupos para complicaciones maternas

Al considerar las complicaciones maternas en general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con violencia y sin violencia ( tablas 26 y 27).

Al analizar las complicaciones por separado ( tablas 28 y 29) se observa un incremento en la incidencia de óbitos en el grupo con violencia durante el embarazo, situación que se evidencia mediante el análisis de residuos tipificados (1.1), no correlacionando con alguna otra prueba estadística; misma situación que se observa para la presencia de trauma abdominal ( 1.0).

**Tabla 28: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a complicaciones maternas.**

	Si violencia	No violencia	Totales
<b>Trauma abdominal</b>	<b>Recuento: 2</b> <b>Residuos: 1.0</b> <b>Porcentaje: 1.6%</b>	0 -1.0 0%	2
Intento de suicidio	Recuento: 1 Residuos: 0.7 Porcentaje: 0.8%	0 -0.7 0%	1
Preeclampsia	Recuento: 10 Residuos: -0.2 Porcentaje: 8.0%	11 0.2 8.8%	21
<b>Obito</b>	<b>Recuento: 8</b> <b>Residuos: 1.1</b> <b>Porcentaje: 6.4%</b>	3 -1.1 2.4%	11
Muerte materna	Recuento: 1 Residuos: 0.7 Porcentaje: 0.8%	0 -0.7 0%	1
No complicaciones maternas	Recuento: 103 Residuos: -0.4 Porcentaje: 82.4%	11 0.4 88.8%	214
<b>Totales</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>250</b>

Se decide por tanto estudiar las asociaciones entre complicaciones maternas para cada tipo de violencia, encontrándose que para el grupo de violencia física comparado con los que no tienen violencia física se observó una diferencia entre los grupos estadísticamente significativa ( 0.001) con residuos tipificados de 2.9 a favor del grupo con violencia física que presenta toxicomanías durante el embarazo ( 16.1% Vs 3.6%), además se obtuvo un riesgo relativo de 5.116 para toxicomanías con un intervalo de confianza al 95% de 1.811 a 14.447. ( Tablas 30, 31 y 32).

***Tabla 30: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a la presencia de toxicomanías durante el embarazo.***

	<b>Si violencia física</b>	No violencia física	Totales
<b>Si toxicomanías</b>	<b>Recuento: 9</b> <b>Residuos: 2.9</b> <b>Porcentaje: 16.1%</b>	7 -1.5 3.6%	16
No toxicomanías	Recuento: 47 Residuos: -0.7 Porcentaje: 83.9%	187 0.4 96.4%	234
Totales	56	194	250



**Tabla 31: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a la presencia de toxicomanías durante el embarazo.**

	<b>Valor</b>	<b>Significancia</b>
<i>Chi- cuadrado</i>	11.268	<b>0.001</b>

**Tabla 32: Estimación del riesgo para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a la presencia de toxicomanías durante el embarazo.**

Valor	Intervalo de confianza al 95%
5.116	1.811 – 14.447

e) Resumen general de resultados- evaluación de hipótesis

Los grupos de violencia y no violencia son estadísticamente comparables entre sí, al igual que los de no violencia física con los de violencia física; siendo estos últimos entre quienes se observaron con mas claridad los efectos sobre la madre y el recién nacido.

Se encontró un incremento al doble en el número de recién nacidos de peso bajo al nacimiento, estadísticamente significativo entre las pacientes víctimas

de violencia física durante el embarazo, al compararse con aquellas que no fueron violentadas físicamente durante el mismo periodo.

En relación a las complicaciones maternas, se observó un incremento de 5 veces la incidencia de toxicomanías en el grupo de pacientes víctimas de violencia física, y un incremento estadísticamente significativo en cuanto a la incidencia de óbitos y trauma abdominal.

***Tabla 33: Resumen de tablas para comparar los grupos de violencia en general y violencia física en cuanto a las diferencias estadísticamente significativas de los principales resultados del estudio.***

<b>Característica</b>	<b>Violencia en general</b>	<b>Violencia física</b>
Peso bajo al nacimiento	No significativa	Significativa
Complicaciones maternas en general	No significativa	No significativa
Obito	Significativa	Significativa
Trauma abdominal	Significativa	Significativa
Toxicomanías	No significativa	Significativa

## **Discusión**

### Impacto de la asociación entre violencia familiar y recién nacidos de peso bajo al nacimiento

De acuerdo a lo reportado en la literatura, se ha documentado que en el grupo de pacientes con violencia familiar de tipo físico se ha incrementado en 2 veces la incidencia de recién nacidos de peso bajo al nacimiento, excluyendo los casos de prematurez y controlando los de embarazo de alto riesgo, dentro de las pacientes que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología, lo que constituye una aportación original en nuestro medio.

Para los otros tipos de violencia no se logra documentar esta asociación en nuestra población de estudio.

### Impacto de la asociación entre violencia familiar y complicaciones maternas

Para complicaciones maternas en general, como variable dicotómica no fue posible establecer ninguna asociación con la presencia de violencia durante el embarazo, sin embargo, al separarla por tipo de complicación se encontró que entre las pacientes con violencia familiar de tipo físico se encontraba 5 veces más frecuente la incidencia de toxicomanías (entre las que predominó el tabaquismo) que en el grupo no violentado físicamente, más elevado que lo encontrado en la literatura universal. Para el resto de las complicaciones se lograron identificar diferencias estadísticamente significativas para la presencia

de obitos y de trauma abdominal en el grupo violentado, sin llegar a lograr demostrar asociaciones que no crucen la unidad.

Para el resto de las complicaciones reportadas en la literatura como lo son la amenaza de parto pre término, el aborto y las infecciones del tracto genitourinario, no logramos establecer asociaciones, muy probablemente por los antecedentes médicos de nuestras pacientes que dificultaron el poderlas asociar específicamente con el antecedente de violencia familiar durante el embarazo.

### Aspectos sociodemográficos

En el Instituto Nacional de Perinatología se atienden pacientes con niveles socioeconómicos altos, medios y bajos, en aproximadamente la misma proporción, lo que permite estudiar el fenómeno de la violencia durante el embarazo en dichos estratos sociales, no limitándose a solo uno de ellos.

El estudio es congruente con los datos poblacionales, donde se observa una alta incidencia de pacientes con embarazo adolescente (14.8%), lo que apoya la necesidad del fortalecimiento de unidades operativas especializadas dentro de las unidades de salud para el acompañamiento y manejo de esta población con necesidades especiales.

Encontramos cambios importantes en el patrón clásico de las parejas mexicanas, siendo solo el 34.8% de nuestras pacientes casadas,

distribuyéndose el resto entre solteras y en unión libre; lo que evidencia un cambio social y familiar importante.

El 70% de nuestra población es de pacientes primi o secundigestas, siendo cada vez mas poco frecuente la observación de grandes múltiparas.

En relación al grado de escolaridad llama la atención que las mujeres de nuestro estudio tenían un mayor grado de escolaridad que sus parejas, aunque solo un porcentaje menor (9.6%) tenían empleo dentro del sector formal, reportando la gran mayoría su dedicación exclusiva a las labores del hogar; situación que puede comprometer la autoestima de las mujeres y permitir o perpetuar los círculos de violencia.

Llama la atención el hallazgo la asociación encontrada de que en el grupo de parejas con mayor escolaridad se encontró más violencia hacia la mujer durante el embarazo, contrario a lo que cabría de esperarse, por lo que podemos deducir que el fenómeno de la violencia en las pacientes que acuden para su atención al INPerIER se encuentra más ligado a aspectos culturales y familiares que a aspectos de educación formal.

Aunque el objetivo primario de la presente investigación no era de corte sociodemográfico, consideramos los hallazgos exploratorios anteriores merecedores de ser investigados formalmente desde el punto de vista cualitativo .

## **Conclusiones**

### Violencia familiar y embarazo

En el presente estudio se observa que la violencia familiar durante el embarazo, específicamente la física, incrementa en 2.073 veces las probabilidades de tener recién nacidos de peso bajo al nacimiento, independientemente de la comorbilidad presentada, con un intervalo de confianza al 95% de 1.086 a 3.956

También se corroboró que la violencia familiar durante el embarazo, específicamente la física, está incrementada en 5.116 veces ante la presencia de toxicomanías, con un intervalo de confianza al 95% de 1.811 a 14.447

La incidencia de óbitos y trauma abdominal se vio incrementada en los grupos de violencia familiar durante el embarazo al compararse con las pacientes sin esta condición, independientemente de la comorbilidad, situación evidenciada a través del estudio de residuos tipificados (más de 1).

### Recomendaciones

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio y los reportados en la literatura universal y nacional, consideramos que se cuenta con suficiente sustento como para incluir el diagnóstico de violencia familiar como parte de la evaluación clínica inicial de la paciente embarazada que acude para su atención al INPerIER, para así poderle proporcionar el manejo apropiado e integral que se requiere, esperando redundará en una menor morbimortalidad materna y perinatal.

Se recomienda realizar estudios de tipo cualitativos específicos sobre los aspectos socio demográficos de las familias y parejas con violencia familiar durante el embarazo, para poder caracterizar de mejor manera nuestra población blanco, lo que nos permita crear modelos de atención que den mejores resultados.

### **Bibliografía**

1. Altarac, M. , Strobino, D. ( 2002). Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. *JAMA* , 57, 208-214.
2. Campbell, J. , Torres, S. , Ryan, J. , King, Campbell, Stallings, Fuchs. (1999) . Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies. *Am Journal of epidemiology* ,150, 714-26.
3. Coker, Sanderson, Dong, Beili. ( 2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Pediatric and perinatal epidemiology* , 18, 260-269.
4. Cokkinides, Coker, Sanderson, Addy, Bethea. (1999). Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology* , 93, 661-666.
5. Collado, Villanueva. (2007). Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de peso bajo en el recién nacido. *Ginecol Obstet Méx* ,75, 259-267.
6. Colombo, Viglizzo, Veranda, Iglesias. (2005). Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en etapas de embarazo parto y puerperio. Convergencia. *Revista de la Universidad Autónoma del Estado México*,12, 81-107.
7. Chambliss. (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clin Obstet and Gyn*, 51, 385-397.



8. Del Río Zolezzi Aurora, Marchetti Lamagni Raquel. (2006). Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual-manual operativo. *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva* 1, 11-29.
9. Fernández Pita. Determinación del trabajo muestral . Extraído en junio del 2008 desde <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras.asp>.
10. Fogarty, Brown. (2002). Screening for abuse in spanish speaking woman. *Jam Board Fam Prac* ,15, 101-111.
11. González-Pérez, Vega López . (1995) . Factores de riesgo del peso al nacer desfavorable en areas perifericas de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Públ*, 11, 271-280.
12. Henales, Sánchez, Carreño, Espíndola. (2007). Guía Clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. *Perinatol.Reprod.Hum* , 21, 88-99.
13. Janssen, Holt, Sugg, Emanuel, Critchlow, Henderson. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population based study. *Am J Obstet Gynecol* , 188, 1341-1347.
14. Mandeville. (2007). Tips bioestadísticos," la razón de momios". *Ciencia UANL*, 10, 222-226.
15. Murphy, C. , Schei, B. Terriol, M. , DuMont, J . ( 2001). Abuse : a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 164.

16. Natera, Juárez, Sainz. (2004) . Válidez factorial de una escala de violencia a la pareja en una muestra nacional Mexicana. *Salud mental*, 27(2).
17. Neggers, Goldenberg, Hauth. (2004). Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand* ,83, 455-460.
18. Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención médica de la violencia familiar.
19. Nuñez , Monge, Gríos, Elizondo, Rojas. (2003). La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo : riesgo reproductivo. Predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev .Panamericana de salud pública*, 14(2)
20. Olaiz, Rico, Río. (2003). Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres. *Instituto Nacional de Salud Pública México.*
21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación* 23-Dic-1986.
22. Silverman, Decker, Reed, Raj. (2006). Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states: associations with maternal and neonatal health. *AmJ Obstet Gynecol*, 195, 140-148.
23. Valdez, Sanin. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud pública de México*, 38, 352-362.
24. Valdez, Sanin. (1998). Violencia durante el embarazo. Una doble victimización: en contra de la mujer y del bebé. *Victimología*, 15, 51-61.

VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIEN NACIDOS DE PESO BAJO  
Y COMPLICACIONES MATERNAS - *Cepeda Silva Armando.*

25. Valladares, Ellsberg, Peña, Ake. (2002). Physical partner abuse during pregnancy : a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet and Gynecol* , 100, 700-705.

## **Anexos**

### Anexo 1-A

#### **Encuesta WAST Modificada para detección de Violencia familiar ( Fogarty 2002)**

Para el Instituto Nacional de Perinatología es muy importante conocer su opinión en relación a las siguientes cuestiones que pudieran tener relevancia para la evolución de su embarazo actual

1.. En general, ¿ cómo describiría Usted la relación con su pareja?

- a) muy tensa            b)poco tensa            c) sin tensión

2.. ¿Cómo resuelven usted y su pareja sus discusiones?

- a) Con mucha dificultad d) alguna dificultad c) sin dificultad

Agradecemos la atención prestada a la presente, seguros de que la información recabada será de utilidad para Usted u otras pacientes.

Anexo 1-B

**Escala validada en población mexicana del Instituto Nacional de  
Psiquiatría para detección de violencia intrafamiliar . ( Natera 2004)**

Para el Instituto Nacional de Perinatología es muy importante conocer su opinión en relación a las siguientes cuestiones que pudieran tener relevancia para la evolución de su embarazo actual

¿Alguna Vez su pareja o ex pareja....

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Le ha gritado o humillado?		
Le amenazo con pegarle?		
Le ha golpeado?		
La ha forzado a tener relaciones sexuales?		
Controla o ha controlado la mayor parte de sus actividades?		
Ha sido golpeada cuando estaba embarazada?		
Es violento con sus hijos?		
Manifiesta sus celos violentamente?		

Agradecemos la atención prestada a la presente, seguros de que la información recabada será de utilidad para Usted u otras pacientes

Anexo 2

México, D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ESTUDIO:** "Violencia Familiar durante el embarazo como factor de riesgo para obtener recién nacidos de peso bajo y tener complicaciones maternas durante el embarazo"

**OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:** Conocer si la violencia familiar durante el embarazo es un factor de riesgo para obtener recién nacidos de peso bajo y tener complicaciones maternas.

**BENEFICIOS:** confidencialidad (Los datos de las participantes serán estrictamente confidenciales y en caso de publicación no se conocerá su nombre), detección de casos de violencia familiar durante el embarazo, atención médica, psicológica, asesoría legal y canalización apropiada a las instituciones necesarias de acuerdo al caso. La participación en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me deba brindar.

**RIESGOS:** **A) POR NO PARTICIPAR:** No detección y por tanto no tratamiento de casos de violencia familiar con riesgos importantes tanto para la madre como para el recién nacido. **B) POR PARTICIPAR:** Posibles reacciones violentas por parte de la pareja si se entera y no está de acuerdo en la participación en el estudio, por lo que se debe manejar con estricta confidencialidad.

**TIEMPO A EMPLEAR EN EL ESTUDIO:** En caso de no detectarse violencia familiar: 1 minuto de encuesta, en caso de sospecha: 3 minutos de encuesta y 30 minutos de consulta psicológica. En caso de confirmarse: el requerido para recibir la atención y asesoría necesaria en beneficio de la madre y del recién nacido.

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_  
apellido paterno          materno          nombre(s)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en este estudio cuyo objetivo, procedimientos, beneficios, y riesgos se me han especificado y aclarado a mi entera satisfacción.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el desarrollo de la investigación. Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participación en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se proporcione, se vea afectada por este hecho.

En el caso de que yo decida retirarlo, deberán seguir las siguientes indicaciones:

1.. Avisar al investigador principal Dr. Francisco Morales Carmona- jefe del Departamento de Psicología Del Instituto Nacional de Perinatología " Isidro Espinosa de los Reyes"

PARTICIPANTE (nombre y firma) \_\_\_\_\_

INVESTIGADOR(nombre y firma) \_\_\_\_\_

TESTIGO (nombre, firma, parentesco, dirección, teléfono)

\_\_\_\_\_  
TESTIGO (nombre, firma, parentesco, dirección, teléfono)

\_\_\_\_\_

Anexo 3- Tablas

**Tabla 1. Escolaridad materna**

<b>Nivel educativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Primaria	15	6%
Secundaria	108	43.2%
Preparatoria	94	37.6%
Licenciatura	29	11.6%
posgrado	4	1.6%

**Tabla 2. Escolaridad de la pareja**

<b>Nivel educativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Primaria	13	5.2%
Secundaria	133	53.2%
Preparatoria	82	32.8%
Licenciatura	17	6.8%
posgrado	5	2.0%

**Tabla 3. Ocupación materna**

Ocupación materna	Frecuencia	Porcentaje válido
Ninguna	2	0.8%
Hogar	178	71.2%
Empleo formal	24	9.6%
Empleo informal	19	7.6%
Estudiante	27	10.8%

**Tabla 4. Ocupación de la pareja**

Ocupación de la pareja	Frecuencia	Porcentaje válido
Ninguna	21	8.4%
Empleo formal	79	31.6%
Empleo informal	122	48.8%
Estudiante	28	11.2%



**Tabla 5. Nivel socioeconómico**

<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Bajo	78	31.2%
Intermedio	96	38.4%
Alto	76	30.4%

*\*\* El nivel socioeconómico fue determinado por el departamento de trabajo social, de acuerdo con su manual de procedimientos, que considera la ocupación de la paciente, el ingreso familiar per capita, el porcentaje del ingreso destinado a la alimentación, las características de la vivienda, el lugar de procedencia y el estado de salud de los miembros de la familia*

**Tabla 6. Número de gestaciones**

<b>Número de Gestaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
1	120	48%
2	55	22%
3	36	14.4%
4	25	10%
5	7	2.8%
6	7	2.8%

VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIEN NACIDOS DE PESO BAJO  
Y COMPLICACIONES MATERNAS - *Cepeda Silva Armando.*

**Tabla 7: Tipos de violencia observados**

<b>Tipo de Violencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Física	34	27%
Psicológica	70	56%
Psicológica y económica	2	1.6%
Física y psicológica	12	9%
Física y sexual	3	2.4%
Física, psicológica y sexual	4	3.2%

**Tabla 8: incidencia de violencia física**

<b>Tipo de Violencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Con violencia física	56	22.4%
Sin violencia física	194	77.6%

**Tabla 9: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al nivel de escolaridad materna.**

	Si violencia	No violencia	Totales
Escolaridad básica	Recuento: 61 Residuos: -0.1 Porcentaje: 49%	62 0.1 51%	123
Escolaridad avanzada	Recuento: 64 Residuos: 0.1 Porcentaje: 51%	63 -0.1 49%	127
Totales	125	125	250

**Tabla 10: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al nivel de escolaridad materna.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	0.016	0.899

**Tabla 11: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al nivel de escolaridad de la pareja.**

	Si violencia	No violencia	Totales
Escolaridad básica	Recuento: 65 Residuos: -0.9	80 0.9	145
<b>Escolaridad avanzada</b>	<b>Recuento: 60</b> <b>Residuos: 1.0</b> <b>Porcentaje: 57%</b>	<b>45</b> <b>-1.0</b> <b>43%</b>	105
Totales	125	125	250

**Tabla 12: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al nivel de escolaridad de la pareja.**

	Valor	Significancia
<b>Chi- cuadrado</b>	<b>3.695</b>	<b>0.055</b>

**Tabla 13: Estimación del riesgo para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al nivel de escolaridad de la pareja.**

Valor	Intervalo de confianza al 95%
1.641	0.989 – 2.723

**Tabla 14: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a la ocupación materna.**

	Si violencia	No violencia	Totales
Ninguna	Recuento: 1 Residuos: 0.0	1 0.0	2
Hogar	Recuento: 89 Residuos: 0.0	89 0.0	178
Empleo formal	Recuento: 12 Residuos: 0.0	12 0.0	24
Empleo informal	Recuento: 10 Residuos: 0.2	9 -0.2	19
Estudiante	Recuento: 13 Residuos: -0.1	14 0.1	27
Totales	125	125	250

**Tabla 15: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a la ocupación materna.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	0.090	0.999

**Tabla 16: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a la ocupación de la pareja.**

	Si violencia	No violencia	Totales
Ninguna	Recuento: 8 Residuos: -0.8	13 0.8	21
Empleo formal	Recuento: 36 Residuos: -0.6	43 0.6	79
Empleo informal	Recuento: 64 Residuos: 0.4	58 -0.4	122
Estudiante	Recuento: 17 Residuos: 0.8	11 -0.8	28
Totales	125	125	250

**Tabla 17: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a la ocupación de la pareja.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	3.392	0.335

**Tabla 18: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a su asociación con embarazo de alto riesgo.**

	Si violencia física	No violencia física	Totales
Si embarazo de alto riesgo	Recuento: 33 Residuos: 0.3 Porcentaje: 58.9%	107 -0.2 55.2%	140
No embarazo de alto riesgo	Recuento: 23 Residuos:- 0.3 Porcentaje: 41.1%	87 0.2 44.8%	110
Totales	56	194	250

**Tabla 19 : Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a su asociación con embarazo de alto riesgo.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	0.251	0.616

**Tabla 20: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia en general y no violencia en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

	Si violencia en general	No violencia en general	Totales
Si peso bajo al nacimiento	Recuento: 31 Residuos: 0.1 Porcentaje: 51%	30 -0.1 49%	61
No peso bajo al nacimiento	Recuento: 94 Residuos: -0.1 Porcentaje: 49%	95 0.1 51%	189
Totales	125	125	250

**Tabla 21: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en general en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	0.022	0.883

**Tabla 22: Estimación del riesgo para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

Valor	Intervalo de confianza al 95%
1.044	0.586 – 1.860



**Tabla 23: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

	Si violencia física	No violencia física	Totales
Si peso bajo al nacimiento	Recuento: 20 Residuos: 1.7 Porcentaje: 35.7%	41 -0.9 21.1%	61
No peso bajo al nacimiento	Recuento: 36 Residuos: -1.0 Porcentaje: 64.3%	153 0.5 78.9%	189
Totales	56	194	250

**Tabla 24: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	5.008	0.025

**Tabla 25: Estimación del riesgo para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto al peso bajo al nacimiento.**

Valor	Intervalo de confianza al 95%
2.073	1.086 – 3.956

**Tabla 26: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a complicaciones maternas.**

	Si violencia	No violencia	Totales
Si complicaciones maternas	Recuento: 48 Residuos: -0.4 Porcentaje: 38.4%	53 0.4 42.4%	101
No complicaciones maternas	Recuento: 77 Residuos: 0.3 Porcentaje: 61.6%	72 -0.3 57.6%	149
Totales	125	125	250

**Tabla 27: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a complicaciones maternas.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	0.415	0.519

VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA RECIEN NACIDOS DE PESO BAJO  
Y COMPLICACIONES MATERNAS - *Cepeda Silva Armando.*

**Tabla 28: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a complicaciones maternas.**

	Si violencia	No violencia	Totales
<b>Trauma abdominal</b>	<b>Recuento: 2</b> <b>Residuos: 1.0</b> <b>Porcentaje: 1.6%</b>	0 -1.0 0%	2
Intento de suicidio	Recuento: 1 Residuos: 0.7 Porcentaje: 0.8%	0 -0.7 0%	1
Preeclampsia	Recuento: 10 Residuos: -0.2 Porcentaje: 8.0%	11 0.2 8.8%	21
<b>Obito</b>	<b>Recuento: 8</b> <b>Residuos: 1.1</b> <b>Porcentaje: 6.4%</b>	3 -1.1 2.4%	11
Muerte materna	Recuento: 1 Residuos: 0.7 Porcentaje: 0.8%	0 -0.7 0%	1
No complicaciones maternas	Recuento: 103 Residuos: -0.4 Porcentaje: 82.4%	11 0.4 88.8%	214
<b>Totales</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>250</b>

**Tabla 29: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia y no violencia en cuanto a óbito como complicación materna.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	2.377	0.123

**Tabla 30: Tabla de contingencia para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a la presencia de toxicomanías durante el embarazo.**

	Si violencia física	No violencia física	Totales
<b>Si</b> toxicomanías	<b>Recuento: 9</b> <b>Residuos: 2.9</b> <b>Porcentaje: 16.1%</b>	7 -1.5 3.6%	16
No toxicomanías	Recuento: 47 Residuos: -0.7 Porcentaje: 83.9%	187 0.4 96.4%	234
Totales	56	194	250

**Tabla 31: Pruebas de Chi- cuadrado para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a la presencia de toxicomanías durante el embarazo.**

	Valor	Significancia
Chi- cuadrado	11.268	0.001

**Tabla 32: Estimación del riesgo para comparar los grupos de violencia física y no violencia física en cuanto a la presencia de toxicomanías durante el embarazo.**

Valor	Intervalo de confianza al 95%
5.116	1.811 – 14.447

**Tabla 33: Resumen de tablas para comparar los grupos de violencia en general y violencia física en cuanto a las diferencias estadísticamente significativas de los principales resultados del estudio.**

Característica	Violencia en general	Violencia física
Peso bajo al nacimiento	No significativa	Significativa
Complicaciones maternas en general	No significativa	No significativa
Obito	Significativa	Significativa
Trauma abdominal	Significativa	Significativa
Toxicomanías	No significativa	Significativa