



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACION NORTE DEL D.F.  
SEDE U.M.F. 23**

**FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES  
EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF 23 IMSS D.F.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. JORGE CASTILLO FLORES**



**MEXICO D.F.**

**2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

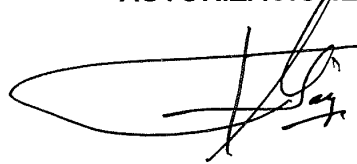
**FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES  
EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF 23 IMSS D.F.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

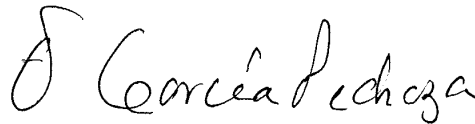
**PRESENTA**

**DR. JORGE CASTILLO FLORES**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

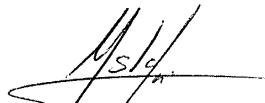
**FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES  
EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF 23 IMSS D.F.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. JORGE CASTILLO FLORES**

**AUTORIZACIONES**



**DRA. MARIA GUADALUPE USLA TIRADO**  
COORDINADOR CLINICO DE INVESTIGACION EN SALUD  
UMF 23



**DR. MIGUEL VARELA HERNANDEZ**  
ASESOR METODOLOGICO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL  
UMF 23

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi esposa, una gran Mujer, que en su convalecencia sigue siendo un ejemplo para toda la familia en su lucha por la vida, por permitirme un espacio para crecer como profesionalista y como persona.

A mis hijos Jorge Alberto, Claudia y Lourdes por darme un espacio de su adolescencia para prepararme mejor en el ejercicio de mi profesión.

A mis profesores en especial a la Dra. Guadalupe Usla, asesora del tema, por su paciencia y apoyo.

A todas las mujeres que participaron en este trabajo y que con valentía y decisión esperan un mejor futuro en su relación de pareja.

## INDICE GENERAL.

1.	TÍTULO.....	1
2.	INDICE GENERAL.....	4
3.	MARCO TEÓRICO O MARCO DE REFERENCIA O ANTECEDENTES.....	6
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
5.	JUSTIFICACIÓN.....	25
6.	OBJETIVOS.....	26
	GENERAL	
	ESPECÍFICOS	
7.	HIPÓTESIS (NO ES NECESARIA EN ESTUDIOS DESCRIPTIVOS)	
8.	METODOLOGÍA.....	27
	- TIPO DE ESTUDIO	
	- POBLANCIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
	- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	
	- INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR	
	- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
	- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
9	RESULTADOS.....	39
	TABLAS CUADROS Y GRÁFICAS	
	DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	
10	DISCUSIÓN (ANÁLISIS DE RESULTADOS).....	47
11.	CONCLUSIONES.....	51
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
13.	ANEXOS.....	57

## RESUMEN.

### **FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF23 IMSS D.F.**

*María Guadalupe Usla Tirado<sup>1</sup> Miguel Varela Hernández<sup>2</sup> Jorge Castillo Flores<sup>3</sup>*

*Coordinador clínico de educación e investigación en salud UMF 23<sup>1</sup>*

*Profesora titular en medicina familiar modalidad semipresencial<sup>2</sup>*

*Medico Residente de Medicina Familiar Semipresencial adscrito a UMF 3<sup>3</sup>*

**INTRODUCCION.** La violencia en la mujer embarazada puede tener alcances mortales tanto para la madre como para el feto. Existen millones de mujeres en el mundo expuestas simultáneamente a dos experiencias que marcan su vida, con efectos duraderos en su aspecto físico y psicosocial, una es el ejercicio de su capacidad reproductiva y otra en alguna de sus expresiones de violencia, siendo multicausal, el Médico Familiar debe conocer y manejar para su comprensión análisis, primera intervención y tratamiento en el primer nivel de atención.

**OBJETIVO GENERAL.** Identificar cual es la frecuencia de violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias de la UMF No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**MATERIAL Y METODOS.** Se realizó estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo a través de un cuestionario que consta de 27 ítems, en escala de Likert y validado para identificar los tipos de violencia y los eventos de riesgo en las mujeres embarazadas adscritas a la UMF 23, IMSS y que asistieron a la consulta médica prenatal, durante el periodo del estudio, que aceptaron participar y que cumplieron con los criterios de selección con firma del consentimiento informado en el periodo comprendido del septiembre a octubre del 2009.

**RESULTADOS.** Se estudiaron 50 mujeres embarazadas que respondieron completamente a la entrevista las cuales cursaban diferentes trimestres en su gestación. Primer trimestre 4 (8%), segundo trimestre 7 (14%) y tercer trimestre 39 (78%). De las 50 mujeres embarazadas 17 de ellas (34%) fueron víctimas de violencia por parte de su pareja durante el presente embarazo. El tipo de violencia más frecuente fue la psicológica con 10 (20%). Violencia física 5 (10%) y con violencia sexual 2 (4%). Los factores asociados a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera, vivir en unión libre, antecedentes de violencia en la infancia, antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas por la pareja y presencia de alteraciones emocionales.

**CONCLUSIONES.** El médico familiar debe de tomar en cuenta que existe la violencia en la mujer embarazada y conocer algunos instrumentos que nos permiten identificarlos en forma oportuna y poder diseñar algunas estrategias para su manejo y control contribuyendo para mejorar el bienestar del binomio madre-hijo. Los hallazgos refuerzan los datos de que el problema de violencia en mujeres embarazadas es frecuente, entre las mujeres derechohabientes del IMSS. Por lo que es importante sensibilizar y actualizar al personal del primer nivel de atención sobre el tema de violencia, para que el equipo de salud pueda realizar las actividades de detección oportuna de violencia y proporcione a la mujer la información, atención y referencia adecuada.

**PALABRAS CLAVES.** Violencia domestica, embarazo.

## MARCO TEÓRICO.

La violencia es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad ya sea como guerras, torturas, crímenes, persecuciones ideológicas y religiosas, castigo en el ámbito doméstico o disciplinas represivas en la escuela y familias.

Desde esta óptica puede asegurarse que tanto hombres como mujeres han sido objeto de violencia en algún momento de su vida. La violencia, tanto desde una perspectiva individual como social, es un fenómeno complejo que se debe a múltiples causas, siendo prácticamente imposible encontrar una explicación unilateral y determinista de la misma: desde la perspectiva psicopatológica; la violencia es considerada como una forma de conducta antisocial <sup>1</sup>.

Las Naciones Unidas afirma que la violencia que sufren muchas mujeres, tanto en países desarrollados como en los no desarrollados, está relacionada con el estatus de desigualdad de las mujeres en todas las sociedades y que su origen tiene sus raíces en la estructura del matrimonio, en la familia y en la sociedad, siendo imposible comprender su naturaleza sin tener en cuenta el contexto social e ideológico dentro del cual la violencia ocurre <sup>2-3</sup>.

En 1996, la cuadragésima novena Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptó la resolución WHA49.25, estableciendo que la prevención de la violencia es una prioridad de salud pública y llamando a la elaboración y aplicación de un urgente plan de acciones <sup>4</sup>.

La violencia está sobrepasando a las enfermedades infecciosas como la principal causa de morbilidad y de mortalidad prematura en el mundo, por mucho tiempo la violencia ha sido una epidemia olvidada y la respuesta social ha sido mucho más reactiva que preventiva.

El Médico Familiar es el primer contacto de atención es el que atiende y vigila a las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia, las cuales muestran mayor propensión a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de urgencias, a tomar algún tipo de



fármaco, padecer de alcoholismo y fármaco dependencia, intentar suicidarse y requerir tratamientos psiquiátricos en contra de las que no han sufrido violencia.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, define en el numeral 4.17 como violencia familiar “al acto u omisión única 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 y otros integrantes de la misma, sin importa el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”<sup>5</sup>.

En la práctica diaria del Médico Familiar se puede observa como la violencia familiar siendo un problema que nos concierne a todos porque trasciende al hogar y lesiona a la sociedad, al debilitar los valores de la convivencia, al propiciar la desunión, al provocar la falta de respeto entre padre e hijo y con ello la desintegración social y la multiplicación de conductas delictivas<sup>6-7</sup>.

Para el Médico Familiar encargado en la atención de los padecimientos asociados con la violencia familiar se encuentra con los resultados no fatales como el dolor de cabeza crónico, abdominal, muscular y el pélvico crónico, infecciones vaginales recurrentes, inflamación pélvica, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas y alcohol, colitis y gastritis, asma, discapacidad permanente o parcial; y los que afectan la salud mental, como las alteraciones del sueño y la alimentación, la depresión, la disfunción sexual, la ansiedad, los trastornos múltiples de personalidad, estrés postraumático y obsesivo compulsivo, y finalmente las consecuencias fatales, como el suicidio y el homicidio.

Al confrontar el Médico Familiar un caso de violencia familiar sabe que es un tema complejo, delicado y rodeado de tabúes, miedos y sentimientos de culpa y vergüenza, del que no se suele hablar con extraños ni expresar en esferas públicas, lo que genera una alta tasa de no respuesta y de ocultaciones que dificultan la obtención de indicadores precisos acerca de su prevalencia.

La Comisión de Derechos Humanos enuncia: “cuando alguno de los miembros de la familia, abusando de su fuerza, su autoridad o de cualquier otro poder que tenga, violenta la tranquilidad de uno o varios de los otros miembros de la familia, comete

violencia intrafamiliar”; también declara que: “La violencia como fenómeno social está ligada indisolublemente a la falta de respeto a los derechos humanos, ya sea que provenga de particulares o de los órganos de poder del Estado”. Por esta razón, este organismo nacional ha sumado esfuerzos con el sector gubernamental, la sociedad civil, las instituciones de educación superior y con los organismos públicos de protección y defensa de las garantías fundamentales, para proponer y llevar a la práctica diversas acciones tendentes a erradicarla de la vida cotidiana de nuestro país <sup>8</sup>

- 9 -

Domenach Jean-Marie, expresa que la violencia es «el uso de la fuerza, abierta u oculta, con la finalidad de obtener, de un individuo de un grupo, algo que no quiere consentir libremente <sup>10</sup>.»

Yves Michaud define la violencia como «una acción directa o indirecta, concentrada o distribuida, destinada a hacer mal a una persona o a destruir ya sea su integridad física o psíquica, sus posesiones o sus participaciones simbólicas».

Estas diferentes interpretaciones del concepto de violencia son, suficientes para hacer comprensible algo elemental: la necesidad de abandonar el concepto limitado de violencia, en el sentido de asimilarlo simplemente a algunos tipos de violencia física. La violencia no es solamente un determinado tipo de acto, sino también una determinada potencialidad. No se refiere sólo a una forma de «hacer», sino también de «no hacer»

<sup>11</sup>.

**Ciclo de la violencia.** (Leonore Walter 1979) <sup>22</sup>. La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo, de tres fases: 1ª. fase de “acumulación de tensión”, en ésta hay un incremento del comportamiento agresivo, el agresor se muestra irritable sin reconocer su enojo por lo que su compañera no logra comunicarse con él, lo que provoca en ella un sentimiento de frustración, el agresor empieza a manifestar sutiles menosprecios, ira contenida, indiferencia, sarcasmos, largos silencios, el aumento de la demanda y el estrés hacen que se manifieste la violencia principalmente contra objetos, el sentir menor tensión hace que el agresor refuerce su conducta agresiva, ya que al manifestarla se siente mejor, por lo que continúa con el abuso verbal y físico; entonces la mujer se empieza a sentir responsable por estas conductas; el agresor se pone

celoso y controlador, por lo que trata de aislar a su pareja de los demás, la duración puede ser de semanas, días, meses o años, aunque conforme se repite el ciclo cada vez es más corto el lapso del ciclo. En la 2ª fase, o episodio agudo de violencia o violencia explícita; con toda la tensión acumuladas el abusador hace una elección consciente acerca de tiempo, lugar y qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer; una vez manifestada la violencia desaparece en el agresor la tensión y el estrés. Por último la 3ª fase o etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel: después de la agresión es posible que el agresor reconozca algo de la responsabilidad por su agresión, con lo que deja entrever la posibilidad de algún cambio en la relación, su actuación es como si nada hubiera sucedido, promete buscar ayuda, no volver a hacerlo, o cualquier cosa que a ella la tranquilice. Después de un tiempo no predecible se vuelve a la primera fase para empezar nuevamente el ciclo, si la víctima permanece junto al agresor el ciclo va a repetirse una y otra vez, y desgraciadamente cada vez con mayor violencia.

**Teorías sobre la violencia familiar** <sup>23</sup>. La violencia familiar es un término aplicado al maltrato físico y emocional de una persona por alguien que está en estrecha relación con la víctima. El término incluye la violencia en el hogar (a veces llamada pareja, hombres o mujeres golpeadas), maltrato físico y abandono del niño, abuso sexual del niño, maltrato del anciano y muchos casos de agresión en sexual. Dentro de las teorías más frecuentes, que explican el origen de la violencia intrafamiliar destacan:

***Teoría del aprendizaje social:*** Afirma que maltratar a las mujeres es una conducta aprendida que se adquiere a través de un modelo. Esta teoría establece la correlación entre una historia de violencia familiar y el convertirse en víctima o agresor en el futuro. La transmisión intergeneracional de la violencia cuenta con un elemento de esencial importancia; la mujer permisiva. Cuando una mujer es maltratada por su pareja, es frecuente que los hijos de esa unión sean víctimas de maltrato por parte de su padre.

***Teoría familiar sistémica o teoría general de los sistemas:*** La teoría general de los sistemas es una meta teoría tal como la describió Von Bertalanfy, pero es fundamentalmente un nuevo paradigma. Es, además, un lente, entre otros, a través del cual la familia aparece como una totalidad inserta en un sistema mayor, el contexto

social, en donde se localiza el origen principal de la violencia familiar, por ello se infiere que es en el mismo contexto de las relaciones sociales - familiares que los actores pueden encontrar mejores maneras de relacionarse, que les permitan crecer y autoafirmarse sin someter a otros.

La teoría general de sistemas ha recibido críticas en sus aproximaciones a ciertos problemas sociales como el de la violencia. Sin embargo es importante señalar que estas críticas se deben a lecturas funcionalistas de la teoría, ya que lecturas dialécticas distinguen la idea de sistemas abiertos, sistemas con más complejidad en sus interrelaciones, más que una sumatoria de sistemas recortados. La lectura dialéctica toma en cuenta sistemas como la ideología y el sistema de creencias. Asimismo, en la teoría sistémica es fundamental el concepto de jerarquía, aunque la circularidad esté siempre presente.

La idea de jerarquía es indispensable para distinguir el peso diferente entre la responsabilidad del abusador y del abusado. La terapia familiar sistémica resulta económica, abarcadora, multiplicadora y preventiva en la medida que permite observar, en toda su complejidad, a todo un sistema a la vez, y de ser necesario apunta a la reconstrucción y participación de las redes sociales que son las que pueden consolidar los cambios favorables de los sistemas familiares.

Se considera que la institución familiar es depositaria de la violencia en sus múltiples formas, la vive, la reproduce, la genera, la sufre, pero también, de acuerdo a nuestra experiencia, la familia como sistema es capaz de encontrar nuevos y distintos cauces a sus dificultades, que permitan desarrollarse a cada uno de sus miembros de manera más sana. Una intervención sistémica atiende a las secuencias transaccionales, especialmente a los circuitos retro alimentadores que aparecen como "causa" inmediata de las escaladas de violencia, así como el proceso relacional entre la pareja, la familia extensa y otros servicios sociales que constituyen el sistema que mantiene al problema. Sin embargo, aunque la terapia familiar sistémica haya enfatizado tradicionalmente la causalidad circular, no debe perderse de vista la existencia de jerarquías, así como las diferencias sociales basadas en el poder; esto significa que no todos los elementos de un sistema tienen la misma responsabilidad en las interacciones violentas.

**Teoría feminista:** Esta perspectiva teórica considera que la violencia es el reflejo de la relación desigual de poder en las relaciones entre las mujeres y los hombres, y que la raíz de la violencia la podemos encontrar en la dimensión de dominio y poder masculino en nuestra sociedad.

La causa subyacente de todas las agresiones contra las mujeres se encuentra en el sexismo que existe en nuestra sociedad.

Consideran indispensable tener en cuenta el género, que hace referencia a las construcciones sociales que contienen conceptos del sí mismo, rasgos psicológicos y roles familiares, ocupacionales o políticos asignados de forma dicotómica a los miembros de cada sexo.

Existen cuatro cuestiones en el análisis de la situación del maltrato donde las perspectivas feministas coinciden:

La utilidad explicativa de los constructos género y poder. El análisis de la familia como una institución que estructura las relaciones heterosexuales de acuerdo al género y al poder. La comprensión y validación de las experiencias de las mujeres y el desarrollo de teorías y modelos que reflejen de manera fidedigna las experiencias de las mujeres. Esta teoría centra su análisis en sus relaciones Mujer / Hombre y manifiesta que los hombres utilizan la violencia física y/o el enfado y el maltrato psicológico como estrategia de control. La violencia masculina se encuentra en la estructura social y no en la psico – patología individual de los agresores.

Algunas estadísticas de violencia de género en México indican que los diversos tipos de maltrato suelen coexistir en la misma relación <sup>24</sup>

Por ejemplo uno de cada 5 mujeres (21.5%) sufre de violencia de la pareja actual. Una de cada 3 (34.5%) ha sufrido violencia de la pareja alguna vez en la vida. Dos de cada 3 mujeres (60.4%) han sufrido de violencia familiar alguna vez en la vida. Se estima que más de 133 mil mujeres en todo el país y 95 mil en el ámbito urbano sufrieron esa experiencia en el último año. Más de medio millón de mujeres en el ámbito urbano fueron amenazadas por su pareja con matarlas. Se han reportado más de 5,242 muertes de mujeres por homicidios, suicidios y accidentes. Alrededor de 14 muertes por

día, y de estas dos de cada tres homicidios y suicidios de mujeres en México ocurren en el hogar.

Son innumerables las formas de violencia familiar a las cuales el Médico Familiar puede enfrentarse, por ejemplo en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. Siempre es difícil pensar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser psíquica o física, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. La mayoría de las veces se trata de adultos hacia uno a varios individuos <sup>12-13</sup>.

La violencia intrafamiliar se le define como: hechos visibles y manifiestos de la agresión física, que pueden provocar daños capaces de producir la muerte, resultado de la aplicación de la fuerza por ejercicio del poder de un individuo sobre otro, sobre muchos o sobre sí mismo; es predecible y prevenible, se traduce en muertes, enfermedades y disminución de la calidad de vida; sin embargo, es frecuente que se considere como algo cotidiano y rutinario, con lo cual se ha aprendido a vivir sin mayores cuestionamientos y que sólo impacta cuando uno mismo, o nuestros familiares son víctimas, o cuando por su magnitud y gravedad es de proporciones espectaculares, o cuando causa daño físico muy aparente <sup>14</sup>.

La violencia intrafamiliar, familiar o doméstica tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, es un modelo de conductas aprendidas y coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de éste; se da básicamente por tres factores, la falta de control de impulsos, carencia afectiva e incapacidad para resolver problemas adecuadamente <sup>15</sup>.

Generalmente se asocia a la violencia conyugal con la violencia contra la mujer, tanto de carácter sociológico, clínico y en el de trabajo social; estudios en esa área han demostrado que la frecuencia con que los hombres y las mujeres ejercen las distintas formas de violencia es similar, sin embargo las mujeres perciben un mayor nivel de violencia, tanto la que se ejerce como la que se recibe, en el caso de los gritos las mujeres superan claramente a los varones, y también las otras formas de violencia como las bofetadas y golpes con objetos, la tortura psicológica en la que se utiliza a los hijos para dañar al cónyuge es mucho más habitual en ellas, una violencia que casi es

exclusiva de los hombres es el acoso sexual y la violencia física con la ex compañera que pretende establecer nuevas relaciones afectivas; pero el resultado de cualquier tipo de violencia suele ser siempre más negativo para la mujer, debido fundamentalmente a la diferencia de fortaleza física. En los varones es difícil observar la tríada fundamental: inhibición, aislamiento y fatalismo, que se presenta en el síndrome de la mujer maltratada y por último las consecuencias legales, sociales y psicológicas que soportan las mujeres maltratadas suelen ser más mucho más graves que las de los hombres. Investigaciones realizadas en otros países señalan que las mujeres golpeadas muestran mayor propensión a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de urgencias, tomar fármacos bajo receta, padecer de alcoholismo y fármaco-dependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas <sup>16</sup>.

Cada sector de la sociedad o cada grupo cultural tiene su propio enfoque de lo que es la violencia familiar, desde el punto de vista legal la violencia se concibe como un proceso producto de la voluntad individual, y reviste interés en tanto sea un hecho criminal, es decir, una violación a la ley, cuando presentan premeditación, alevosía y ventaja se consideran y sancionan de diferente manera, que en aquellos en los que no se dan estas condiciones. Metodológicamente las lesiones se han dividido en intencionales y accidentales o no intencionales. También desde el punto de vista legal las repercusiones de la violencia en la salud se agrupan en dos grandes capítulos: homicidio y suicidio <sup>17</sup>.

Los factores psicológicos que se han descrito como características de los agresores son: proceder de hogares violentos; baja autoestima; antecedentes de maltrato, por lo general son deprimidos; baja tolerancia a la frustración; menos habilidades para enfrentarse a los conflictos y pueden ser dependientes del alcohol u otras drogas; tienen un perfil de inmadurez; dependencia afectiva; inseguridad; inestabilidad emocional; impaciencia; impulsividad; trasladan la agresión acumulada en otros ámbitos hacia sus mujeres o hijos; son personas aisladas; no tiene amigos cercanos; presentan celotipias; después de cometer acciones violentas sienten miedo, lo que hace que en algunas ocasiones cese el abuso, pero lo reemplaza por el maltrato psicológico, a

través del que amenaza veladamente a su víctima con que el abuso físico podría darse nuevamente en cualquier momento.

Su patrón de agresión psicológica tiene varias etapas, la primera de ellas es la negación, el aislamiento de la persona (control abusivo de la vida del otro mediante vigilancia de sus actos y movimientos, la intrusión al escuchar sus conversaciones, el impedimento para cultivar amistades, etc.) el abuso verbal (rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.) la intimidación (asustar con miradas, gestos o gritos, arrojar objetos o destrozar las propiedades, amenazas de herir, matar, suicidarse, o llevarse a los niños) culpabilización de otros, abuso sexual (imposición del uso o no uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual o imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad) abuso económico (control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedir trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.) y la triangulación sobre todo con los hijos <sup>18</sup>.

Dentro de los factores psiquiátricos a los cuales el Médico Familiar tendrá que atender o canalizar son todos aquellos diversos tipos y grados de problemas psiquiátricos, afortunadamente sólo 10% presenta patología psiquiátrica severa; por lo que respecta a los trastornos de personalidad se presenta en limítrofes o sociópatas. Como posibles causas de reacciones violentas que se dan dentro de la pareja están: las diferencias entre los cónyuges, dificultades para la comunicación, desequilibrio del poder o las dificultades en el desempeño de sus papeles o roles que tienen asignados en el medio social en el que se desempeñan, pero quizá las mayores y más reales causas de los conflictos son las interacciones violentas que tienen las parejas, que crean el círculo vicioso en las reacciones emocionales de: maltrato que genera arrepentimiento, que a su vez produce una reconciliación y desemboca por estas interacciones nuevamente en el maltrato; las actitudes que hacen que esta violencia se perpetúe son: la justificación de ella, la adaptación funcional que hacen tanto los que la provocan, los que la sufren y los observadores pasivos, y como resultado de lo anterior la tolerancia, también lo es la empatía hacia el agresor.



Además se han descrito las características de las víctimas de la violencia principalmente en mujeres, la mayoría de las personas las describen como codependientes cuyas peculiaridades son: que fueron víctimas de algún tipo de abuso físico o verbal, o sufrieron el abandono de uno o de ambos padres, ya sea físico o emocional, la falta de amor les dejó cicatrices en el alma cuando eran niñas; esta experiencia en su niñez le seguirá prácticamente durante toda su vida, por lo que se sienten internamente torturadas, y buscan alivio en alguna adicción para atenuar el dolor; a veces lo hacen con relaciones personales disfuncionales y dañinas; o mediante la adicción al dinero, sexo, ira, drogas, bebida, etc. y la mayoría de las veces no se dan cuenta de lo que les está sucediendo; a veces es tan grande su necesidad de amor y reconocimiento al llegar a la adolescencia o la adultez, que están dispuestas a soportar cualquier cosa, con tal de sentir un poco de cariño y atención. Tienen baja auto estima, dudan de su capacidad en todas las áreas como esposas, novias, madres, también dudan de sus habilidades y restan importancia a sus logros, se culpan por la conducta del hombre que la maltrata y se convencen así mismas de que así debe vivir, no anhelan una vida mejor y creen que su pareja cambiaría si ellas cambian, pero no tienen control sobre la conducta del otro, no pueden reconocer que necesitan ayuda, niegan estar atemorizadas o enojadas, tratan de controlar a las personas o situaciones para evitar que los hombres violentos se enojen.

El Médico Familiar deberá ser muy cauteloso durante el interrogatorio, mientras mucha gente que no se encuentra en esta situación se pregunta: ¿por qué la mujer continúa con esta relación? y en la mayoría de los casos es porque la víctima se vuelve codependiente (enfermedad emocional que requiere tratamiento psicológico o psiquiátrico), además de que la familia y la iglesia las presiona para permanecer con el abusador con los siguientes argumentos: por “el bien de tus hijos”. “¿Cómo vas a dejar a tus hijos sin padre?”, “¿Qué es mejor, tener un padre que golpea a su madre y que luego golpeará a sus hijos, o no tener padre?”, tampoco se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos, otras veces por las amenazas de más violencia o de muerte si intentan separarse. “Si le dices algo a la policía te mato”; en algunas ocasiones temen que no les creerán si denuncian al

agresor, ya que con frecuencia éste goza de una buena imagen pública, o bien tienen miedo a las represalias por parte del agresor. Cuando el maltrato es verbal muchas veces piensan que no es tan grave como para tratar de hacer algo para impedirlo.

Los factores de carácter estructural como son la ciudad en que se vive y la clase social a la que se pertenece; la primera es una de las variables de identificación más importantes ya que ahí es en la que se forma el vínculo de pertenecer a un mismo estado-nación, es fundamental para las formas de actuación que tenemos como individuos sociales. Por último, hay evidencia de que los factores sociales propician las conductas violentas, por ejemplo: el nivel socioeconómico, una situación similar se presenta cuando las parejas no están casadas, sin embargo los actos de violencia se dan de forma bidireccional en la pareja, y tienen su origen en los procesos de socialización, tanto por la práctica de malos tratos, como por la transmisión de valores que se concretan en actitudes justificadoras de la violencia. La condición socioeconómica o clase social, más que un elemento facilitador de la violencia, hay que entenderla como un elemento que define las conductas de los seres humanos en esa situación. En muchos estudios empíricos se informó que existe una relación directa entre la pobreza y la mayor incidencia de violencia familiar; pero las explicaciones que dan son muy superficiales y pueden ir desde justificar y explicar estas conductas permanentemente por las condiciones de estrés ligadas a la pobreza al no poder disponer de los bienes ofrecidos, hasta interpretarlas como situaciones o conductas ligadas a la dinámica de la lucha de clases.

La mujer tiene una situación de doble riesgo cuando se conjuga el ejercicio de la reproducción y la violencia en contra de ellas, lo que le deja efectos duraderos en su desarrollo físico y psicosocial; esta condición suele manifestarse con maltrato durante el embarazo, la maternidad forzada (producto de la violación dentro y fuera del matrimonio), la fecundidad adolescente, el contagio de enfermedades de transmisión sexual y, en general, un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas; los efectos emocionales son: desarrollo de un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, fatiga, apatía, insomnio, tristeza, suicidio y homicidio. En este último aspecto se ha demostrado que los factores de riesgo

son más altos en mujeres maltratadas durante el embarazo, que en las maltratadas en el año previo. Esta violencia en ellas también tiene consecuencias sobre el producto y configura lo que se conoce como abuso prenatal, se ha descubierto que las mujeres embarazadas que son violentadas están en mayor riesgo de abortar espontáneamente, son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso y sus hijos tienen 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida, también se puede provocar abrupto placentario, fracturas fetales, ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de la pelvis y hemorragias antes del parto <sup>19 - 20 - 21</sup>.

Dentro del tema de la violencia contra la mujer, en los últimos años se han realizado algunas investigaciones particularmente centradas en la violencia y el embarazo, mostrando que es un hecho que puede empezar o empeorar durante el embarazo y varía según el tipo de definición de violencia utilizada, según la forma en que dichas definiciones son operacional izadas se reporta prevalecía que fluctúan entre 4 y 25 % (Helton et al., 1987; Hedin et al.,1999; Bullock y McFarlane, 1989; Bewley, 1991 y Gazmarian et el., 1996).

En México el tema ha permanecido prácticamente inexplorado. Algunos estudios reportan una prevalecía de 33.5 % (Valdez y Sanin, 1996).

Algunos investigadores se han propuesto investigar si el embarazo constituye un factor de protección o, por el contrario, es un riesgo ante la violencia. O identificar los principales factores sociales que se asocian a la violencia durante el embarazo, con el fin de mostrar cuales pueden los “escenarios” de alto riesgo para las mujeres donde una posible intervención preventiva es más urgente.

La causa más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Las razones que originan este estrés aun no están claras, por lo que es necesario realizar una investigación más amplia para profundizar nuestro conocimiento con el objetivo de procurar métodos más eficaces para identificar a las mujeres que corren el mayor riesgo de violencia doméstica durante el embarazo.

Las adolescentes embarazadas, particularmente entre los 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas. Aunque existe un esfuerzo creciente de incluir el tema del embarazo de adolescentes y la violencia en los programas regulares de educación sexual, también existe una falta de atención significativa a las causas que originan esta violencia

Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega ser cuatro veces más probable. Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser un resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos contraceptivos.

## MARCO CONCEPTUAL.

El Médico Familiar no deberá de perder de vista que la violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. “Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”.

Estudios en los años setenta y ochenta (Bronfman M. 1988, Muhjarine N. 1999) en Estados Unidos, han sugerido que del 23% al 56% de las mujeres golpeadas experimentaron violencia durante el embarazo <sup>31 - 46</sup>. Dado que unos 4 millones de mujeres dan a luz cada año en USA, entre 156.000 y 332.000 de estas mujeres experimentarán violencia durante el embarazo <sup>32</sup>. Es probable que haya dos modelos de violencia. En un modelo, la violencia es un problema crónico en el que las mujeres experimentan ataques periódica o regularmente; en el otro modelo, la violencia es aguda y afecta a mujeres que no la habían experimentado previamente. Realmente, es impredecible qué puede ocurrir cuando una mujer queda embarazada. Para las mujeres embarazadas, el predominio de violencia doméstica es comparable a otras enfermedades que ocurren durante el embarazo, como la diabetes o el aumento de la tensión arterial <sup>20 - 39</sup>.

En un estudio de la medición de la Prevalencia y severidad de violencia domestica contra las mujeres embarazadas en el estado de Morelos <sup>33</sup>, se encontró que las mujeres más jóvenes presentan más riesgo de sufrir violencia. Por ejemplo, en este estudio de mujeres embarazadas, el 21,7 por ciento de las mujeres jóvenes, comparado con el 15,9 por ciento de las mujeres adultas informaron de violencia doméstica. En general, el riesgo aumenta si viven solas, si vive en un ambiente hacinado y si tienen bajo nivel socio-económico. La violencia doméstica se asocia con el consumo de alcohol, tabaco o drogas por ambos miembros de la pareja <sup>40-42</sup>, si hay antecedentes de depresión o de trastorno de estrés postraumático en la pareja, y si el embarazo es no deseado. Los

perpetradores de violencia doméstica frecuentemente aíslan a "sus" mujeres, incluso haciéndoles perder las citas de control prenatal.

Durante la consulta prenatal el Médico Familiar deberá de notar otras características que son el escaso cuidado personal y la falta de conducta autónoma. (Los indicadores de cuidado personal y de autonomía para el embarazo incluyen la toma de decisiones sobre cuándo quedar embarazada, el uso responsable de los anticonceptivos, la ingesta adecuada durante la gestación, la participación y colaboración con el médico y el tratamiento y la preparación para el parto y la maternidad) <sup>23</sup>.

Parece ser que el embarazo favorece, en cierto modo, la disminución de las conductas agresivas. Tres factores favorecen este cambio conductual durante el embarazo:

La motivación personal para hacer cambios conductuales, durante una etapa nueva de la vida. El acceso a un cuidado médico más regular. El acceso a recursos sociales que facilitan el cambio. Algunos rasgos típicos del embarazo, como sentimientos de vulnerabilidad física, emocional y financiera y deseo de tener una familia unida, quizá impidan el abuso <sup>33</sup>.

A pesar de todo, todavía la madre puede estar en peligro. En la actualidad, el efecto del embarazo en un ambiente familiar en el que ya hay violencia es desconocido. Por ello, la mujer no debe pensar que quedarse embarazada puede ser la solución a todos los problemas (más bien puede agravarlos) y meditar bien la decisión.

Algunos autores (Campbel J., García-Moreno C.) y en diferentes estudios en la Ciudad de Nueva York, Chicago, y Carolina del Norte, muestran que, en ambientes urbanos y rurales, las muertes de embarazadas por violencia del compañero sentimental superan a la de cualquier complicación médica del embarazo. Usando los informes médicos y certificados de defunción, el estudio de Nueva York <sup>32</sup> mostraba que fallecieron el 63 por ciento de las mujeres embarazadas agredidas. Según datos nacionales, en USA, el 69 por ciento de los homicidios de las mujeres embarazadas son causados por un familiar o conocido. El estudio de Chicago mostraba datos parecidos: el homicidio era la causa del 25 por ciento de la mortalidad materna.

Los estudios existentes no ofrecen datos concluyentes sobre el impacto de la violencia doméstica en los resultados del embarazo. Parece ser que estas mujeres tienen

tendencia a entrar más tarde en el cuidado prenatal, que ganan menos peso durante el embarazo, sobre todo si son adolescentes, y que consumen más sustancias durante el embarazo. Estos tres factores aumentan el riesgo de bajo peso al nacimiento. Las mujeres que sufren malos tratos durante el embarazo tienen más probabilidades de sufrir depresión postparto (alrededor del 50%, según algunos autores) <sup>36-37</sup>.

Algunos investigadores (Gómez Espinoza M. 1990 Martin SL, Mackie L. 2006) afirman que la depresión existe a menudo antes del parto, pero que se descubre después. También son más frecuentes las enfermedades de transmisión sexual, la implantación defectuosa de la placenta o su ruptura por el abuso físico, todas ellas causas de posibles problemas en el feto <sup>30-38-41</sup>.

Todos los días, el Médico Familiar en su práctica médica trata a pacientes que están experimentando violencia doméstica. Esto incluso se da en poblaciones que tienen una baja tasa (4%) de violencia doméstica. Los Médicos Familiares no pueden confiar en que el paciente lo manifieste espontáneamente (sólo un pequeño porcentaje, entre el 2.8 y el 5% de las víctimas lo hace). El colegio americano de Obstetricia y Ginecología recomienda la identificación rutinaria durante el embarazo de las mujeres que son víctimas de la violencia doméstica <sup>36</sup>.

Parece ser que, si se realiza un seguimiento mensual, se aumentan las probabilidades de descubrir el problema, de un 5-8% en el primer trimestre a un 17% en el tercer trimestre. Lo más probable es que su médico le vaya haciendo preguntas de respuesta abierta -¿Cómo se ha hecho eso?- o de respuesta cerrada -¿Le han agredido?-, ¿Qué pasa cuando una paciente dice "sí"? Hay que recurrir a una serie de trámites imprescindibles en estos casos, que son: Una revisión obstétrica, para comprobar que el feto está bien. Luego, si la paciente es Rh negativa y se sospecha que haya ocurrido ruptura de la placenta por las agresiones, le administrarán inmunoglobulina Rh0. Cuando exista la sospecha que la seguridad de la madre esté en peligro, el Médico Familiar puede recurrir a la ayuda social para traslado al domicilio. El médico puede realizar fotografías para adjuntar a la historia. Los equipos de trabajo social pueden tener personal específicamente familiarizado con este tipo de problemas. Esta persona, quizás enfermera o trabajadora social, debe estar

adecuadamente entrenada aconsejando a las mujeres golpeadas y en la gestión de los asuntos legales.

Es normal que necesite ayuda psicológica para afrontar este cambio para dejar esta relación abusiva aunque se enfrentará a la incertidumbre de encontrar una residencia, recursos financieros, legales. El perpetrador del abuso quizás no le permita acceder a los documentos necesarios. Estos y otros factores hacen difícil la situación.

En caso de que la paciente decida permanecer en su situación actual, debe saber que uno de los aspectos más frustrantes es que la situación raramente parece cambiar de manera radical.

Se realizó en México (2003) un estudio transversal para identificar las características de la violencia de pareja e identificar los principales factores que se asocian a la violencia en el embarazo en cuatro estados de alta marginación en México <sup>28-34-44-45</sup>. La fuente de información fueron los datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 <sup>26</sup>. Con base en esta se realizó el estudio donde se incluyeron 1 949 mujeres entre 15 y 50 años de edad, que alguna vez estuvieron embarazadas y que demandaron atención en los servicios de primer y segundo nivel de atención de la SSA, IMSS e ISSSTE de los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas durante el periodo noviembre 2002- marzo 2003. Mediante regresión logística simple y múltiple, se evaluó la asociación entre las variables de interés y la violencia en el embarazo. Resultados. Del total de mujeres, 250 (13%) informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen durante el embarazo. En la mayor parte de los casos (91.4%) el agresor fue el cónyuge. Las variables que se asociaron positivamente con violencia en algún embarazo fueron: a) nivel de escolaridad de la mujer: las analfabetas, comparadas con las mujeres que tenían escolaridad superior a primaria completa, presentaron la asociación mas fuerte (RM 2.2; IC 95:% 1.1,4.4); b) antecedentes de violencia en la niñez (RM 3.2; IC 95% 1.9, 5.4); c) antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años (RM 2.4, IC95% 1.3, 4.4) y d) consumo diario de alcohol por la pareja (RM 6.5; IC 95% 3.3, 12.9). Los resultados de este estudio muestran que la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en contextos de



alta marginación, además de que su expresión tiende a ser más severa. Los resultados sustentan la necesidad de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo en México, además de identificarlo durante el proceso de atención prenatal a mujeres violentadas.

Otros autores (Svetiana VD., Pamanes GV. 2007) <sup>48</sup> de la Unidad de investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, realizaron un estudio de Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Para lo cual se recolectó la información de 383 mujeres derechohabientes entre septiembre del 2003 y agosto del 2004, reportaron que 120 (31.1%) habían estado expuestas a violencia psicológica y/o física, y/o sexual. Los resultados refuerzan los hallazgos de otros estudios e identificando que la violencia contra la mujer embarazada sigue siendo un problema frecuente.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 23 no se ha realizado ningún estudio relacionado con violencia y embarazo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Dentro del tema de la violencia contra la mujer, a nivel internacional se reporta prevalecía de violencia durante el embarazo entre 4 y 25 %. Estudios en los años setenta y ochenta en Estados Unidos, han sugerido que del 23% al 56% de las mujeres golpeadas experimentaron violencia durante el embarazo<sup>31-46</sup>. En la Unión Americana se reporta que la proporción de mujeres mexicano-americanas víctimas de violencia física en el área urbana es de 13.2%, mientras que en el área rural de 5.8%.<sup>18</sup>

Por su parte en México, y de la fuente de información de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres se ha reportado que una de cada 5 mujeres (21.5%) sufren violencia por parte de su pareja actual, una de cada 3 (34.5%) han sufrido violencia de la pareja alguna vez en la vida y se estima que más de 133 mil mujeres en todo el país y 95 mil en el ámbito urbano sufrieron esa experiencia en el último año. En relación a la violencia en el embarazo en cuatro estados de alta marginación en México<sup>28-34-44-45</sup>. Se ha reporta que del total de mujeres encuestadas (1 949), 250 (13%) informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen durante el embarazo. El 91.4% el agresor fue el cónyuge. Otros autores en IMSS<sup>48</sup>, estudiaron la Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México, con 383 derechohabientes entre septiembre del 2003 y agosto del 2004, reportaron que 120 (31.1%) habían estado expuestas a violencia psicológica y/o física, y/o sexual. En la Unidad de Medicina Familiar No. 23 no se ha realizado ningún estudio relacionado con violencia y embarazo.

Los resultados sustentan la necesidad de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo en México, además de identificarlo durante el proceso de atención prenatal a mujeres violentadas.

### **PREGUNTA A INVESTIGAR.**

¿"CUAL EN LA FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF23. "?.

## JUSTIFICACION.

La violencia familiar es un fenómeno social muy serio, que existe desde hace mucho tiempo, pero que apenas hace algunos años se ha manifestado como un tema de preocupación psicosocial y legal, como lo deja ver la Encuesta Nacional sobre Violencia en México<sup>23</sup>, 2003 con una magnitud en aumento, sin respetar estratos sociales y siendo un motivo frecuente de demanda de consulta en el primer nivel de atención. Notando incluso que sobrepasa a las enfermedades infecciosas como la principal causa de morbilidad y de mortalidad prematura en el mundo.

Estudios recientes (Svetiana VD., Pamanes GV. 2007)<sup>48</sup> en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, realizaron un estudio de Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México con 383 mujeres derechohabientes reportaron que 120 (31.1%) habían estado expuestas a violencia. Los resultados refuerzan los hallazgos de otros estudios e identificando que la violencia contra la mujer embarazada sigue siendo un problema frecuente y poco estudiado.

A nivel de la sociedad y la comunidad, las normas sociales que fomentan la tolerancia de la violencia pueden hacer difícil o imposible para el Médico Familiar que la mujer denuncie el abuso físico y sexual durante el embarazo. A nivel comunitario, puede que los profesionales de la salud no tengan la capacidad de tratar los problemas de abuso de sus pacientes; su renuencia o negación de investigar el problema entonces inadvertidamente ayuda a perpetuar el mismo. Si se logra concientizar y sensibilizar a los grupos multidisciplinarios de salud (Medico Familiar, trabajador social, psicólogo, psiquiatría, grupos de autoayuda, etc.) así podríamos coadyuvar en la atención prenatal del Médico Familiar previniendo e identificando las complicaciones de exposición a la violencia.

Por otro lado, muchos profesionales de la salud no tratan este asunto, ya sea porque simplemente no lo consideran o porque desean evitar discutir un tema 'sensible'.

Al conocer la frecuencia de los tipos de violencia que presentan las mujeres embarazadas de la UMF 23 nos servirá para identificar dentro de los hogares la presencia de diferentes manifestaciones de violencia, reconociendo su frecuencia y los actores involucrados.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar cuál es la frecuencia de la violencia intrafamiliar contra mujeres embarazadas entre las usuarias de la UMF No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Identificar la edad promedio donde con mayor frecuencia se presenta la violencia en mujeres embarazadas. En la UMF. 23 en el D.F.

Determinar la escolaridad donde con mayor frecuencia se presenta la violencia en mujeres embarazadas. En la UMF. 23 en el D.F.

Identificar cual es el estado civil donde con mayor frecuencia se presenta la violencia en mujeres embarazadas. En la UMF. 23 en el D.F.

Especificar cuál es la ocupación que con mayor frecuencia se ve afectada con la violencia en mujeres embarazadas. En la UMF 23 en el D.F.

Determinar cuál es la religión donde con mayor frecuencia se presenta la violencia en mujeres embarazadas. En la UMF. 23 en el D.F.

.Especificar cuál es la violencia intrafamiliar que con mayor frecuencia se ve afectada a las mujeres embarazadas. En la UMF 23 en el D.F.

Identificar la frecuencia en que se presenta la violencia física en mujeres embarazadas. En la UMF. 23 en el D.F.

Determinar la frecuencia en que se presenta la violencia psicológica en mujeres embarazadas. En la UMF. 23 en el D.F.

Especificar la frecuencia en que se ve afectada con la violencia sexual a las mujeres embarazadas. En la UMF 23 en el D.F.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

### **POBLACION Y LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO:**

Pacientes embarazadas adscritos a la unidad de medicina familiar No. 23 México D.F.  
Domicilio: Calzada San Juan de Aragón No. 311, Colonia. San Pedro el Chico. Código postal 07480 Teléfono: .55771600 Nivel de atención: primer nivel.

Área de influencia: Es un área urbana, por lo que cuenta con todos los servicios municipales de urbanidad. Presentando accesibilidad a 17 colonias, 5 minutos la más próxima y la más alejada de 60 minutos.

Cuenta con 30 consultorios de Medicina Familiar, un servicio de rayos X, un laboratorio, farmacia, dental, trabajo social, dietología, promoción de la salud, y medicina del trabajo. En el primer piso: se encuentra el área administrativa, dirección, administración, educación médica y personal.

### **TIEMPO DE ESTUDIO:**

Del 1 septiembre al 31 de octubre del 2009.

### **TIPO DE MUESTRA:**

Pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar no. 23 embarazadas.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Muestra No Probabilístico por conveniencia de 50 embarazadas consecutivos, captados en la consulta externa.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Pacientes embarazadas usuarias adscritas a la UMF 23 de ambos turnos y que acude a control prenatal, sin importar el estado civil, ocupación, escolaridad, edad o religión en el momento del estudio.

Pacientes que estén dispuestos a contestar el cuestionario completo de violencia familiar firmando su consentimiento informado.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Pacientes femeninas no embarazadas.

Pacientes que no quieran participar en el estudio.

Pacientes que no estén dispuestos a contestar el cuestionario en forma completa.

Con antecedentes de trastornos psiquiátricos (Psicosis, estados confusionales, retraso mental).

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Pacientes embarazadas que no concluyan o dejen incompleto el cuestionario.

## DEFINICION DE LAS VARIABLES UNIVERSALES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Nivel de Medición	Categorización
<b>Edad</b>	Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento actual	Años cumplidos que el paciente refiera en el rubro correspondiente.	Cuantitativa Intervalo	Intervalo	16-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-70 71-74 75-80 81-84
<b>Escolaridad</b>	Periodo de tiempo en la cual se asiste a la escuela	Grado académico que estudio la persona.	Cualitativa Nominal	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Profesional
<b>Estado civil</b>	Condición de los individuos en lo referente a las relaciones de la familia, nacimiento, filiación, Matrimonio y muerte.	Condición social con respecto a la pareja.	Cualitativa Nominal	Nominal	Casada Soltera Viuda Divorciada Unión libre
<b>Ocupación</b>	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo.	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento.	Cualitativa Nominal	Nominal	Ama de Casa Obrera Empleada Profesionista
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias y dogmas que definen las relaciones entre el hombre y la divinidad	Creencias y ritos que la persona practica de acuerdo a las relaciones entre hombre y la divinidad.	Cualitativa Categorica	Categorica	Católica Cristiana Testigo de Jehová Evangelista

**OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Violencia intrafamiliar</b>	Es aquella, donde toda acción es cometida por algún miembro de la familia, en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudica el bienestar, la integridad física y psicológica, la libertad y el derecho al pleno desarrollo del otro miembro de la familia.	Física Psicológica Sexual Económica	Cualitativa Nominal	Mínima de 1 a 67 puntos Moderada de 68 a 135 puntos Grave de 136 a 201 puntos Inminente de 202 a 270 puntos
<b>Violencia física</b>	Ocurre, cuando una persona le infringe daño no accidente a otra, usando la fuerza física o algún otro tipo de arma que pueden provocar o no lesiones, ya sean estas internas, externas o ambas (el castigo repetido no severo también se considera violencia física)	Golpes Forcejeo Aventar objetos Heridas de arma de Punzo-cortante	Cualitativa Nominal Dicotomica	SI  NO
<b>Violencia Psicológica</b>	Es toda acción que dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo de la persona, incluye constantes insultos, humillaciones, el chantaje, degradación, aislamiento de los amigos/as, amenazas, ridiculizar, manipular, explorar, etc.	Limitación social Pareja Manipuladora Intimidación o amenaza en su persona o en la de sus padres, hijos o parientes. Insultos, amenazas, criticas, humillaciones, chantajes, ridiculización, indiferencia.	Cualitativa Nominal Dicotomica	SI  NO
<b>Violencia Sexual</b>	Es Todo acto en el que una persona, por medio de la fuerza física, coerción o intimidación, obliga a otra a que ejecute un acto sexual contra su voluntad o que participe en interacciones sexuales que propician su victimización. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones como la violación dentro del matrimonio, abuso sexual, incesto, acoso sexual, incluye además caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración anal o vaginal no deseadas, etc.	El compañero ha obligado a tener relaciones en contra de su voluntad Sin protección anticonceptiva Daño físico durante la relación sexual	Cualitativa Nominal Dicotomica	SI  NO



## **METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:**

Instrumentos para la detección y el diagnóstico de la Violencia con la Mujer por parte de la pareja.

A pesar de que la violencia contra la mujer por parte de la pareja constituye un problema social y de salud pública de primer orden, la obtención de datos fiables, precisos y comparables acerca de la extensión de la violencia en la pareja plantea serios problemas y dificultades metodológicas debidas fundamentalmente a la misma naturaleza del objeto del estudio y a la heterogeneidad de los instrumentos de medición desarrollados, predominantemente en el ámbito norteamericano, la falta de adaptación cultural a otros contextos y a la ausencia de consenso internacional sobre el más adecuado que permita la comparación de los resultados. En primer lugar, el contexto donde tiene lugar la violencia en la pareja, el hogar familiar, constituye un espacio privado e íntimo de complicado acceso para su observación y estudio, por lo que la mayor parte de la información a este respecto proviene de lo que las personas desean manifestar, con todos los sesgos y distorsiones que esto implica. En segundo lugar, la violencia intrafamiliar es un tema complejo, delicado y rodeado de tabúes, miedos y sentimientos de culpa y vergüenza, del que no se suele hablar con extraños ni expresar en la esfera pública, lo que genera una alta tasa de no respuesta y de ocultación que dificulta la obtención de indicadores precisos acerca de su prevalencia.

Ante estas dificultades, gran parte de los indicadores disponibles derivan de fuentes secundarias, como los registros policiales de denuncias y homicidios, historias clínicas, datos judiciales, etc., que, aunque ofrecen una valiosa información sobre la evolución de la violencia contra la mujer en la pareja y las características de víctimas y agresores, no abarcan ni ofrecen datos sobre la totalidad del problema sino que tan sólo muestran la punta del iceberg. Es, por tanto, necesario la utilización de métodos directos de medición que permitan estimar de un modo fiable su prevalencia y determinar los factores de riesgo y de protección asociados, de cara a progresar en el conocimiento de este fenómeno y diseñar protocolos efectivos de asistencia y de prevención. Esta necesidad de contar con instrumentos fiables y válidos ha sido especialmente atendida en Estados Unidos, donde se ha venido desarrollando desde finales de los años 70 un

amplio número de herramientas de medición, detección y diagnóstico del maltrato en la pareja. Los trabajos pioneros centraron la definición de la violencia contra la mujer en la pareja en los actos físicos, y con frecuencia en sus formas más severas, diseñando instrumentos de detección que provocaban una infravaloración de la estimación de la victimización doméstica. A medida que se avanzaba en este campo, los investigadores e investigadoras sobre violencia fueron ampliando esta definición a formas de violencia que iban más allá de la agresión física y se fueron elaborando cuestionarios sensibles al abuso sexual y al maltrato emocional y psicológico<sup>25-26-27-28</sup>.

Instrumento a utilizar en el presente estudio.

Para el diseño de las escalas de violencia se utilizaron diversos reactivos tanto del Index Of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1981) como del Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS) (Marshall, 1992). El instrumento final (Castro R. Ruiz A.)<sup>33</sup> incluyó un total de 27 ítems tomados de estas dos fuentes. Se midieron 13 puntos de violencia física, 11 de violencia emocional, y tres de violencia sexual. Con los 27 ítems de violencia seleccionados para esta investigación se realizó un estudio paralelo al que aquí se reporta entre 120 mujeres de México y 120 de California, con el fin de asignar pesos relativos a cada uno de ellos, en otros trabajos se detalla la metodología que se siguió para elaborar y validar esta escala. Estadísticamente significativo  $p < 0.05$  y un nivel de confiabilidad del 95 %. Dado que este cuestionario distingue tres tipos de violencia (física, emocional y sexual) y dado que los tres se exploran tanto durante el embarazo como en el año anterior al mismo, es posible contar con un índice parcial para cada tipo de violencia, para cada mujer y para la población total, tanto para el periodo correspondiente al embarazo como para el año anterior al mismo.

Se inició con redacción y revisión de los ítems que formarían parte del instrumento. Para ello, se siguen los criterios de que sea un instrumento de detección de riesgo, más que la patología, con la característica de ser auto administrado.

Se diseñó un instructivo para aplicación del instrumento y la clasificación del riesgo, con las acciones recomendadas, teniendo un total de 27 ítems, utilizando una escala de respuesta tipo numérica Likert del 1 al 10 para valorar la intensidad o grado de riesgo, siendo representado por el valor creciente numérico el mayor grado de violencia.

Referente al grado de riesgo, la siguiente escala ha resultado particularmente útil, dado que en estudios de seguimiento ha mostrado una exactitud del 95 %:

La calificación máxima de puntos equivale entonces a 270 y con ello se realizaron los puntos de corte para cada categoría de riesgo.

Además tipifica los 3 tipos de violencia representada por los 27 ítems:

Física	1 al 13
Psicológica	14 al 24
Sexual	25 al 27

GRADO DE RIESGO	PUNTOS OBTENIDOS.
Mínima	De 1 a 67 puntos
Moderada	De 68 a 135 puntos
Grave	De 136 a 201 puntos
Inminente	De 202 a 270 puntos

Al inicio del instrumento se contemplaron las siguientes variables: Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, maltrato de los padres, fecundidad, y edad del embarazo.

### **DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.**

Ya aprobado el estudio de investigación por el Comité Local de Investigación, se procederá a solicitar por memorando a las autoridades de la UMF 23, autorización para invitar a participar en el proyecto de investigación a las pacientes del sexo femenino embarazadas en sala de espera de consulta externa del turno matutino y vespertino, adscritas a la UMF No. 23 que reunían los criterios de inclusión.

La aplicación del instrumento será realizada únicamente por el investigador principal, evitando de esta manera sesgos.

Se les dio explicación amplia y clara de la importancia de su cooperación para disminuir el problema de la violencia en las mujeres embarazadas, con el fin de facilitar la comunicación previamente al llenado del instrumento y se les agradece.

Se obtuvo una aceptación mediante carta de consentimiento informando.

Posteriormente se les proporciono el instrumento de cuestionario sobre Violencia en la Mujer Embarazada para su llenado, explicándoles y aclarándoles dudas en forma individual.

El promedio máximo de su aplicación será de 20 minutos.

## **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS:**

De acuerdo a los principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial en 1964, autorizada en Tokio, Japón en 1975, y ratificada en la 52ª asamblea general de Edimburgo Escocia, en octubre 2002, corresponde al apartado II, investigación biomédica en terapéutica con humanos (investigación biomédica no clínica ). La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º publicado en su Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 en sus artículos 2º fracción VII. Lineamientos de la Comisión Internacional de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983 y Las Normas y Procedimientos del IMSS. Lineamientos del Manual de Organización del fondo para el Fomento de la Investigación Médica 1999 y el Manual de Investigación Médica del IMSS emitido en 1999.

Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social ( artículo 3, que indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I, la organización, control y vigilancia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV de esta ley, fracción VII: la organización coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales ,técnicas y auxiliares para la salud fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de Esta en los seres humanos fracción XX VI ( artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones medicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes fracción IV de la ley general de salud y deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la entrevista.

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y los soliciten (artículo 238 solamente para fines de investigación científica).

En este estudio se maneja el área afectiva, en aquellas personas en que se detecte alguna afección se le realizara seguimiento para canalizarlo con el experto <sup>29</sup>.

## **RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS:**

### **RECURSOS HUMANOS:**

Se cuenta con el investigador, que abarcara tiempo suficiente para realizar la investigación, así como la aplicación del cuestionario, para medir la frecuencia de mujeres embarazadas que sufren violencia. Llevando los listados y codificación de los resultados, para llevar a cabo dicho estudio.

### **RECURSOS FISICOS:**

Se utilizaran recursos físicos, diversas áreas de la UMF No. 23, así como la utilización de calculadora, lápiz, pluma, el cuestionario de aplicación, hojas del consentimiento, impresora, consumibles y computadora.

### **RECURSOS FINANCIEROS:**

Los recursos financieros serán absorbidos por el investigador.

## **ANALISIS DEL ESTUDIO**

Se utilizara una estadística descriptiva con medidas de tendencia central:

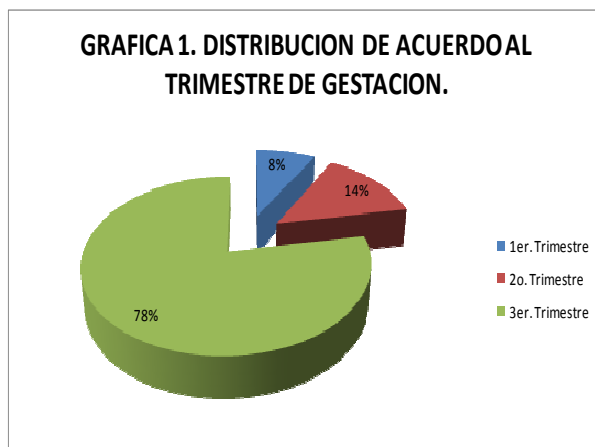
Porcentajes

Media

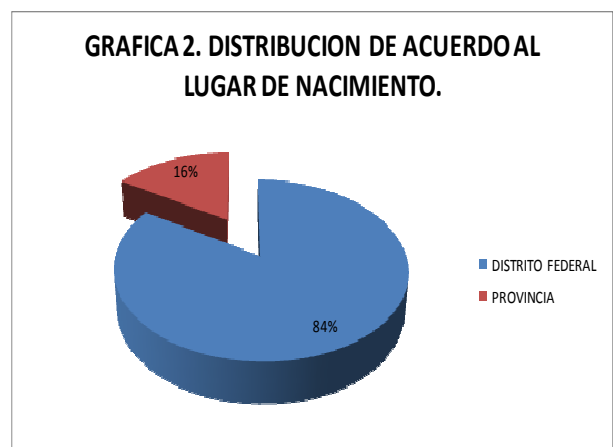


## RESULTADOS.

Se estudiaron 50 mujeres embarazadas que respondieron completamente a la entrevista, afiliadas a la UMF No. 23 las cuales cursaban diferentes trimestres en su gestación. Primer trimestres 4 (8%), segundo trimestre 7 (14%) y tercer trimestre 39 (78%). (Grafica 1)



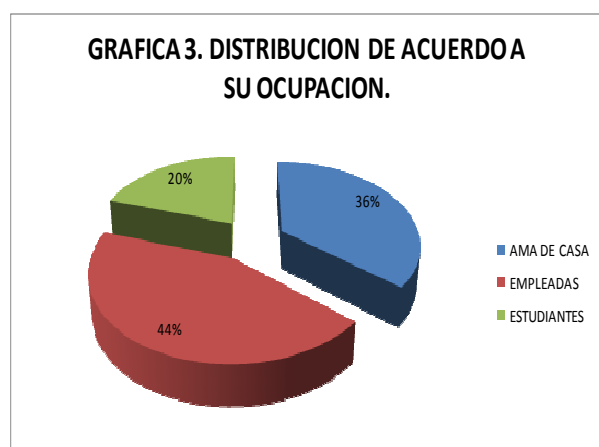
FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION



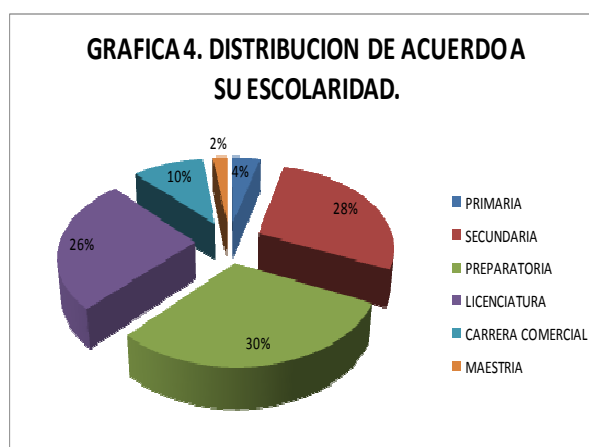
FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

Con lugar de nacimiento en Distrito Federal 42 (84%) y provincia 8 (16%). (Grafica 2).

La edad promedio de las mujeres fue de 24.7 años, con un rango entre los 16 y 37 años. Con respecto a la edad y escolaridad de la mujer, así como las variables reproductivas no había diferencias significativas entre el grupo de las mujeres con violencia y el grupo sin violencia. En relación con los tipos de violencia no había diferencias significativas entre las mujeres multigestas y primigestas.



FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

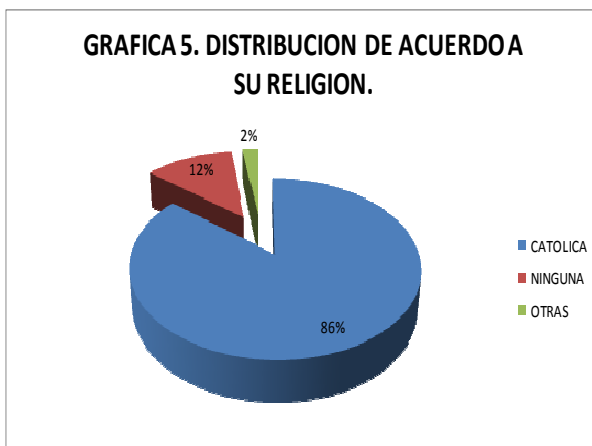


FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

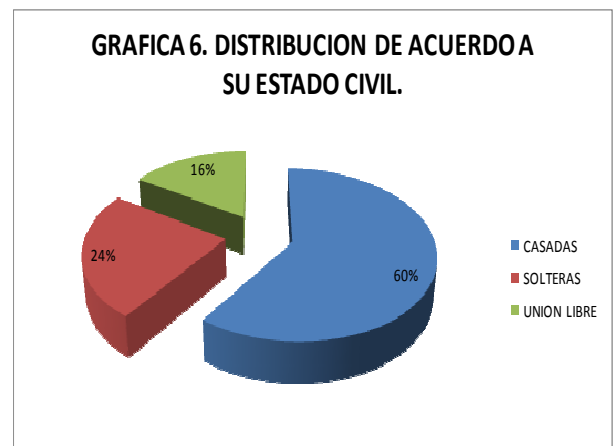
Con ocupaciones en el hogar 18 (36%), estudiantes 10 (20%) y empleadas 22 (44%) (Grafica 3). La historia de parejas sexuales en promedio 1.6% Alcoholismo negado durante el presente embarazo aunque aceptando consumían previamente bebidas alcohólicas.

Escolaridad dividida de la siguiente manera: primaria 2 (4%) secundaria 14 (28%) preparatorio o bachillerato 15 (30%) licenciatura 13 (26%) carrera comercial 5 (10%) maestría 1 (2%) (Grafica 4).

Con respecto a la religión: católica 43 (86%) ninguna 6 (12%) y otros 1 (2%) (Grafica 5).



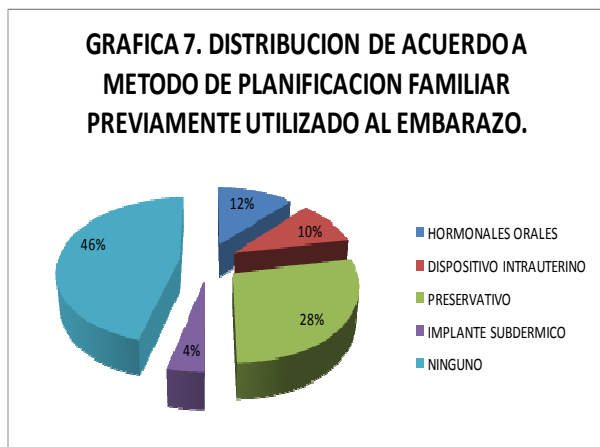
FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION



FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

Estado civil: casadas 30 (60%), solteras 12 (24%) y en unión libre 8 (16%) (Grafica 6)

Método de planificación familiar previamente utilizado: Hormonales orales 6 (12%), dispositivo intrauterino 5 (10%), condón 14 (28%), implante subdermico 2 (4%) y sin ninguno método 23 (46%) (Grafica 7).



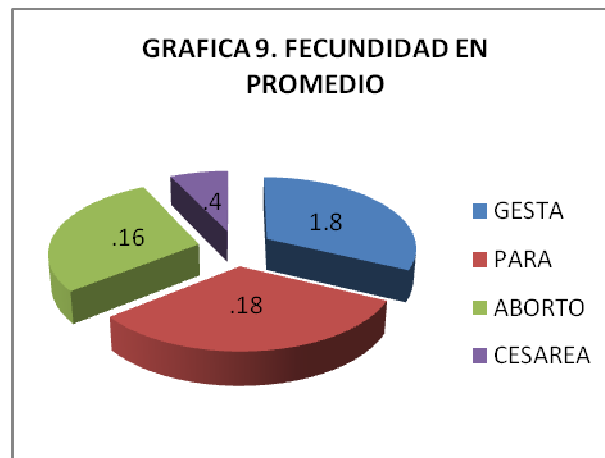
FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION



FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

El presente embarazo fue planificado o se considera deseado. Si 40 (80%) y No 10 (20%) (Grafica 8).

En relación a la fecundidad en promedio: Gesta 1.8 Para 0.4 aborto 0.18 cesárea 0.16. El numero de primigestas fue de 27 (54%). Las semanas de gestación en promedio: 29.7 (Grafica 9).



FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

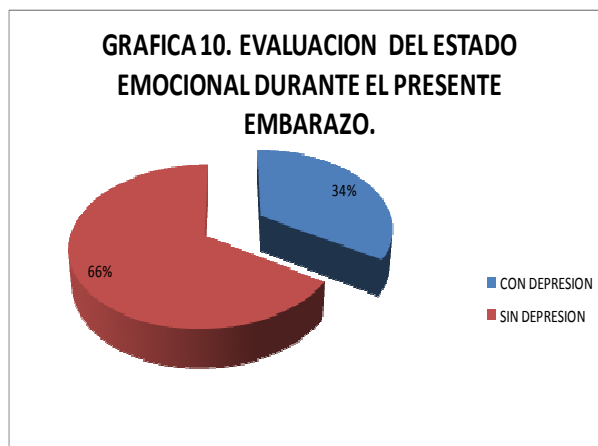
Antecedentes de otras enfermedades concurrentes con el presente embarazo.

Hipertensión arterial sistémica 2 (4%) enfermedad ácido péptica 1 (2%) alergias 1 (2%).

Los antecedentes de violencia durante la infancia y adolescencia temprana (antes de los 15 años) fueron mayormente reportados en el grupo de violencia. Violencia generada por sus padres de la entrevistada fueron de 0 mientras que por los padres de su pareja 13 (26%).

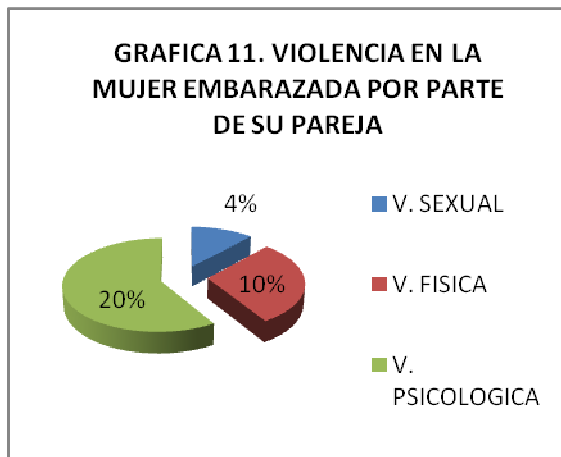
La violencia registrada durante el presente embarazo 17 (34%) donde 2 (4%), de las cuales fueron abandonadas por sus parejas al saber que se encontraban embarazadas, y además de expresarse la violencia en actitudes de celos, levantando la voz, o mostrándose agresivos o con cambios en su carácter.

Se observó un alto porcentaje de alteraciones emocionales en ambos grupos, y fue mayor entre las mujeres del grupo de violencia (Grafica 10). Mostrándose con depresión 17 (34%) y sin datos de depresión 33 (66%). Y que fue referida esta sintomatología como llanto fácil, baja autoestima, cambios en el carácter, somnolencia, tristeza, falta de apetito.



FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

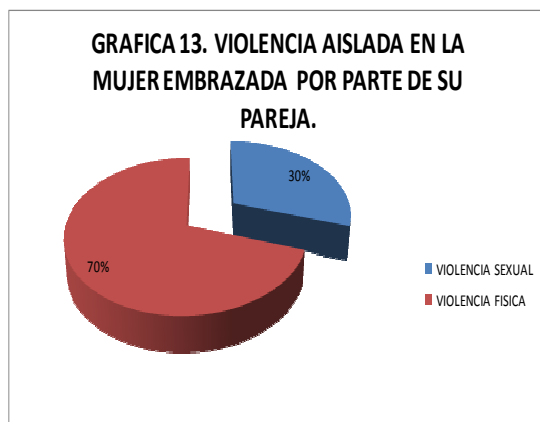
De las 50 mujeres embarazadas 17 de ellas (34%) fueron víctimas de violencia por parte de su pareja durante el presente embarazo. El tipo de violencia más frecuente fue la psicológica con 10 (20%). Violencia física 5 (10%) y con violencia sexual 2 (4%). Grafica 11. A veces la violencia psicológica se presentó en 15 (30%) la violencia física 2 (4%) y la violencia sexual 2 (4%). La violencia combinada se registró (en 49% fue la combinación de violencia física y psicológica, en 37.3% fue la combinación de los tres tipos de violencia y en 23% la combinación de violencia física y sexual). Grafica 12, 13, y 14.



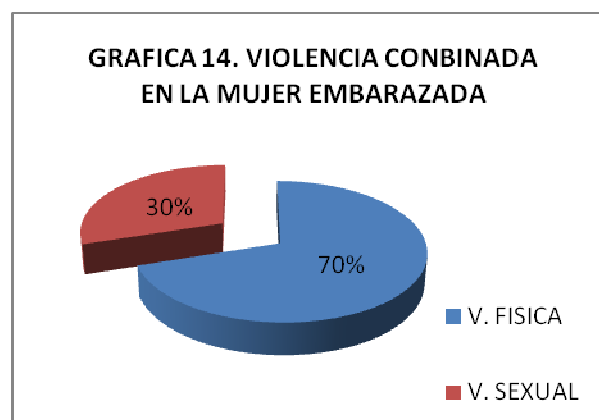
FUENTE: ENCUESTA DE VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA DE VIOLENCIA

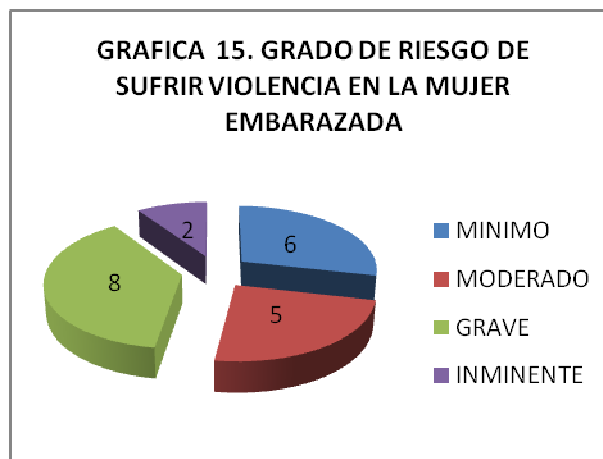


FUENTE: ENCUESTA DE VIOLENCIA



FUENTE: ENCUESTA DE VIOLENCIA

Los factores asociados a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera, vivir en unión libre, antecedentes de violencia en la infancia, antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas por la mujer y presencia de alteraciones emocionales.



FUENTE: ENCUESTA DE VIOLENCIA



## DISCUSIÓN

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 <sup>33-34</sup>. Este estudio exploratorio trató de medir la frecuencia de la violencia física, psicológica y sexual intrafamiliar durante el embarazo, en el ámbito de la comunidad urbana. Con el presente estudio realizado en el ámbito de la atención primaria, comprobamos que la violencia de pareja en las mujeres embarazadas derechohabientes adscritas a la UMF-23 del IMSS en la Ciudad de México igualmente constituye un problema frecuente. Los resultados obtenidos en el presente trabajo muestran una frecuencia mayor de violencia en el embarazo, comparada con la detectada por la Encuesta Nacional sobre la violencia contra las mujeres 2003 (25%) al nivel nacional y son similares a los reportados por Castro et al <sup>33</sup> en el estudio realizado en Morelos. La violencia psicológica fue la más frecuentemente reportada, lo cual coincide con los datos de otros estudios.<sup>16</sup> Este hecho no disminuye la importancia del problema, aunque para las mismas mujeres del estudio definieron este tipo de violencia como de menor impacto o importancia. A pesar de que la violencia psicológica no dejar señales visibles, como las lesiones físicas, puede afectar notablemente el estado emocional de la mujer embarazada y llevar a graves consecuencias desde trastornos sexuales, confusión, vergüenza, timidez, furia, miedos hasta estrés postraumático y depresión <sup>41</sup>. Por esto, es importante que el médico familiar recuerde que las lesiones físicas no son la única prueba de la violencia y vigilen, también los síntomas vinculados a las alteraciones emocionales, como la fatiga, falta de placer, molestias físicas, alteraciones del sueño, pérdida del apetito y cambios de conducta entre otros.

La ocurrencia de violencia física contra la embarazada (5.6%) se encontró cercana a la informada en estudios realizados en otros países <sup>34</sup>. Sin embargo, hay diferencia importante con la cifra encontrada por Alvarado-Zaldívar en la ciudad de Durango (13%). Esto pudiera indicar diferencia en la percepción y el subregistro de la violencia física por parte de la población estudiada, que tiene marcadas características rurales.

Diversos estudios demuestran que hay menor proporción de mujeres que notifican la violencia doméstica en el área rural, y es posible que el mismo fenómeno se presente en las mujeres embarazadas. En Jalisco, México, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de maltrato físico entre las mujeres del área urbana (57%) y rural (44%).<sup>31</sup> Lown, en 2001, encontró que la proporción de 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%.<sup>43</sup> En otra investigación, comparando mujeres afroamericanas y blancas de las áreas urbana y rural, también se encontró una mayor proporción de mujeres que reportaron violencia física en el área urbana (afroamericanas 39%, blancas 50%) que en el área rural (afroamericanas 30% , blancas 43%).<sup>46</sup>

En consistencia con otros estudios,<sup>33-42-43-46</sup> el perfil de la mujer que está en riesgo de sufrir violencia incluye el hecho de ser mujer soltera o vivir en unión libre, presentar alteraciones emocionales, además de tener antecedentes de violencia durante la infancia y el consumo de bebidas alcohólicas por la pareja. La similitud con otros estudios refleja que este perfil corresponde a una mujer que posiblemente sufra de violencia, lo que tendrá que ser comprobado por medio de un interrogatorio dirigido.

La violencia física en la mujer embarazada tiene consecuencias directas sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales y maternas. Webster, en 1996, dio seguimiento a 1 014 mujeres que respondieron un cuestionario sobre violencia durante su embarazo; encontró mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos y muerte fetal en víctimas de violencia.<sup>3-4</sup> El bajo peso al nacer del producto es otra complicación documentada como consecuencia de la violencia física a la embarazada.<sup>36-44</sup> Respecto a daños en la salud de la mujer, como consecuencia de golpes, encontramos asociación entre maltrato físico y sangrado transvaginal durante el embarazo, así como entre violencia física y parto antes del tiempo esperado, aunque este efecto sólo se encontró en mujeres indígenas. Es posible que los daños obstétricos se presenten según la intensidad de la violencia. Klevens encontró que 13% de las víctimas de violencia doméstica son agredidas gravemente;<sup>45</sup> en la presente investigación no preguntamos sobre la severidad de los golpes. Más allá de la relación entre la violencia

física y las consecuencias ginecobstétricas que esta última conlleva, es importante resaltar que las mujeres no apreciaron la violencia física como la principal causa de ese daño.

A pesar de que el tema de violencia ha encontrado el reconocimiento y el apoyo social y gubernamental, el problema de violencia sigue siendo un tema de "tabú" para la mujer y en muchas ocasiones también para los prestadores de servicios de salud, por ser un asunto íntimo y doloroso. En el presente estudio, solo el 28% de las mujeres que sufrieron violencia durante el actual embarazo decidieron comentar sobre como habitualmente empieza el acto de violencia, las otras no quisieron hablar sobre el tema.<sup>39-40</sup> En consistencia con otros estudios, muchas mujeres se auto-culpabilizaron diciendo que la causa de violencia es una falta de autoestima.<sup>39</sup> Solo un bajo porcentaje de las mujeres tenían conocimiento sobre los lugares donde atienden a las mujeres víctimas de violencia y sobre las leyes que la protegen. Lo que habla de la necesidad de promover más la información sobre el problema de violencia y sobre los centros de atención a las víctimas de violencia. En este sentido, es importante el papel del equipo de salud (médico familiar, trabajadora social, psicólogo, enfermera) en la atención de las mujeres con violencia, que además de realizar la detección, evaluación del riesgo, información legal sobre la violencia, deberían proporcionar la rehabilitación (seguimiento y referencia adecuada para la obtención de los servicios de apoyo) y la prevención de los actos de violencia. Por esta razón en algunos países se han desarrollado normas, "guías para el diagnóstico y tratamiento de violencia doméstica" o los modelos integrados con el propósito de ayudar a los prestadores de servicios en la atención del problema.<sup>30</sup>

En México en el año 2000 la Secretaria de Salud elaboró la Norma Oficial Mexicana con los criterios para la atención médica de la violencia familiar (NOM-190-SSAI-1999), definiendo el papel del sector salud y otros que permiten abordar el problema de violencia familiar de manera integral. En el año 2004 se publicó el manual operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (modelo de atención de la SSA) que incluyó el modelo de atención, la guía de

información legal y la ruta crítica que deben seguir las mujeres para obtener servicios de apoyo a usuarias entre otros.

Dentro de las limitaciones que el presente estudio presenta es el diseño transversal que no nos permite hacer inferencias sobre la causalidad de violencia, debido a que solo se tiene un momento de la evaluación del problema. Al incluir en este estudio a mujeres usuarias de los servicios que tienen derecho a una seguridad social las hace diferentes de aquéllas que no cuentan con un seguro de salud o que no acuden a los servicios médicos, por lo que los resultados de este estudio no pueden ser inferidos a toda la población. Otra limitación del estudio es que no se sabe si la causa de la no participación estuvo relacionada con la violencia o con otras características debido a que no se pudo obtener esta información. Sin embargo al analizar las características generales de las mujeres que respondieron al cuestionario de violencia versus las que no respondieron no se observan diferencias entre las mujeres. Además esto solo es una aproximación al problema, dado que no hay información sobre el contexto en el cual ocurre la violencia. Estudios longitudinales con la participación multidisciplinaria (médico, enfermera, sociólogo, antropólogo, y otros) son necesarios para conocer con mayor exactitud el fenómeno de violencia durante el embarazo y en el posparto.

Aquí se ha presentado la asociación entre el hecho de ser golpeada durante el embarazo y la reacción agresiva hacia los hijos si se negaran a obedecer a la madre. Si bien se planteó como un escenario hipotético, en la vida diaria es muy probable que así suceda, contribuyendo al círculo de la violencia doméstica. Estos resultados sugieren que la mujer que sufre de violencia física durante el embarazo, es potencialmente una madre golpeadora. El protocolo de atención y asesoría multidisciplinaria –ofreciendo trato digno, seguridad y comprensión a la mujer víctima de violencia física – son la principal intervención de los servicios de salud para enfrentar este problema.<sup>40</sup>

## **CONCLUSIONES:**

Al estudiar los resultados de las pacientes que cruzaban con un embarazo y que fueron captadas a través de una muestra aleatoria simple de acuerdo a conveniencia, no probabilística de 50 casos consecutivos captados en la consulta externa en su atención prenatal y con diferentes etapas del embarazo, se concluye de acuerdo a los objetivos específicos:

- 1.- Se identifico que la edad promedio de las pacientes estudiadas se encontró en un promedio de 24.7 años de edad y un rango de 16 a 37 años.
- 2.- La ocupación donde con mayor frecuencia se presento fue empleadas 44%, amas de casa con un 36%, estudiantes 20%.
- 3.- Se identifico una escolaridad de la siguiente frecuencia: primaria 4%, secundaria 28%, bachillerato 30%, licenciatura 26%, carrera comercial 10%, maestría 2%.
- 4.- En relación al estado civil: casadas 60%, solteras 24% y en unión libre 16%.
- 5.- Se identifico la historia de parejas sexuales en promedio de 1.6%
- 6.- Se considero como un embarazo planificado o deseado en el 80% de las encuestadas, de estas no utilizaban ningún método de planificación familiar 46% previo al embarazo.
- 7.- De las 50 mujeres embarazadas en diferentes semanas de gestación, las víctimas de violencia que tuvieron mayor incidencia de maltrato, corresponde a mujeres en edad productiva de su vida. Los factores asociados a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera 24%, vivir en unión libre 8%, antecedentes de violencia en la infancia por parte de su pareja, antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas por la pareja y presencia de alteraciones emocionales. Con respecto a la edad y escolaridad de la mujer, así como las variables reproductivas no había diferencias significativas entre el grupo de las mujeres con violencia y el grupo sin violencia.
- 8.- Las mujeres embarazadas con riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, manifestaron que está es de tipo psicológica 20%, seguida de violencia física 10% y en tercer lugar lo ocupa la violencia sexual 4%.

9.- En relación al grado de violencia intrafamiliar, este correspondió al grado mínimo 16%, moderado 12%, grave 10% e inminente 4%.

10.- El victimario que agredió a las mujeres fue su propio cónyuge.

11.- Las mujeres que refirieron sufrir de violencia intrafamiliar o tener riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, manifestaron tener depresión en forma importante 34%.

12.- Del total de mujeres a las que se les realizó el estudio se encontró que de 9 mujeres embarazadas 4% presentaban riesgo inminentes de sufrir violencia intrafamiliar. Dos de estas pacientes fueron abandonadas por sus parejas y se encontraban viviendo con sus familiares, se les brindó apoyo, tratando de obtener su confianza, enfatizando los valores de la familia, intentando mejorando su autoestima y reconociendo el valor de estas mujeres valientes al denunciar las vejaciones de que han sido objeto así como enfatizando los cuidados que deberán de tener en este embarazo y mencionando los riesgos que se corre al no mantenerse un seguimiento prenatal adecuado con su Médico Familiar. Se comentó con el Médico Familiar tratante en 5 casos, además fueron referidas al servicio de trabajo social, se les informó de los centros de apoyo a mujeres que viven con violencia dependiente de las delegaciones políticas. Se entregó el teléfono de asociación civil no gubernamental para el apoyo a víctimas de violencia, Agencia Especializada en Delitos Sexuales Fiscalía no. 4 Delegación Gustavo A. Madero tel. 53-46-80-37, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección de Atención y prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF) Calz. México Tacuba 235 55-93-83-44 y el portal de internet [www.mujoyersalud.gob.mx](http://www.mujoyersalud.gob.mx) para obtener más información a este respecto.

Considero que este trabajo de investigación va a ser de utilidad en particular para el Médico Familiar y para el grupo interdisciplinario ya que nos enfrenta con una realidad a la cual no se debe olvidar, y en cada consulta prenatal debemos estar muy al pendiente y dando a nuestra paciente todo el apoyo y respeto para poder obtener su confianza y poder indagar sobre alguno dato que nos sugiera que esa mujer que se encuentra embarazada nos está solicitando nuestra intervención y ayuda profesional.

No identificando a las mujeres que viven en situación de violencia es solo uno de los factores que impiden la participación de los prestadores de servicio en la atención a la

violencia familiar. Sin embargo existen otros factores que obstaculizan la atención integral del Médico Familiar destacando el desconocimiento del tema de la violencia familiar como un grave problema de salud pública. El desconocimiento de la importancia que tiene en el sector salud la detección, control y prevención de la violencia familiar, sobrecarga en la demanda de servicios de salud, que resulta en una escasez de tiempo para escuchar y orientar a las mujeres. Temor de los prestadores de servicios de salud a ser confrontados por el agresor y temor a declarar ante instituciones judiciales.

En conclusión, los hallazgos refuerzan los datos de que el problema de violencia en mujeres embarazadas en México es un problema frecuente, entre las mujeres derechohabientes del IMSS. Por lo que es importante sensibilizar y actualizar al personal del primer nivel de atención sobre el tema de violencia, para que el equipo de salud pueda realizar las actividades de detección oportuna de violencia y proporcione a la mujer la información, atención y referencia adecuada.

## **SUGERENCIAS.**

La identificación de riesgo de violencia en la mujer embarazada adscrita a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 23 nos hace reflexionar de la importancia de realizar:

1.- Sensibilización del Médico Familiar, sobre la importancia de reconocer la violencia durante el embarazo, como un problema de salud pública, e identificar los efectos sobre la salud del binomio madre-hijo.

2.- Dar a conocer a los Médicos Familiares la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 para la prestación de servicios de salud, criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, así como el cumplimiento de la misma.

El desarrollo de programas de información y sensibilización para todo el personal de salud con campañas periódicas de sensibilización a la opinión pública en medios masivos de comunicación.

Realización de campañas que promueva la equidad, la tolerancia, los derechos humanos y condenen las costumbres y prácticas que justifican y exacerban la violencia doméstica.

Desarrollo de proyectos de trabajo en el ámbito comunitario para introducir el tema de la igualdad, el respeto a la persona y la tolerancia a la diversidad.

Desarrollo de programas en centros educativos, deportivos, recreativos y culturales dirigidos a docentes, padres, niños, niñas para la prevención y orientación de las situaciones de violencia doméstica.



## BIBLIOGRAFIA

1. COVAC, 1995, "Encuesta de opiniones públicas sobre la incidencia de violencia domestica", COVAC, PGJDF, UNFPA, México.
2. Organización Mundial de la Salud: conclusiones del "Foro Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres", 24 de noviembre 2000.
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. "Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritaria". OMS/OPS, junio 1998 Ramírez J.C, Uribe V.G, Mujeres y Violencia: "Un Hecho Cotidiano". Salud Pública Mex. 1993; 148-160.
4. Organización Mundial de la Salud, "Informe sobre la Violencia y Salud". Resumen, Washington, D.C. 2002; p 89-121
5. Casa M., Mata OR. "Intervención Jurídica de las Instituciones Públicas en México". En Loredó Abdal "Maltrato al Menor" México. D.F.; Nueva Editorial Interamericana; 1994, p 127-129.
6. CONMUJER, UNICEF, MILENIO FEMINISTA, informe de la cuarta "Conferencia Mundial sobre la Mujer", Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. Declaración y Plataforma de Acciones. Objetivos estratégicos y medidas: C- "La Mujer y la Salud"; p. 75-102.
7. Secretaría de Gobernación, CONMUJER. "Programa Nacional de Violencia Familiar" 1999-2000 1ª. Edición 1999.
8. "The mandate of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences", was established by the Comisión on Human Rights in 1994 (Comisión on Human Rights resolution 1994/45 and was extended in 1997, 2000 and 2003.
9. Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 3; y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Artículo 6.
10. Domenach, J.M., et al: "La Violencia y sus causas" Editorial de la UNESCO, Bs.As, 1981.
11. Bronfenbrenner, U.: "La Ecología del Desarrollo Humano" Ed. Paidós, Barcelona. 1979.
12. Valdez-Santiago R, E. "Violencia domestica en una micro región en Ciudad Netzahualcoyotl". En: "Aun la luna a veces tiene miedo". México D.F.: Cecovid Ediciones, 1992.
13. Ramírez JC, Uribe G, Mujer y Violencia: "Un hecho cotidiano". Salud Pública Méx. 1993;35: 148-160.
14. Lozano R, "Efectos de la violencia domestica en la salud": Ciudad de México. En Morrison A, Biehl ML, ed. "El costo del silencio". Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000:81-101.
15. Rivera L, Ávila-Burgos L, Rojas R. "Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodologica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas". Salud Pública Méx. 2006;48 supl 2:S221-S231.
16. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniestra-Velásquez L, Rivera-Rivera L, Salmeron-Castro J. "Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos"; México, Salud Pública Méx. 2003; 45(6): 472-482.
17. Hajar M, Lozano R, Valdez R, Blanco J. "Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México", Salud Mental 2002;25(1):35-42
18. Valdez R, Juárez C. "Impacto de la Violencia Domestica en la Salud Mental de las Mujeres: análisis y perspectivas en México". Salud Mental 1998; vol. 21, No. 6.
19. Valdez R, Sanin LH "La Violencia Domestica durante el embarazo y su relación con el bajo peso al nacer". Salud Pública Méx. 1996;38:13-21.
20. Cokkinides V.E. et. al. 1999, "Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes". In Obstet Gynecol, num. 95.
21. Elu, M.C. et al., 2000, "Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia, Comité Promotor para una maternidad sin riesgos en México", México.
22. Leonor W., "Harper and Row Publishers", Inc, Nueva York 1979 p 55.
23. Monserrat S., "La ruta critica de la mujer afectada por la violencia intrafamiliar en América Latina", Organización Pan América de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000."
24. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática XII Censo de Población y vivienda 2000 México 2001. "Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar, documento Metodológico y Resultados" ed. INEGI; México 2000
25. Straus M., Measuring intrafamily conflict and violence: "The Conflic Tactics (CT) Scales". J Marriage Fam. 1979;4(1): 75-88.
26. Olaiz G, Franco A, Palma O Echerri C, Valdez R. Herrera C. "Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres" México Salud Publica Méx. 2006;48 supl 2:5328-5335.

27. Valdez-Santiago R, Salgado de S.. ESP, "Una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas". *Salud Mental* 2004; 27(4):55-62.
28. Cervantes M., Ramos L.a L, Saltijeral MT. Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. En Torres M, ed. "La violencia domestica en contexto urbano y rural", México, D.F. El Colegio de México, 2004
29. Asamblea Medica Mundial Helsinki, Finlandia, 18ª Asamblea, junio 1964. y enmendada por la 29ª Asamblea Medica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Medica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41ª Asamblea Medica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989.
30. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Fam Med.* 1992;1(1):39-47.
31. Bronfman M, Guiscafré G, Castro V, Castro R, Gutiérrez G. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Arch Invest Med.* 1988;19:351-60.
32. Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women.* 2004;10(7): 770-89.
33. Castro R, Ruiz A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. *Rev Saude Publica.* 2004;38(1):62-70.
34. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health.* 2003;93(7):1110-6.
35. Castro R, Peek-Asa C, García L, Ruiz A, Kraus JF. Risks for abuse against pregnant Hispanic women Morelos, Mexico and Los Angeles Country, California. *Am J Prev Med.* 2003;25(4):325-32.
36. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999;93(5 pt. 1):661-6.
37. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann.* 2001;32(1):1-16.
38. Gómez Espinoza M, Morales Carmona F, Aretia Pulgar A, Gutiérrez E. Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginec Obstet Mex* 1990;58:112-6.
39. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
40. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(8):625-30.
41. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. *JAMA.* 2001;285(12):1581-1584. 16. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women.* 2006;12(3):221-39.
42. Medina Mora ME, Berenzon GS, Natera RG. Violencia intrafamiliar y sexual. El papel del alcoholismo en las violencias. *Gac Med Mex.* 1999;135(3):282-7.
43. Muhjarine N, DÁrcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J.* 1999;160(7):1007-11.
44. Paredes Solis S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Renteria A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-de Jesús L, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México. *Salud Pública Mex.* 2005;47(5):335-41.
45. Ramírez JC, Patiño MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto *Cad Saude Publica.* 1996;12(3):405-9.
46. Socoloff NJ, Dupont I. Domestic violence at the intersections of race, class and gender: challenges and contributions to understanding violence against marginalized woman in diverse communities. *Violence Against Women.* 2005;11(1):38-64.
47. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mex* 1996;38(5):352-62.
48. Vladislavovna DS., Pamanes GV., Torres AL., Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Salud Pública Méx.* 2007; 41(4):36-42.

## **ANEXOS**

## **CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA EN LA MUJER EMBARAZADA (ESCALA DE LIKERT)**

### **Listado de puntos seleccionados para la medición de violencia.**

Estimada usuaria, le suplicamos contestar el siguiente cuestionario con el propósito de atenderle con mayor comodidad. El cuestionario está formado por 27 preguntas a las cuales responderá eligiendo y encerrando el numero que usted considere más parecido respecto a la situación que actualmente vive; **1 al 3: SI, 4 al 7; A VECES, y 8 al 10: NO** donde 1 en el mayor riesgo y 10 es el menor riesgo.

### **PREGUNTAS**

#### **Para violencia física:**

Su esposo o pareja:

1. ¿La ha empujado a propósito?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

**SI**

**A VECES**

**NO**

2. ¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

**SI**

**A VECES**

**NO**

3. ¿Le ha torcido el brazo?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

**SI**

**A VECES**

**NO**

4. ¿Le ha golpeado con la mano o con el puño?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

**SI**

**A VECES**

**NO**

5. ¿La ha pateado?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

6. ¿Le ha golpeado en el estomago?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

7. ¿Le ha aventado algún objeto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

8. ¿Le ha golpeado con algún palo o cinturón o algún objeto domestico?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

9. ¿Le ha quemado con cigarro?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

10. ¿Le ha tratado de ahorcar o asfixiar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

11. ¿Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

12. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

13. ¿Le ha atacado con alguna otra cosa? (especifique)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

**Para violencia psicológica o emocional:**

14. ¿La ha rebajado o menospreciado?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

15. ¿La ha insultado?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

16. ¿Se ha puesto celoso o a sospechado de sus amistades?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

17. ¿Le ha dicho cosas como que usted sea poco atractiva o fea?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

18. ¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o algún mueble?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

19. ¿Se ha puesto a destruir algunas de las cosas de usted?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

20. ¿La ha amenazado con golpearla?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

21. ¿La ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

22. ¿La ha amenazado con alguna pistola o rifle?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

23. ¿Le ha hecho sentir miedo de él?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

24. ¿Le ha amenazado con matarla o matarse él a sí mismo o matar a los niños?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

**Para violencia sexual:**

25. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no esté dispuesta?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SI

A VECES

NO

26. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres sin no accede a tener relaciones sexuales con él?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**

27. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted contra su voluntad?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**SI**

**A VECES**

**NO**



**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Seguridad y Solidaridad Social  
UMF No 23**

Carta de consentimiento informado para la participación en proyectos de investigación clínica.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado.

**FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES  
EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF23.**

Registrado ante el Comité local de Investigación en Salud o la INC

El objeto del estudio es: Identificar la Frecuencia de Violencia Intrafamiliar en mujeres embarazadas, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 23 D.F.

Declaro que me he informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente

DR. JORGE CASTILLO FLORES 9515348

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma, matrícula del investigador principal

Testigos \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
RESIDENCIA SEMIPRESENCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23**

**CONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2009 – 2010**

<b>Actividades</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sep</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>
<b>Revisión Bibliográfica</b>	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		
<b>Elaboración de Protocolo</b>		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲					
<b>Presentación de proyecto a comité.</b>								▲					
<b>Aplicación de encuestas</b>									▲				
<b>Análisis de resultados</b>									▲				
<b>Análisis del Protocolo Final</b>										▲	▲		
<b>Impresión de Tesis</b>												▲	
<b>Difusión del Estudio</b>												▲	
<b>Publicación de Tesis</b>													▲

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**Cuestionario en relación a la frecuencia de violencia en la mujer embarazada.**

**Instrucciones:** previa carta de consentimiento informado se procede, a realizar las preguntas del cuestionario y Listado de puntos seleccionados para la medición de violencia en la mujer embarazada.

Las cuales serán realizadas siempre por un médico familiar de forma individual y privada, esto es, sin que sus parejas estuvieran presentes.

- I. Datos sociodemográficos.
- II. Salud reproductiva (inicio de vida sexual, control prenatal, embarazos previos y sus resultados, factores de riesgo)
- III. Exposición al abuso en el ultimo embarazo (identificación de quien ejerce la violencia, tipo de violencia física, emocional, sexual, verbal, inicio del abuso, características de la violencia física, zonas del cuerpo golpeadas, tipo de lesiones provocadas por los golpes, existencia de abuso sexual durante el embarazo y lesiones provocadas, existencia de amuso emocional por parte del compañero, existencia y frecuencia de trastornos emocionales).

**Ficha de identificación:**

No. De afiliación -----Folio-----  
Edad-----Lugar de nacimiento-----Ocupación-----  
Historia de parejas-----Fecundidad-----Alcoholismo-----  
Escolaridad-----Religión-----  
Estado civil-----Método de planificación familiar-----  
Embarazo deseado o no-----G- P- A- C- SDG-  
Antecedente de otras enfermedades-----  
Historia de violencia durante la infancia (de la entrevistada y su pareja) -----  
Violencia durante el embarazo (tipos, circunstancias y gravedad) -----  
Comparación, por parte de la entrevistada, de la violencia antes y durante el embarazo -  
-----  
Evaluación del estado emocional de la entrevistada. -----