



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

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

“ASOCIACION ENTRE LA VIOLENCIA DE GENERO Y EL ABORTO”

TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

**PRESENTADO POR
DRA. KARINA ISABEL GALLEGOS RODRIGUEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ANTONIO PEREZ ALVARADO**

MÉXICO., D.F.

- 2015 -



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA
DE GÉNERO Y EL ABORTO**

Dra. Karina Isabel Gallegos Rodríguez

Vo. Bo.

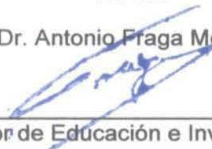
Dr. Juan Carlos De la Cerda



Titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret



Director de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL


**ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA
DE GÉNERO Y EL ABORTO**

Dra. Karina Isabel Gallegos Rodríguez

HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

Vo. Bo.

Dr. Antonio Pérez Alvarado



Director de Tesis

DEDICATORIA

Dedicada a todas las mujeres que en algún momento de su vida han sido violentadas. Especialmente, a las mujeres embarazadas, pues se encuentran, en un estado de máxima vulnerabilidad, y son víctimas de violencia de género.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir, y llegar a este momento.

A Ignacio Gallegos y Ernestina Rodríguez mis padres, por estar siempre a mi lado, apoyándome, y como guía en todos los aspectos. Dándome las fuerzas para continuar con mis sueños y hacerlos realidad. Así como el respeto y libertad de tomar mis propias decisiones. Mis hermanos; Sandra, Diana y Carlos, así como al resto de mi familia.

A mi asesor y maestro el Dr. Antonio Pérez Alvarado, Jefe de servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital General Iztapalapa, por todas sus enseñanzas; médico – quirúrgicas, éticas y personales. El apoyo que desde siempre me ha brindado, en especial en la tesis.

A Salvador, mi esposo, porque desde que lo conocí, ha estado siempre a mi lado y para mí, con su amor, comprensión y apoyo incondicional.

Gracias a todas las personas que forman parte de mi vida, y que aunque no haya mencionado, siempre están a mi lado.

Porque sin duda todo lo que soy, es por tener detrás todo lo que tengo...

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MATERIALY MÉTODOS	14
III.	RESULTADOS	21
IV.	DISCUSIÓN	31
V.	CONCLUSIONES	39
VI.	RECOMENDACIONES	41
VII.	BIBLIOGRAFÍA	42
VIII.	ANEXOS	46
	A.	TABLAS
	B.	TEST DIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA DE GÉNERO
	C.	ASPECTOS LEGALES SOBRE EL ABORTO

Resumen

“ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL ABORTO”

Objetivo: Determinar la asociación entre la violencia de género y la presencia de aborto en un grupo de embarazadas del Hospital General de Iztapalapa, contra un grupo de embarazadas cuya resolución de embarazo fue por parto.

Material y métodos: Estudio comparativo, transversal, prospectivo. Pacientes con diagnóstico de aborto, y embarazo de término, cuya resolución de embarazo fue por parto, quienes llenaron un cuestionario diagnóstico de violencia de género (basado en el programa de prevención y atención de la violencia de género de la SSADF). Considerando caso sospechoso de violencia de género con un porcentaje mayor a 80%.EPI.6.EXE En el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y prueba chi cuadrado, con nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$).

Resultados: Censo de 55 pacientes: $n = 28$ (50.90%) del grupo de estudio 1 (aborto) diagnóstico violencia de género en $n = 12$ (43%). y $n = 27$ (49.09%) grupo de comparación 2 (embarazo de término) en $n = 6$ (22%) de las cuales se diagnóstico violencia de género. Observando asociación de violencia de género y aborto una chi cuadrada 2.66 $p = 0.10$. Con educación básica (secundaria, primaria) e incompleta (83%). Son mujeres jóvenes en un rango de edad de 24-28 años promedio de 23 años. Son dependientes económicas el 66% de las pacientes.

Conclusiones: Se observó una mayor frecuencia de violencia de género relacionado con el aborto y aunque estadísticamente no se encontró una asociación significativa con una chi cuadrada de 2.66 y con una $p = 0.10$, por tratarse de un grupo muy pequeño de pacientes: se espera que otros investigadores interesados en esta línea de investigación, que aporte una mayor información para poder llegar a conclusiones estadísticamente validas que permitan establecer estrategias, tendientes con disminuir esta desafortunada asociación.

Palabras clave: violencia de género, aborto, embarazo de término.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia de Género es un creciente problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad,⁽⁷⁾ así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psico- sociales en las poblaciones.

Cuando se forma una familia los integrantes buscan vivir juntos para protegerse, quererse y apoyarse mutuamente. Esta es la definición cultural que está detrás de la decisión de una pareja de vivir juntos. Sin embargo muchas familias terminan viviendo un verdadero infierno, agredándose mutuamente o donde los que ejercen el poder usan la violencia para lograr que los demás hagan lo que a ellos les parece lo "correcto".

La discriminación y el ejercicio de la violencia basada en género, en sus distintas expresiones, son aspectos que aún existen en múltiples sociedades en el mundo, afectando principalmente a las niñas, adolescentes y mujeres más vulnerables.⁽⁷⁾

La agresión a la mujer se da por igual en todas las clases sociales, con independencia del nivel educativo o de los ingresos económicos, y sin que exista una relación directa entre la agresión y el consumo de alcohol u otras sustancias químicas (estas sólo actúan de forma general como desinhibidores de la conducta), y así lo han demostrado los estudios que ⁽²³⁾ han considerado grupos amplios de población, no sólo víctimas y agresores denunciados.

La violencia contra las mujeres y las niñas tiene efectos directos sobre la salud reproductiva, su salud sexual, sus derechos reproductivos y sus derechos sexuales. La violencia de género está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre varones y mujeres en nuestra sociedad, que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino.⁽¹⁾

La violencia de género en mujeres embarazadas es una problemática que se puede encontrar dentro de las familias mexicanas al Hospital General Regional Iztapalapa acuden mujeres que a pesar de su estado de gestación son víctimas de violencia; misma que va desde la violencia psicológica hasta la violencia física.

La violencia puede estar asociada con el embarazo en distintos niveles. A nivel individual, existe evidencia de que uno de los resultados del abuso durante la niñez es la tendencia a que, más adelante en su vida, la mujer víctima participe en comportamientos arriesgados que puedan afectar uso de métodos anticonceptivos. A nivel interpersonal, el temor de ser maltratadas por sus parejas que se oponen a limitar el número de hijos, también puede impedir que la mujer use anticonceptivos.⁽²²⁾

Cuando las mujeres y las adolescentes que no usan anticonceptivos son violadas, el embarazo puede ser un resultado directo.

Más aún, si se les niega la opción de la anticoncepción de emergencia, aun cuando acudan a un hospital o clínica inmediatamente después de este suceso traumático, la violencia institucional a nivel comunitario participa en esta interacción ⁽²⁾.

El embarazo en sí también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres. Algunas mujeres sufren violencia psicológica o física como 'castigo' por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurre fuera del matrimonio o en una madre soltera. Dicha violencia puede ser perpetrada contra ellas porque son juzgadas como personas que desafían las normas de género relacionadas con el comportamiento sumiso de una mujer 'buena' ⁽⁶⁾.

Puede que los miembros de la familia también se vean presionados por las normas y actitudes de la comunidad a devolver el 'honor' al nombre de la familia, el cual se percibe como 'perjudicado' por la condición de la mujer (factores del nivel de la sociedad y del nivel comunitario). En casos extremos, la mujer puede ser asesinada o conducida al suicidio ⁽²⁴⁾.

El sistema patriarcal en el que se ha fundamentado la educación, y que aún hoy en día se mantiene en algunas sociedades, es la causa principal de las

desigualdades entre hombres y mujeres y por lo tanto también de la violencia contra las mujeres. Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega a ser cuatro veces más probable.⁽²⁴⁾

Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o prohibición al uso de anticonceptivos.

Se han descrito ciertas consecuencias de la violencia de género en el embarazo, de tipo física y psicológica, dentro de ellas: aumento de peso insuficiente, bajo peso al nacer, infecciones uterina, vaginal, cervical o renal, hemorragia uterina, sangrado, trauma abdominal, exacerbación de enfermedades crónicas, complicaciones durante el parto, retraso en el cuidado prenatal, aborto espontáneo, ruptura de membranas, placenta previa, lesiones del feto, fracturas y hematomas e incluso muerte ⁽²²⁾.

Además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Estos pueden determinar la pérdida del interés de la madre por su salud y la de su hijo ⁽⁶⁾.

A pesar de estar tan extendida, la violencia de género no es “natural” ni “inevitable”: es una expresión de normas y valores históricos y culturales

concretos. La violencia contra las mujeres tiene su origen en la discriminación, que niega la igualdad de trato y oportunidades entre hombres y mujeres en muchos aspectos de la vida y que, a la vez, sirve para reforzarla, impidiendo que las mujeres ejerzan sus derechos y libertades.

El control de la socialización de las mujeres, de su sexualidad y de su salud reproductiva son mecanismos a través de los cuales los hombres perpetúan esta situación de dominio y discriminación ⁽²⁴⁾.

No toda la violencia sufrida por las mujeres embarazadas lleva a la pérdida del embarazo. Sin embargo, las investigaciones muestran que el tipo de violencia habitual sufrida por las mujeres puede cambiar durante el embarazo: en vez de recibir golpes en la cabeza, ellas sufren golpizas dirigidas al abdomen y el pecho. Este fue el caso en un estudio de EE.UU. donde las mujeres embarazadas fueron golpeadas en el abdomen con doble frecuencia que las mujeres que no estaban embarazadas ⁽²²⁾.

En León, Nicaragua, el 31% de 194 mujeres maltratadas por su pareja fueron agredidas durante el embarazo; la mitad recibió golpes en el abdomen. ⁽²⁴⁾ En México investigadores han observado “El efecto de la violencia puede que no sólo afecte el embarazo actual sino que además se convierta, según el tipo de lesión física, en un riesgo reproductivo para embarazos subsecuentes”. ⁽⁶⁾ En el caso de mujeres que han sido agredidas físicamente también puede que el

abusador impida que ellas procuren atención prenatal o urgente, la cual podría evitar un aborto espontáneo.

Este tipo de violencia específica posiblemente explique el hecho de que en algunos estudios se vean tasas más altas de aborto espontáneo entre las mujeres que han sido maltratadas que entre las que no han sido maltratadas.

En un estudio brasileño de mujeres con una historia de abuso, se mostró que ellas tenían una tasa significativamente más alta de aborto espontáneo que las otras mujeres no abusadas. ⁽²⁴⁾ En la Encuesta Nacional de la Maternidad sin Riesgos de Filipinas, se encontró que una tercera parte de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo habían sufrido violencia, en comparación con el 28% de aquellas que no informaron ningún abuso ⁽²⁴⁾.

En los estados de Tamil Nadu y Uttar Pradesh, India, las mujeres que habían sido golpeadas eran más propensas que las mujeres no maltratadas a tener abortos espontáneos y nacidos muertos. ⁽⁶⁾

Puede ser que las mujeres que viven en situaciones de violencia extrema también sean más propensas al aborto espontáneo. Se encontró que las mujeres chilenas que vivían en vecindarios caracterizados por la violencia en general, tenían un riesgo cinco veces mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo que las mujeres que vivían en otros lugares menos violentos. ⁽²⁾

Diversos estudios reportan que el embarazo es un importante factor de riesgo para la mujer, pues según estadísticas, tanto de los Estados Unidos como de México, el maltrato frecuentemente empieza o empeora durante este periodo. (2)

Un estudio realizado en los Estados Unidos con 691 mujeres embarazadas, encontró que una de cada seis adultas embarazadas y una de cada cinco de las adolescentes embarazadas fueron víctimas de violencia física.

Aproximadamente 60% de estas mujeres fue golpeada en dos o más ocasiones, además informa que era doblemente probable que las mujeres y adolescentes golpeadas acudieran a consultas de control prenatal solo hasta el tercer trimestre del embarazo.(22)

Valdez y Sanín, entrevistaron a 110 mujeres en servicio de post-parto y post-aborto en un Hospital Civil de Cuernavaca; el 33.5% reportó haber sufrido algún tipo de maltrato. De las mujeres que sufrieron agresiones durante el embarazo, el 70% reportó violencia psicológica, el 40% violencia física y 37% violencia sexual. (6)

Diversos estudios han demostrado que las mujeres golpeadas durante el embarazo, es probable que presenten aborto espontáneo y cuatro veces más que el producto nazca de bajo peso al nacer. Se estima que en todo el mundo, “de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, 35 buscan interrumpir un embarazo cada año. (4)

La violencia puede estar relacionada con el aborto inducido en varias formas. A nivel individual, las mujeres que están lidiando con situaciones de violencia continua por parte de su pareja íntima o que han sido violadas puede que se sientan obligadas a interrumpir un embarazo porque no es deseado y lo consideran un embarazo forzado.

A nivel interpersonal y comunitario, puede que las mujeres se sientan forzadas o presionadas por sus parejas, parientes, prestadores de servicios u otras personas a tener un aborto. Las mujeres que han optado por tener un aborto puede que sufran violencia en represalia. (2)

Las adolescentes en particular pueden ser más susceptibles a la presión de abortar debido a su situación de dependencia. Algunos padres temen la discriminación y estigmatización social del embarazo de una hija soltera, y, por tanto, la obligan a abortar. Otros padres quizá sientan que el aborto es lo mejor para la niña; sin embargo, cuando presionan a su hija a interrumpir el embarazo en contra de su voluntad, los padres, aun así, están implicados en forzar un aborto, lo cual niega el derecho de una joven a tomar sus propias decisiones reproductivas. (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la literatura médica se refiere que la mujer embarazada es más susceptible de ser violentada, por lo que se planea conocer las características de cada una

de las variables involucradas en el problema y el cual es su asociación, planteando la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre la violencia de género y el aborto en las pacientes atendidas en el Hospital General de Iztapalapa durante el periodo de marzo - mayo del 2014?

JUSTIFICACIÓN

En México, las estadísticas muestran la gravedad del problema: según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) avalados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), 30.4% de los hogares de nuestro país sufre alguna forma de violencia familiar; de éstos, en 72.2% la violencia es cíclica; además, en 1.1% de los hogares existe abuso sexual de un familiar contra alguno de sus miembros ⁽⁴⁾.

Si bien la violencia la ejercen con más frecuencia los varones contra las mujeres y otras personas que se encuentran en posición de inferioridad el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer ha señalado que, en México, 58% de las mujeres sufre de alguna violencia a lo largo de su vida, no siendo exclusiva del género femenino: 32.5% de los hogares donde el jefe de

familia es un varón sufre violencia, pero 22% de los que tienen por jefe a una mujer también la padece.⁽⁴⁾

Se tiene conocimiento que una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por uno o varios hombres en algún momento de su vida. La violencia es una causa de muerte e incapacidad entre mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer según el Banco Mundial. Cada 15 segundos una mujer es agredida (OMS). Uno de cada tres hogares han vivido episodios de violencia continuos en forma de maltrato emocional, intimidación, abusos físico y sexual (ENVIF del INEGI).

Se estima que alrededor del 50% de las familias sufren o han sufrido alguna forma de violencia.⁽²⁾

El Inmujeres, recibe mensualmente 750 llamadas para solicitar asesoría legal y psicológica sobre la resolución de conflictos o problemas de índole familiar, Únicamente el 14.4% busco ayuda para resolver la situación (ENVIF del INEGI). Mundialmente, 45 millones de embarazos no deseados se interrumpen de manera voluntaria cada año; 27 millones en condiciones legales y seguras, y 19 millones en condiciones inseguras. 68,000 mujeres en el mundo mueren cada año por abortos inseguros, siendo estas muertes totalmente evitables.⁽²⁾

De acuerdo con cifras de la ONU, de 193 países que forman parte de la organización, 189 permiten el aborto para salvar la vida de la mujer (sólo cuatro no lo permiten: Chile, El Salvador, Malta y la Santa Sede). 122 países permiten

el aborto para preservar la salud física de la mujer, 120 para preservar la salud mental de la mujer, 83 en caso de violación o incesto, 76 en caso de deterioro del feto y 63 por razones económicas y sociales.

La Organización Mundial de la Salud señaló que ocurren 19 millones de abortos inseguros al año. De ellos, más de 4 millones son de mujeres adolescentes, que tienen entre 15 y 19 años. 68,000 mujeres fallecen al año por abortos inseguros (1, 863 cada día, 77 cada hora, más de una por minuto).⁽²⁾

En América Latina ocurren 3,700,000 abortos inseguros cada año; 5 de cada 1,000 mujeres mueren por esa causa, lo que representa más de 20% de muertes maternas.⁽²⁴⁾ Entre 2001 y 2005, en los hospitales de la ciudad de México (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y hospitales federales) se atendieron 112, 683 mujeres, entre 10 y 54 años, por complicaciones de aborto.

De este total de atenciones, se estima que 13% (14,984) correspondieron a mujeres de 10 a 19 años, entre ellas 456 niñas de 10 a 14 años de edad.⁽²⁾

De todas las complicaciones traumáticas por aborto (perforaciones y laceraciones de órganos pélvicos) que se registran en el país en hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano de Seguridad Social, el 27% se localiza en la ciudad de México. La tasa anual promedio de hospitalización por aborto por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años) en el Distrito Federal, fue de 8.7 en los últimos cinco años, significativamente mayor que el

promedio nacional. Mientras que en 2001 fue de 8.12 por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años, en 2005 fue de 9.1 por cada 1,000. (2)

Es bien conocido la vulnerabilidad de la mujer durante la gestación, condicionada por la presencia de una serie de características biológicas, psicológicas, sociales, genéticas, ambientales, culturales (incluyendo religiosas), y económicas, que interactúan entre sí.

Estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo, por lo que la atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención detección oportuna, control de riesgo obstétrico y circunstancias patológicas, ya que resulta difícil de aceptar que de manera rutinaria no se indague o identifique el problema de violencia familiar como factor de riesgo obstétrico el cual repercute en la salud integral de la mujer y por ende en la sociedad general.

Los centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, define la violencia durante el embarazo como “Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica / emocional ocasionadas a la mujer embarazada. (6) “Una encuesta en hogares mostro que hay una probabilidad del 60.6% de que una mujer embarazada sea agredida (que la que no lo está). Se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria.

Así mismo el aborto de manera inducido legal en los últimos estudios epidemiológicos muestran una proporción significativa hasta más de un 25% y que este ocurre por coerción de la propia pareja o familiar, sobre la mujer embarazada. (2)

Por lo anterior es importante la necesidad de brindar mejor información, con educación a la población para la identificación del problema y que sea capaz de solicitar ayuda oportuna ante las instancias civiles, jurídicas o asistenciales así como sensibilizar, informar y capacitar al personal de salud para la detección y atención de violencia intrafamiliar, lo cual sin duda evitaría las oportunidades perdidas, y por ende brinda una atención integral.

HIPÓTESIS

Es mayor, la asociación entre violencia de género (física y psicológica) y la presencia de aborto en las embarazadas del Hospital General de Iztapalapa en comparación con las pacientes que llegan a embarazo de término.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la violencia de género y la presencia de aborto en las embarazadas que acuden al del Hospital General de Iztapalapa,

contra las embarazadas que llegan a un embarazo de término y la resolución del embarazo por parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de violencia en las mujeres embarazadas que cursan con aborto y las que llegan a embarazo de término, con resolución del mismo por parto.
- Conocer el tipo de violencia en un grupo de embarazadas con presencia de aborto y otro grupo de embarazos a término.
- Conocer el causante de violencia género en las mujeres embarazadas con presencia de aborto y con embarazo a término.
- Obtener la asociación de la violencia género y el aborto en la población de embarazadas del Hospital General Iztapalapa.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Epidemiológica

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio de tipo comparativo, transversal, prospectivo.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Se aplicó censo a mujeres quienes tuvieron diagnóstico de: aborto o embarazo de término que acudieron para su atención al servicio de ginecología y obstetricia Hospital General de Iztapalapa (en el área de toco cirugía, urgencias obstétricas, hospitalización y consulta externa), el cual pertenece a la red de hospitales de la secretaria de salud del Distrito Federal durante el periodo de marzo a mayo del 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Grupo 1 estudio:

- Pacientes con diagnóstico de aborto del Hospital General Iztapalapa atendidas del 15 marzo a 15 mayo del 2014.
- Que acepte voluntariamente participar en el estudio.
- Cualquier edad.

Grupo 2 comparación:

- Pacientes con diagnóstico de embarazo de término del Hospital General Iztapalapa atendidas del 15 marzo a 15 mayo del 2014.
- Que acepte voluntariamente participar en el estudio.

- Cualquier edad.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Grupo 1 y 2: Que por alguna razón no complete la encuesta, o no conteste más del 80% de la encuesta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Censo

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE/CATEGORIA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
ABORTO	Dependiente	Interrupción del embarazo con expulsión espontánea o inducida del producto de la concepción y sus anexos.	Cualitativa nominal	Si No
TIPO DE ABORTO	Dependiente	Interrupción del embarazo con expulsión espontánea o inducida del producto de la concepción y sus anexos.		Espontaneo Inducido
SEMANAS DE GESTACIÓN	Dependiente	Tiempo del embarazo	Cualitativa discontinua	Semanas
VIOLENCIA DE GÉNERO	Independiente	Las diferentes formas de relación abusiva, que caracterizan de modo permanente o cíclico, al vínculo familiar, psico-emocional, físico o sexual.	Cualitativa Nominal	Si No
TIPO DE VIOLENCIA DE GÉNERO	Independiente	Características de la agresión que sufren las embarazadas	Cualitativa Nominal	Física Psicológica Sexual

CAUSANTE DE VIOLENCIA FAMILIAR	Control	Relación de la persona agresora con la embarazada.	Cualitativa Nominal	Económica
				Esposo
				Pareja
				Madre
				Padre
				Hermano
				Abuelo
Otro(cual)				
TIPO DE FAMILIA	Control	Características de la familia de la embarazada	Cualitativa Nominal	Nuclear
				Extensa
				Mono parenteral
				Ensamblada
ESCOLARIDAD DE LA EMBARAZADA	Control	Nivel máximo de estudios de la embarazada	Cualitativa Nominal	Analfabeta
				Sabe leer y escribir
				Primaria
				Secundaria
				Preparatoria
				Técnica
				Normal
				Licenciatura
				Posgrado
ESCOLARIDAD DEL CAUSANTE DE LA AGRESIÓN	Control	Nivel máximo de estudios del agresor	Cualitativa Nominal	Analfabeta
				Sabe leer y escribir
				Primaria
				Secundaria

				Preparatoria
				Técnica
				Normal
				Licenciatura
				Posgrado
ALCOHOLISMO EN LA EMBARAZADA	Control	Adicción de la embarazada por el alcohol.	Cualitativa Nominal	Si No
ALCOHOLISMO EN EL AGRESOR	Control	Adicción del agresor por el alcohol.	Cualitativa Nominal	Si No
EDAD DE LA EMBARAZADA	Control	Tiempo cronológico desde que nace hasta que se soluciona su embarazo	Cualitativa Nominal	Años
EDAD DEL AGRESOR	Control	Tiempo cronológico desde que nace hasta que el momento del cuestionario.	Cualitativa Nominal	Años
DROGADICCIÓN EN LA EMBARAZADA	Control	Adicción por alguna sustancia estimulante controlada y no controlada en la embarazada	Cualitativa Nominal	Marihuana Cocaína Anfetaminas Thinner
DROGADICCIÓN EN EL AGRESOR	Control	Adicción por alguna sustancia estimulante controlada y no controlada en el agresor	Cualitativa Nominal	Marihuana Cocaína Anfetaminas Thinner
OCUPACIÓN DE LA EMBARAZADA	Control	Actividad al a que se dedica la embarazada	Cualitativa Nominal	Ama de casa Estudiante Comerciante obrero

OCUPACION DEL AGRESOR	Control	Actividad a la que se dedica el agresor	Cualitativa Nominal	Desempleado Obrero Comerciante empleado
CONTROL PRENATAL	Control	Revisiones durante el embarazo (seguimiento del mismo)	Cualitativa Nominal	Si No
RELIGIÓN DE LA EMBARAZADA	Control	Culto de preferencia	Cualitativa Nominal	Católica Cristiana Testigo de Jehová Otra
DESERCIÓN ESCOLAR	Independiente	Antecedente de haber dejado de estudiar antes o durante el embarazo	Cualitativa Nominal	Si No
ANTECEDENTE DE VIOLENCIA ENTRE LOS PADRES DEL AGRESOR	Control	Referencia de agresión dentro de los padres del agresor.	Cualitativa Nominal	Si No
ANTECEDENTE DE VIOLENCIA ENTRE LOS PADRES DE LA EMBARAZADA	Control	Referencia de agresión dentro de los padres de la embarazada.	Cualitativa Nominal	Si No

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó un estudio, comparativo, transversal, prospectivo durante el período de marzo a mayo del 2014. Al interior de las instalaciones del Hospital General

Iztapalapa en el servicio de ginecología y obstetricia (unidad toco quirúrgica y unidad de hospitalización) en turnos indistintos.

Material y método:

El investigador médico gineco – obstetra, solicito la participación garantizando la confidencialidad y sensibilizándola sobre la relevancia de su participación (tiempo estimado de 5 minutos).

Para ello se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, documentados en la hoja de selección de participantes.

Para la entrevista se utilizó un formulario diseñado por la Secretaria de Salud del Distrito Federal donde se fusionaron 2 (un tamiz de violencia de género y una cédula de detección de violencia de género (ver anexo B) de donde se tomaron 14 preguntas que se adecuaron a la población con asesoría y supervisión de la Psicóloga del hospital.

El investigador procedió al llenado de ficha de identificación y cuestionario de las variables intervinientes pertinentes (edad, escolaridad, ocupación, religión, aborto, antecedentes obstétricos, alcoholismo, etc.) así como antecedentes en la pareja (escolaridad, ocupación, alcoholismo, drogadicción, etc.) con un tiempo estimado de 10 minutos. (Ver anexo II).

Se explicó de manera clara y precisa a cada una de las pacientes aceptantes de participar en el llenado del test de violencia de género, el cual fue entregado

personalmente, para llenar en privado con lápiz facilitado en su momento por el entrevistador evitando , tachones, enmendaduras, u omisiones o dobles respuestas.

Se realizaron 58 encuestas a mujeres quienes cursaran con diagnóstico de aborto y con embarazo de término, donde la resolución de su embarazo fue por parto. Se dividió en 2 grupos: Grupo 1 de estudio: conformado con diagnóstico de aborto 28 mujeres y el Grupo 2 de comparativo formado con diagnóstico de embarazo de término 27 mujeres grupo.

Al final de la encuesta firman consentimiento informado para participación, de una manera confidencial.

Dependiendo del caso en cuestión se canalizó con el personal de Trabajo Social y Departamento de Psicología para su manejo integral y se les brindó orientación sobre los diferentes centros de apoyo a mujeres y familias con violencia de género con los que se dispone como el SEPAVIGE (servicio de prevención y atención de violencia de género) los cuales se encuentran ubicados en los hospitales de la red incluyendo el Hospital General de Iztapalapa donde se llevó a cabo el estudio y a su vez se refirieron a estancias como PGJDF, DGIS, INMUJERES-DF, DIF-DF, STYFE, etc.

Cabe mencionar que ninguna de las pacientes aceptó denunciar o acudir al ministerio público respetando su elección libre y voluntaria.

Los datos recolectados fueron tabulados y procesados en forma ordenada en la base de datos Microsoft Excel. El análisis e interpretación de la información obtenida se realizó mediante el programa estadístico EPINFO 6.0.4 En la presentación de los resultados se utilizaron tablas simples y gráfico de barras así como circulares. Se aplicó estadística descriptiva, chi cuadrada. Se consideró asociación estadística cuando se obtuvo diferencia significativa inferior a 0.05 ($p < 0.05$).

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

La investigación respeta la confidencialidad y el derecho de consentimiento de participación en nuestro estudio, de importancia social, científica y clínica. Es conveniente establecer que la presente investigación es con fines de detección y nos conduce a mejoras en las condiciones de vida y bienestar de la mujer embarazada, contribuyendo en la prevención de la violencia de género, mediante la implementación de programas de apoyo durante el embarazo, aunque no siempre sea en forma inmediata.

Para la selección de los sujetos del estudio determinamos que estos tenían que estar relacionados con las interrogantes de nuestra investigación.

Durante la aplicación de la encuesta las participantes fueron tratadas con respeto y no se les presionó en lo absoluto para que participaran. Se garantizó la confidencialidad de la información brindada.

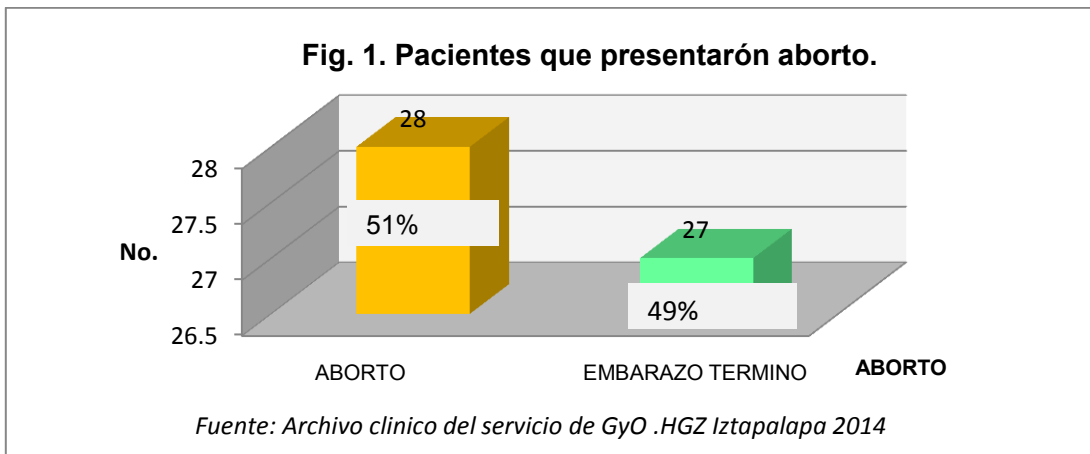
El hospital cuenta con servicios encargados de tamizar la violencia en toda la población de mujeres y respetando la vulnerabilidad de dicho grupo etario, se solicitó la orientación del servicio de Psicología.

III.RESULTADOS

Se presentan los resultados divididos en 5 apartados:

1. Características generales de las pacientes.
2. Antecedentes personales de las pacientes.
3. Características generales de la pareja (esposo, o agresor de la paciente.)
4. Antecedentes personales en la pareja (esposo, o agresor de la paciente.)
5. Violencia de género y tipos de violencia que sufrieron las pacientes.

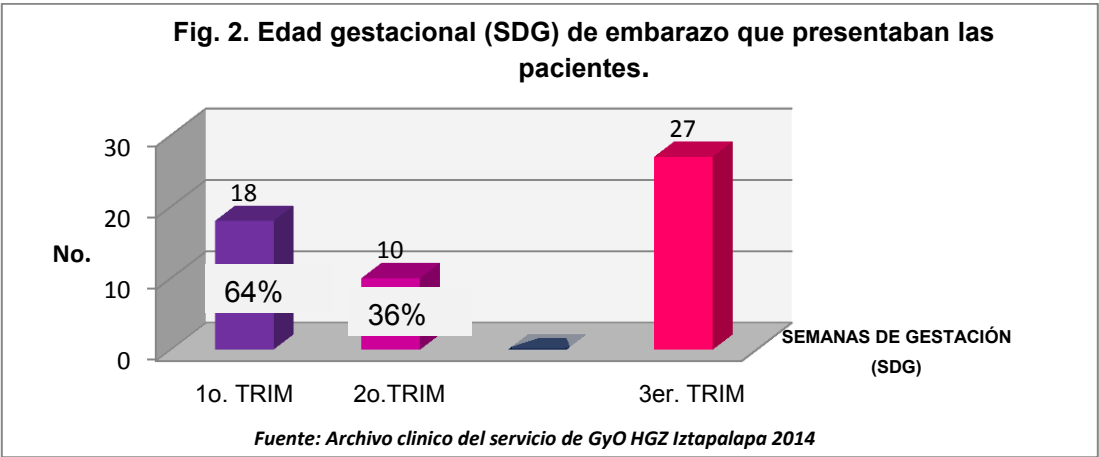
El test de “Violencia de género” fue realizado a un total de 55 pacientes, de las cuales 28 pacientes con diagnóstico de aborto correspondiente al 51%, y 27 con diagnóstico de embarazo de termino correspondiente a un 49%. (Fig. 1)



De las 28 pacientes que presentaron aborto, 2 pacientes fueron inducidos correspondientes al 7%, y en el resto 26, (93%) fue espontáneo.

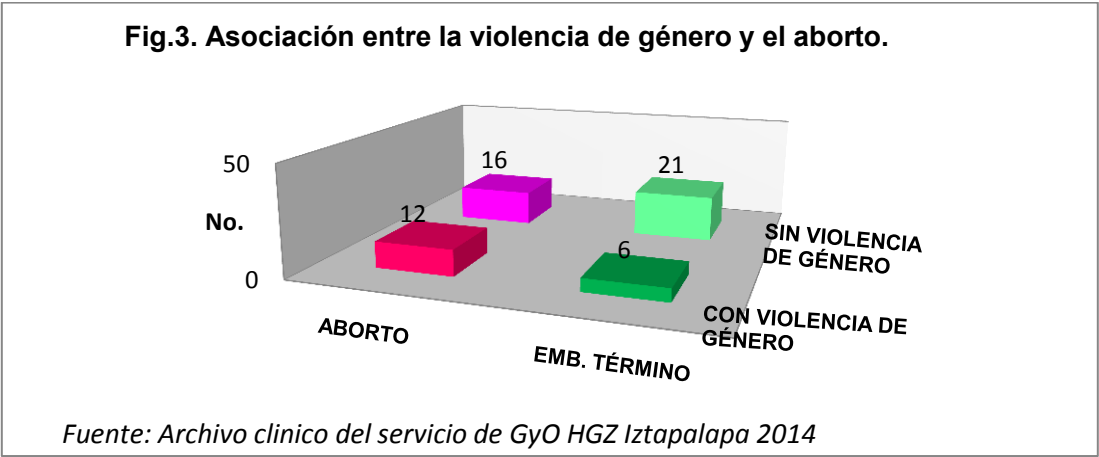
De las pacientes que cursaron con aborto 18 ocurrieron en el primer trimestre correspondiendo a un 64%, y las 10 pacientes restantes con diagnóstico de aborto del segundo trimestre correspondiente a un 36%.

En el resto de la gráfica se exponen en la 4ª. columna las pacientes con diagnóstico de embarazo de término (Fig.2).



Se encontró que de las 55 pacientes, 18 resultaron positivas al test de violencia de género representando el 32.7% del total de las encuestadas.

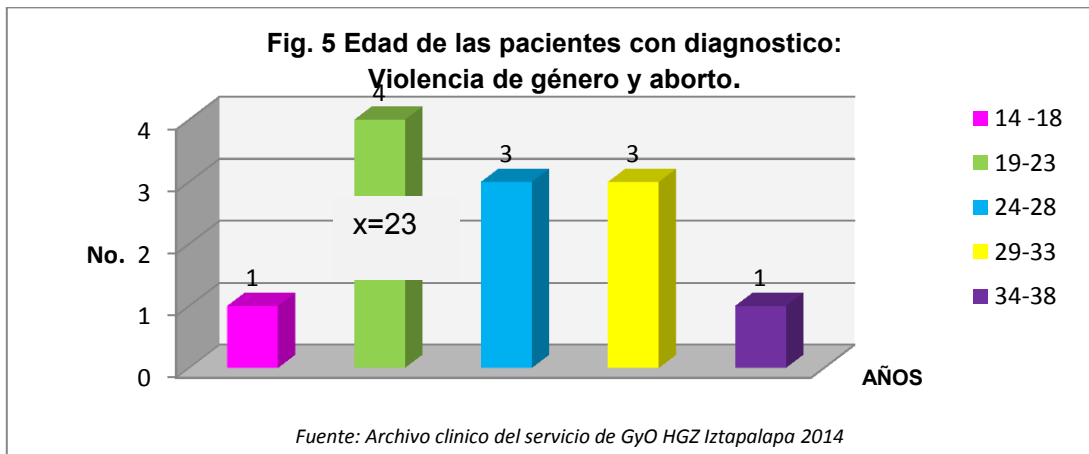
De las 28 pacientes que presentaron diagnóstico de aborto 12 pacientes cursaron con violencia de género. Y de las que llegaron a término su embarazo (27 pacientes), 6 pacientes sufrieron violencia de género (Fig.3).



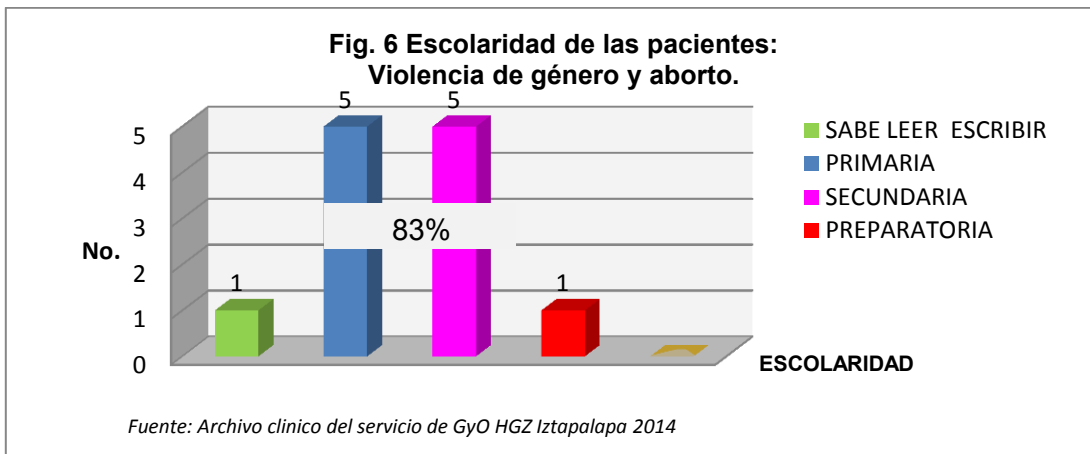
En la tabla se muestran todas las características generales (socio-demográficos) de las pacientes, divididas en 2 grupos las que no sufrieron de violencia de género y las que sufrieron violencia de género, y a su vez este

último, subdivido en pacientes con diagnóstico de aborto y diagnóstico de embarazo a término (Fig.4)

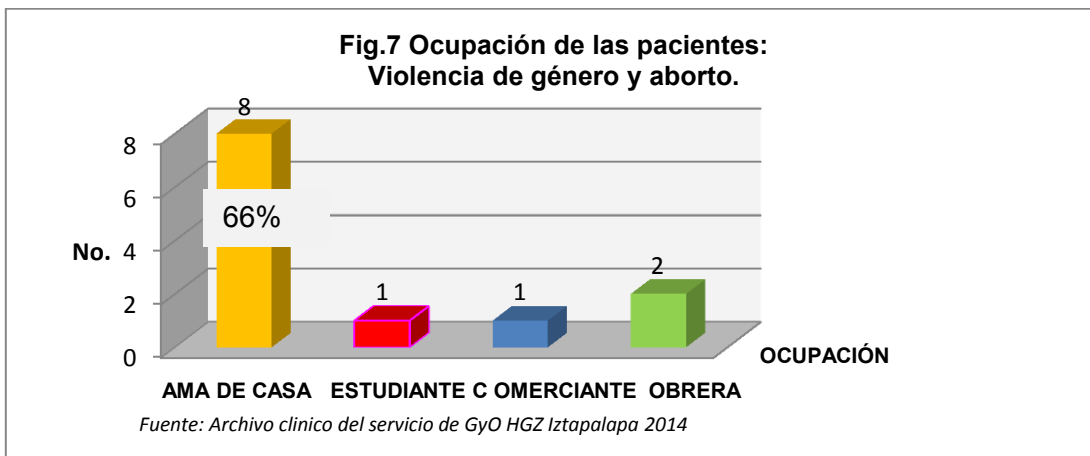
El rango de edad predominante en las pacientes a quienes se les diagnosticó violencia de género y aborto fue de 19 a 23 años, obteniendo un promedio de 23 años en el total de las pacientes encuestadas (Fig. 5).



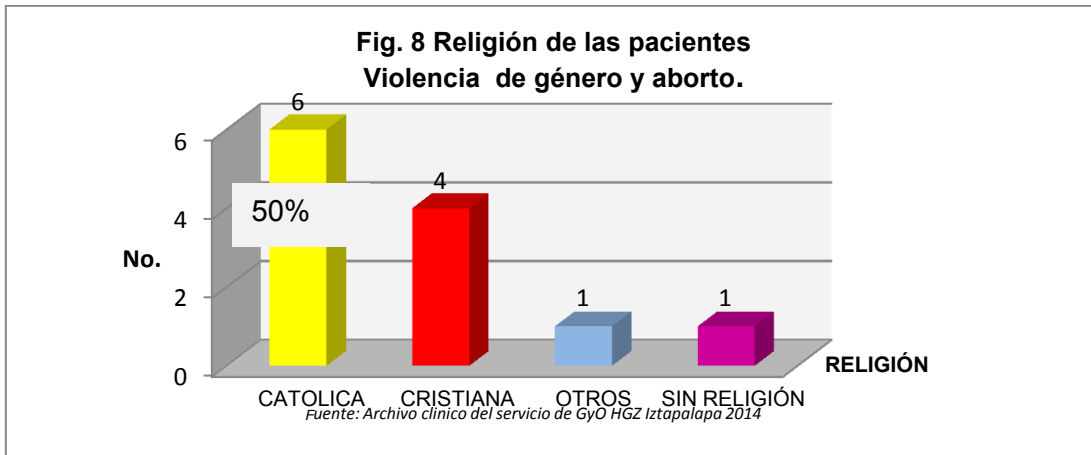
Respecto a escolaridad de las pacientes con violencia de género y aborto, donde se observó que pacientes tuvieron una educación básica (secundaria y primaria), que representan el 83% del total de las pacientes. Y que ningún caso de las pacientes con este diagnóstico, tuvo una educación superior (y / o posgrado) (Fig. 6).



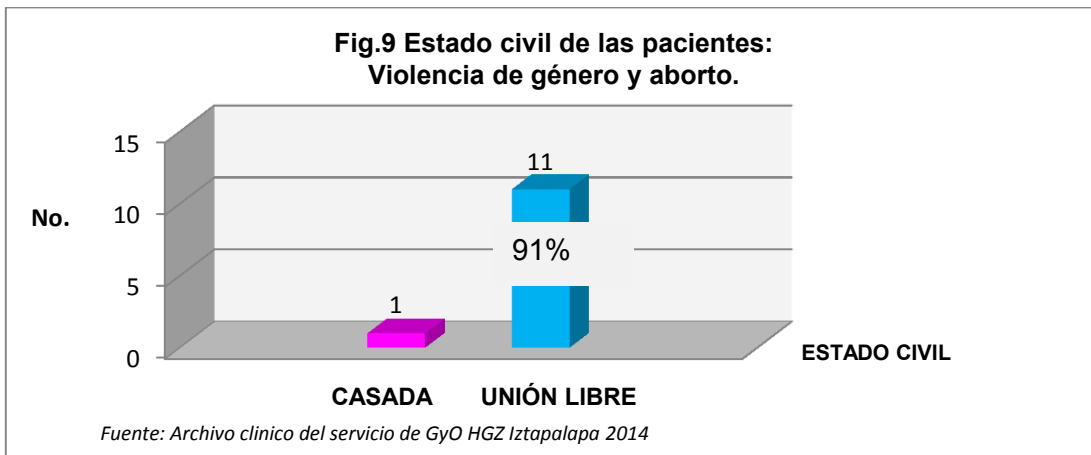
La ocupación de las pacientes con diagnóstico de violencia de género y aborto, en su mayoría fue ama de casa: 8 casos que representan un 66% del total de las pacientes (Fig.7).



La religión de las pacientes con diagnóstico de violencia de género y aborto, es católica representado con 6 pacientes que representan un 50% del total de las pacientes (Fig.8).



Respecto al estado civil viven en unión libre 11 pacientes que representan el 91% del total de las pacientes (Fig. 9).



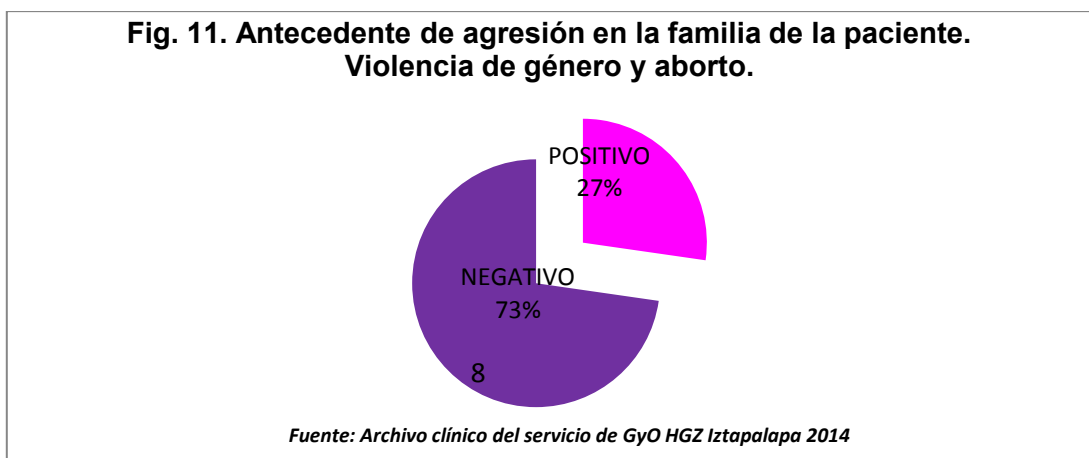
Para expresar los antecedentes personales no patológicos de las pacientes se expresan en la tabla donde se dividieron en 2 grupos las que “No sufrieron de violencia de género y las que sufrieron violencia de género”, y a su vez este último, subdivido en pacientes con diagnóstico de aborto y diagnóstico de embarazo de término (Fig. 10)

Solo una paciente con diagnóstico de Violencia de género y aborto, aceptó padecer alcoholismo (8.3%) el resto de las pacientes, negaron dicho antecedente.

Se observó que ninguna de nuestras pacientes encuestadas, refirió antecedente de drogadicción o haber consumido o ingerido drogas en algún momento de su vida.

Se observó que 3 pacientes (27%) con diagnóstico de violencia de género y aborto, habían cursado con violencia de género en algún momento de su vida

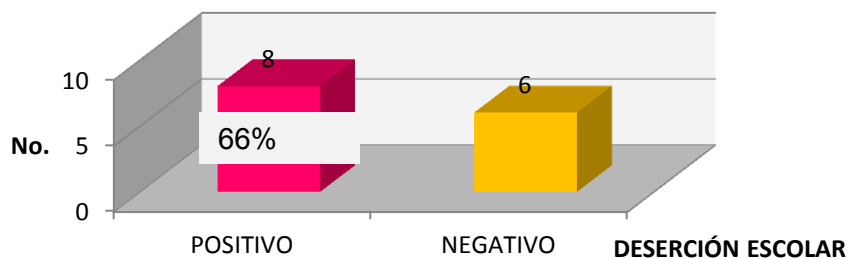
(Fig. 11).



La deserción escolar en las pacientes con diagnóstico de violencia de género y aborto, se observó en 8 casos, que representan el 66% del total de pacientes

(Fig. 12).

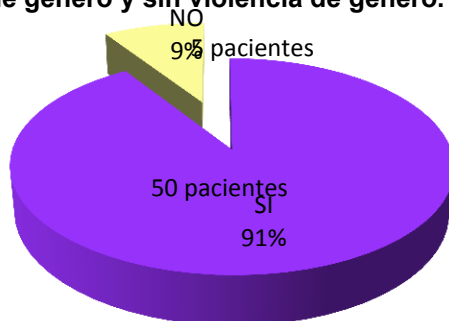
**Fig. 12 Pacientes con deserción escolar.
Violencia de género y aborto.**



Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

De las 55 pacientes encuestadas, 5 pacientes (9%), refirieron estar solteras más adelante se describen los resultados encontrados, en las pacientes que refirieron tener pareja (Fig. 13).

**Fig. 13. Pacientes que tienen esposo o pareja:
Con violencia de género y sin violencia de género.**

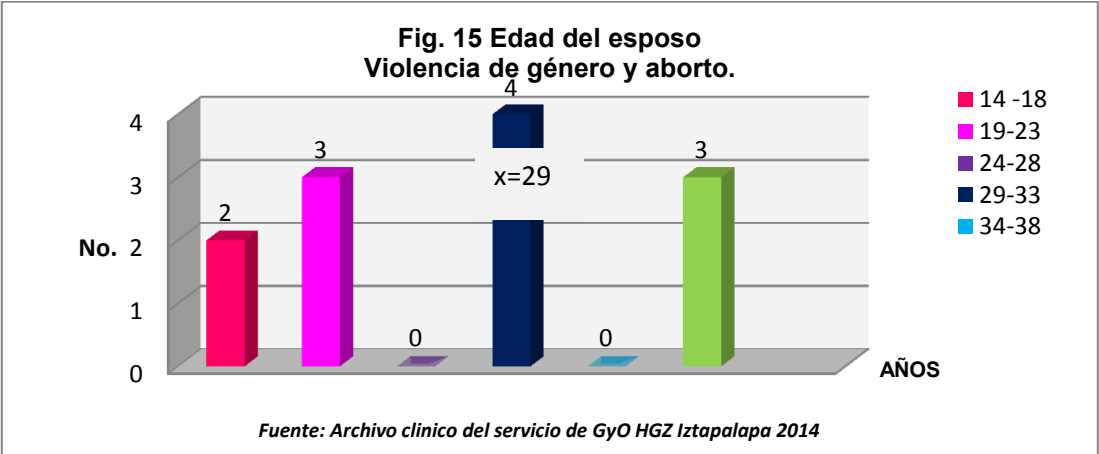


Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 201

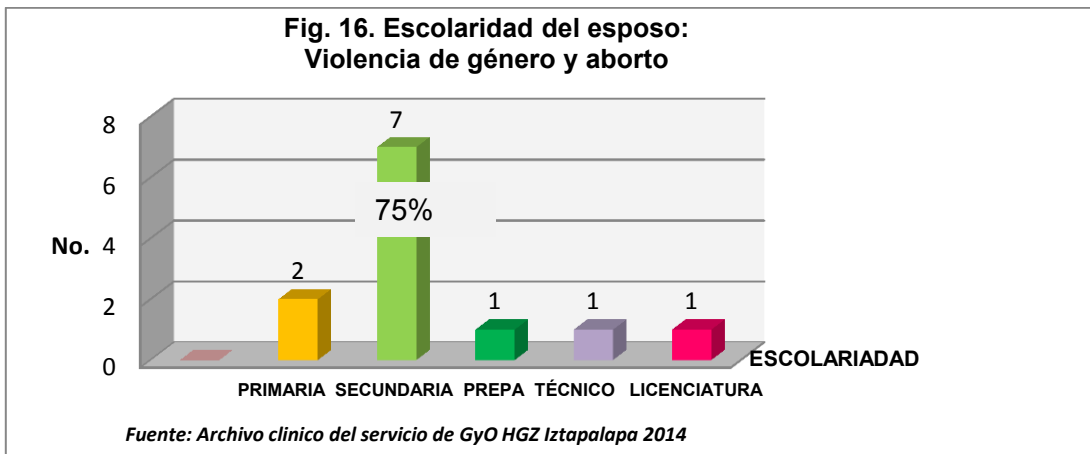
En la tabla se muestran todas las características generales (socio-demográficos) de los esposos (parejas o probables agresores), de las pacientes, subdivididas en 2 grupos las que no sufrieron de violencia de género y las que sufrieron violencia de género, y a su vez este último, subdividido en

pacientes con diagnóstico de aborto y diagnóstico de embarazo de término (Fig.14).

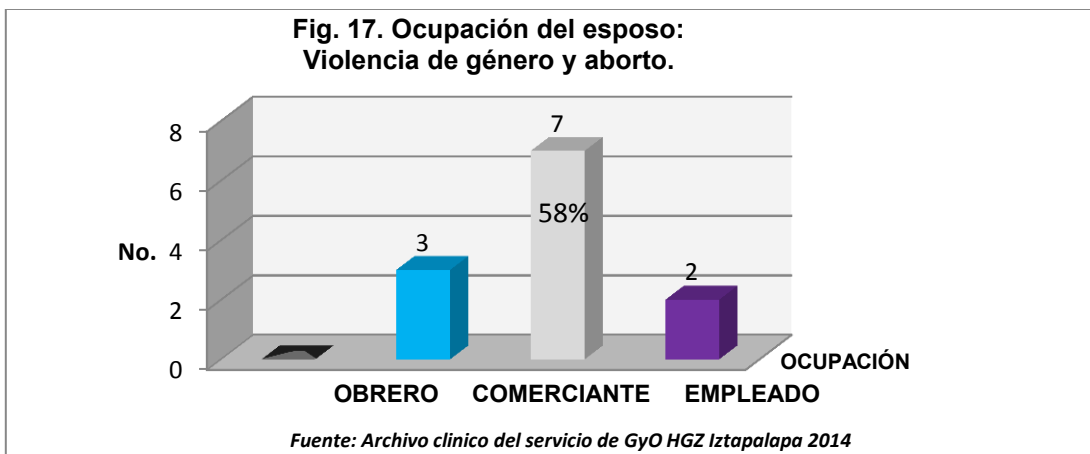
El rango de edad predominante de los esposos (pareja o probable agresor) de las pacientes que se les diagnóstico con violencia de género y aborto es de 29 a 33 años, obteniendo una edad promedio de 29 años en las pacientes encuestadas (Fig. 15).



La escolaridad de los esposos (pareja o probable agresor) de las pacientes de violencia de género y aborto, donde se observa que 9 esposos (75%) tienen una educación básica (secundaria y primaria. Se observa que solo un esposo (8%) tiene licenciatura (Fig.16).



La ocupación de los esposos de las pacientes con diagnóstico de violencia de género y aborto, en su mayoría fueron obrero correspondiente a 7 que representan un 58% del total de esposos (Fig.17)



Los antecedentes personales de los esposos (pareja o agresor) de las pacientes se encuentran, divididas en 2 grupos las que “No sufrieron de violencia de género y las que sufrieron violencia de género”, y a su vez este

último, subdivido en pacientes con diagnóstico de aborto y diagnóstico de embarazo de término (Fig.18)

Solo una de las pacientes (8.3%), con diagnóstico de Violencia de género y aborto, refirió que su esposo es positivo a toxicomanías, entre ellas refiere el uso de marihuana, y thinner, el resto de las pacientes, negaron adicciones.

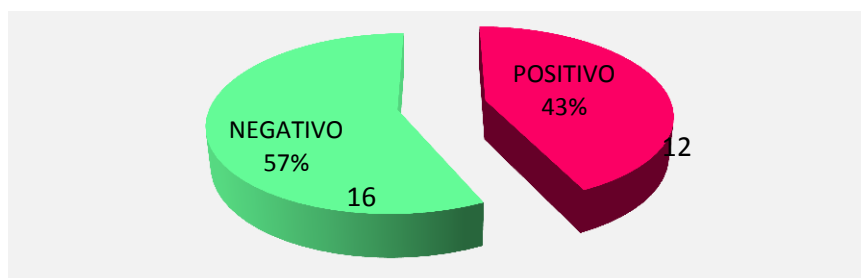
Alcoholismo en el esposo (pareja o agresor) refirieron 3 de las pacientes y representa un 25%, con diagnóstico de aborto y violencia de género (Fig. 19)



Antecedente de agresión en la familia del esposo (pareja o probable agresor) de las pacientes se presenta en 2 esposos correspondientes a un 17% del total con diagnóstico de aborto y violencia de género.

De las 28 pacientes con diagnóstico de aborto 12 (43%) pacientes presentaron violencia de género (Fig. 20).

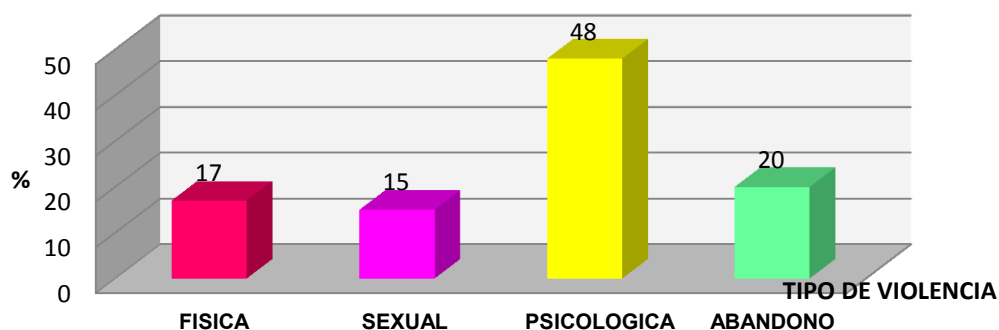
Fig. 20 Pacientes con diagnóstico de aborto que presentarán violencia de género.



Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

El tipo de violencia que se presentó con más frecuencia fue el de tipo psicológico, según el test realizado en un 48% de las pacientes, 20% abandono, 17% física, y en un 15% de tipo sexual (Fig. 21).

Fig. 21 Tipo de violencia de género y aborto .



Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

Las pacientes con violencia de género y aborto, refirieron que el agresor en orden de frecuencia es el esposo, ex-esposo, así como padres son las causantes de violencia principalmente de tipo psicológica, abandono y en algunas ocasiones de tipo física.

Las pacientes que refirieron haber cursado con violencia de género de tipo sexual, fue causada por familiares consanguíneos en su infancia, y en algunas pacientes por el mismo esposo o pareja.

Es importante recalcar que muchas de las pacientes, sufrieron más de 1 tipo de violencia de género, en el mismo o en diferentes momentos de su vida.

IV. DISCUSIÓN

La violencia de género durante el embarazo tiene consecuencias preocupantes sobre la salud materna, que derivan en trastornos físicos y psicológicos.

Los efectos del maltrato durante el embarazo incluyen lesiones físicas entre las que se incluye traumatismos abdominales capaces de provocar complicaciones durante el embarazo; dependiendo del trimestre en que se produce pueden ocasionar la pérdida del embarazo o la precipitación del parto.

La violencia durante el embarazo tiene un impacto negativo sobre la salud mental de las gestantes quienes padecen de estrés, fatiga, apatía y depresión. Se ha documentado una variedad de consecuencias del maltrato o violencia en el embarazo (1, 17,19,21)

Comparado con nuestro estudio donde se encontró, una asociación de un 43% en relación a violencia de género y aborto.

Según encuesta del ENDIREH 2012 de un total de 24 566 381 mujeres casadas o unidas de 15 y más años en el ámbito nacional, se registra que 11 018 415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal, representando cerca de la mitad de las entrevistadas. (2)

En nuestro estudio revelo que el 32.7% de las pacientes encuestadas, presentaron violencia de género, independientemente del trimestre de embarazo que cursaban en, relación con el porcentaje encontrado de pacientes que abortaron, donde se observó una asociación del 43% de pacientes, que sufrieron violencia. Cifra reveladora de un alto índice de violencia de género en nuestro medio.

Colombo y cols, en el 2005, reportan un 28,4% de mujeres adolescentes son víctimas de algún tipo de violencia en la gestación (18) donde se observa que contrario a estos reportes en la actualidad, se ha observado en el Estado de México el mayor porcentaje de violencia se presenta en las jóvenes entre 15 y 29 años de edad; de ellas, 52 de cada 100 han sufrido al menos un incidente de violencia en términos generales en el último año INEGI 2013(2).

El cual comparado con nuestro estudio corresponde a la misma asociación respecto a un 58% en el mismo rango de edad, con una edad promedio en 23 años. Se hace referencia al estado de México, ya que pertenece al área metropolitana y así mismo, el entorno de nuestras pacientes, que se estudiaron,

se encuentran en el D.F las áreas alrededor del mismo, son pertenecientes al Estado de México.

Se ha encontrado, que existen ciertos factores socios demográficos, asociados, a violencia y aborto. Becker y cols.2011, encontraron que la educación, estado civil, e incluso el lugar de residencia. ⁽⁵⁾

Lo anterior tiene relación con la aceptación y percepción de la violencia, en muchas localidades de la sierra del país la violencia física y psicológica forman parte de sus costumbres, siendo utilizadas como herramientas disciplinarias y no se catalogan como agresión ⁽¹⁰⁾.

En este estudio se observó, que el 83% de las pacientes, tenían educación básica (haciendo referencia a nivel primaria 41.6% y secundaria 41.6%), referido a escolaridad correspondiente al estudio realizado por Salvatierra 2012, en Lima Perú, donde se encontró, en el 88.8% que de las participantes su grado de instrucción fue secundaria o menos, donde el 56.9% tenía secundaria incompleta.

En comparación con, nuestro estudio se encontró, que el 66%, de las pacientes, presentaron antecedente de deserción escolar, mayor a un 11%, se

realiza el comparativo, con este estudio , ya que es un país, con similitudes económicas y socioculturales.

Cabe resaltar que en el estudio ninguna de nuestras pacientes, tiene nivel escolar superior, aunque se tiene conocimiento según estadísticas del 2013 de INEGI, que disminuye la asociación de violencia de género en mujeres con mayor grado de instrucción hasta en un 7% respecto a las que presentan un nivel básico escolar.

Aunque es bien conocido, que el nivel educativo no tiene una asociación directa con la violencia, ya que esta se da en todos los niveles de instrucción. (2)

Respecto al estado civil, se encontró, que el 91% de las pacientes, viven en unión libre el 9% restante es casada, lo que se deduce que más del 90% de nuestra población encuestada tiene esposo, y una mayor incidencia de violencia, ya que la violencia de pareja se reproduce como una forma de convivencia natural, que se justifica en las normas culturales y sociales.

La independencia económica de las mujeres es un importante apoyo que les permite contar con recursos propios, ampliar sus redes de interacción social, Así mismo incrementa la posibilidad de que tengan mayor conocimiento sobre sus derechos, factores que abren la posibilidad de alejarse de una relación

violenta; sin embargo, la participación de las mujeres en el mercado laboral es a su vez un proceso que agudiza este tipo de relaciones (2)

De las pacientes estudiadas, se encontró, que el 66% es ama de casa, deduciendo que, depende económicamente del esposo, o pareja, lo que favorece, el abuso del poder que este ejerce sobre ella, y que solo el 16.6% es económicamente activa pero su actividad laboral se refiere a ser obrera, por lo que su nivel económico es muy bajo. Y según estudios e investigaciones el hecho de ser mujer económicamente activa incrementa en un 2.7% la asociación a violencia que en las que no lo son.

Los principales modelos teóricos asumen que la violencia hacia las mujeres debido a su pertenencia genérica, no es un problema explicable por disposiciones biológicas, adicciones, condiciones de pobreza, cuestiones de tipo individual, alteraciones de la personalidad, etcétera. Es una situación de relaciones de poder entre sexos manejado desde una perspectiva de sometimiento, y como tal, las normas, costumbres, valores y asignación de jerarquías a los roles de género que la sustentan, se refuerzan en todos los ámbitos, pero es dentro del seno familiar donde se reproducen y se adquieren durante la infancia.

De tal manera, los antecedentes al respecto experimentados por la pareja en sus familias de origen sí representan un factor de probabilidad para reproducir estructuras similares en los hogares que forman. (2)

En el estudio se encontró, que de nuestras pacientes estudiadas, el 27% presento antecedente de agresión en su familia, es decir, que ellas ya habían sufrido de violencia en su infancia y/o adolescencia, está causada principalmente por los padres o familiares consanguíneos, y de diferentes tipos de violencia. Columbus 2005, encontró, la ocurrencia de violencia en el embarazo en el grupo de adolescentes fue 21.9%; siendo los padres los principales agresores.

Dentro del tipo de violencia que se presentó más, en las pacientes estudiadas, se encontró, en orden de frecuencia psicológica con (48%), abandono(20%) física con un (17%), sexual en (15%) reportando cierta similitud, con los datos reportados por INEGI 2013 a nivel nacional, donde se encontró que 82 de cada 100 mujeres violentadas por su pareja fueron agredidas de manera emocional o psicológica, 54 son víctimas de la violencia económica; 17 recibieron agresiones físicas y a 7 su pareja les exigió tener algún tipo de relación sexual e incluso fueron víctimas de violación.

Cabe hacer de conocimiento, que en más del 70% de nuestras pacientes, presentaron violencia de diferentes tipos, casi siempre relacionados, a nivel psicológico- emocional, que ocasionaba abuso sexual, e incluso algunas fueron

víctima de violación de tipo sexual por su pareja o esposo, pero lo refieren, que es “normal”, porque es su pareja, y/o padre de sus hijos, y son los proveedores o el sustento económico, lo que ellas consideran, es permisible⁽¹⁹⁾.

La violencia más frecuente contra las mujeres ocurrida en ámbitos privados es la proveniente del esposo o pareja, aunque existen muchos otros posibles victimarios dentro del espacio de las relaciones familiares y afectivas, como el padre, hermanos u otros parientes consanguíneos o políticos, cuñados, suegro, etcétera.⁽²⁾ Se ha encontrado en investigaciones realizadas, que el agresor es la pareja o esposo hasta en un 97%, de los casos.

Datos que se encontraron similares, en nuestra investigación, ya que las pacientes refieren sufrir violencia por la pareja, y otras que sufrieron violencia fue a causa de su ex pareja.

Se encontró que en muchas de las pacientes con violencia sexual, refieren haber sido abusadas por familiares consanguíneos, como (tíos, hermanos) y familiares políticos.⁽²⁾

Cabe resaltar, que aunque el estudio reporto una $p=0.10$ no significativa estadísticamente, se trató de un grupo muy pequeño de pacientes además que dentro de las limitaciones del presente estudio podemos citar, el tipo de diseño transversal, con el cual solo se tiene un momento de medición, en donde las entrevistadas reportan las características de la violencia de género durante su embarazo.

Así mismo muchas pacientes, que no se encontraron positivas al test de violencia de género, refirieron datos o indicadores de violencia, que para ellas lo consideran como “normal”, por lo que no consideran, que hay violencia en sus hogares.

Porque como se mencionaba anteriormente, es parte de su nivel socio, económico, cultural, e incluso religioso, ya que en más del 50% es católica, y /o (creyente, refiere solo creer en dios, sin pertenecer o seguir todas las normas de la religión católica). Donde se enseña, desde niña, una forma de sumisión a su esposo, o pareja, o padre de sus hijos, porque además es el proveedor.

Se observó, que aunque se les sugirió, denunciar ante el ministerio público, por violencia, no aceptaron, muchas de ellas porque solo consideran a la violencia física, como violencia, e ignoran la violencia psicológica, económica, sexual, etc.

Por lo que es importante, seguir este tipo de pacientes, porque además de la violencia que ya se sufrieron en algún momento de su vida, como antecedente, es muy probable, que vuelvan a presentar violencia, y en el estado de gestación donde es una etapa de máxima vulnerabilidad para la mujer, y que en un futuro, sus hijos o hijas, si llegan a término sus embarazos, sean víctimas o victimarios de violencia sexual, por que como ya está explicado, es un patrón y circulo vicioso, que continua, a través de las diferentes etapas de vida.

V. CONCLUSIONES

Al analizar las características generales de las pacientes víctimas de Violencia de género y aborto, se observa un perfil sociodemográfico en nuestras pacientes:

Estado civil: en concubinato (91%), nivel escolar básico (83%), son dependientes económicas de su esposo o pareja en un 66%. Los cuales también son factores pre disponentes para desencadenar la violencia de género

El tipo de violencia de género más frecuente es la violencia psicológica (48%), en un menor porcentaje se presentan abandono (20%) la violencia física (17%) y la violencia sexual (15%).

El 90% de las participantes convive con el agresor o estuvo ligada de una manera muy estrecha. Familia consanguínea y política.

Se identificó como un problema la violencia de género en las pacientes embarazadas, en el Hospital General de Iztapalapa en un 32.7%

La asociación entre la violencia género y aborto fue de 43%($p < 0.10$) donde no se encontró una asociación directa.

1. Por qué es un grupo muy pequeño, para una significancia estadística además de que solo describe si hay o no violencia de género, y no hace un diferenciación específica de acuerdo al tipo de violencia de género.
2. Por el perfil histórico de la mujer no permite confiar en los resultados de la encuesta porque tiende a negar los hechos. Y porque además lo consideran como conductas normales de pareja.
3. Se requiere estudiar un mayor número de casos para conclusiones con validez estadística.

VI. RECOMENDACIONES

Luego de la investigación realizada se recomienda establecer estrategias que permitan disminuir los niveles de Violencia de Género a través de programas, crear instituciones o áreas específicas, además de las ya conocidas, dentro de las unidades hospitalarias, para que trabajen en beneficio de las mujeres embarazadas que son víctimas de violencia de género.

Incrementar estrategias educativas dirigidas a la juventud sobre la violencia de género y sus consecuencias. Para lograr cambios a mediano y largo plazo en las normas sociales que condenan la violencia contra la mujer.

Crear programas comunitarios e incrementar redes familiares, redes sociales, para cambiar el patrón cultural ya establecido sobre la violencia de género, y así disminuir la misma.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Kaye Dan K. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. ***Tropical Medicine and International Health*** 2006 (11) 20-101.
2. ENDIREH 2011. *Panorama de la violencia contra las mujeres en México* Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI 2013.
3. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Secretaria de Salud 2005.
4. Schiavon Raffaella. Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. ***Reproductive Health Matters***. 2010; 18(36) 127-135.
5. Becker Davida. Sociodemographic Factors Associated With Obstacles to Abortion Care: Findings From a Survey of Abortion Patients in Mexico City. ***Women's Health Issues***. 2011 (21-3S) S16-S20.
6. Valenzuela Pérez, Susana. *Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto*. Tesis de Maestría. México: Universidad de Colima, Facultad de Medicina; 2004.
7. Salvatierra Aguilera, Diana. *Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012*. Tesis de licenciatura Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
8. Dayananda Ila . Abortion practice in México: a survey of health care providers. ***Contraception*** .2012 , (85) 304 – 310.
9. Becker Davida. Women's reports on postabortion family-planning services provided by the public-sector legal abortion program in México City. ***International Journal of Gynecology and Obstetrics***. 2013 (121) 149-153.
10. Flores Sullca, Tita; Schirmer, Janine. Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú. ***Rev Latino-am Enfermagem*** 2006 julio-agosto; 14(4).
- 11.. Amuchastegui Ana H. Clandestine Abortion in Mexico: A Question of Mental as Well as Physical Health. ***Reproductive Health matters***. 2002; (10) 95-102.
- 12.Schiavon Raffaella. Analysis of maternal an abortion- related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. ***International Journal of Gynecology and Obstetrics*** . 2012; (118) S78- S86.

10. Heise L. A global overview of gender based violencia. *Interntional Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002; (78)5-14.
11. Silverman JG. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women *Epidemiology*. 2007
12. Amina P. Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon” 2004
13. Physical Abuse of Women Before, During, and After Pregnancy JAMA 285 (2001)<http://jama.ama-assn.org/issues/v285n12/rpdf/joc01668.pdf>
14. Aborto, implicaciones, riesgos y restricciones. **Humanidades y ciencias sociales** 2008(15-17).
15. Screening Mothers for Intimate Partner Abuse at Well-Baby Care Visits: The Right Thing to Do. **JAMA** 285 (2001) <http://jama.ama-assn.org/issues/v285n12/fpdf/jed10014.pdf>
16. Key Scientific Issues for Research on Violence Occurring Around the Time of Pregnancy **Centres for Disease Control** http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh_violenc.htm
17. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain BehavImmun*. [Internet]. 2007 Mar [cited 2012 Jan 5];21(3):343-50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Coussons->
18. Colombo, Graciela; Ynoun, Roxana; Viglizzo, Mónica; Venerada, Luciana; Iglesias, Gabriela; Stropparo, Pablo. Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa del embarazo, parto y puerperio. *Revista de Ciencias Sociales*. 2005 12(38): 81-107.
19. Crempien, Carla. Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias. *Revista de Psiquiatría Clínica* 2007, 44(1).
20. Távara Orozco, Luis; Orderique, Luis; Zegarra Samamé, Tula; Huamaní, Silvia; Félix, Flor. Repercusiones Maternas y Perinatales de la Violencia Basada en Género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2007; 53 (1): 10-17.
21. Paredes Solís, Sergio. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México. *Salud pública Méx* 2005;47(5): 335-341.

22. Contreras Zaravia, Norma Roxana; Beltrán Llacza, Carlos Jefferson. *Asociación de la violencia basada en el género (maltrato físico, abuso sexual y psicológico) y resultados adversos del embarazo en madres adolescentes en el Instituto Especializado Materno Perinatal*, Especialista en Gineco-Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.2005.

23. Correa Balbacea, Diana. *Mujeres embarazadas y violencia de género*. Tesis de licenciatura: Psicología clínica. Quito 2011.

24. Bruyn, Maria. La Violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de la salud pública. **IPAS** 2003.

VIII. ANEXOS

ANEXOS A. TABLAS

FIG. 4 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON VIOLENCIA DE GÉNERO Vs SIN VIOLENCIA DE GÉNERO

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES.	PACIENTES SIN VIOLENCIA	PACIENTES CON VIOLENCIA	
		ABORTO	EMBARAZO DE TÉRMINO.
RANGO DE EDAD (AÑOS)	N=37	N=12	N=6
14-18	4	1	1
19-23	8	4	3
24-28	13	3	2
29-33	5	3	0
34-38	7	1	0

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

ESCOLARIDAD	PACIENTES SIN VIOLENCIA	PACIENTES CON VIOLENCIA	
		ABORTO	EMBARAZO DE TÉRMINO.
Sabe leer y escribir	N=37	N=12	N=6
Primaria	1	1	0
Secundaria	4	5	3
Preparatoria	23	5	1
Técnica	8	1	0
Licenciatura	1	0	0
Posgrado	0	0	0

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

OCUPACIÓN	PACIENTES SIN VIOLENCIA	PACIENTES CON VIOLENCIA	
		ABORTO	EMBARAZO DE TÉRMINO.
Ama de casa	N=37	N=12	N=6
Estudiante	29	8	5
Comerciante	1	1	1
Obrera	4	1	0
	3	2	0

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

ESTADO CIVIL	PACIENTES SIN VIOLENCIA	PACIENTES CON VIOLENCIA	
		ABORTO	EMBARAZO DE TÉRMINO.
Soltera	N=37	N=12	N=6
Casada	3	0	2
Unión libre	6	1	1
Divorciada	27	11	3
Viuda	1	0	0
	0	0	0

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

RELIGIÓN	PACIENTES SIN VIOLENCIA	PACIENTES CON VIOLENCIA	
		ABORTO	EMBARAZO DE TÉRMINO.
Católica	N=37	N=12	N=6
Cristiana	24	6	4
Creyente	6	4	1
Atea	6	1	0
	1	1	1

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

FIG.10. ANTECEDENTES PERSONALES DE LAS PACIENTES CON VIOLENCIA DE GÉNERO Vs SIN VIOLENCIA DE GÉNERO

ANTECEDENTES PERSONALES DE LA PACIENTE.	<u>PACIENTES SIN VIOLENCIA</u>	<u>PACIENTES</u> ABORTO	<u>CON VIOLENCIA</u> EMBARAZO DE TÉRMINO.
DROGADICCIÓN	N=37	N=12	N=6
Si	0	0	0
No	37	12	6

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

ALCOHOLISMO	N=37	N=12	N=6
Si	4	1	0
No	33	11	6

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

AGRESIÓN EN LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA PACIENTE.	N=37	N=12	N=6
Si	3	3	2
No	34	8	4

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

ANTECEDENTE DE DESERCIÓN ESCOLAR	N=37	N=12	N=6
Si	8	8	3
No	29	6	3

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

FIG. 14 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESPOSO (PAREJA O PROBABLE AGRESOR. CON VIOLENCIA DE GÉNERO Vs SIN VIOLENCIA DE GÉNERO

CARACTERÍSTICAS GENERALES (DEL ESPOSO DE LAS PACIENTES.)	<u>PACIENTES SIN VIOLENCIA</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>CON VIOLENCIA</u>
		ABORTO	EMBARAZO DE TÉRMINO
RANGO DE EDAD (AÑOS)	N=34	N=12	N=4
14-18	1	2	0
19-23	5	3	1
24-28	10	0	2
29-33	8	4	0
34-38	5	0	0
39-43	5	3	1

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

	N=34	N=12	N=4
ESCOLARIDAD			
Sabe leer y escribir	0	0	0
Primaria	7	2	1
Secundaria	20	7	1
Preparatoria	3	1	2
Técnica	3	1	0
Licenciatura	1	1	0
Posgrado	0	0	0

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

	N=34	N=12	N=4
OCUPACIÓN			
Desempleado	2	0	0
Comerciante	16	3	0
Obrero	7	7	3
Empleado	9	2	1

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

FIG.18 ANTECEDENTES PERSONALES DE LOS ESPOSOS (PAREJA O PROBABLE AGRESOR) DE LAS PACIENTES: CON VIOLENCIA DE GÉNERO Vs SIN VIOLENCIA DE GÉNERO

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ESPOSO	PACIENTES SIN VIOLENCIA	PACIENTES CON VIOLENCIA	ABORTO	EMBARAZO DE TÉRMINO.
DROGADICCIÓN	N=34	N=12	N=4	
Si	1	1	0	
No	33	11	4	

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

ALCOHOLISMO	N=34	N=12	N=4
Si	10	3	2
No	24	9	2

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

AGRESIÓN EN LA FAMILIA DE ORIGEN DEL ESPOSO.	N=34	N=12	N=4
Si	0	2	1
No	34	10	3

Fuente: Archivo clínico del servicio de GyO HGZ Iztapalapa 2014

ANEXO B. TEST DIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Objetivo. Determinar la asociación de la violencia de género y el aborto en las pacientes embarazadas del Hospital General de Iztapalapa.

Instrucciones: Complete o cruce con una cruz la respuesta correcta.

Edad: _____ años

Escolaridad: () Analfabeta () Sabe leer y escribir () primaria () Secundaria () Preparatoria () técnico () normal () licenciatura () Posgrado

Ocupación: () ama de casa () Estudiante () Comerciante () otra ¿Cuál? _____

Estado civil: () soltera () casada () unión libre () divorciada () viuda

Religión: () católica () cristiana () testigo de Jehová () otra ¿Cuál?

Semanas de gestación: _____

Aborto: si _____ No _____

Tipo aborto: () provocado () espontáneo

Alcoholismo Si _____ No _____

Drogadicción (ingesta de marihuana, cocaína, anfetaminas, thinner o alguna otra sustancia): Si _____ No _____

Antecedente de agresión o violencia en la familia de usted: Si _____ No _____

Antecedente de deserción escolar de usted: Si _____ No _____

Test de violencia de género

Pregunta	SI	A VECES	RARA VEZ	NO
1. ¿Alguna persona o miembro de su familia, le ha dañado o agredido físicamente? En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
2. ¿Le han controlado, restringido o limitado para obtener percepciones económicas? En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
3. ¿Cree que con golpes las personas se corrigen o				

educan?				
4. ¿Si hay alguna discusión en donde vive, se dirige a los demás en forma despectiva con insultos o en forma denigrante?				
5. ¿En su ambiente familiar, son frecuentes las discusiones, los gritos o insultos denigrantes?				
6. ¿Alguna vez se ha sentido sola , frágil, desprotegida, indefensa o angustiada?				
7. ¿Alguna vez alguien ha tocado su cuerpo o le ha forzado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento? En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
8. ¿Alguna persona o miembro de su familia le critica o humilla en público o privado, sobre su apariencia o su forma de ser? En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
9. ¿Alguna vez alguien le ha destruido cosas que para usted eran muy preciadas? En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
10. ¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por su pareja o alguna persona importante para usted? Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, aislamiento de amigos/as y parientes, etc. En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
11. ¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho daño físico? Ejemplo. Golpes, mutilaciones, quemaduras, empujones, etc. En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
12. ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales sin su				

consentimiento?				
En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
13. ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera que le haya causado dolor, molestia o desagrado por alguien importante para usted?				
En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				
14. ¿En donde vive se ha sentido rechazada, lo excluyen , marginan se le habla con voz fuerte o no se le presta atención?				
En caso de ser afirmativo ¿Quién lo hizo y cuando sucedió esto?				

TIPO DE FAMILIA

Edad del esposo o pareja: _____ años

Escolaridad del esposo o pareja : () Analfabeta () Sabe leer y escribir () primaria () Secundaria
 () Preparatoria () técnico () normal () licenciatura ()
 Posgrado

Ocupación: ()desempleado () Estudiante () Comerciante () otra ¿Cuál? _____

Alcoholismo en el esposo o pareja: Si _____ No _____

Drogadición (ingesta de marihuana, cocaína, anfetaminas, thinner o alguna otra sustancia): Si _____
 No _____

Antecedente de agresión o violencia en la familia de su pareja: Si _____ No _____

Muchas gracias por su participación!!!

FECHA: _____

FIRMA: _____

Para el encuestador:	Gesta _____	Para _____	Aborto _____	Cesarea _____
IDX:				

ANEXO C. ASPECTOS LEGALES.

ABORTO CODIGO PENAL DEL DF

Raíz latina (Abortus) No nacido.

Definición: La muerte del producto en cualquier momento del embarazo.

Artículo 144. Es la muerte del producto en cualquier momento del embarazo.

Artículo 145. Al que hiciera abortar a una mujer, se impondrá de uno a tres de prisión, sea cualquier medio que EMPLEARE, siempre que sea con el consentimiento de ella. I

Artículo 146. Si el aborto lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme al artículo anterior, se le suspenderá por un tiempo igual en el ejercicio de su profesión.

Artículo 147. La mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro lo haga, se le impondrá de uno a tres años de prisión. En este caso solo se sancionará cuando se haya consumado.

Artículo 148. No se impondrá sanción:

I Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 de este mismo Código..

Artículo 148. No se impondrá sanción.

II Cuando de no provocarse el aborto la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Artículo 148. No se impondrá sanción.

III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada, o

Artículo 148. No se impondrá sanción:

IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

Artículo 148. No se impondrá sanción:

En los casos contemplados en las fracciones I, II, III, los médicos tendrán la OBLIGACIÓN de proporcionar a la mujer embarazada, la información VERAZ, SUFICIENTE Y OPORTUNA, sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de una manera libre, informada y responsable.