



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR RELACIONADA A COMPLICACIONES
EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PRODUCTO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MARIA DE LOS ANGELES GONZALEZ MARTINEZ

Tutora:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Asesor Clínico:

DR. JAVIER DEGOLLADO BARDALES

Generación 2008 – 2011

MÉXICO 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.

TUTORA

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20**

ASESOR CLINICO

**DR. JAVIER DEGOLLADO BARDALES
MEDICO GINECOOBSTETRA
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA TLALTELOLCO**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO. 20**

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: Por guiar mis pasos hasta el final de mis metas trazadas, dándome fortaleza y esperanza.

A MI FAMILIA: Por apoyarme y darme la oportunidad de superarme, por el tiempo que les robé para alcanzar mis metas. Por sus acertados consejos y sugerencias, por sus bendiciones y todo el amor que les profeso. Son mi luz y mi fuerza para seguir adelante. Los quiero mucho. ¡Gracias!

A MIS PROFESORAS: Por su apoyo, tutoría y orientación durante este proceso, quienes durante todo este tiempo me han forjado como persona y profesionista, indicándome el camino a seguir y el amor por la Medicina Familiar.

A MIS AMIGOS: Quienes de manera incondicional me brindaron su amistad, comprensión y me impulsaron a seguir adelante y conseguir mis metas a lo largo de estos tres años.

A MIS PROFESORES DE PRACTICA CLINICA: Como un testimonio de gratitud y reconocimiento eterno, por haber compartido sus valiosos conocimientos y experiencia, siendo para mi la mejor de las herencias.

AL IMSS: En especial a la UMF. No 20 y al HGZ No 24, por brindarme la oportunidad de realizar la especialidad en Medicina Familiar. Al HGOT por permitirme realizar este estudio.

A LAS PACIENTES: Que hicieron posible la realización de este estudio y son el motivo de esta investigación.

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
INTRODUCCION.....	01
ANTECEDENTES.....	02
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	06
HIPÓTESIS.....	07
OBJETIVOS.....	08
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	09
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS.....	40
ANEXOS.....	42

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR RELACIONADA A
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL
PRODUCTO.**

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR RELACIONADA A COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PRODUCTO.

González-Martínez MA.¹, Vega-Mendoza S.², Degollado-Bardales FJ.³

Introducción: La violencia intrafamiliar en la mujer embarazada tiene implicaciones no solo en el ámbito de la salud sino también en el ámbito social y familiar; por lo cual los servicios de salud juegan un papel importante en su detección oportuna. **Objetivo:** Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y sus complicaciones en el embarazo, parto y el producto. **Material y Métodos:** Estudio de casos(n=121) y controles(n=121) en pacientes púerperas hospitalizadas de marzo a mayo del 2010 en el Hospital de Gineco Obstetricia Tlaltelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social, excluyendo a pacientes con complicaciones del puerperio que requirieron terapia intensiva, previo consentimiento informado se realizó una entrevista explorando aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo, parto y producto, tipología de la violencia, Se utilizó estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** Edad media de 26años±6.3, preparatoria 29.8%, casadas 52.1%, trabajadoras 58.8%. Media de inicio de vida sexual 17.8±2.76, gestas 1.96±0.98, partos 0.82±0.91, cesáreas 0.72±0.87 y abortos 0.41±0.60. Factores asociados a violencia: tabaquismo en la pareja (OR1.9,IC95%1.095-3.445,p=0.022), alcoholismo en la pareja (OR2.13,IC95%1.250-3.637,p=0.005). La violencia incremento la presencia de complicaciones en el embarazo (OR5.380,IC95%3.10-1.68,p=0.000), parto (OR4.077,IC95%1.5510.68,p=0.002) y el producto (OR5.825,IC95%3.06-11.06,p=0.000). Productos con prematuridad (OR2.528,IC95%1.312-4.871,p=0.005), peso bajo (OR7.534,IC95%3.29-17.22,p=0.000) y Apgar bajo al minuto (OR5.800,IC95%2.266-1.964,p=0.000). El principal violentador fue la pareja 89.3%(108), la violencia referida fue psicológica 99.2%(120), social 91.7%(11), física 90.1%(109), verbal 78.5%(95), económica 59.5%(72) y sexual 23.1%(28). **Conclusiones:** La presencia de violencia en el embarazo es un factor predisponente a complicaciones en el embarazo y en los productos de la gestación.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, embarazo, parto, producto, complicaciones, tipos de violencia.

¹ Médico Residente de Tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No.20.

² Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No.20.

³ Médico Especialista en Gineco-obstetricia. Hospital de Gineco-obstetricia de Tlaltelolco.

COMPLICATIONS RELATED TO DOMESTIC VIOLENCE IN PREGNANCY, BIRTH AND THE PRODUCT.

González-Martínez MA¹, Vega-Mendoza S², Degollado-Bardales J³

Introduction: Domestic violence in pregnant women has implications not only in the field of health but also in social and family, for which health services play an important role in early detection. **Objective:** To determine the relationship between domestic violence and its complications in pregnancy, birth and the product. **Material and Methods:** Case study (n = 121) and controls (n = 121) in postpartum patients hospitalized from March to May 2010 at Tlaltelolco Obstetrics Gynecology Hospital of the Mexican Social Security Institute, excluding patients with postpartum complications requiring intensive care, informed consent an interview was conducted to explore sociodemographic, obstetric history, complications of pregnancy, birth and product, type of violence used descriptive statistics and analytical. **Outcomes:** Mean age 26±6.3, high school 29.8%, married 52.1%, workers 58.8%. Average sexual initiation 17.8±2.76, pregnancies 1.96±0.98, births 0.82±0.91, caesarean 0.72±0.87, abortions 0.41±0.60. Factors associated with violence: smoking in the couple (OR1.9, CI95%1.095-3.445, p=0.022), alcoholism in the couple (OR2.13, CI95%, 1.250-3.637, p=0.005). Violence increased the presence of complications in pregnancy (OR5.380, CI95%3.10-1.68, p=.000), birth (OR4.077, CI95%1.551-10.68, p=0.002) and the product (OR5.825, CI95%3.06-11.06, p=0.000). Products with prematurity (OR2.528, CI95%1.312-4.871, p=0.005), underweight (OR7.534, CI95%3.29-17.22, p=0.000) and low Apgar score at minute (OR5.800, CI95%2.266-19.64, p=0.000). Violent was the main couple 89.3% (108); psychological violence was mentioned 99.2% (120), social 91.7% (11), physical 90.1% (109), verbal 78.5% (95,) economic 59.5% (72) and sexual 23.1% (28). **Conclusions:** The presence of violence in pregnancy is a predisposing factor to complications in pregnancy and in the products of conception.

Keywords: domestic violence, pregnancy, birth, product, complications, types of violence.

¹Third year Resident Medical Specialization Course in Family Medicine. UMF No.20.

² Specialist in Family Medicine, Associate Professor of the Specialization Course in Family Medicine. UMF No.20.

³Specialist in Gynecology and Obstetrics. Gynecology-Obstetrics Hospital of Tlaltelolco.

INTRODUCCIÓN.

La familia constituye el ambiente social primario para los seres humanos. De la relación entre cada uno de sus integrantes, depende el adecuado proceso de socialización, pues es en su interior donde se generan las acciones positivas o negativas que determinan el buen o mal funcionamiento y las expectativas de un adecuado desarrollo como individuos integrados en un contexto social determinado. Entre las acciones negativas en la familia se encuentra la violencia y particularmente aquella que ocurre contra la mujer. Sin embargo, una de las preguntas más frecuentes, es: ¿por qué esta no rompe con el círculo violento?

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM 007-SSA-1993) para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido, sus acciones programáticas en Salud Perinatal se vinculan con los Programas Nacionales de la Mujer, de Población y de la Violencia Familiar, los cuales proponen el modelo de atención a la mujer embarazada con un “enfoque de riesgo”, considerando que no todas las personas tienen la misma posibilidad de enfermar y morir, sino que para algunas esta probabilidad puede ser mayor que para todo el grupo social en conjunto, siendo el riesgo reproductivo la probabilidad de sufrir algún daño durante el proceso de reproducción.

Sin embargo es conocido que la vulnerabilidad de la mujer durante la gestación está condicionada por la presencia de una serie de características biológicas, psicológicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales (incluyendo aquí los aspectos religiosos) y económicos que actúan entre sí, estas características son conocidas como riesgo reproductivo. El enfoque de riesgo reproductivo en la atención a la salud debe empezar desde antes de la concepción (riesgo preconcepcional), durante la gestación (riesgo obstétrico) y a partir de las 28 semanas de embarazo hasta su resolución, incluyendo la primera semana de la vida de neonato (riesgo perinatal).

Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quien formamos pareja, elegir cuando y cuantos hijos tener y como mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa reproductiva y post-reproductiva. De lo anterior debemos inferir la necesidad de brindar información con educación a la población para la identificación del problema y sea capaz de solicitar ayuda oportunamente ante las instancias civiles, jurídicas o asistenciales, a la par de sensibilizar, informar y capacitar al personal de Salud para la atención de la violencia intrafamiliar: Por lo que el presente estudio pretende conocer la relación de la violencia intrafamiliar en las complicaciones del embarazo y los productos para evitar pérdidas y por ende brindar una atención integral, oportuna, de calidad y calidez por todo el personal de salud (medico, enfermería, trabajo social y demás personal que tenga contacto con la paciente obstétrica).

ANTECEDENTES

La violencia y el maltrato en el ámbito familiar se reconocieron como un problema social hasta 1960, cuando algunos autores describieron el síndrome del niño maltratado. Antes de esta fecha la violencia contra el género femenino era considerada como un fenómeno poco frecuente y era catalogada como un fenómeno anormal atribuido a personas con trastornos psicopatológicos. Sin embargo era reconocido que en la mayoría de los casos la violencia era ejercida por el compañero o ex compañero de la mujer.^{1, 2}

La conducta violenta entendida como el uso de la fuerza para la resolución de los conflictos personales, surge cuando existe un desequilibrio de poder, este puede ser permanente o momentáneo, en el cual se establece una relación de abuso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia contra la mujer como: “cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar un daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación de la libertad, tanto en la vía pública como en la privada.”³

La Violencia intrafamiliar es definida por la Ley contra la Violencia Doméstica como: “Acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda o tutela y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá aun cuando haya finalizado la relación que lo originó.” Entendemos como acción el ejecutar un acto que ponga en peligro la integridad tanto corporal como emocional, sexual o económica de alguna de las personas indicadas en el párrafo anterior; mientras que la omisión es dejar de realizar un acto con la cual se ponga en peligro dicha integridad.³

TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMIAR según el Instituto Latinoamericano para la Prevención del Delito (ILANUD) se divide en 4 tipos:

Violencia física: “Acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona.”

Violencia psicológica: “Aquella acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.”

Violencia sexual: “Acción que obliga a una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.”

Violencia patrimonial: “Acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda o tutela.”

CICLO DE LA VIOLENCIA DOMESTICA: Leonor Walker, Psicóloga norteamericana y especialista en la materia, desarrolló una teoría que nos ayuda a conocer y comprender la dinámica en la que entra la persona agresora y, su ciclo definido de agresión. Identificó un ciclo definido en la persona agresora de acumulación de tensión, seguido de un episodio de explosión, que termina en la mayoría de los casos con un episodio de tregua amorosa. Este ciclo está compuesto de tres fases distintas, las cuales varían en tiempo e intensidad. Lo que va ocurriendo en cada fase va a diferir “no solo según las personas, sino los años de violencia, su gravedad y el grado de deterioro psíquico que sufre la víctima.”³

En el ámbito mundial se estima que más de 5 millones de mujeres al año son víctimas de abuso físico severo por parte de sus parejas sexuales, y de éstas entre un 50% sufren actos de violación por parte de ellos.⁴

En este sentido el Banco Mundial estima que las mujeres pierden entre el 5% y 16% de años de vida saludables, es decir uno de cada cinco días de su salud a causa de violencia doméstica.⁵

En Turquía, Sahin y Sahin estimaron una prevalencia del 33% de violencia doméstica en la mujer embarazada, siendo la pareja sexual la principal fuente de violencia.⁵

En un estudio reciente Heise et al. documentaron que entre 10% y 50% de las mujeres a nivel mundial reportaron haber sido agredidas físicamente por sus parejas en algún momento de su vida y de ésta cifra entre el 3% y 20% reportaron ser víctimas de abuso físico durante el embarazo.⁶

En países desarrollados, como en Estados Unidos, la violencia hacia las mujeres es un hecho cotidiano y un estudio retrospectivo llevado a cabo por Lipsky et al, mediante la revisión de denuncias de violencia se encontró que en las mujeres embarazadas había una asociación positiva entre la violencia y el bajo peso de los niños al nacer.⁷

En México fue hasta en los años 90 cuando la violencia doméstica se tomó como sujeto de estudio, siendo la Organización Feminista del Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica (CECOVID) la primera en realizar un estudio de población abierta, el cual reveló una prevalencia de maltrato a mujeres mayores de 15 años, de un 33.5%. en este mismo estudio se manifestó que los padecimientos asociados con maltrato, se incluyen la cefalea crónica, el dolor abdominal, la tensión muscular, las infecciones vaginales recurrentes, las alteraciones del sueño, los trastornos de alimentación, las fracturas y las luxaciones, la depresión, el dolor pélvico, exacerbación del asma, al abuso de alcohol y drogas, el contagio de infecciones transmisibles por contacto sexual entre las cuales se incluye al VIH/SIDA, así como los embarazos no deseados y la interrupción del embarazo secundario a lesiones (aborto y parto prematuro).^{8,9}

La prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo se ha estudiado en otros países y las cifras muestran una variación entre el 4% y el 15% según el tipo y edad de la población estudiada, sin embargo algunos estudios han llegado a detectar hasta el 65% de violencia física y/o verbal durante este periodo altamente vulnerable para la mujer.¹⁰

En la ciudad de Lima Perú el 15% ha sufrido violencia física durante el embarazo, siendo el agresor primario principalmente el padre del producto. Para las mujeres que además pueden estar desnutridas o anémicas, con sobrecarga de trabajo y carecen acceso a una adecuada atención de salud, la violencia durante el embarazo puede tener un efecto aun mayor. Se ha probado la relación de violencia con abortos espontáneos, parto prematuro, infecciones, anemia, bajo peso al nacer y en general impacto en las actividades psicosociales de la mujer frente al embarazo. (OMS, 1997).¹¹

En México se encontró que un 33.5% de las mujeres usuarias del servicio de maternidad del Hospital Civil de Cuernavaca fueron maltratadas durante el embarazo, la mayoría de ellas por sus parejas, de estas el 3% sufrió abuso sexual y el embarazo fue producto de la violación. En este estudio se concluyó que la mujer que es maltratada durante el embarazo tiene más complicaciones durante el parto y postparto inmediato que la mujer no maltratada, así como mayor riesgo de tener productos con bajo peso al nacer. Así mismo se sugiere que el impacto de la violencia en la mujer embarazada puede tener alcances mortales, tanto para la madre como para el feto y que la violencia doméstica durante el embarazo puede ser más común que la diabetes o la placenta previa.^{12, 13}

Más recientemente, en mujeres atendidas en cuatro hospitales públicos de la Ciudad de México, Castro et al, encontraron una prevalencia de 25% de violencia intrafamiliar durante el embarazo, con predominio de violencia emocional y posteriormente violencia física.^{13, 14}

En otro estudio realizado en el Hospital Civil de Cuernavaca Morelos se encuestó a mujeres en un lapso no mayor a 24 horas después del parto, y se registró que la violencia física durante el embarazo se presentó en 13.6% de las pacientes. La estimación de la ocurrencia de este problema en la embarazada tendrá diferentes valores, dependiendo del instrumento de medición y el contexto en donde se desarrolla la investigación. Aplicar un cuestionario sobre violencia doméstica, en la casa de la mujer o en el hospital, tiene implicaciones en la medición del evento.¹⁴

Una agresión física que implique lesiones abdominales en la mujer embarazada tiene como consecuencia la aparición de abrupto placentae, el cual seguido de la edad de gestación puede llevar a la pérdida del feto, parto prematuro o productos con bajo peso al nacimiento.¹⁵

Se ha documentado una fuerte asociación entre ser golpeada antes del embarazo y el riesgo de serlo durante la gestación. Otro factor de riesgo identificado para ser víctima de violencia doméstica, es el antecedente de ser testigo de violencia entre sus padres durante su niñez. La falta de control prenatal, así como también se documentó que las redes de apoyo de la mujer maltratada durante el embarazo son más débiles que en las no maltratadas.^{16, 17, 18}

La prevalencia de violencia contra la mujer oscila entre 20 y 40% según estudios en distintas regiones del país, pero se ha examinado la relación entre la violencia y el embarazo en la población mexicana y reveló una prevalencia de 33,5%.¹⁹

Se ha documentado ampliamente que el personal de salud constituye un frente estratégico de identificación e intervención en los casos de violencia, ya que muchas de las víctimas acuden en diversos tiempos a recibir atención, ya sea como consecuencia directa del maltrato o por otras causas, por lo cual los servicios de salud juegan un papel importante en la detección oportuna de estos casos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar cobra un contenido singular, puesto que existe una desatención en el entorno médico y familiar y más aún la violencia intrafamiliar que sufre la mujer embarazada, la cual tiene implicaciones no solo en el ámbito de la salud sino también en el ámbito social y familiar, disminuyendo con ello la calidad de vida.

Es necesario no solo constatar el maltrato que sufre la mujer durante el embarazo, sino también el tipo de maltrato predominante y las implicaciones que este tiene no solo en la mujer sino también en su producto, por lo que se planteo la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones de la mujer embarazada y su producto?

HIPOTESIS

Ha: Existe relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones que presenta la mujer durante el embarazo y el parto.

Ho: No existe relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones que presenta la mujer durante el embarazo y el parto.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre violencia intrafamiliar y sus complicaciones en el embarazo y el producto en derechohabientes del IMSS atendidos en el Hospital de Gineco Obstetricia de Tlaltelolco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los factores sociodemográficos de las pacientes derechohabientes del IMSS.
2. Identificar el tipo de violencia que se presenta durante el embarazo.
3. Identificar las complicaciones durante el embarazo de las derechohabientes estudiadas
4. Valorar las condiciones inmediatas del producto al nacimiento: vivo o muerto, edad gestacional en semanas por FUR (o por USG, durante el embarazo o Capurro al nacimiento, en caso de amenorrea dudosa), peso y Apgar, y su probable asociación con violencia intrafamiliar en la mujer gestante.
5. Conocer la asociación de violencia intrafamiliar con complicaciones en la evolución del embarazo, y las condiciones del término del mismo (parto, cesárea o aborto).

SUJETOS, MATERIALES Y METODOS.

ÁREA DE ESTUDIO: el presente estudio se realizó en las instalaciones del IMSS, Hospital de Gineco-Obstetricia de Tlaltelolco (HGOT), ubicado en Av. Manuel González y Lerdo, el cual es un Hospital de segundo nivel de atención donde se encuestó a pacientes púerperas hospitalizadas que acudieron espontáneamente para la atención médica.

DISEÑO:

- Por la captación de la información estudio ambispectivo.
- Por la medición del fenómeno en el tiempo, estudio transversal.
- Por la presencia de un grupo control: estudio comparativo
- Por la dirección del análisis: casos y controles.

GRUPO DE ESTUDIO:

Mujeres derechohabientes en etapa de puerperio inmediato o mediato (postaborto, postparto o postcesárea) y sus productos de la concepción (vivos o muertos).

PERIODO DE ESTUDIO:

Del 01 de marzo de 2010 al 30 de abril de 2010.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Mujeres derechohabientes en etapa de puerperio inmediato o mediato (postaborto, postparto o postcesárea) y expedientes de sus productos de la concepción (vivos o muertos), hospitalizadas en el HGOT del DF del 01 marzo al 30 de abril del 2010.
2. Que aceptaron voluntariamente participar en el presente estudio previo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes con complicaciones agudas del puerperio que requirieron terapia intensiva o intermedia, impidiendo la realización de la encuesta.
2. Pacientes en etapa de puerperio con patología psiquiátrica que haya dificultado la realización de la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

1. Que por alguna razón no se haya complementado la ficha de identificación y/o cuestionario auto diagnóstico de violencia intrafamiliar.
2. Selección de dos o más respuestas del cuestionario de violencia intrafamiliar.
3. No contar con carta de consentimiento informado o desistir de dicho consentimiento.
4. Expedientes clínicos del producto incompletos (que no hayan contado con los datos requeridos).

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con base al programa EPI INFO 6 obteniéndose:

Confiabilidad	95%
Poder	80%
Relación no expuestos/expuestos	1:1
Factor expuestos	10%
RR	10.00
OR	10.97

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No expuestos	Expuestos	Total
121	121	242

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	PARAMETRO A EVALUAR	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	ANALISIS ESTADISTICO
VIOLENCIA INTRAFAM EN LA MUJER EMBARAZADA INDEPENDIENTE	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PRESENTE AUSENTE	CUESTIONARIO DIAGNOSTICO DE VIOLENCIA (20): Diferentes formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo familiar.	Cuantitativa Nominal	Porcentaje (%) frecuencia X ² ,OR
	TIPO DE VIOLENCIA	PSICO-EMOCIONAL, FÍSICA, SEXUAL O ECONÓMICO.	Diversas formas de violencia ejercidas contra una persona.	Cualitativa Nominal	% frecuencia
	VIOLENTADOR	PADRE, MADRE HERMANO PAREJA OTRO	Persona que ejerce violencia	Cualitativa Nominal	% Frecuencia

CONDICIONES DEL EMBARAZO VARIABLE DEPENDIENTE	COMPLICACION EN EL EMBARAZO	SI NO	Fenómeno mórbido concurrente durante el embarazo	Cualitativa Nominal	% frecuencia
	TERMINO DEL EMBARAZO	ABORTO PARTO CESAREA	Interrupción del embarazo con expulsión espontánea o inducida del producto de la concepción y sus anexos.	Cualitativa Nominal	% frecuencia
	COMPLICACION DURANTE EL PARTO	SI NO	Fenómeno mórbido que ocurre durante el parto	Cualitativa Nominal	% frecuencia
CONDICIONES DEL PRODUCTO VARIABLE DEPENDIENTE	VITALIDAD AL NACIMIENTO	VIVO O MUERTO	Condición de vida o muerte al momento del nacimiento	Cualitativa Nominal	% frecuencia
	EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO	SDG x FUR USG O CAPURRO	Tiempo aproximado de Vida Intrauterina del producto de la concepción , al momento de su expulsión o extracción	Cuantitativa Razón	% X2
	PESO AL NACIMIENTO	Kg y gr	Cuantificación específica del peso del producto, en una unidad de medida determinada al momento de su expulsión o extracción	Cuantitativa Razón	% X2
	PUNTAJE DE APGAR	>3 Depresión severa 4-6 Depresión moderada. 7-10 Sin depresión	Evaluación clínica del RN (FC, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración piel) al 1 y 5 minutos	Cualitativa Ordinal	% X2
	COMPLICACIONES DEL PRODUCTO	SI NO	Fenómeno mórbido que ocurre al producto durante el nacimiento	Cualitativa Nominal	% frecuencia

VARIABLES INTERCURRENTES

VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	ANALISIS ESTADISTICO
EDAD Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Cuantitativa Discreta Razón	Número de años	Media mediana y moda
Edo Civil Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Cualitativa Nominal	S: soltera UL: unión libre C: casada D: divorciada VD: viuda	%, frecuencias
ESCOLARIDAD Años cursados de educación formal	Cualitativa Nominal	Educación Básica Media Superior Licenciatura	%, frecuencias
OCUPACION Trabajo que impide ocupar el tiempo en otra cosa, empleo u oficio	Cualitativa Nominal	H: HOGAR O: OBRERA E: EMPLEADA P: PROFESIONISTA	%, frecuencias

NIVEL SOCIOECONOMICO Dimensión SOCIAL: Se expresa en la variable de la Educación del sostén del hogar. Dimensión ECONOMICA: Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar y sus bienes.	Cualitativa Nominal	METODO DE GRAFFAR: A: Profesión del jefe de familia. B: Nivel de instrucción de la madre. C: principal fuente de ingresos. D: condiciones de vivienda 04-06 Estrato alto 07-09 Medio alto 10-12 Medio bajo 13-16 Obrero 17-20 Marginal	Frecuencia %
CONTROL PRENATAL Vigilancia y atención médica durante la gestación, con la finalidad de una maternidad saludable	Cualitativa Ordinal	Trimestre gestacional en que inicia el control prenatal	%, frecuencias
	Cuantitativa discreta Razón	Numero de consultas de control prenatal a las que asistió	Media mediana y moda
ALCOHOLISMO Abuso de bebidas alcohólicas que ocasiona trastornos físicos, psico-emocionales y sociales	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. BEBEDOR SOCIAL: Bebe en reuniones, nunca se embriaga, no causa problemas con su manera de beber. 2. BEBEDOR FUERTE: Bebe mucho, con frecuencia hay problemas familiares y ansiedad 3. BEBEDOR ALCOHOLICO: Permanece casi todo el tiempo alcoholizado, hay problemas familiares, laborales y con amistades.. 	%, frecuencias
TABAQUISMO	Cuantitativa Razón	Numero de cigarrillos al día	%, frecuencias
DROGADICCION Consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas al adicto y a los que le rodean	Cualitativa Nominal	PRESENTE AUSENTE	%, frecuencias

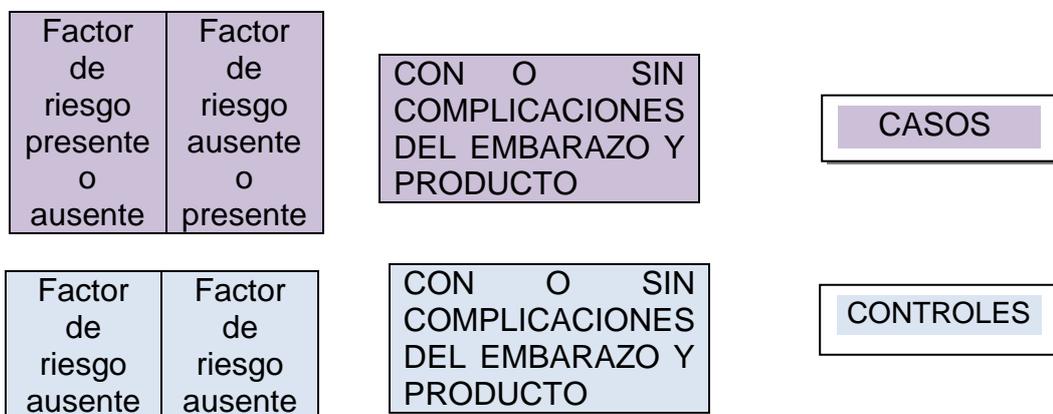
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio de casos y controles en mujeres puérperas en el segundo nivel de atención, durante el periodo de marzo a abril del 2010, que cumplieron con los criterios de inclusión y previo consentimiento informado.

1. Se informó a las pacientes con criterios de inclusión el objetivo del estudio, y la forma de recabar dicha información que fue mediante una encuesta de violencia intrafamiliar, explicándoles que no habría repercusiones médicas o legales. Además se incluyeron ítems de aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, antecedentes perinatales del producto, antecedentes no patológicos de la familia: alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y tipología de la violencia.
2. Los grupos de casos y controles se determinaron mediante la aplicación del cuestionario auto diagnóstico de violencia intrafamiliar, el cual constó de 15 ítems:
 - a) Casos (con violencia intrafamiliar): paciente con un puntaje de violencia de 12 a 45 en el cuestionario auto diagnóstico.
 - b) Controles (sin violencia intrafamiliar): pacientes con un puntaje de violencia de 0 a 11 en el cuestionario auto diagnóstico.

Pasado o presente

Presente



3. Al término de la encuesta se le solicitó a la paciente que expresara si tuvo alguna duda sobre dicha encuesta o sobre el problema de estudio, y se le dieron las gracias por su participación.

ANALISIS DE DATOS

Una vez obtenidos los resultados, se analizaron utilizando una base de datos mediante el programa SPSS V.15 para la realización de estadística descriptiva comprendió: porcentaje, promedio, desviación estándar y estadística analítica para la asociación de variables: X², OR con Intervalo de Confianza al 95%.

RESULTADOS.

En nuestro estudio realizado en pacientes con y sin violencia observamos:

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VIOLENCIA:

Diagnóstico de Puerperio quirúrgico en un 45.5% (N=55), seguido de Puerperio Fisiológico 37.2% (N=45); una edad mínima de 15 años, máxima de 42 y media de 26.6 ± 6.36 , un intervalo de edad de 26-30 años con 29.8%, (N=36) y 21-25 años con 28.9% (N=35). Con respecto al estado civil fueron casadas un 52.1% (N=63) y unión libre 35.5% (N=43). Una escolaridad de Preparatoria completa 29.8% (N=36), secundaria completa 24% (N=29), en cuanto a la ocupación el 47.9% (N=58) se dedicaba al hogar y el resto eran trabajadoras 52.1% (N=63), con nivel socioeconómico medio bajo 64.5% (N=78). **(Ver cuadro 1)**

Antecedentes ginecoobstétricos El inicio de vida sexual activa tuvo un mínimo de 11 años, un máximo de 27, con una media de 17.8 ± 2.76 , rango de edad para IVSA de 15-20 años 73.6% (n=89); El mínimo de gestas fue 1 con un máximo de 5, una media de 1.96 ± 0.98 , encontrándose así con mayor frecuencia de 1 a 2 gestas, con un porcentaje de 75.2 (N=91); el mínimo de partos fue de 0, el máximo de 4, con una media de 0.82 ± 0.91 , con una mayor frecuencia de un parto 75.2% (N=91); el mínimo de abortos fue de 0, máximo de 2, con una media de 0.41 ± 0.60 , obteniendo la mayor frecuencia las mujeres sin abortos en un 64.5% (N=78), el mínimo de cesáreas fue de 0 y el máximo de 3, media de 0.72 ± 0.87 , con un porcentaje mayor las mujeres sin cesáreas 49.6% (N=60) contra el 33.9 % (N=41) de las mujeres con una cesárea. El mínimo de hijos vivos fue de 0, con un máximo de 5, una media de 1.57 ± 0.91 , el mayor porcentaje fue de mujeres con un hijo 47.9% (N=58) y el número de hijos muertos fue de 0, el máximo de 2, una media de 0.43 ± 0.59 , teniendo menor porcentaje las mujeres sin hijos muertos 61.2% (N=74). **(Ver cuadro 2 y 3)**

Presencia de tabaquismo positivo en el 2.5% (N=3), con nivel leve en las tres pacientes (100%); alcoholismo un 5.8% (N=7), de las cuales 5 pacientes (71.4%) fueron bebedoras sociales y 2 (28.6%) bebedoras fuertes. **(Ver cuadro 4)**

En las características del embarazo se observó que el 86.8% (N=105) tuvieron control prenatal, contra el 13.2% (N= 16) que no, el inicio de control prenatal fue en el primer trimestre 66.1% (N=80). El 25.6% (N=31) aceptaban el embarazo y el 23.1% (N=28) fue deseado y aceptado, los embarazos planeados solo fueron del 17.4% (N=21), seguido del 10.7% (N=13) de embarazos rechazados.

El método de planificación familiar aceptado en ese momento fue el DIU un 56.2% (N=68), seguido de OTB en un 26.4% (N=32) y sin aceptación de método un 14.9% (N=18). **(Ver cuadro 5)**

Un 71.9% (N=87) tuvo complicaciones durante el embarazo, correspondiendo el 23.0% (N=20) a RPM, seguido de aborto en un 18.3% (N=16) y amenaza de aborto en un 17.2% (N=15). Con complicaciones durante el parto sólo el 15.7% (N=19) siendo la más frecuente el parto estacionario en un 63.1% (N=12), seguido de desproporción céfalo pélvica en un 15.8% (N=3). **(Ver cuadro 6)**

Con respecto a las condiciones del producto al nacer se encontraron con vida el 81.8% (N= 99) y muertos al 18.2% (N=22). La edad gestacional tuvo un mínimo de 32, un máximo de 42, una media de 37.74 ± 1.66 , la edad por categoría más frecuente fue de 38-41 semanas con un 64.6% (N=64), seguido de 28-37 semanas 33.3% (N=33). El peso mínimo fue de 1950gr, máximo de 4350, con una media de 2861.46 ± 518.09 . El peso de acuerdo a categorías fue mayor en el rango de 501-2500 37.4% (N=37), seguido de 3001-3500 28.3% (N=28). El APGAR mínimo al minuto uno fue de 4, máximo de 9, media de 7.29 ± 0.97 , se obtuvo mayor frecuencia un APGAR de 6 con un 22.2% (N=22), el APGAR mínimo al minuto cinco fue de 5, máximo de 9, media de 8.28 ± 0.94 , el APGAR de 7 tuvo mayor porcentaje 22.2%(N=22). Se observaron complicaciones en el producto en un 43.8% (N=53), el tipo de complicación más frecuente fue prematuridad 43.7% (N=23), seguido de bajo peso 30.2% (N=16). **(Ver cuadro 7, 8 y 9)**

Las características de las parejas de las pacientes eran de edad mínima de 16, máxima de 45, una media de 30.20 ± 6.89 , intervalo de edad 26-30 años con 31.4%, (N=38), seguido de 31-35 años con 18.2% (N=22). Estado civil casados en un 57.9% (N=70), seguido de unión libre 35.5% (N=43). Escolaridad de Preparatoria completa 54.5% (N=66), seguido de preparatoria incompleta 14.9% (N=18), El 51.2% (N=74) laboraban como empleados, y obreros en un 26.4% (N=32) y solo el 12.4% (N=15) fueron profesionistas, en el nivel socioeconómico percibido es medio bajo 64.5% (N=78). Se encontró tabaquismo positivo en el 34.7% (N=42), nivel leve de tabaquismo con 66.6% (N=28), seguido del nivel moderado 23.8% (N=10), alcoholismo en un 45.5% (N=55), correspondiendo el 38.3% (N=21) a bebedores fuertes, seguido de bebedores sociales 32.7% (N=18) y de bebedores alcohólicos en un 29.0% (N=16).La presencia de drogadicción se observó positiva en un 9.1% (N=11). **(Ver cuadro 10 y 11)**

En lo que respecta a las características de la violencia encontramos que el principal violentador fue la pareja 89.3% (N=108), seguido de el padre 5% (N=6), el agente con que se ocasiona la violencia predominó el golpe con pie o mano 42.1% (N=51), seguido de agente múltiple con un 25.6% (N=31). La lesión secundaria a la violencia fue la limitación o dificultad para moverse o caminar 64.5% (N=78), seguido de limitación o dificultad para usar manos y pies 13.2% (N=16). De acuerdo al tipo de violencia la más frecuente fue la violencia psicológica presente en un 99.2% (N=120), la violencia física tuvo un porcentaje de 90.1% (N=109) y la violencia sexual de 23.1% (N=28). El nivel de violencia más frecuente fue el primer nivel de abuso 50.4% (N=61), seguido del abuso severo 41.3% (N=50), mientras que el abuso peligroso solo tuvo un 8.3% (N=10). **(Ver cuadro 12)**

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES SIN VIOLENCIA:

Diagnóstico de Puerperio Fisiológico en un 50.4% (N=61), seguido de Puerperio quirúrgico 39.7% (N=48); con respecto a la edad de las pacientes estudiadas se encontró un mínima de 15 años, máxima de 43 y media de 28 ± 6.22 , un intervalo de edad de 26-30 años con 28.9%, (N=35), seguido de 21-25 años con 27.3% (N=33). Con respecto al estado civil se encontraron casadas en un 68.6% (N=83), seguido de unión libre 22.3% (N=27). Una escolaridad de Preparatoria completa 29.8% (N=36), seguido de secundaria completa 21.5% (N=26), en cuanto a la ocupación el 43.8% (N=53) se dedicaba al hogar y el resto eran trabajadoras 56.2% (N=68), en nivel socioeconómico predominó el estrato medio bajo 58.7% (N=71). **(Ver cuadro 1)**

Antecedentes ginecoobstétricos El inicio de vida sexual activa tuvo un mínimo de 13 años, un máximo de 30, con una media de 18.37 ± 3.00 , rango de edad para IVSA de 15-20 años 81.8% (n=99); El mínimo de gestas fue 1 con un máximo de 6, una media de 2.05 ± 1.12 , encontrándose así con mayor frecuencia de 1 a 2 gestas con un porcentaje de 69.4 (N=84) ; el mínimo de partos fue de 0, el máximo de 5, con una media de 1.00 ± 1.05 , con una mayor frecuencia de un parto 72.7% (N=88); el mínimo de abortos fue de 0, máximo de 3, con una media de 0.36 ± 0.63 , obteniendo la mayor frecuencia las mujeres sin abortos en un 71.1% (N=86), el mínimo de cesáreas fue de 0 y el máximo de 3, media de 0.76 ± 0.92 , con un porcentaje mayor las mujeres sin cesáreas 49.6% (N=60) contra el 32.2 % (N=39) de las mujeres con una cesárea.

El mínimo de hijos vivos fue de 0, con un máximo de 6, una media de 1.74 ± 1.06 , el mayor porcentaje fue de mujeres con un hijo 44.6% (N=54) y el número de hijos muertos fue de 0, el máximo de 3, una media de 0.33 ± 0.59 , teniendo menor porcentaje las mujeres sin hijos muertos 72.7% (N=88). **(Ver cuadro 2 y 3)**

En cuanto a la presencia de toxicomanías en las pacientes estudiadas sin violencia se encontró tabaquismo positivo en el 1.7% (N=2), correspondiendo esto al 50% en el nivel leve de tabaquismo y otro 50% en el nivel moderado de tabaquismo, el alcoholismo se encontró presente en un 1.7% (N=2), correspondiendo a bebedoras sociales en un 100%. **(Ver cuadro 4)**

Dentro de las características del embarazo de las pacientes estudiadas se encontró un 90.9% (N=110) que si tuvieron control prenatal, contra el 9.1% (N= 11) sin control prenatal, con mayor rango de inicio de control prenatal durante el primer trimestre 80.2% (N=97). Con respecto a la aceptación del embarazo el 28.9% (N=35) fue planeado, seguido del 19.8% (N=24) que fue deseado y aceptado, por su parte los embarazos rechazados fueron solo del 4.1% (N=5) de embarazos rechazados. El método de planificación familiar más utilizado durante el puerperio fue el DIU con un 58.7% (N=71), seguido de la OTB en un 31.4% (N=38) y sin aceptación de método un 6.6% (N=8). **(Ver cuadro 5)**

En cuanto a la presencia de complicaciones durante el embarazo fue el 32.2% (N=39); correspondiendo a aborto en un 28.2% (N=11), seguido por RPM y preeclamsia con un 18.0% (N=7). Con complicaciones durante el parto se encontró un 5.0% (N=6), teniendo la cifra más alta el trabajo de parto estacionario en un 66.6% (N=4), seguido de atonía uterina y circular de cordón con igual porcentaje 16.6% (N=1). **(Ver cuadro 6)**

Con respecto a las condiciones del producto al nacer se encontraron con vida el 90.1% (N= 109) y muertos al 9.9% (N=12). La edad gestacional tuvo un mínimo de 34, un máximo de 42, una media de 38.62 ± 1.43 , la edad por categoría más frecuente fue de 38-41 semanas con un 82.6% (N=90), seguido de 28-37 semanas 16.5% (N=18). El peso mínimo fue de 2080gr, máximo de 4200, con una media de 3224.89 ± 443.89 . El peso de acuerdo a categorías fue mayor en el rango de 3001-3500 con un 37.6% (N=37), seguido de 2501-3000 26.6% (N=28). El APGAR mínimo al minuto uno fue de 5, máximo de 9, media de 7.87 ± 0.61 , el APGAR de 8 obtuvo un mayor porcentaje 82.6% (N=90), el APGAR mínimo al minuto cinco fue de 7, máximo de 9, media de 8.83 ± 0.48 , aquí el APGAR con mayor frecuencia fue el de 9 88.1% (N=96).

Se observaron complicaciones en el producto en un 14.9% (N=18), el tipo de complicación más frecuente fue prematuridad 44.3% (N=8), seguido de dificultad respiratoria leve y macrosomía en un 16.6% (N=3). **(Ver cuadro 7, 8 y 9)**

Las características sociodemográficas de las parejas de las pacientes estudiadas encontramos con respecto a la edad un mínimo de 16, máximo de 45, una media de 30.8 ± 6.50 , un intervalo de edad de 26-30 años con 32.2%, (N=39), seguido de 31-35 años con 27.3% (N=33). Con respecto al estado civil se encontraron casados en un 71.9% (N=87), seguido de unión libre 23.1% (N=28). Una escolaridad de Preparatoria completa 48.8% (N=59), seguido de licenciatura completa 20.7% (N=25), en cuanto a la ocupación el 53.7% (N=65) laboraban como empleados, seguido de obreros en un 25.6% (N=31) y solo el 19.8% (N=24) fueron profesionistas, en el nivel socioeconómico predominó el estrato medio bajo 58.7% (N=71). **(Ver cuadro 10)**

En cuanto a la presencia de toxicomanías en las parejas de pacientes estudiadas con violencia se encontró tabaquismo positivo en el 21.5% (N=26), de acuerdo al nivel de tabaquismo el nivel leve de tabaquismo tuvo la mayor frecuencia con 92.3% (N=24), seguido del nivel moderado 7.7% (N=2), el alcoholismo se encontró presente en un 28.1% (N=34), correspondiendo el 76.4% (N=26) a bebedores sociales, seguido de bebedores fuertes 14.7% (N=5) y de bebedores alcohólicos en un 8.8% (N=3). **(Ver cuadro 11)**

FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA.

Las toxicomanías en la pareja fueron factores asociados a la presencia de violencia en mujeres embarazadas, incrementando un riesgo de 1.9 veces más con tabaquismo ($p=0.022$), 2.1 con alcoholismo ($p=0.005$) y 0.9 con drogadicción ($p=0.001$).

La violencia incremento el riesgo hasta un 2.8 para tener un inadecuado control prenatal ($p=0.001$), 5.3 veces para tener complicaciones en el embarazo ($p=0.000$), 4 veces más para complicaciones en el parto ($p=0.002$) y 5.8 veces más en complicaciones del producto ($p=0.000$): productos prematuros 2.5 veces más ($p=0.005$), peso bajo al nacer hasta 7 veces más ($p=0.000$) y calificación baja de Apgar al minuto uno hasta 5.8 veces más ($p=0.000$). **(Ver cuadro 13 y 14)**

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON Y SIN VIOLENCIA.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES ESTUDIADAS	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
DIAGNÓSTICO ACTUAL				
Puerperio fisiológico	45	37.2	61	50.4
Puerperio quirúrgico	55	45.5	48	39.7
Puerperio post LUI*	16	13.2	11	9.1
P. fisiológico post óbito	4	3.3	1	0.8
P. quirúrgico post óbito	1	0.8	0	0.0
EDAD DE PACIENTES ESTUDIADAS				
Menos de 20	22	18.2	13	10.7
21-25	35	28.9	33	27.3
26-30	36	29.8	35	28.9
31-35	14	11.6	26	21.5
36-40	11	9.1	9	7.4
41-45	3	2.5	5	4.1
ESTADO CIVIL				
Soltera	12	9.9	10	8.3
Unión libre	43	35.5	27	22.3
Casada	63	52.1	83	68.6
Divorciada	2	1.7	1	0.8
Viuda	1	0.8	0	0.0
ESCOLARIDAD				
Analfabeta	0	0.0	1	0.8
Primaria incompleta	1	0.8	2	1.7
Primaria completa	3	2.5	3	2.5
Secundaria incompleta	8	6.6	6	5.0
Secundaria completa	29	24.0	26	21.5
Preparatoria incompleta	26	21.5	20	16.5
Preparatoria completa	36	29.8	36	29.8
Universidad incompleta	8	6.6	3	2.5
Universidad completa	10	8.3	24	19.8
OCUPACION				
Hogar	58	47.9	53	43.8
Obrera	26	21.5	19	15.7
Empleada	30	24.8	31	25.6
Profesionista	7	5.8	18	14.9
NIVEL SOCIOECONOMICO				
Alto	8	6.6	14	11.6
Medio alto	22	18.2	30	24.8
Medio bajo	78	64.5	71	58.7
Obrero	13	10.7	4	3.3
marginal	0	0.0	2	1.7

*LUI (Legrado Uterino Instrumental)

CUADRO 2. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE PACIENTES ESTUDIADAS	CON VIOLENCIA				SIN VIOLENCIA			
	Mín	Máx	\bar{X}	DS	Mín	Máx	\bar{X}	DS
IVSA*	11	27	17.80	2.76	13	30	18.37	3.00
Gesta	1	5	1.96	0.98	1	6	2.05	1.12
Parto	0	4	0.82	0.91	0	5	1.00	1.05
Aborto	0	2	0.41	0.60	0	3	0.36	0.63
Cesárea	0	3	0.72	0.87	0	3	0.76	0.92
No. Hijos vivos	0	5	1.57	0.91	0	6	1.74	1.06
No. Hijos muertos	0	2	0.43	0.59	0	3	0.33	0.59

*IVSA (Inicio de Vida Sexual Activa)

CUADRO 3. CARACTERISTICAS DE LOS ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE PACIENTES ESTUDIADAS	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
IVSA CATEGORÍA				
Menor de 15 años	17	14.0	9	7.4
De 15-20 años	89	73.6	99	81.8
De 20-25 años	11	9.1	9	7.4
Más de 25 años	4	3.3	4	3.3
GESTA				
1	45	37.2	49	40.5
2	46	38.0	35	28.9
3	23	19.0	22	18.2
4	3	2.5	12	9.9
5	4	3.3	2	1.7
6	0	0.0	1	0.8
PARTO				
0	52	43.0	46	38.0
1	47	38.8	42	34.7
2	15	12.4	24	19.8
4	5	4.1	5	4.1
5	2	1.7	3	2.5
	0	0.0	1	0.8
ABORTO				
0	78	64.5	86	71.1
1	36	29.8	27	22.3
2	7	5.8	7	5.8
3	0	0.0	1	0.8
CESÁREA				
0	60	49.6	60	49.6
1	41	33.9	39	32.2
2	13	10.7	13	10.7
3	7	5.8	9	7.4
No. HIJOS VIVOS				
0	8	6.6	6	5.0
1	58	47.9	54	44.6
2	37	30.6	37	30.6
3	15	12.4	16	13.2
4	2	1.7	6	5.0
5	1	0.8	1	0.8
6	0	0.0	1	0.8
No. HIJOS MUERTOS				
0	74	61.2	88	72.7
1	41	33.9	27	22.3
2	6	5.0	5	4.1
3	0	0.0	1	0.8

CUADRO 4. PRESENCIA DE TOXICOMANIAS EN PACIENTES ESTUDIADAS.

TOXICOMANIAS EN PACIENTES	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
TABAQUISMO				
Positivo	3	2.5	2	1.7
Negativo	118	97.5	119	98.3
NIVEL DE TABAQUISMO	N=3		N=2	
Leve	3	100	1	50
Moderado	0	0.0	1	50
Severo	0	0.0	0	0.0
ALCOHOLISMO				
Positivo	7	5.8	2	1.7
Negativo	114	94.2	119	98.3
NIVEL DE ALCOHOLISMO	N=7		N=2	
Bebedor social	5	71.4	2	100.0
Bebedor fuerte	2	28.6	0	0.0
Bebedor alcohólico	0	0.0	0	0.0

CUADRO 5. CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO EN PACIENTES ESTUDIADAS

CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
CONTROL PRENATAL				
Si	105	86.8	110	90.9
No	16	13.2	11	9.1
TRIMESTRE DE INICIO CONTROL PRENATAL				
Primer trimestre	80	66.1	97	80.2
Segundo trimestre	21	17.4	11	9.1
Tercer trimestre	4	3.3	2	1.7
Sin control prenatal	16	13.3	11	9.1
ACEPTACION DEL EMBARAZO				
Aceptado	31	25.6	23	19
Deseado	8	6.6	6	5
Deseado, aceptado	28	23.1	24	19.8
Planeado	21	17.4	35	28.9
Planeado, aceptado	1	0.8	1	0.8
Planeado, deseado	11	9.1	12	9.9
Planeado, deseado, aceptado	8	6.6	15	12.4
Rechazado	13	10.7	5	4.1
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR PUERPERAL				
DIU*	68	56.2	71	58.7
OTB**	32	26.4	38	31.4
Hormonal oral	1	0.8	2	1.7
Hormonal inyectable	2	1.7	2	1.7
Ninguno	18	14.9	8	6.6

*DIU (Dispositivo intrauterino)

**OTB (Obliteración Tubárica Bilateral)

CUADRO 6. PRESENCIA DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

PRESENCIA DE COMPLICACIONES	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO				
Si	87	71.9	39	32.2
NO	34	28.1	82	67.8
TIPO DE COMPLICACION	N=87		N=39	
AA*	15	17.2	2	5.1
AA, sufrimiento fetal	2	2.3	1	2.6
ABORTO	16	18.3	11	28.2
Anemia	2	2.3	0	0.0
APP**	7	8.0	4	10.2
APP, sufrimiento fetal	4	4.6	1	2.6
Cervicovaginitis	2	2.3	2	5.1
Embarazo ectópico	1	1.1	0	0.0
Hiperémesis	0	0.0	3	7.7
Hipomotilidad fetal	2	2.3	0	0.0
Obito fetal	5	5.7	1	2.6
Oligohidramnios	4	4.6	0	0.0
Placenta previa	3	3.4	0	0.0
Preeclamsia	4	4.6	7	18.0
RPM***	20	23.0	7	18.0
COMPLICACIONES EN EL PARTO				
Si	19	15.7	6	5.0
No	80	66.1	103	85.1
No aplica (abortos, ectópico y óbitos)	22	18.2	12	9.9
TIPO COMPLICACION	N=19		N=6	
Atonía uterina	1	5.2	1	16.6
Circular de cordón	0	0.0	1	16.6
DCP****	3	15.8	0	0.0
DPPNI*****	2	10.5	0	0.0
Prolapso de cordón	1	5.2	0	0.0
TDPE*****	12	63.1	4	66.6

*AA (Amenaza de Aborto)

**APP (Amenaza de Parto Pretérmino)

***RPM (Ruptura Prematura de Membranas)

**** DCP (Desproporción Céfalopélvica)

***** DPPNI (Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta)

*****TDPE (Trabajo de Parto Estacionario)

CUADRO 7. CARACTERISTICAS DE LOS PRODUCTOS VIVOS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

CARACTERISTICAS DE PRODUCTOS VIVOS	CON VIOLENCIA				SIN VIOLENCIA			
	Mín	Máx	\bar{X}	DS	Mín	Máx	\bar{X}	DS
EDAD GESTACIONAL	32	42	37.74	1.66	34	42	38.62	1.43
APGAR MINUTO 1	4	9	7.29	0.97	5	9	7.87	0.61
APGAR MINUTO 5	5	9	8.28	0.94	7	9	8.83	0.48
PESO	1950	4350	2861.46	518.09	2080	4200	3224.35	443.89

CUADRO 8. CONDICIONES DE NACIMIENTO DE LOS PRODUCTOS VIVOS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
CONDICION DEL PRODUCTO AL NACER				
Vivo	99	81.8	109	90.1
Muerto	22	18.2	12	9.9
EDAD GESTACIONAL				
Semana 32	1	1.0	0	0.0
Semana 34	1	1.0	1	0.9
Semana 35	7	7.1	1	0.9
Semana 36	14	14.1	6	5.5
Semana 37	10	10.1	10	9.2
Semana 38	41	41.4	38	34.9
Semana 39	11	11.1	19	17.4
Semana 40	11	11.1	25	22.9
Semana 41	1	1.0	8	7.3
Semana 42	2	2.0	1	0.9
EDAD GESTACIONAL	N=99		N=109	
28-37sem	33	33.3	18	16.5
38-41sem	64	64.6	90	82.6
42 y más	2	2.0	1	0.9
APGAR MINUTO 1				
4	1	1.0	0	0.0
5	2	2.0	1	0.9
6	22	22.2	5	4.6
7	18	18.2	7	6.4
8	54	54.5	90	82.6
9	2	2.0	6	5.5
APGAR MINUTO 5				
5	1	1.0	0	0.0
6	2	2.0	0	0.0
7	22	22.2	5	4.6
8	17	17.2	8	7.3
9	57	57.6	96	88.1
PESO CATEGORICO	N=99		N=109	
501-2500	37	37.4	8	7.3
2501-3000	22	22.2	29	26.6
3001-3500	28	28.3	41	37.6
3501-4000	11	11.1	28	25.7
4000 y más	1	1.0	3	2.8

CUADRO 9. COMPLICACIONES DE LOS PRODUCTOS VIVOS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

CARACTERÍSTICAS DE PRODUCTOS VIVOS	Con violencia		Sin violencia	
	N= 99	%	N=109	%
COMPLICACIONES DEL PRODUCTO				
Si	53	43.8	18	14.9
No	46	38.0	91	75.2
No aplica (abortos, ectópico y óbitos)	22	18.2	12	9.9
TIPO DE COMPLICACIÓN	N=53		N=18	
Aspiración de LA*	3	5.7	0	0.0
Bajo peso	13	24.5	2	11.1
Bajo peso con aspiración de LA y bradicardia	3	5.7	0	0.0
Dif. respiratoria leve	6	11.3	3	16.6
Dif. respiratoria mod	3	5.7	2	11.1
Macrosomía	1	1.8	3	16.6
Prematurez	8	15.4	5	27.7
Prematurez con aspiración de LA y dificultad respiratoria	15	28.3	3	16.6
TTRN**	1	1.8	0	0.0

*LA (Líquido Amniótico)

**TTRN (Taquipnea Transitoria del Recién Nacido)

CUADRO 10. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PAREJAS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS LAS PAREJAS	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
EDAD DE PAREJA DE PACIENTES ESTUDAS				
Menos de 20	14	11.6	11	9.1
21-25	20	16.5	14	11.6
26-30	38	31.4	39	32.2
31-35	22	18.2	33	27.3
36-40	20	16.5	16	13.2
41-45	7	5.8	8	6.6
ESTADO CIVIL				
Soltero	3	2.5	3	2.5
Unión libre	43	35.5	28	23.1
Casado	70	57.9	87	71.9
Divorciado	4	3.3	3	2.5
Viudo	1	0.8	0	0.0
ESCOLARIDAD				
Primaria incompleta	0	0.0	1	0.8
Primaria completa	2	1.7	1	0.8
Secundaria incompleta	4	3.3	3	2.5
Secundaria completa	8	6.6	15	12.4
Preparatoria incompleta	18	14.9	13	10.7
Preparatoria completa	66	54.5	59	48.8
Universidad incompleta	6	5.0	4	3.3
Universidad completa	17	14.0	25	20.7
OCUPACION				
Hogar	0	0.0	1	0.8
Obrera	32	26.4	31	25.6
Empleada	74	61.2	65	53.7
Profesionista	15	12.4	24	19.8
NIVEL SOCIOECONOMICO				
Alto	8	6.6	14	11.6
Medio alto	22	18.2	30	24.8
Medio bajo	78	64.5	71	58.7
Obrero	13	10.7	4	3.3
marginal	0	0.0	2	1.7

CUADRO 11. PRESENCIA DE TOXICOMANIAS EN LAS PAREJAS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

TOXICOMANIAS EN LAS PAREJAS	Con violencia		Sin violencia	
	N= 121	%	N=121	%
TABAQUISMO				
Positivo	42	34.7	26	21.5
Negativo	79	65.3	95	78.5
NIVEL DE TABAQUISMO	N=42		N=26	
Leve	28	66.6	24	92.3
Moderado	10	23.8	2	7.7
Severo	4	9.5	0	0.0
ALCOHOLISMO				
Positivo	55	45.5	34	28.1
Negativo	66	54.5	87	71.9
NIVEL DE ALCOHOLISMO	N=55		N=34	
Bebedor social	18	32.7	26	76.4
Bebedor fuerte	21	38.3	5	14.7
Bebedor alcohólico	16	29.0	3	8.8
DROGADICCION				
Positivo	11	9.1	0	0.0
Negativo	110	90.9	121	100.0

CUADRO 12. CARACTERISTICAS Y TIPO DE VIOLENCIA EN PACIENTES ESTUDIADAS

CARACTERISTICAS DE LA VIOLENCIA		
	N= 121	%
VIOLENTADOR		
Padre	6	5.0
Madre	1	0.8
Hermano	3	2.5
Pareja	108	89.3
Otro (suegra y vecino)	3	2.5
AGENTE DE VIOLENCIA		
Fuego, flama o sustancia caliente	3	2.5
Objeto contundente	21	17.4
Golpe contra piso o pared	7	5.8
Pie o mano	51	42.1
Amenaza y violencia verbal	6	5.0
Múltiple	31	25.6
Otra (objeto cortante)	2	1.7
TIPO DE LESION SECUNDARIA A VIOLENCIA		
Limitación o dificultad para moverse o caminar	78	64.5
Limitación o dificultad para usar brazos o manos	16	13.2
Sordera o dificultad para oír	1	0.8
Dificultad para ver o ceguera	6	5.0
Limitación física o mental	1	0.8
Otra (aborto, equimosis, cicatrices)	19	15.7
TIPOS DE VIOLENCIA		
PSICOLOGICA		
Si	120	99.2
No	1	0.8
VIOLENCIA SOCIAL		
Si	111	91.7
No	10	8.3
VIOLENCIA VERBAL		
Si	95	78.5
No	26	21.5
VIOLENCIA ECONOMICA		
Si	72	59.5
No	49	40.5
VIOLENCIA FISICA		
Si	109	90.1
No	12	9.9
VIOLENCIA SEXUAL		
Si	28	23.1
No	93	76.9
NIVEL DE VIOLENCIA		
Primer nivel de abuso (12-22 puntos)	61	50.4
Abuso severo (23-34 puntos)	50	41.3
Abuso peligroso (35-45 puntos)	10	8.3

CUADRO 13. FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE VIOLENCIA (OR, INTERVALO DE CONFIANZA Y SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA).

VIOLENCIA	TABAQUISMO EN LA PAREJA		OR	IC al 95%	P
	POSITIVO	NEGATIVO			
SI	42	79	1.943	1.095-3.445	0.022
NO	26	95			

VIOLENCIA	ALCOHOLISMO EN LA PAREJA		OR	IC al 95%	P
	POSITIVO	NEGATIVO			
SI	55	66	2.132	1.250-3.637	0.005
NO	34	87			

VIOLENCIA	DROGADICCION EN LA PAREJA		OR	IC al 95%	P
	POSITIVO	NEGATIVO			
SI	11	110	0.909	0.859-0.962	0.001
NO	0	121			

VIOLENCIA	EMBARAZO SIN CONTROL PRENATAL	EMBARAZO CON CONTROL PRENATAL	OR	IC al 95%	P
	SI	45			
NO	21	100			

VIOLENCIA	EMBARAZO CON COMPLICACIONES	EMBARAZO SIN COMPLICACIONES	OR	IC al 95%	P
	SI	87			
NO	39	82			

VIOLENCIA	PARTO CON COMPLICACIONES	PARTO SIN COMPLICACIONES	OR	IC al 95%	P
	SI	19			
NO	6	103			

VIOLENCIA	PRODUCTO CON COMPLICACIONES	PRODUCTO SIN COMPLICACIONES	OR	IC al 95%	P
SI	53	46	5.825	3.06-11.06	0.000
NO	18	91			

VIOLENCIA	RN PRETERMINO	RN DE TERMINO	OR	IC al 95%	P
SI	33	66	2.528	1.312-4.871	0.005
NO	18	91			

VIOLENCIA	PRODUCTO PESO BAJO	PRODUCTO PESO NORMAL	OR	IC al 95%	P
SI	37	82	7.534	3.29-17.22	0.000
NO	8	101			

VIOLENCIA	APGAR BAJO MIN 1	APGAR NORMAL MIN 1	OR	IC al 95%	P
SI	25	74	5.800	2.266-1.964	0.000
NO	6	103			

CUADRO 14. ANALISIS BIVARIADO DE VARIABLES ESTUDIDAS CON LA PRESENCIA DE VIOLENCIA

VARIABLES	CORRELACION	P
Nivel socioeconómico de las pacientes estudiadas	-0.135	0.036
Tabaquismo en la pareja	0.147	0.022
Alcoholismo en la pareja	0.180	0.005
Drogadicción en la pareja	0.218	0.001
Mayor consultas de control prenatal	0.234	0.000
Complicaciones en el embarazo	0.397	0.000
Complicaciones en el producto	0.161	0.012
Peso bajo del producto	0.226	0.000
APGAR bajo minuto 1	0.204	0.001
APGAR bajo minuto 5	0.193	0.003

DISCUSION.

La violencia en la mujer embarazada esta asociada a complicaciones durante el embarazo y el parto con productos en malas condiciones al nacimiento al tener un Apgar bajo, prematuridad y peso bajo. Siendo factores que pueden condicionar su presencia el tener parejas con alcoholismo, drogadicción y tabaquismo.

Castro y Ruiz¹³ en su estudio de *prevalencia y severidad de la violencia de las mujeres embarazadas, México* donde en 468 mujeres encuentran una prevalencia de violencia domestica de un 32%, promedio de edad 24 años un 45%, escolaridad primaria 30% y casadas en el 93%. **Valdez y Sanin**¹⁵ en la *violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso bajo al nacer* encontraron de una muestra de 110 mujeres embarazadas la presencia de violencia en 33.5%, un promedio de edad de 22 años en un 65%, escolaridad de primaria completa y 82.7% casadas. Siendo similar nuestro estudio en relación a la presencia de violencia y la edad y estado civil, encontrando diferencia en la escolaridad ya que fue predominante de preparatoria completa sin embargo casi el cincuenta por ciento de las mujeres laboran, de esto lo que nos llama la atención es que por el nivel de escolaridad no hayan hecho reportes legales en contra de estas prácticas, aunque nuestro estudio no determina la prevalencia de la violencia vemos que probablemente nuestras estadísticas estén subestimadas.

Castro y Ruiz¹⁴ en su estudio de *violencia en mujeres embarazadas usuarias del IMSS: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad*. En una muestra de 446 pacientes durante su tercer trimestre del embarazo encontraron que la prevalencia de violencia total fue muy semejante en cuanto a su presencia antes y después del embarazo (16.1% y 15%, respectivamente), nosotros no estudiamos el momento en que se presentó el acto violento, pero cabe mencionar que se corroboró la presencia de violencia 12 meses previos a la etapa de puerperio en la pacientes con presencia de violencia.

De acuerdo a los estudios de **Castro y Peek**.²⁶ *Violence against women in México: a study of abuse before and during pregnancy*, algunos de los factores identificados predictivos de violencia previos al embarazo son el estado socioeconómico de la familia y el haber sufrido violencia durante la niñez. En nuestro estudio se encontraron algunos factores entre los que representan diferencias entre los grupos, por ejemplo: Aunque no siempre el tener un alto ingreso económico es sinónimo de bienestar familiar (hablando de salud en su término holístico), en este estudio el nivel socioeconómico de la familia resultó ser inversamente proporcional al riesgo de presentar

violencia intrafamiliar, así como otros factores que han sido revisados y que predisponen a la presencia de violencia intrafamiliar como el alcoholismo y la drogadicción en la pareja.

Castro y Ruiz¹³ en su estudio de *prevalencia y severidad de la violencia de las mujeres embarazadas*, en una muestra de 468 mujeres encontraron una relación estrecha entre la presencia de violencia y el alcoholismo en la pareja con un riesgo mayor de 3.2 veces, en nuestro estudio se encontró un riesgo de dos veces más.

Paredes¹⁶, en su estudio *violencia intrafamiliar contra la embarazada*. El 16% de las mujeres (115/709) reportó sangrado transvaginal durante el embarazo; se encontró asociación entre haber sido golpeada y la presencia de sangrado ($OR=2.2$). Las principales causas percibidas como causantes del sangrado transvaginal fueron: trabajo pesado 24% (28/115), embarazo de alto riesgo o amenaza de aborto 19% (22/115), accidentes 13% (15/115), debilidad 6% (7/115), corajes 3% (4/115) e infecciones 9% (4/115). Una de cada cinco mujeres (142/709) dijo que estuvo en peligro de perder su embarazo. La pérdida ocurrió en 13% de los casos. De las mujeres con embarazo concluido, 15% (83/537) declaró que el parto se adelantó al tiempo esperado y 85% consideró que llegó a término en el tiempo previsto. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre violencia física y la percepción del parto antes del tiempo esperado ($OR=7.79$). Aunque nuestras pacientes estudiadas no identifico el sangrado como causa de violencia si las complicaciones durante el embarazo siendo 5 veces más el riesgo de presentación al violencia ($OR 5.3$); de las cuales las más frecuentes fueron en primera instancia la ruptura prematura de membranas, seguido del aborto y parto pretérmino.

Valdez y Sanin¹⁵ en la *violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso bajo al nacer* encontraron que la mujeres con violencia están tres veces más expuestas a tener complicaciones durante el parto y postparto inmediato, en nuestro estudio se encontró una exposición de 4 veces más En relación con el peso bajo al nacer (<2500gramos) en las mujeres con violencia se observó que están cuatro veces más a tener productos con peso bajo ($OR 4.0$), el peso promedio fue de 2.485 gramos mientras que los productos sin violencia tuvieron un peso de 3050 gramos. Observamos que esta complicación ha aumentado en nuestra población al tener una exposición de siete veces más, siendo cada vez más bajo el rango de peso en los productos con madres violentadas hasta de 1950-2450 gramos y los productos sin violencia tuvieron un rango de peso entre 3000-3500 gramos.

Valdez y Sanin¹⁵ en la *violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso bajo al nacer*, el 76% de las mujeres sufrieron violencia de tipo psicológica, seguido de la física en un 40% y la sexual en un 47%. Siendo similar a nuestros resultados, puesto que casi el cien por ciento de las pacientes presentaron violencia de tipo psicológica y física; en contraste menor porcentaje de la sexual; de interés cabe mencionar que en el estudio se reporto un alto porcentaje de violencia social la cual puede estar relacionada con discriminación culturalmente a la mujer o rechazo al proceso fisiológico en ese momento debido a las condiciones familiares o sociales en las que encontraban (madres solteras, embarazos no planeados, embarazos no deseados, falta de apoyo a la pareja)

Paredes¹⁶, en su estudio *violencia intrafamiliar contra la embarazada*. De una muestra 709 mujeres, 40 mujeres notificaron haber sido golpeadas, el agresor señalado fue el esposo 75% de las veces (30/40), los padres o suegros en 15% de los casos (6/40), los hermanos del esposo en 5% (2/40), y en 5% (2/40) de los casos no mencionaron quién fue el agresor. A lo antes mencionado se observa que continua siendo el principal violentador la pareja en más del ochenta por ciento, seguido de los padres y hermanos, analizando que la mujer continua en su rol de genero de aceptar a la pareja como violentadora la cual podría estar relacionada con antecedentes de violencia intrafamiliar en su infancia, sin embargo aunque en este estudio no se analizo estas variables, muchas veces esta asociado la al tipo de familia mexicana existente que son extensas, por lo que las nuevas familias formadas permanecen con las familias de origen, fomentando la violencia.

Campero,² en su estudio de *La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos México*, se encontró 43 casos señalados como “muertes maternas violentas” de un total de 394. Las hemorragias ocupan el primer lugar (33.3%) y la hipertensión asociada con el embarazo (incluyendo la preclampsia-eclampsia) el segundo (29.6%). Por otro lado, del total de 43 muertes violentas ocurridas por homicidios o suicidios en un año en el estado, 9.3% ocurrieron en mujeres embarazadas o puérperas. También se identificó casos de mujeres que habían muerto entre los 42 días y los 12 meses posteriores al parto y éstas fueron también muertes violentas. Estos casos quedaron separados y clasificados como “muertas violentas en el posparto tardío”. Estos fueron dos suicidios (dos meses y medio y seis meses posparto) y un homicidio perpetrado por la pareja de la mujer (seis meses posparto), por lo que podemos decir que la violencia intrafamiliar no solo tiene repercusiones en la morbilidad materna, sino también en la presencia de mortalidad, por todos los factores estudiados y esta puede ser por terceros o incluso autoprovocada.

Panames¹⁷. *Violencia de parejas en mujeres embarazadas de la ciudad de México*. De una muestra de 386 mujeres embarazadas, un porcentaje muy bajo de las mujeres en ambos grupos tenían conocimiento sobre los lugares donde atienden a las mujeres víctimas de violencia (23.3% y 20.3%). A pesar de que alrededor del 50% de las mujeres en ambos grupos contestaron que conocen las leyes que protegen a la mujer contra la violencia solo el 10 % sabían cuales eran. Nuestras pacientes analizadas ninguna había recurrido a consultoría legal o jurídica ante este evento, considerando que podría ser por cuestiones sociales y culturales de nuestra población al tener el concepto de que la mujer debe soportar la violencia de la pareja y mantenerlo en secreto, Esto confirma la falta de información que existe en este tema y la importancia de difundirla para aumentar la prevención de violencia.

Johnston²¹ en *Evolution of interprofesional learning: Dalhousie University's "Family Violence to Health"*, refiere que menos del 10% de los médicos preguntan de manera rutinaria acerca de la violencia intrafamiliar a la mujer que acude a consulta y menos aún durante el embarazo, en nuestro país no se cuenta con registro a este respecto ya que pasa desapercibido al tener como prioridad la atención curativa a la paciente dejando a un lado las condiciones de lo social y psicológico de la paciente en los servicios de consulta externa o urgencias. **Váldez y Santiago**²² en su estudio *la violencia familiar como un problema de salud pública* y **Nasir**²³ en su estudio *Violence against pregnant women in developing countries* sugieren que la sola interrogación acerca de la presencia de violencia, provista de validación y apoyo reduce los incidentes violentos. Además publicaron sistemáticamente sobre la violencia doméstica o relaciones violentas hacia la mujer reconociendo la seriedad del problema desde las perspectivas de la salud y la justificación incluye la inquisición rutinaria sobre violencia doméstica como parte del cuidado a la salud, aún cuando las evidencias no motiven la justificación. Debido a que ya se conoce la incidencia esto favorece a la implementación de estrategias y líneas de acción en su abatimiento. Por lo que sería importante durante la consulta de control prenatal indagar sobre la presencia de violencia para con ello realizar una detección oportuna y evitar sus complicaciones, así mismo lograr una coordinación con los especialistas en la de la embarazada a otros niveles de atención para un manejo y orientación integral.

Los servicios de salud cuentan con la **NOM** (Norma Oficial Mexicana) 007-SSA2-1993²⁴ *Para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido* publicó que a fin de determinar y mejorar la detección oportuna y conducir a la disminución de la prevalencia de violencia intrafamiliar, se requiere de programas encaminados a la sensibilización del personal de salud para que incluya la anotación en la hoja de registro del

apartado referente a la violencia intrafamiliar con referencia también la **NOM-190-SSA-1-1999**,⁹ *Criterios para la atención médica de violencia familiar*, por lo que debemos saber cuanto esta el personal medico y de salud capacitado en las mismas para poder detectar y derivar oportunamente a las pacientes con violencia y evitar llegar a complicaciones que repercutan en forma biológica, psicológica y socialmente en la madre y el producto.

Heise²⁵. *A global overview of gender-based violencia*. En la determinación del porqué ocurre la violencia en la mujer, indico que es más común en sociedades que tienen mayor desigualdad de género, donde los patrones de comportamiento son rígidos. El ámbito de la familia además del dominio del varón, es la desigualdad de poder de la mujer y la aceptación de la violencia interpersonal como una forma en que se resuelven los conflictos.

En nuestro estudio no tomamos en cuenta estos aspectos del ámbito familiar, sin embargo es importante conocerlos para identificar posibles factores de riesgo relacionados con la presencia de violencia.

El panorama presentado hace evidente la necesidad de considerar a la violencia intrafamiliar como un problema emergente de salud pública por su alta prevalencia, por el daño que produce a la salud e involucra necesariamente el marco de los derechos humanos, pues cualquier acto de violencia en contra de una persona es un hecho violatorio de los derechos y garantías individuales.

CONCLUSIONES.

En el estudio realizado hemos confirmado que la presencia de violencia en el embarazo es un factor que predispone a complicaciones no solo de este, sino también del producto de la gestación.

1. Las características de las pacientes estudiadas con violencia: edad en un rango de 26 a 30 años, casadas, con escolaridad de preparatoria completa, con actividad laboral en un cincuenta por ciento y de nivel socioeconómico medio bajo.
2. Se identificó a la violencia psicológica como la más frecuente durante el embarazo, seguido de la violencia social y la física. Sin embargo todas las pacientes contaron con la presencia de más de un tipo de violencia.
3. Hubo una asociación significativa con la presencia de complicaciones durante el embarazo siendo la primera causa la RPM y posteriormente la presencia de abortos.
4. Hubo presencia complicaciones en el producto como bajo peso al nacimiento, prematurez y calificación de Apgar baja al minuto de nacimiento.
5. Existen además factores predisponentes a la violencia intrafamiliar como lo son el nivel socioeconómico bajo y la presencia de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción en la pareja de la mujer embarazada maltratada.

RECOMENDACIONES

En el ámbito del sector salud se sugiere impulsar diferentes acciones:

- a) Llevar a cabo programas de educación y capacitación continua entre el personal de salud que labora en todos los niveles de atención, apoyando proyectos de investigación en búsqueda de mejora en la calidad de los servicios de atención.
- b) Iniciar líneas de investigación acerca del estudio del ámbito familiar en la paciente que sufre violencia como lo es: desigualdad de género, patrones de comportamiento rígido, presencia de violencia durante la infancia de la mujer o de su pareja e incluso aceptación de la violencia como un estilo de vida.
- c) Sensibilizar a las autoridades a nivel institucional sobre la importancia de destinar recursos humanos y financieros, para el desarrollo de actividades que favorecen la identificación y atención de los casos de violencia intrafamiliar en los servicios de salud.
- d) Difundir las asociaciones e instituciones de apoyo a la mujer con violencia en cualquier etapa de su vida, donde pueda recibir información, atención y resolución de forma jurídica, económica, psicológica, integración social en coordinación con el médico familiar.

REFERENCIAS:

1. Hernry Espinoza. Muerte Materna por Aborto y Violencia en México. *Perinatología* 2003; 17:193-204.
2. Campero Lourdes. Contribución de la violencia a la mortalidad materna. *Salud pública de México* 2006; 48:151-169.
3. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: OMS/OPS, 1998.
4. Castro R, Garcia L, Ruiz A, Peek-Asa C. Developing an index to measure violence against women for comparative studies between Mexico and the United States. *J Family Violence* (In press 2003).
5. Colombo Graciela, et al. Prevalencia de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio. *UAEM México, Convergencia*; mayo-agosto 2005.
6. Heise. La violencia contra la mujer. La carga oculta a la ciudad. Washington D,C. Organización Panamericana de la Salud 1994.
7. Lipsky. Impact of police report intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obst Ginecol*, 2003;102: 557-564.
8. Rizzi RG, Córdoba RR, Maguna JJ. Maternal mortality due to violence. *Int J Gynecol Obstet* 1998;63 Suppl1:19-24.
9. NOM-190-SSA-1-1999, Criterios para la atención médica de violencia familiar, Secretaría de Salud. México. 1999.
10. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. México: INSP, 2003.
11. Eliu MC, Santos E, Valdez R, Arenas LM, Castro R, Rivera M, Acha M. Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México: Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos en México; 2000.
12. Regalado Cedillo Claudia. Morbimortalidad materno fetal, asociada a violencia doméstica en el embarazo. *Rev. del IMSS* 2000; 12:132-133.
13. Castro Roberto. Prevalencia y severidad de la violencia en mujeres embarazadas en México. *Revista de salud Pública* 2004;38 (1):62-70.

14. Castro Roberto. Violencia contra las mujeres embarazadas entre las usuarias del IMSS. Papeles de población 2002; 31, enero-marzo: 243-266.
15. Valdez Rosario. Violencia doméstica durante el embarazo y su relación con bajo peso al nacer. Salud Pública de México 2005; 38:352-362.
16. Ospina Doris. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada. Salud pública de México, Vol. 47; 5 sep-oct 2005:335-341.
17. Panames Verónica. Violencia de parejas en mujeres embarazadas de la ciudad de México Salud Pública 2007; 41:582-590.
18. Lown EA, Vega WA. Prevalence and predictors of physical partner abuse among Mexican American women. Am J Public Health. 2001; 91(3):441-445.
19. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública Méx 1998; 40:481-486.
20. Canceres Ana y otras colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer Chile CUESTIONARIO AUTODIAGNOSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Programa Estatal de la Mujer y Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer, Gobierno del Estado de Tamaulipas.
21. Johnston GM, Ryding HA, Campbell LM. Evolution of interprofesional learning: Dalhousie University's "From Family Violence to Health" module. J Can Dent Assoc. 2003; 69: 658.
22. Váldez-Santiago R, Hjar-Medina M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. Gac. Med Méx 2002; 138: 159-163.
23. Nasir K. Hyder AA. Violencie against pregnant women in developing countries: review of evidence. Eur J Public Hearth 2003; 13: 105-107.
24. NOM (Norma Oficial Mexicana) 007-SSA2-1993 Para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. México D.F. 1995.
25. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violencia. Int J Gynaecol Obstet 2002; 78:5-14.
26. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violencie against women in México: a study of abuse before and during pregnancy. Am J. Health 2003; 93:110-116.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN 1 NORTE D. F.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO

ANEXO 1

FECHA: _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

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

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR RELACIONADA A COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL PARTO”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC **3516**

El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre violencia intrafamiliar y sus complicaciones en el embarazo y el producto en derechohabientes del IMSS atendidos en el Hospital de Gineco Obstetricia de Tlaltelolco.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador, aplicarme una encuesta de violencia intrafamiliar en el embarazo; donde me permite la participación activa y consistente en responder una serie de preguntas que evalúan si existe o no la presencia de violencia, agregado en los pacientes que acuden a solicitar servicio, sin que viole los principios éticos de los derechohabientes ni las pautas éticas internacionales para la experimentación biomédica en seres humanos de investigación. Declaro que se me ha informado ampliamente y que no se tienen riesgos médicos o legales, ni inconvenientes, o molestia alguna; y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: “Ayudar a obtener una evaluación que de manera general nos informe sobre la violencia como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto”. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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 se otorga en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de 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 de la Paciente

DRA. MARIA DE LOS ANGELES GONZALEZ MARTINEZ

99354178

Nombre, firma y matrícula del investigador

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320 o 15368

Testigos

Testigos

CLAVE 2810-003-002



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN 1 NORTE D. F.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR RELACIONADA A
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y EL
PARTO”**

FOLIO

ANEXO 2

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevista confidencial: todos los datos recolectados serán para fines de estudio, por favor conteste con veracidad, no habrá repercusión médica o legal.

FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA:

DIAGNOSTICO CLINICO:

NOMBRE (SIGLAS):

No AFILIACION:

EDAD:

EDO.CIVIL (SOLTERA, UNION LIBRE, CASADA, DIVORCIADA,

VIUDA):

ESCOLARIDAD (AÑOS CURSADOS):

OCUPACION (HOGAR, OBRERA, EMPLEADA, PROFESIONISTA):

TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO (NUM. DE CIGARRILLOS AL DIA):

ALCOHOLISMO (BEBEDOR SOCIAL, BEBEDOR FUERTE O BEBEDOR ALCOHOLICO):

DROGADICCION (CONSUMO DE ALGUN TIPO DE DROGA):

INICIO DE CONTROL PRENATAL A LA SEMANA:

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS:

NIVEL SOCIOECONOMICO (Método de Graffar):

A. PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivos de grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, carpintero, ebanista, herrero.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico, ayudante general.

B. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1. Universitaria o su equivalente.
2. Técnica superior y/o secundaria completa
3. Secundaria incompleta o técnica inferior (cursos cortos).
4. Primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

C. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc), deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios, pensiones).

D. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada, construida de materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

En la parte superior de la figura, las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va del 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar el estrato socioeconómico se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla:

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

PUNTUACION:

04-06 Estrato alto
07-09 Medio alto
10-12 Medio bajo
13-16 Obrero
17-20 Marginal

EVOLUCION DEL EMBARAZO

ACEPTACION DEL ACTUAL EMBARAZO (RECHAZADO, ACEPTADO, DESEADO, PLANEADO):
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

INICIO DE VSA:
NUM. HIJOS VIVOS, INCLUYENDO EL ACTUAL:
2500GR:
HIJOS NACIDOS MUERTOS:

G P A C
RN NACIDO DE MENOS DE

METODO DE PF ACTUAL:
COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:

ACTUAL PRODUCTO

EDAD GESTACIONAL X FUR (USG O CAPURRO):
CONDICION AL NACER (VIVO/MUERTO):

CUESTIONARIO AUTODIAGNOSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DIRIGIDAS EN RELACION A LA PAREJA

1. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

2. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

4. ¿Te critica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

5. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

6. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

7. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

9. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

10. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

11. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

14. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

CUESTIONARIO AUTODIAGNOSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DIRIGIDAS EN RELACION A OTRAS PERSONAS

1. ¿Sientes que constantemente te están controlando?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

2. ¿Te acusan de que actúas en forma sospechosa?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que se molesten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

4. ¿Te critican y humillan, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

5. ¿Controlan estrictamente tus ingresos o el dinero que te entregan, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

6. Cuando quieren que cambies de comportamiento, ¿te presionan con el silencio, con la indiferencia o te privan de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

7. ¿Tienen cambios bruscos de humor o se comportan distinto contigo en público?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, se irritan o te culpabilizan?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

9. ¿Te han golpeado con sus manos, con un objeto o te han lanzado cosas cuando se enojan o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

10. ¿Te han amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarte a ti o a algún miembro de tu familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

11. ¿Te han forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

12. Después de un episodio violento, se muestran cariñosos y atentos y te prometen que nunca más volverán a golpearte o insultarte.

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que te han causado?
(primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

14. ¿Son violentos con tus hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por alguna persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

Índice de abuso

Tipo de respuesta	Valor de cada respuesta
Sí	3 puntos
A veces	2 puntos
Rara vez	1 puntos

Sumar los puntos de cada respuesta, y el total proporcionará el Índice de abuso.

DE 0 A 11 PUNTOS. RELACIÓN ABUSIVA

Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

DE 12 A 22 PUNTOS. PRIMER NIVEL DE ABUSO

La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

DE 23 A 34 PUNTOS. ABUSO SEVERO

En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

DE 35 A 45 PUNTOS. ¡ABUSO PELIGROSO!

Debes considerar en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal. El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o aunque ambos lo quieran. Tu vida puede llegar a estar en peligro en más de una ocasión o tu salud física o mental puede quedar permanentemente dañada.

REFERENCIA

CUESTIONARIO AUTODIAGNOSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Canceres Ana y otras colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer Chile
Programa Estatal de la Mujer y Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer, Gobierno del Estado de Tamaulipas. (20).