



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
CD. REYNOSA, TAMAULIPAS**

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN
EMBARAZO DE BAJO RIESGO Y ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO.**

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

PRESENTA:

DR. MANUEL GÓMEZ BLANCO



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.

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN
EMBARAZO DE BAJO RIESGO Y ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. MANUEL GÓMEZ BLANCO

AUTORIZACIONES

DR. VÍCTOR HUGO MARTÍNEZ VÁZQUEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 33**

DR. VÍCTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

**ASESOR METODOLOGICO
TUTOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS**

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN
EMBARAZO DE BAJO RIESGO Y ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MANUEL GÓMEZ BLANCO

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDRÓZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA , UNAM

DR. VÍCTOR HUGO MARTÍNEZ VÁZQUEZ

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.

33

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF N° 33, REYNOSA, TAMAULIPAS

PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EMBARAZO DE BAJO
RIESGO Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MANUEL GÓMEZ BLANCO

REYNOSA, TAMAULIPAS, MEXICO.

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF No 33, REYNOSA, TAMAULIPAS

PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EMBARAZO DE BAJO
RIESGO Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESOR:

DR. VÍCTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

TUTOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS DEL IMSS

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EMBARAZO DE BAJO
RIESGO OBSTÉTRICO Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

Trabajo para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta

Dr. Manuel Gómez Blanco

AUTORIZACIONES:

Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina, U.N.A.M.

Dr. Felipe De Jesús García Pedroza

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.

Dr. Víctor Hugo Martínez Vázquez

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar para Médicos Generales del
I.M.S.S., de U.M.F No 33

AGRADECIMIENTOS

AL DR. VICTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ:

POR SU APOYO INCONDICIONAL EN EL PRESENTE PROYECTO DE INVESTIGACION QUE LLEVAMOS A CABO, ASEORIA, DEDICACIÓN Y APORTACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA TESIS.

DEDICATORIAS

A DIOS

POR LA GRAN BENDICION DE SER INSTRUMENTO PARA LLEVAR ALIVIO Y
ESPERANZA A LOS QUE TIENEN NECESIDAD DE MÉDICO

A MI ESPOSA

POR SU GRAN APOYO INCONDICIONAL Y COMPRESION, POR SER LA
AYUDA IDONEA EN TODA MI FORMACION COMO PROFESIONISTA

ÍNDICE

	PÁGINA
RESÚMEN	1
MARCO TEÓRICO	
ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS GENERALES.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
MATERIAL Y MÉTODO	17
DISEÑO DE ESTUDIO	
TIPO DE ESTUDIO.....	17
UNIVERSO DE ESTUDIO	
POBLACIÓN.....	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	18
MUESTRA	
TÉCNICA MUESTRAL.....	19
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	19

DEFINICIÓN DE VARIABLES	20
CRONOGRAMA	24
DISEÑO METODOLÓGICO	
PROCEDIMIENTO.....	25
FLUJOGRAMA.....	26
PLAN DE ANÁLISIS.....	27
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	27
ASPECTOS ÉTICOS	
ÉTICA.....	28
PRODUCTO ESPERADO.....	28
ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO	
RECURSOS HUMANOS.....	29
RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES.....	29
PRESUPUESTO.....	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	43

RESÚMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de violencia intrafamiliar y los componentes más frecuentes en el embarazo de alto riesgo y bajo riesgo obstétrico en una unidad de medicina familiar número 17 de Rio Bravo, Tamaulipas en el periodo de enero a diciembre 2010.

Material y métodos:

Se realizó un estudio: observacional, descriptivo, transversal comparativo. Criterios de selección. Población de 195 pacientes con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico de la unidad de medicina familiar núm. 17 de la Cd. De Rio Bravo Tamaulipas en el periodo de enero a diciembre del 2010.

Resultados:

En el análisis de los resultados, del presente estudio realizado a 195 pacientes embarazadas encuestadas el 10% declara violencia intrafamiliar durante su embarazo por parte de su pareja. En cuanto al diagnóstico clínico con embarazo de bajo riesgo obstétrico se encontró una frecuencia del 95 % (19) pacientes y un 5% (1) paciente con diagnóstico de embarazo de alto riesgo obstétrico. Se estima que las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable, es decir uno de cada cinco días de salud a causa de la Violencia Intrafamiliar en el período reproductivo de las mujeres afectadas. La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo. Características sociodemográficas, del grupo de mujeres estudiadas. El promedio de edad del grupo estudiado con violencia intrafamiliar fue de 18 a 22 años 40% (8) pacientes de 23 a 26 años 45% (9) pacientes de 27 a 31 años 10% (2) pacientes de 32 a 36 años 5% (1) paciente.

En cuanto al ingreso económico la mayoría era trabajadora obrera 90% solo un 10% empleada todas aportaban al gasto económico mensual, se utilizó un rango variable de ingreso mensual de < 2000 pesos, de 2000 a 3000 pesos y >3000 pesos y los resultados que representaron violencia intrafamiliar fueron el 40% (8) pacientes con un ingreso de <2000, un 50% (10) pacientes con ingreso mensual de 2000 a 3000 y un 10% (2) pacientes con ingreso >3000 encontrando que a menor nivel socioeconómico mayor riesgo de presentar algún grado de violencia intrafamiliar. En cuanto a la vivienda las pacientes que presentaron violencia intrafamiliar el 50% (10) pacientes vivían en casa compartida y un 50% (10) pacientes en casa de renta, En este estudio resultó un factor protector para no presentar VI el vivir en casa propia separados de los lazos familiares.

Conclusión:

La violencia intrafamiliar sigue siendo un grave problema de salud pública, en los que intervienen diferentes parámetros socioculturales, demográficos los cuales se presentan en diversos grados y en relación a esta se presentan las diversas secuelas a corto mediano y largo plazo.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar; embarazo; riesgo reproductivo.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of domestic violence and the most common components in high-risk pregnancy and low risk obstetrics in a family medicine unit number 17 Rio Bravo, Tamaulipas in the period January to December 2010.

Material and methods:

A study: an observational, cross sectional comparative study. Selection criteria. Population of 195 pregnant patients with high and low risk obstetrics unit in family medicine. Num. 17 of the City of Rio Bravo Tamaulipas in the period from January to December 2010.

Results:

In the analysis of the results of this study of 195 pregnant women surveyed 10% stated domestic violence during their pregnancy by their partners. As for the clinical diagnosis of low-risk pregnancy obstetrician found a frequency of 95% (19) patients and 5% (1) patients diagnosed with high-risk pregnancy obstetrician. It is estimated that women of reproductive age lose between 5 and 16% of healthy life years, or one in five health days because of Domestic Violence in the reproductive period of women affected. Violence during pregnancy is fully inserted into the reproductive health issue which, in turn, is given particular focus at this time in the world. Socio-demographic characteristics of the studied group. The average age of the group studied domestic violence was 18 to 22 years 40% (8) patients from 23 to 26 years 45% (9) patients from 27 to 31 years, 10% (2) patients 32 to 36 years 5 % (1) patient. With regard to income working most were working 90% only 10% used all contributed to the monthly financial expenditure, we used a variable monthly income range of <2000 pesos, pesos from 2000 to 3000 and > 3000 pesos and the results Domestic violence

accounted for were 40% (8) patients with an income of <2000, 50% (10) patients with a monthly income from 2000 to 3000 and 10% (2) patients with income > 3000 found that lower socioeconomic increased risk of some degree of domestic violence. As for the housing of patients with domestic violence, 50% (10) patients living in shared house and 50% (10) patients in a rented house, in this study was a protective factor for not bringing home living VI own separate from family ties.

Conclusions:

Domestic violence remains a serious public health problem, in which different cultural parameters, demographic which occur in varying degrees and in relation to this are the various consequences in the short medium and long term.

Key Words: domestic violence, pregnancy, reproductive risk.

ANTECEDENTES

La violencia es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo, sus manifestaciones a nivel social se recogen a diario bajo múltiples explicaciones y justificaciones.¹ A través de las décadas hemos sido expuestos casi diariamente a imágenes de miseria y muerte en todo el mundo, donde mueren miles de personas diariamente y otras muchas más son víctimas de sus secuelas, que marcan sus vidas para siempre, la violencia a grandes masas, con el consecuente éxodo de la gente es la parte más visible “iceberg de la violencia”. Más discretamente pero más disperso a través de todo el mundo así como en nuestro entorno comúnmente visto encontramos a niños que son violentados, adultos mayores maltratados, mujeres victimizadas por sus parejas y cada día la violencia está formando parte del mundo moderno y lo más grave del núcleo familiar.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, 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 en 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 vida pública como en la privada.³

La función que desempeña la familia en cuestiones de salud y enfermedad se ha reconocido desde que la Organización Mundial de la Salud publicó, en 1976, los índices estadísticos sobre salud familiar que estipulan los siguiente: “La familia es la unidad básica de la organización social y también la mas accesible para efectuar

intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brindan un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”.⁴

Referirse a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano, pero actualmente, se reconoce que aproximadamente el 50% de las mujeres han tenido al menos una experiencia de violencia física por parte de su pareja en algún momento de su vida; se sabe también que las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos.⁵ 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 que de estas entre el 50% y 60% son violadas por ellos; además se ha encontrado que de los casos de violencia intrafamiliar el 75% corresponden a maltrato hacia la mujer, 2% a abuso físico hacia el hombre y 23% a casos de violencia cruzada.⁶

En las revisiones sistemáticas de la literatura se identifican algunos factores asociados comúnmente con la violencia conyugal, por ejemplo, la frecuencia de conflictos entre la pareja, el bajo estrato social, haber sido testigos de la violencia en su familia de origen y el consumo excesivo de alcohol. Lamentablemente, estos hallazgos se basan en su gran mayoría en poblaciones desarrolladas de habla inglesa, de manera que es poco lo que se sabe sobre el problema en otros medios socioculturales.

Los pocos estudios sobre este tema que se han realizado en América Latina corroboran la importancia que tienen el bajo estrato social, la historia de maltrato en la familia de origen y el consumo excesivo de alcohol como factores de riesgo para la violencia conyugal.⁷

Actualmente la violencia intrafamiliar (VI) se reconoce como un problema de salud pública, desde finales de los años 70 del siglo pasado, tomándose mayor interés para su estudio en la última década.⁸ Conceptualizar el término VI ha resultado controvertido y difícil. Se ha denominado VI a una relación de abuso, crónico o permanente, que se da entre los miembros de una familia. Es considerada relación de abuso, toda conducta que por acción u omisión ocasiona daño físico, psicológico, a otro miembro de la familia.⁹

La violencia doméstica es una situación frecuente que repercute gravemente sobre la salud de las personas, aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios de salud, padece esta situación, aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación subaguda o encubierta y, en muchas ocasiones, no es más que una vía involuntaria de pedir auxilio.¹⁰ El Banco Mundial estima que las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable, es decir uno de cada cinco días de salud a causa de la VI en el período reproductivo de las mujeres afectadas.¹¹

La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo¹². Hay estudios que muestran que el maltrato a las mujeres es un hecho

frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo. En la literatura internacional, la prevalencia de abuso durante el embarazo varía entre 4% y 25% según la población, las definiciones de violencia, y los métodos utilizados para medirla. Por otra parte, en estudios realizados en México se estima que la prevalencia de VI en el embarazo en cualquiera de sus expresiones es del 15%, pero aun hay pocos estudios al respecto,¹³ en países donde se ha estudiado más a fondo la relación entre la VI y el embarazo, 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.¹⁴

La VI durante el embarazo juega un papel muy importante, ya que, al estar presente se ha demostrado provoca altos niveles de cortisol, los cuales están asociados a una reducción del peso intrauterino;¹⁵ además se aumenta la probabilidad de culminar en un parto pretérmino, con factores de riesgo como pareja con abuso de drogas,¹⁶ baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, primer embarazo antes de los 25 años, embarazos no deseados y miedo hacia la pareja¹⁷, consecuentemente se agrega una deficiente salud física y psicológica al aumentar el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria o fecal, sangrado transvaginal, ansiedad y depresión.¹⁸ En otros estudios se ha descrito que la VI no solo repercute en la madre si no también además, afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de la vida, tanto por el incremento de la morbi-mortalidad como por sus efectos sobre el desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas y sociales, que pueden limitar considerablemente a los que sobreviven estos episodios.¹⁹⁻²⁰

Existen millones de mujeres en el mundo expuestas simultáneamente a dos experiencias que marcan sus vidas (con efectos duraderos en su desarrollo físico y psicosocial); una es el ejercicio de su capacidad reproductiva y, la otra, experimentar la violencia en alguna de sus expresiones. Esta relación entre la reproducción y la violencia alcanza realidades soslayadas hasta el momento, entre las cuales están: la violencia prevaleciente hacia la mujer durante el embarazo, la maternidad forzada, la fecundidad adolescente, el contagio de enfermedades de transmisión sexual y, en general, un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas.

En las mujeres embarazadas la violencia tiene consecuencias sobre el producto y configura lo que se conoce como abuso prenatal, el cual es, para muchos menores, el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen desde la muerte prematura hasta el abandono del hogar por parte del menor.

Si no se toma en cuenta esta realidad, no se puede garantizar la plena participación de las mujeres en el desarrollo económico y social de su comunidad y, por lo tanto, es insostenible una equidad entre géneros. Así lo observó recientemente el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): “Las mujeres no pueden contribuir de lleno con su labor o con sus ideas creativas si están agobiadas por las heridas físicas y psicológicas del abuso”.²¹

El fenómeno de la violencia hacia las mujeres también es un problema de derechos humanos y, por lo tanto, de competencia y responsabilidad social.

La violencia doméstica, también conocida como abuso por parte del compañero o abuso conyugal, es una de las facetas del problema más amplio de violencia intrafamiliar. Se caracteriza por un patrón de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico (golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma

blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual o a cierto tipo de conducta sexual). Esto se traduce en lesiones reiteradas, aislamiento social progresivo, intimidación y afecciones en la salud física y mental de las mujeres que viven cotidianamente cualesquiera de los tipos de abuso antes mencionados.

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 drogas bajo receta, padecer de alcoholismo y farmacodependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas.²² Entre los padecimientos asociados con la violencia doméstica se encuentran los de resultados no fatales y los que afectan la salud mental; entre los primeros se incluyen: el dolor de cabeza crónico, el abdominal, el muscular, el pélvico crónico, infecciones vaginales recurrentes, inflamación pélvica, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas y alcohol, colitis y gastritis nerviosa, asma, discapacidad permanente o parcial; entre los segundos: las alteraciones del sueño y la alimentación, la depresión, la disfunción sexual, la ansiedad, los trastornos de personalidad múltiple, estrés postraumático y obsesivo-compulsivo; y, finalmente, las consecuencias fatales, como el suicidio y el homicidio.²³⁻²⁴

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El riesgo reproductivo se conoce como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.²⁵⁻²⁶

El embarazo de bajo riesgo: Es aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo. El embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar de morir o de padecer secuelas antes o después del parto. Existen factores de riesgo perinatal, endógenos o biológicos y exógenos o del medio ambiente.

Se considera que un embarazo es de alto riesgo cuando se presentan algunas de las siguientes características: Antecedentes y condiciones generales. Edad (menos de 18 años y más de 34 años). En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas. Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes

mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. O por condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas. Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato o violencia, etc.²⁷

Esto conlleva una serie de limitaciones en el inicio de la vida de cualquier menor, tanto por el incremento de la morbilidad y la mortalidad infantil como por sus efectos deletéreos en el desarrollo de las capacidades físicas, cognoscitivas y de relación, que lo limitarán seriamente en caso de sobrevivir.^{28,29,30} Aún a pesar de los estudios realizados la VI hacia las mujeres es un problema poco reconocido por los diferentes sectores vinculados con la salud; 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 víctimas acuden en diferentes momentos a recibir atención, ya sea como consecuencia directa del maltrato o por otras razones, por lo cual los servicios de salud juegan un papel determinante en la detección oportuna de estos casos.³¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública con graves costos familiares, sociales e individuales, el cual se incrementa aún más, cuando es contra las mujeres. Se sabe que la violencia contra las mujeres representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo de las mujeres afectadas.⁵

Las mujeres pueden verse expuestas simultáneamente a dos experiencias que marcan su vida con impactos en su desarrollo físico y psicosocial; el embarazo en edad reproductiva y la VI en alguna de sus expresiones⁸. La relación entre el embarazo y la VI tiene diferentes facetas; las lesiones físicas y emocionales desarrollan un cuadro constante de estrés permanente que se asocia a depresión.

La evaluación de riesgo obstétrico ha sido de gran valor en el cuidado prenatal para identificar gestantes que tienen alto riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales,¹⁰ factores que están bien documentados hasta este momento, sin embargo, en algunos artículos se ha demostrado que el estrés en la gestante puede deprimir su capacidad de respuesta inmunológica, aumentar significativamente el riesgo de desarrollar pre-eclampsia entre otras complicaciones, como efectos sobre la salud psicológica de la paciente, y aumentar el riesgo de morbi-mortalidad fetal.²⁰ Por lo anterior se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuál es la prevalencia de la violencia intrafamiliar en el embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico en la UMF. No. 17?

JUSTIFICACIÓN

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 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 en un contexto social determinado.

Entre las acciones negativas en la familia se encuentra la violencia intrafamiliar y particularmente aquella que ocurre contra la mujer. Las sociedades que históricamente han justificado y siguen justificando la violencia, y cuyas representaciones sociales están impregnadas de esos valores, ofrecen a las mujeres afectadas menos opciones normativas e institucionales, menos respuestas positivas, menos apoyos y más prejuicios.

Es conocida la vulnerabilidad de la mujer durante la gestación, está condicionada por la presencia de una serie de características biológica, psicológicas, genéticas ambientales, sociales, culturales y económicas que interactúen entre sí, estas características son conocidas como factor de riesgos. La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétricos y circunstancias patológicas incurrentes en el embarazo y el periodo puerperal. Resulta lamentable y difícil de aceptar que de manera rutinaria no se indague o se identifique el problema de VI el cual repercute en la salud integral del binomio madre-hijo, de su núcleo familiar y por ente, de la Sociedad en General. Actualmente, predominan las investigaciones realizadas en los servicios de obstetricia en los hospitales o consulta prenatal en las unidades de salud, en

contraste con los pocos estudios que se han realizado a nivel comunitario que nos ofrezcan cifras confiables, actualizadas y que permitan establecer líneas de acción o implementar estrategias de tipo preventivo de atención manejo oportuno y adecuado de la violencia intrafamiliar.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la Violencia Intrafamiliar en pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico y bajo riesgo obstétrico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de la violencia intrafamiliar en el embarazo.
- Establecer cuáles son los componentes mas frecuentes de violencia intrafamiliar en el embarazo en la muestra en estudio.
- Conocer la probable asociación de la violencia intrafamiliar con complicaciones en la evolución del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio de prevalencia, observacional, descriptivo, transversal comparativo.

POBLACION DE ESTUDIO:

Se incluyeron en el estudio de manera aleatoria, elegidas por conveniencia a un total de 195 pacientes embarazadas adscrita a la UMF 17 de Cd. Rio Bravo, Tamaulipas, atendidos en la fecha de octubre 2009 a noviembre del 2010, a las cuales se les explico la dinámica y propósito del estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. Criterios de inclusión.

- Toda paciente embarazada mayor de 18 años
- Toda paciente en puerperio inmediato mayor de 18 años
- Ser derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendida en la UMF 17 de Rio bravo, Tamaulipas en el periodo de octubre 2009-noviembre del 2010
- Que acepte voluntariamente participar en el presente estudio y contar con carta de consentimiento informado.

b. Criterios de eliminación

- Que por alguna razón no se complete el cuestionario de auto diagnóstico de Violencia intrafamiliar.

MUESTRA

Técnica muestral:

En el presente estudio se realizó un muestreo probabilístico por conveniencia.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con base a la prevalencia de VI durante el embarazo reportada es del 15%.

Cálculo del tamaño de la muestra:

$$N = z^2 p Q / d^2$$

$$(3.8416)^2 (.15) (.85) / .0025 = 195$$

N= Tamaño de muestra que se requiere.

Z=Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades.

P=Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

Q=1-p (complementario, sujetos que tienen una variable en estudio).

D=Magnitud del error dispuesto a aceptar.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Definición Conceptual	Naturaleza	Nivel de Medición	Indicador
Violencia intrafamiliar en la mujer embarazada	Las diferentes formas de relación abusiva que caracterizan, de modo cíclico al vínculo familiar. Psico-emocional, físico o sexual	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente
Condiciones del Embarazo	Fenómeno mórbido concurrente durante el embarazo	Cualitativa	Nominal	Si No
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Razón	Cuantitativa Discreta	Número de años completos
Estado civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Nominal	Cualitativa	S.-soltero UL.- unión Libre C.- Casada D.- Divorciada VD.- Viuda
Peso	Es la media de la fuerza que ejerce la gravedad sobre	Razón	Cuantitativa	Descrito en kilogramos

	la masa de un cuerpo		Discreta	
Talla	Longitud de la planta de los pies a la parte superior del cráneo	Razón	Cualitativa Discreta	Expresado en centímetros
Escolaridad	Años cursados de educación formal	Nominal	Cualitativa	Educación: BASICA (secundaria o menos) MEDIA SUPERIOR (bachillerato o más)
Ocupación	Trabajo que impide utilizar el tiempo en otra cosa, empleo u oficio	Nominal	Cualitativa	H.- Hogar O.- Obrera E.- Empleada P.- Profesionista
Ingreso económico	Conjunto de recursos monetarios de entrada para la economía domestica por la remuneración en el desempeño de un trabajo.	Razón	Cualitativa	Ingreso Económico Promedio mensual en pesos Moneda Nacional
Vivienda	Lugar donde habitan una o varias personas	Ordinal	Cualitativa	P.- Propia R.- Renta

				C.- Compartida
Control prenatal	Vigilancia y atención médica durante la gestación con la finalidad de una maternidad saludable	Ordinal Razón	Cualitativa Cuantitativa Discreta	Trimestre Gestacional a la que inicia el control prenatal Número de consultas de control prenatal a las que asistió
Alcoholismo	Abuso de bebidas alcohólicas que ocasiona trastornos físicos, psico-emocionales o sociales	Ordinal	Cualitativa	1.- Bebe poco, social, nunca se embriaga, no provoca problemas su manera de beber. 2.- Bebe mucho, con frecuencia problemas familiares, amistades y laborales- Bebe para vivir pues si deja de hacerlo se siente muy mal
Tabaquismo	Consumo	Razón	Cuantitativa	Número de

	repetitivo de tabaco, creando dependencia o adicciones		a	cigarros al día.
--	--	--	---	------------------

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Abril- junio 2009	Julio- Sept. 2009	Oct.2009- Febrero 2010	Mar.2009- Noviembr 2010	Diciemb 2010
Planeación del estudio	X				
Elaboración del protocolo		X			
Elaboración del instrumento de recolección de información y prueba piloto			X		
Selección de la muestra			X		
Recolección de información			X		
Captura de datos				X	
Análisis de información				X	
Presentación de la información					X

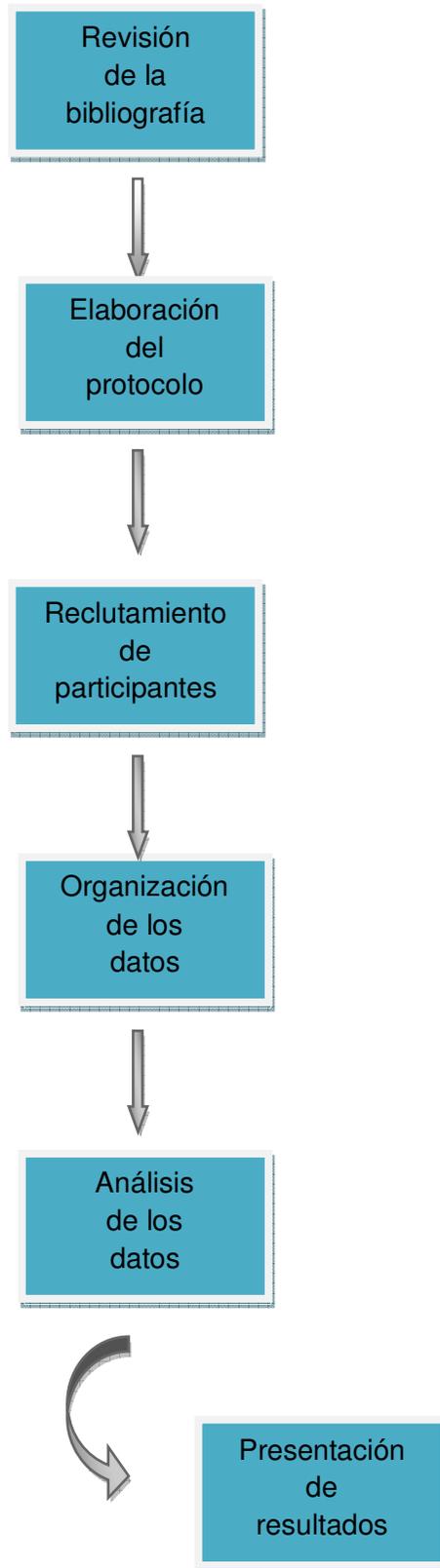
PROCEDIMIENTOS

Previa autorización de las autoridades de la UMF 17 se realizaron encuestas a derechohabientes Embarazadas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador solicitó la participación mediante plática informativa sobre el motivo y fines del estudio, garantizando la confidencialidad de la información, y sensibilizándola sobre la relevancia de su participación (Tiempo estimado 10 minutos). Posteriormente se le otorgo la carta de consentimiento informado con su firma cotejando corresponda con el número de la ficha de identificación y número de la entrevista en cada caso. El investigador procedió al llenado de la ficha de identificación (nombre en siglas y número de afiliación al IMSS) y cuestionario de variables intervinientes pertinentes, así como datos de la pareja (edad, ocupación, escolaridad, etc.), con un tiempo estimado de 5 minutos. Ver anexo 1

Se le explico de manera clara y precisa a cada una de las pacientes aceptantes de participar en el llenado del cuestionario de auto diagnóstico de VI el cual incluyeron violencia emocional o psicológica, violencia física y sexual fue entregado personalmente para contestar a solas, facilitado en su momento por el entrevistador, evitando tachones, enmendaduras, omisiones o dobles respuestas con un tiempo calculado de llenado de 5 a 10 minutos. Ver anexo 2

FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



PLAN DE ANALISIS.

Los datos de que se obtuvieron de los cuestionarios fueron captados y analizados en el paquete estadístico EPI-INFO 3.3.2

En este programa se utilizó estadísticas descriptivas como media, moda, mediana y medidas de dispersión. Se presentan los resultados en porcentajes, tablas y gráficos, se calculó la prevalencia de violencia intrafamiliar con las diferentes variables antes descritas.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario de variables sociodemográficas y de salud consta de datos generales del paciente, edad, peso, talla estado civil ingreso económico, vivienda, antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecoobstétricos y además se aplicó el cuestionario de auto diagnóstico de violencia intrafamiliar, elaborado por Ana Cánceres y otras colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer

ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio la información recabada en las encuestas es confidencial, no se dará a conocer la identidad de las personas. Se requiere especial precaución, deslindando el investigador y al Instituto Mexicano del Seguro Social de todo tipo de responsabilidad penal, criminal o ética con respecto a las leyes de nuestro país.

La carta de consentimiento informado se realizó de acuerdo a la declaración de Helsinki.

Recomendaciones para guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos³² y la Ley General de Salud. Informando al sujeto de que si lo desea, puede abstenerse de participar en el estudio, y que es libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento. En caso de que el sujeto sea menor de edad (menor de 18 años) el permiso y firma del paciente responsable deberá acompañar al de la menor de conformidad con la legislación nacional.³³

PRODUCTO ESPERADO

- Tesis del grado de medicina familiar

ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO

RECURSOS HUMANOS

Investigador principal, el cual dedicó el 60% de su tiempo para la redacción desarrollo y elaboración del presente estudio, además se cuenta con el asesor de tesis, el cual invirtió el 10 % de su tiempo para revisar, orientar al tesista para la, redacción y elaboración de la tesis y 2 encuestadores que invirtieron el 30% de su tiempo para la, aplicación de encuestas a las personas que cumplan con los criterios de selección.

RECURSOS FISICOS Y MATERIALES:

Los recursos físicos con los que se contó fueron mesas, sillas, aulas (pertenecientes al IMSS).

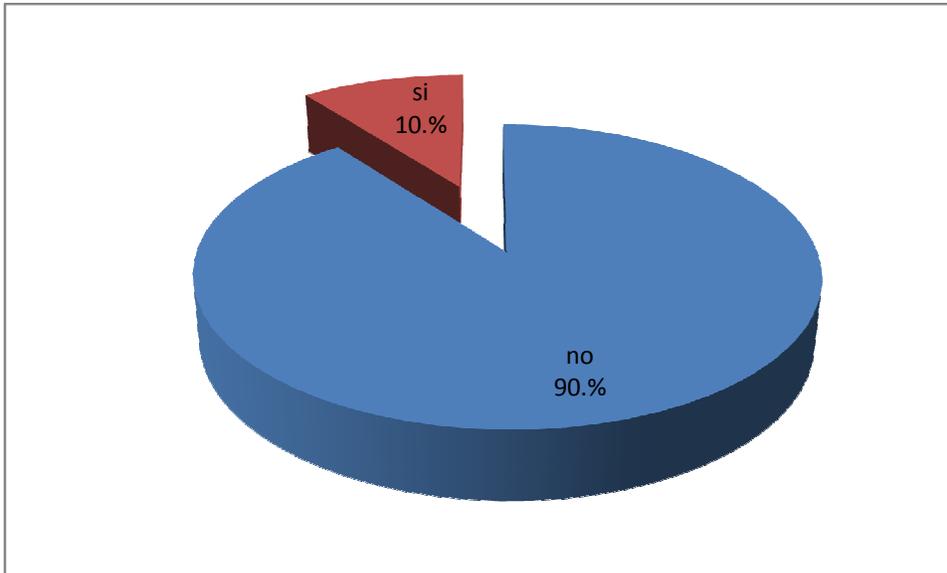
PRESUPUESTO

Insumos	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Encuestadores	2	\$ 600.00	\$ 1200.00
Caja porta documentos	1	\$ 60.00	\$ 60.00
Grapadora manual	1	\$ 150.00	\$ 150.00
Grapas para grapadora manual	1	\$ 50.00	\$ 50.00
Paquete de lápices de 20 pza.	1	\$ 36.00	\$ 36.00
Tabla para apoyar de madera	3	\$ 20.00	\$ 60.00
Paquete de 500 hojas blancas tamaño carta	1	\$ 100.00	\$ 100.00
Cartucho para tinta impresora Hp 640	2	\$ 200.00	\$ 400.00
Impresora hp 640	1	\$ 600.00	\$ 600.00
Computadora de escritorio Dell	1	\$ 8,000.00	\$ 8,000.00
Total			\$ 10,656.00

RESULTADOS

Grafica 1

Frecuencia de Violencia Intrafamiliar

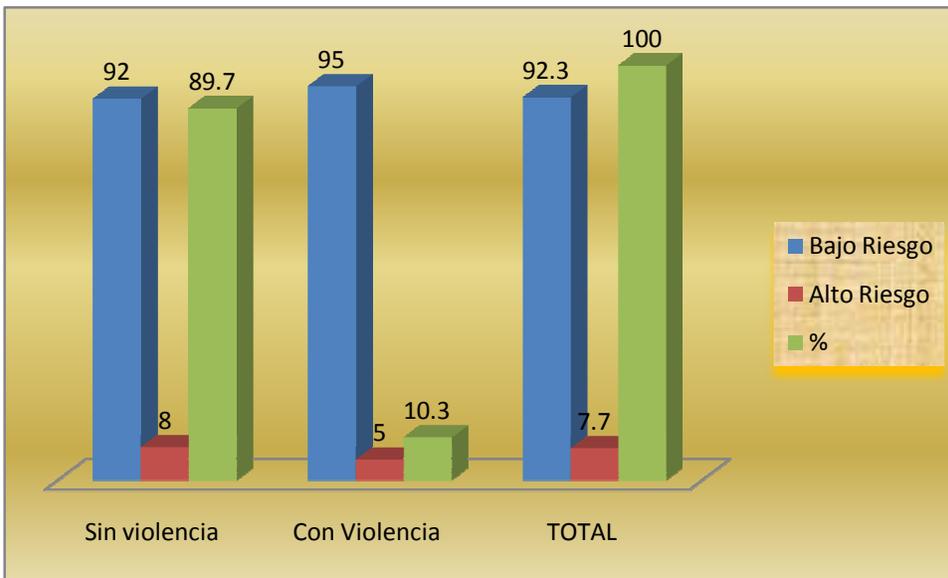


Fuente cuestionario de violencia intrafamiliar

En la literatura internacional, la prevalencia de violencia durante el embarazo varía entre 4% y 25% según la población, las definiciones de violencia, y los métodos utilizados para medirla. En nuestra encuesta aplicada a 195 pacientes con embarazo de bajo riesgo y alto riesgo se encontró una frecuencia del 10% (20) pacientes con violencia intrafamiliar y un 90% (175) pacientes sin violencia intrafamiliar.

Grafica 2

Embarazo alto riesgo y bajo riesgo obstétrico

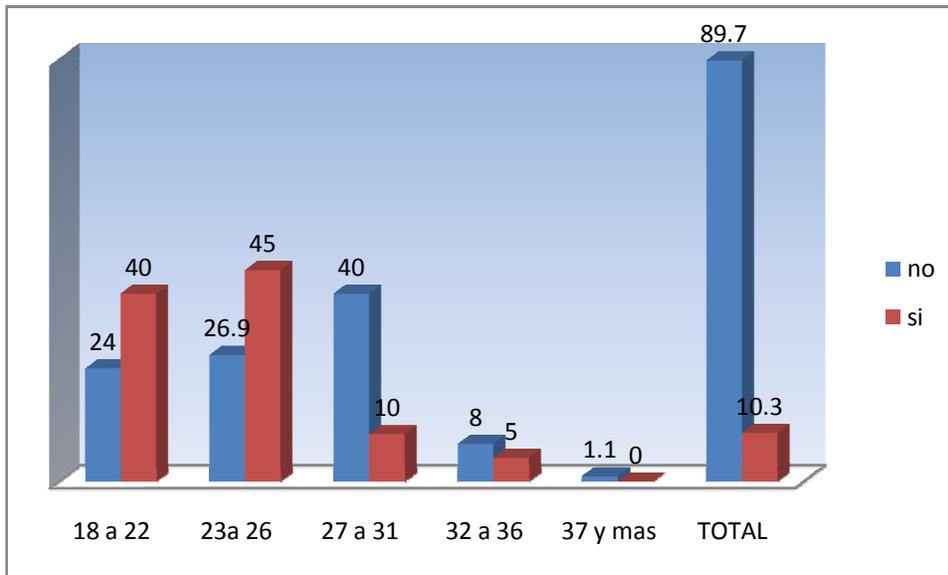


Fuente cuestionario variable diagnóstico clínico

Se encontró un porcentaje de 95% (19) pacientes con violencia intrafamiliar para embarazo de bajo riesgo obstétrico y un 5% (1) paciente para embarazo de alto riesgo obstétrico con violencia intrafamiliar. La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo.

Grafica 3

Violencia Intrafamiliar según Edad de la paciente embarazada

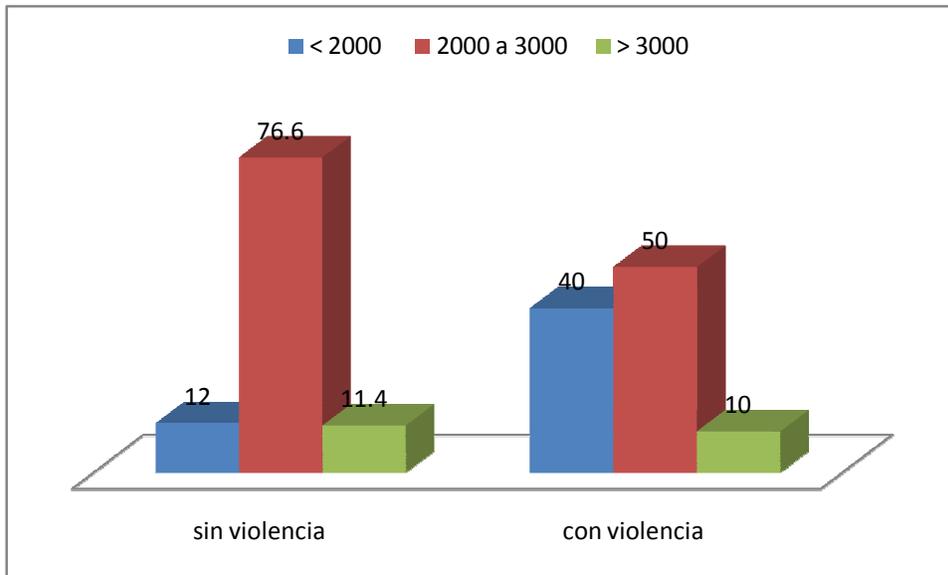


Fuente encuesta variables sociodemográficas

Entre el total de pacientes entrevistadas se registró una incidencia de 40% con violencia intrafamiliar en edad de 18 a 22 años, aunque el mayor número de entrevistas se registra en edad de 23 a 26 años la violencia intrafamiliar se presentó en un 45% siendo un poco mayor la incidencia. Por lo que se sabe que la mujer en edad fértil representa un riesgo mayor de violencia intrafamiliar. Y del grupo de edad de 27 a 31 años se presentó en menor porcentaje en un 10% y un 5% en edad de 32 a 36 años siendo en este grupo menor la incidencia.

Grafica 4

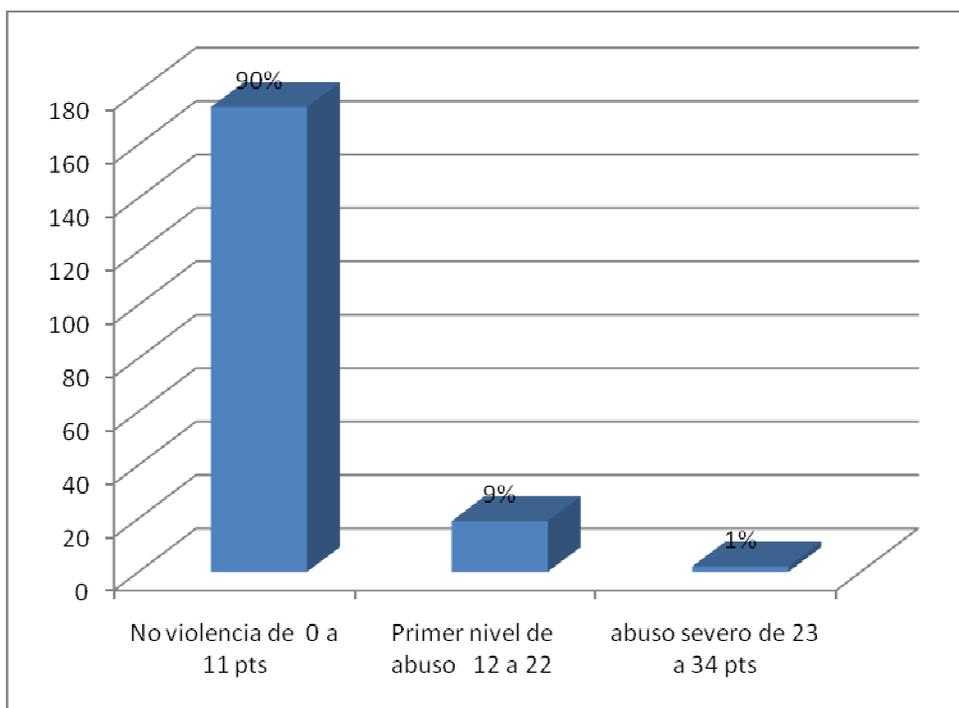
Ingreso económico



Fuente encuesta sociodemográfica

En relación al ingreso económico mensual del total de 195 pacientes entrevistadas con rango de ingreso económico mensual de < 2000 pesos un 40 % (8) pacientes, de 2000 a 3000 pesos un 50% (10) pacientes y un 10% (2) pacientes con ingreso >3000 pesos, resultaron con violencia intrafamiliar y los resultados sin violencia intrafamiliar fueron del rango de ingreso económico < 2000 pesos el 12% (21) pacientes de 2000 a 3000 pesos 76.6% (134) pacientes y 11.4% (20) pacientes del ingreso > 3000 lo que representa que a menor ingreso económico mensual mayor riesgo de violencia intrafamiliar como lo representado en otros estudios similares

Grafica 5



Fuente cuestionario de Violencia Intrafamiliar.

En esta grafica se representa el nivel de violencia de acuerdo al puntaje obtenido, en el cuestionario de violencia intrafamiliar; el resultado obtenido fue, un 9% para primer nivel de abuso interpretando, la violencia como una situacion de alerta y como un indicador de que la violencia puede aumentar en un futuro. Un 1% como abuso severo, en este nivel es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

Tabla 1

Vivienda	Violencia Intrafamiliar		TOTAL
	No	Si	
Compartida	20	10	30
%	11.4	50	15.4
Propia	27	0	27
%	15.4	0	13.8
Rentada	128	10	138
%	73.1	50	70.8

Fuente variable sociodemográfica

De la variable sociodemográfica vivienda que representaron no violencia intrafamiliar fueron compartida un 11.4 % (20) pacientes, propia 15.4% (27) pacientes, rentada 73.1%. (128) pacientes y con violencia intrafamiliar resultaron en vivienda compartida un 50% (10) pacientes rentada 50% (10) pacientes. En este estudio resultó un factor protector para no presentar VI el vivir en casa propia separados de los lasos familiares.

DISCUSIÓN

En general, los resultados del estudio son acordes con los hallazgos informados en la literatura internacional en lo que se refiere a: la prevalencia de violencia intrafamiliar a mujeres embarazadas por sus parejas. En este estudio la prevalencia de violencia intrafamiliar en la mujer con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico encontrada fue del 10% se encontró cercana a la informada en estudios similares. Sin embargo, hay diferencia importante con la cifra encontrada por Alvarado-Zaldívar en la ciudad de Durango (16%).³⁴ Esto pudiera indicar diferencia en la percepción y el subregistro de la violencia física por parte de la población estudiada.

Klevens encontró que 13% de las víctimas de violencia doméstica son agredidas gravemente.³⁵ en la presente investigación no preguntamos sobre la severidad de los golpes. Webster, en el 2003, 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.³⁶ El bajo peso al nacer del producto es otra complicación documentada como consecuencia de la violencia física a la embarazada.^{37,38} Coincidimos en los resultados obtenidos, que los efectos nocivos de la violencia en la mujer embarazada tiene consecuencias directas sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales tanto (en la salud física, reproductiva y mental).

CONCLUSIÓN

La violencia intrafamiliar sigue siendo un grave problema de salud pública, en los que intervienen diferentes parámetros socioculturales, demográficos los cuales se presentan en diversos grados y en relación a esta se presentan las diversas secuelas a corto mediano y largo plazo, lo cual nos lleva a la conclusión que hay que profundizar la investigación sobre el tema y estudiar otros grupos poblacionales, asimismo sensibilizar al personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres como riesgo reproductivo.

Los protocolos de identificación de violencia durante el embarazo ya han sido utilizados con éxito en otros países, lo que ha permitido detectar e intervenir con mayor rapidez en los casos positivos con una acción más efectiva de los servicios de salud para la prevención de complicaciones durante el embarazo.

En México para lograr lo anterior se requiere impulsar paralelamente un programa de capacitación y sensibilización del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes medicas) que entremos en contacto cotidianamente con las mujeres violentadas en los diferentes niveles de atención a la salud, de esta forma contar con los elementos suficientes para detectarlas y canalizarlas adecuadamente.

RECOMENDACIONES

Si bien este trabajo se realizó en una población muy específica de mujeres, no hay razones biológicas ni sociales que nos hagan suponer que los efectos de la violencia en el embarazo sean diferentes en otros grupos de población femenina igualmente expuestos a la violencia, aunque la prevalencia puede variar considerablemente de un grupo a otro.

A partir de los resultados obtenidos proponemos:

1. Aumentar el conocimiento de la vinculación entre violencia de género y salud en el ámbito nacional, a través de estudios que utilicen metodologías tanto cuantitativas como cualitativas.
2. Realizar investigaciones con un diseño metodológico específico para probar las asociaciones exploradas en este trabajo, en relación a la violencia intrafamiliar.
3. Reconocer el problema de la violencia intrafamiliar como un hecho altamente prevalente que pone en peligro el bienestar y salud de las mujeres embarazadas y sus hijos(as). Por lo anterior, sugerimos desarrollar protocolos especializados para la identificación de mujeres embarazadas violentadas en la consulta prenatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro AD, Ravelo-Pérez V. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2005; 21:1-2.
2. Sethi D, Marais S, Seedat M, Nurse J, Butchart A. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Department of injuries and Violence Prevention, World Health Organization, Geneva, 2004.
3. Alvarado-Zaldívar, J.S. Moysen. Prevalencia de violencia domestica en la ciudad de Durango, Salud Publica de México; 40:6; 1998.
4. Organización Panamericana de la Salud. La familia y la Salud, 44 Consejo Directivo. 55ª. Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C. 2003.
5. Heise L, Ellsberg M. A global overview of gender-based violence. Int J Gynaecol Obstet 2002; 785-14.
6. Vizcarra MB, Cortés J, et al. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. Rev. Med Chile. 2001; 129(12): 1405-12.
7. Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. 2001; Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Health; 9(2): 78-83.
8. Valdez-Santiago R, Hjar-Medina M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de Salud Publica. Gac Med Mex. 2002; 138: 159-163.
9. Padilla-Torres MA, Padilla-Ortiz E. Violencia intrafamiliar y Mujer. Un aspecto para meditar. Revista para América latina. 2005; 15:20-25.
10. Coll-Vinent B, et al. El personal sanitario no recibe la violencia doméstica Como UN problema de salud. Gac Saint. 2008; 22(1): 7-10.
11. Heise L. Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud. Washington, D.C. El Banco Mundial. Organización panamericana de la Salud, 1994.
12. Campbell JC, Moracco KE, Saltzmann LE. Future directions for violence against women and reproductive health: science, prevention, and action. Matern Child Health J 2000; 4:149-54.
13. Castro R.- Ruiz. Rev Saúd Pública Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México 2004; 38(1): 62-70.

14. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre. La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Rev Invest Salud Pública*. 1996; 005(38):352-362.
15. Valladares E, et al. Neuroendocrine response to violence during pregnancy-impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009; 88(7): 818-23.
16. Paul K, Garcia PJ, Manhart LE, Holmes KK, Hitti JE. Partner-and partnership-related risk factors for preterm birth among low-income women in Lima, Peru. *Soc Sci Med*, 2009; 68(8): 1535-40.
17. Hammoury N, Khawaja M, Mahfoud Z, Afifi RA, Madi H. Domestic violence against women during pregnancy: the case of Palestinian refugees attending an antenatal clinic in Lebanon. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Mar; 18(3):337-45.
18. Brown SJ, McDonald EA, Krastev AH. Fear of an intimate partner and women's health in early pregnancy: findings from the Maternal Health Study. *Birth*. 2008 35(4): 293-302.
19. Núñez-Rivas HP, et al. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salude Publica/Pan Am J Public Health*. 2003; 14(2): 75-83.
20. Plazaola-Castaño J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122:461-7.
21. Carrillo R. Battered dreams: Violence against women as an obstacle to development. Nueva York: United Nations Fund for Women, 1992; 68: 372-6
22. Heise L. Beyond reproductive health-nutrition, violence and mental health. 1991; 87:584-8
23. Calhou D. Wife abuse: An opportunity for prevention. *Injury Prevention Network Newsletter*. San Francisco, California: The Trauma Foundation, 1988;5(1):1-5.
24. Koss M, Koss P, Woodruff D. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Int Med* 1991;151:342-347.
25. Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Enero 6 de 1995.
26. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Williams Obstetricia*. Cuarta edición. Barcelona, España: Masson; 1996. 789-96.

27. Blanca Hernández Leyva et al. Guía clínica en atención prenatal. Rev Med IMSS 2003; (supl): S59-S69
28. Goodwin TM, Breen MT. Pregnancy outcome and fetomaternal hemorrhage after non catastrophic trauma. Am J Obstet Gynecol 1990;162:665-671
29. Helton AJ, McFarlane J, Anderson E. Battered and pregnant: A prevalence study. Am J Public Health 1987; 77:1337-1339.
30. Newberger EH, Barkon SE, Liebermann ES, McCormick MC. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. JAMA 1992;267(17):121-123.
31. Cacarés A, et al. Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar Servicio Nacional de la Mujer Chile. Programa Estatal de la Mujer y Consejo para el desarrollo integral de la mujer; Tamaulipas, Gobierno del Estado. http://www.Tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp.
32. Norma Técnica No. 313, para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación Lunes 25 de Julio 1988.
33. Valdez-Santiago R, Donde más duele: violencia durante el embarazo, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de investigaciones en Sistema de Salud, <http://www.insp.mx/salvia/9713/sal97131.html>.
34. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysen J, Estrada Martínez S, Terrones Gonzales A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública Mex 1998; 40:481-486.
35. Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. Rev. Panam salud Pública 2001; 9(2): 78-83.
36. Webster J, Chandler J, Battistutta D. Pregnancy outcomes and health care use: Effects of abuse. Am J Obstet Gynecol 2003; 174(2): 760-766.
37. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública. 1996; (38):352-362.
38. Murphy CC, Shei B, Myhr T, Mont JD. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis, Can Med Assoc J 2001;164(11): 1567-1572.

Anexos: 1

Formato de Recolección de Datos:

Prevalencia de Violencia Intrafamiliar en Embarazo de Bajo Riesgo y Alto

Riesgo Obstétrico

Entrevista Confidencial No. _____

Diagnóstico Clínico: _____ Fecha: _____

Nombre (siglas) No. De Afiliación Edad Estado Civil
(S, UL, C, D, VD)

Peso Habitual (Kg) Talla (cm) Antecedentes Personales Patológicos

Escolaridad (Años cursados) Tabaquismo Durante el Emb. No. De cigarros/día Ingreso Económico Mensual Promedio (_____) Vivienda (Propia, Renta, compartida)

Alcoholismo (1, 2,3) Inicio CPN Semana Total de Consultas Evolución del Embarazo SDG Actual _____

Antecedentes Ginecoobstétricos

I.V.S.A G P A C Tipo y Fecha de Ultimo evento No. Hijos Vivos

R.N. <2,500gr MPF Previo MPF Actual Quien Decide

FUM FPP Intervalo entre el Ultimo parto y el Actual (meses)

Pareja

Edad Escolaridad (Años Cursados) Ocupación Alcoholismo (123)

Aceptación del Embarazo (R, A, P) Estado Civil (S, UL, C, D, VD) Toxicomanías (S/N)

Instructivo de Llenado del Anexo 1

Ficha de Identificación y factores Socio-demográficos

Se procederá al llenado completo, sin omisiones o tachaduras, con lápiz, por el entrevistador de cada uno de los rubros a interrogar, así como aquellos que recabará del expediente:

Diagnostico Clínico, al momento de la entrevista y de acuerdo a lo registrado en el expediente. Fecha completa, al inicio de la entrevista (señalando día, mes y año).

Nombre con siglas incluyendo nombres y apellidos en el expediente.

No. De Afiliación: registro en el expediente. Edad en años cumplidos. Estado Civil: Señalando la inicial. S: soltera, UL: unión libre, C: casada, D: divorciada, VD: viuda.

Escolaridad en años cursados completos (incluyendo: primaria, secundaria, bachillerato o licenciatura, no se considerarán cursos en academias o similares).

Peso habitual en kilogramos, antes del embarazo.

Talla en centímetros.

Antecedentes Personales Patológicos en los cuales se preguntará intencionadamente por hipertensión arterial, diabetes mellitus, infección sistémica, cardiopatía.

Tabaquismo durante el embarazo en No. de cigarrillos al día.

Alcoholismo:

1. Bebe poco y casi siempre en situaciones sociales, casi nunca a la embriaguez y no tiene problemas provocados por su manera de tomar.
2. Bebe mucho, con frecuencia tiene problemas con su familia o amistades por la manera en que ingiere bebidas alcohólicas.

3. Bebe mucho, permanece alcoholizada casi todo el tiempo, ha perdido el control sobre la bebida y esto origina problemas serios con su familia, amigos y el trabajo prácticamente bebe para vivir pues si deja de hacerlo se siente muy mal.

Ocupación habitual durante el último año. Ingreso económico promedio del hogar en moneda nacional y entre paréntesis especificar si el ingreso solo lo aporta la M: mujer, H: hombre. A: ambos, O: otros. Vivienda, señalar sobre la línea se es Propia, Rentada o Compartida y entre paréntesis el número de personas que viven.

Inicio de Control Prenatal a que número de semanas, y señalar sobre la línea si fue decisión de la M: mujer, H: hombre, de A: ambos o bien de O: otros. Evolución del embarazo sobre la línea con base a registro del expediente anotar las posibles complicaciones presentadas durante el embarazo.

Antecedentes Ginecoobstétricos

Inicio de Vida Sexual Activa: tuvo su primera relación sexual a que edad en años, en caso de violación agregar la letra V.

G: No. de gestaciones, A: abortos, P: partos, C: cesáreas.

Tipo de último evento, si fue parto, aborto, o cesárea, y en que fecha ocurrió.

No. de hijos vivos.

Recién nacidos de menos de 2.500 kg y anotar el número de hijos con dicha características, no importando si actualmente están vivos o no o tipo de evento por el cual se obtuvo. (no incluye abortos).

Método de planificación familiar adoptado antes del actual evento obstétrico, podrá señalarse con siglas como H.O. hormonales orales, H.I. hormonales inyectables, P preservativos, DIU. Dispositivo intrauterino, o inclusive en casos raros O.T.B. oclusión tubaria bilateral.

Método de planificación familiar que adoptará en puerperio inmediato con las mismas pautas que el apartado anterior.

¿Quién decide? Se refiere a la adopción del tal o cual método de planificación familiar, señalando la M: mujer H: hombre, A: ambos.

FUM: Se refiere a al primer día de sangrado del último periodo menstrual.

FPP: Fecha probable de parto el cual se saca de acuerdo a la regla de Nagele, en la cual, se añade siete días al primer día del último periodo menstrual, sustraer tres meses y añadir un año.

Pareja

Edad en años cumplidos.

Escolaridad en años cursados y con las mismas indicaciones que lo señalado para este dato en la paciente.

Ocupación habitual durante el último año.

Alcoholismo: similar llenado que en la ficha de identificación y datos socio-demográficos.

Drogadicción: El uso de cualquier tipo de fármaco, sustancia o narcótico sin indicación médica, por hábito o dependencia, se señalará sólo de ser positivo.

Aceptación del embarazo con R: rechazo, A: aceptación, P: planeado.

Estado Civil, señalar la sigla correspondiente con relación al mismo apartado de la mujer, pero en este se tomará en cuenta sus antecedentes a este respecto y se señalará de manera específica sobre la línea.

Anexo 2

Cuestionario de Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar

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

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

Elaborado por: Ana Cáceres y otras colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer de Chile

Instructivo para el llenado del anexo 2

Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar

1. Se asegurará que el paciente ha recibido la información básica indispensable previa a través de la plática con el investigador sobre el motivo y finalidad del presente cuestionario de lo contrario solicite información y se difiere el llenado del mismo.
2. Se contará con la ficha de identificación con la firma que evidencie el consentimiento de la paciente para participar en el presente estudio y correcto llenado de los datos a evaluar.
3. Se cotejará los datos con registrados con los del expediente clínico.
4. Se entregará cuestionario y lápiz a la paciente en área cómoda sin acompañantes, aclarándole que cuenta con el tiempo necesario para su respuesta en caso de dudas en la redacción de alguna pregunta se le puede auxiliar.
5. Se leerá cuidadosamente cada pregunta y marcar con una cruz según corresponda solo una respuesta de las sugeridas, y al finalizar el investigador asignará el puntaje según corresponda a cada respuesta SI (3 puntos), A VECES (2 puntos) RARA vez (1 punto), NO (0 puntos).
6. Puntaje: **35 a 45 puntos: POSITIVO A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, ¡ABUSO PELIGROSO!** Considerar en forma URGENTE, la posibilidad inmediata de dejar

la relación en forma temporal o permanente, con apoyo policial o legal. El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o con que 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.

De 23 a 34 puntos. Abuso severo. En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

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 0 a 11 puntos. Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

7. Se recabarán los cuestionarios verificando el correcto llenado, y que correspondan cada uno de ellos con el No. progresivo asignado conforme a la ficha de identificación.

Anexo 3**Carta de Consentimiento Informado**

Rio bravo, Tamps. A _____ de _____ del 20____.

Por medio de la presente, YO _____

ACEPTO libre y voluntariamente participar en el proyecto de investigación titulado: “Prevalencia de Violencia Intrafamiliar en Embarazo de Bajo Riesgo y Alto Riesgo” en la U.M.F. No. 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Rio bravo. DECLARO que se me ha explicado el objeto del proyecto, así como sus alcances favorables para medidas en la mejoría de la atención que otorga esta unidad médica, así como la importancia de mi participación en la obtención de datos los cuales serán manejados de manera totalmente confidencial, sin que mis respuestas o resultados repercutan ni afecten mis derechos a la atención médica en esta clínica y/o unidad, y RETIRO de toda responsabilidad al investigador principal y al personal del IMSS, de cualquier decisión o cambios dentro de mi vida familiar o relación de pareja a partir de mi participación en el presente estudio. El investigador principal se ha comprometido a proporcionarme información oportuna y apoyo en cuanto a orientación de ubicación del Centro Estatal de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar, así como a responder cualquier pregunta o duda de mi parte en relación al problema de su investigación, riesgos y/o beneficios. Se reitera la total confidencialidad de resultados e identidad de cada caso.

Firma de la Paciente

Investigador principal

Testigo

(Trabajador del IMSS firma y matricula)