



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33  
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA**

**RELACION ENTRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL  
EMBARAZO Y DE BAJO PESO EN EL RECIEN NACIDO EN  
LA UMF PLUS No.33 CHIHUAHUA, CHIH**

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

**PRESENTA:**

**DR. ARMANDO NEVAREZ IBARRA**

**CHIHUAHUA, CHIH.**

**2014**



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.

**RELACION ENTRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL  
EMBARAZO Y DE BAJO PESO EN EL RECIEN NACIDO EN LA  
UMF PLUS No.33 CHIHUAHUA, CHIH**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. ARMANDO NEVAREZ IBARRA**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERRÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

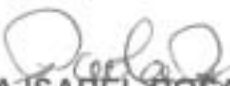
**RELACION ENTRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL  
EMBARAZO Y DE BAJO PESO EN EL RECIEN NACIDO EN LA  
UMF PLUS No.33 CHIHUAHUA, CHIH**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**


**DR. ARMANDO NEVAREZ IBARRA**


**AUTORIZACIONES**

  
**DRA. PAOLA ISABEL ROSADO YEPES.**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

ADSCRITO A:  
SEDE UMF 33/UMAA 68  
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

  
**DR. SAUL GILBERTO ESPARZA REYES**  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
GINECOLOGO, ADSCRITO A:  
HGO N°15, CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

  
**DRA. ARACELI VÉRONICA HERNANDEZ ROJAS**  
ASESOR METODOLOGICO  
ADSCRITO A:  
SEDE UMF 33/UMAA 68  
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

  
**DRA. MARTHA EDITH TUFIÑO OLIVARES**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE  
INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN ESTATAL IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

## INDICE.

1.- Introducción.-----	1
1.1.- Marco teórico.-----	1
1.2.- Antecedentes.-----	1
1.3.- Planteamiento del problema-----	14
1.4.- Pregunta de investigación.-----	15
1.5.- Justificación.-----	16
1.6.- Hipótesis de trabajo.-----	17
1.7.- Objetivo general.-----	17
1.8.- Objetivo específico.-----	17
2.- Material y métodos.-----	17
2.1.- Tipo de estudio.-----	18
2.2.- Universo de estudio.-----	18
2.3.- Muestra.-----	18
2.4.- Criterios de selección.-----	20
2.5.- Criterios de exclusión.-----	20
2.7.- Operación de las variables.-----	21
2.8.- Técnica o procedimiento.-----	21
2.9.- Análisis estadístico.-----	22
2.6.- Consideraciones éticas.-----	22
3.- Resultados.-----	24
4.- Discusión.-----	33
5.- Conclusiones.-----	34
5.1.- Recomendaciones.-----	34
6.- Referencias.-----	35
7.- Anexos.-----	38
7.1.- Ficha de identificación.-----	38
7.2.- Cuestionario de autodiagnóstico de violencia intrafamiliar.-	39
7.3.- Carta de consentimiento informado.-----	42
7.4.- Cronograma.-----	43

# RELACION ENTRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y DE BAJO PESO EN EL RECIEN NACIDO EN LA UMF PLUS No.33 CHIHUAHUA, CHIH.

Dr. Armando Nevárez Ibarra, Dr. Saúl Gilberto Esparza Reyes, Dra. Araceli Verónica Hernández Rojas, Dr. Jorge Alberto Granados Chávez, Lic. Nephtali Sánchez Montiel.

## RESUMEN.

### INTRODUCCION.

La violencia doméstica es considerada por la OMS un grave problema de salud pública. Se llama violencia intrafamiliar al acto de poder u omisión, abuso recurrente intencional y cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia. Existen tres tipos de violencia, la física, psicoemocional, y social y que a su vez constituyen predictores de un resultado posnatal adverso y un desfavorable pronóstico materno infantil. **Objetivo.** Determinar si el bajo peso al nacimiento tiene relación con la violencia intrafamiliar encontrada en la embarazada **Metodología.** Se realizó un estudio trasversal, analítico y observacional en el cual se incluyó a mujeres embarazadas a las cuales se les aplicó un cuestionario de autodiagnóstico de violencia intrafamiliar y posteriormente se llenó una ficha de identificación en la cual se preguntó peso del producto al nacer, y donde se incluyeron las siguientes terceras variables: edad, ocupación, escolaridad y estado civil, ya terminadas las encuestas se realizó el análisis de la asociación de la presencia de violencia intrafamiliar con el desarrollo de bajo peso al nacer, obteniendo medidas de tendencia central, medidas de normalidad, chi-cuadrada e intervalos de confianza al 95%.lo anterior se realizó por medio del programa estadístico EPIDAT 3.0. **Conclusión.** Se identificó que el 33.3% de las mujeres embarazadas sufren de violencia intrafamiliar; encontrándose que las mujeres embarazadas con violencia intrafamiliar tienen 38% riesgo de que su producto tenga bajo peso al nacer en comparación con las personas que no tienen violencia intrafamiliar, no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

**Palabras clave.** Violencia intrafamiliar, embarazo, bajo peso.

## **MARCO TEORICO.**

Pareciera que la Violencia contra la Mujer, está fundada en la conciencia colectiva de 25 siglos. La misoginia (odio y deprecio por las mujeres), el machismo, los prejuicios contra la sexualidad, la homofobia (culpabilizarían a los hombres por lo que la sociedad lee como “afeminarse” del ser masculino), la lesbofobia (culpabilizarían a las mujeres “por no ser femeninas”), la violencia moral contra las viejas, el sexismo (discriminación entre niños y niñas), la culpabilizarían a las embarazadas adolescentes, la obligación de la virginidad, el castigo y la persecución a las mujeres que abortan, son sólo algunas de sus formas. Actualmente por ejemplo, también está la agresión que las transnacionales están ejerciendo contra las mujeres en particular por medio de la pobreza selectiva: las mujeres constituyen el 70 por ciento de los 1.300 millones de pobres absolutos en el mundo como los llama la misma OIT, Organización Mundial del Trabajo.

Hasta hace pocos años el problema de violencia intrafamiliar no era objeto de dominio público, se mantenía en el silencio o en privado y aquellos que la vivían padecían sus secuelas en la imposibilidad de recibir ningún tipo de atención, tampoco preocupaba a los servicios de salud, asistencia social, ámbito legal y menos al sector académico. Sin embargo, desde hace tres décadas este problema social empezó a cobrar visibilidad gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos de las víctimas.

A partir de esta visión , el tema de la violencia se ha incluido en las agendas de la discusión internacional como la Organización de las Naciones Unidas ( ONU, 1995) y la Organización Panamericana de la Salud ( OPS, 1994) señalando a la violencia familiar como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico de las sociedades. En México al igual que en otros países del mundo, la violencia intrafamiliar atraviesa fronteras étnicas, religiosas, educativas y socioeconómicas. Por otro lado se ha documentado ampliamente que la atención de las víctimas de violencia intrafamiliar tiene impacto directo en los servicios de salud, ya que repercute de manera significativa en diferentes niveles, entre los que podemos señalar. La organización, el funcionamiento y los costos de los servicios de salud.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la atención medica de la violencia familiar NOM- 190-SSA1. Se definió la violencia intrafamiliar como un acto u omisión único o repetitivo consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual o

abandonó cometido por un miembro de la familia en relación de poder en función del sexo, edad o la condición física, en contra de otro integrante de La misma, sin importar el espacio físico donde ocurra. 1999 (SSA, 2000). (25)

### **DEFINICION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.**

Se considera al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación de poder, en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma familia, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o de abandono.

Abandono. es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Maltrato psicológico. Es la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual. acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas al respeto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

Maltrato físico. Acto de agresión que provoca daño físico.

### **Definición de las Naciones Unidas.**

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

Abarca, sin carácter limitativo, “la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica *al nivel de la comunidad en general*, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la



prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica *perpetrada o tolerada por el Estado*, donde quiera que ocurra”. Aunque suele pensarse que el embarazo es un periodo en que la mujer debe estar protegida, en la mayoría de las localidades del estudio entre un 4% y un 12% de las mujeres que habían estado embarazadas declararon haber sido golpeadas durante ese periodo, en más del 90% de los casos por el padre del niño por nacer, y entre un cuarto y la mitad de ellas habían recibido puntapiés o puñetazos en el abdomen.

## **DICHOS DE MUJERES QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA**

*“Vivir violentada, es vivir con miedo”*

*“Miedo a que llegue, miedo a que se enoje, miedo a que no le guste la comida, miedo a que esta noche me obligue a hacerlo...”*

*“Él me decía que yo era la que lo provocaba, que yo me la buscaba”*

*“Me negaron hasta el saludo por dejarlo”*

*“Vivir violentada, es vivir sintiéndose culpable de todo, hasta de que me pegue”*

*“En ese tiempo muchas veces me pregunté ¿qué hago aquí, cómo es que acepto esto cada día?...”*

*“Miedo a la soledad, miedo a no podérmela sola, miedo a dejar a mis hijos sin padre, miedo a que nadie me ame nunca más”...*

*“Vivir en la violencia es vivir con miedo a todo”.*

*“Vivir en la violencia es, prácticamente, no vivir”...*

*“La forma más común de violencia contra la mujer, fue y es la violencia entre las cuatro paredes del hogar”.*

En su familia, su matrimonio y su hogar, la mujer está el mayor riesgo de violencia. Ahí su esposo o su familia política pueden agredirla, violarla o matarla. En el embarazo, la vejez o cuando es discapacitada mental y/o física es más vulnerada que nunca.

Una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su actual o ex pareja, que por un extraño. Ellos las torturan psicológica, física y sexualmente:

Las patean, las muerden, las abofetean, las amarran o esposan, les dan de puñetazos, intentan estrangularlas, las queman con fuego o ácidos, las violan con objetos o sin ellos, las violan delante de sus hijos(as), las encierran, les gritan, les dicen groserías, las califican de *flojas, mantenidas, sucias, feas*, etc., las dejan en

vergüenza delante de otros, se burlan de sus ideas, maneras y aspecto exterior, las desautorizan ante sus hijos(as) y los demás, les hacen “la ley del hielo, les prohíben el maquillaje, la minifalda o cualquier detalle estético, les prohíben trabajar fuera de la casa, les prohíben las visitas y salidas con sus familiares y amigas, les niegan el dinero o se los racionan de tal manera que no alcance para el día, la semana o el mes a que está destinado, les desconocen la propiedad sobre su casa y las cosas que están dentro de ella, les rompen, les queman, les quitan, les tiran a la basura sus objetos y ropas personales, manipulan a los hijos con ideas contra ellas, se llevan a los(as) hijos(as) sin previo aviso, no los entregan, los(as) violan, los(as) golpean, los(as) manipulan y hasta los(as) asesinan como un acto indirecto de violencia hacia ellas, les matan, les quitan o les hacen desaparecer a sus mascotas como un acto indirecto de violencia hacia ellas. y, finalmente, las asesinan.

Las agresiones están destinadas a lesionar la salud psicológica de la mujer al igual que su cuerpo y suelen ir acompañadas de humillación y violencia física. Se trata de aniquilarlas de igual manera que hacen las dictaduras y sus aparatos paramilitares con presos y presas políticas. La tortura a la mujer en su hogar, puede sucederse una semana tras otra, durante muchos años.

En cambio el bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos, es uno de los grandes problemas de salud pública, y constituye una preocupación mundial pues influye en la calidad de vida y es un factor de riesgo y segunda causa de mortalidad en la población infantil. <sup>(26,27)</sup>

En general, el nacimiento de niños con bajo peso se corresponde con la edad gestacional pre término (antes de las 37 semanas de embarazo), y se asocia a procesos en los que existe incapacidad por parte del útero para retener el feto, interferencias con el embarazo, desprendimiento precoz de la placenta, o estímulos que produzcan contracciones uterinas precoces y efectivas. El retraso del crecimiento intrauterino se relaciona con procesos que interfieren con la circulación y eficacia de la placenta, con el desarrollo o crecimiento del feto, o con el estado general y nutritivo de la madre.

Muchos factores pueden retardar el crecimiento del feto. Los bebés con anomalías congénitas o anomalías cromosómicas a menudo son asociados con bajo peso al nacer. A veces, los problemas con la placenta pueden impedir que ésta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados. Las infecciones que durante el

embarazo afectan al feto, como la rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y sífilis, también pueden influir en el peso del bebé al nacer. Dentro de los factores de riesgo de la madre que pueden contribuir al bajo peso al nacer se encuentran los embarazos múltiples, otros hijos con bajo peso al nacer, mala nutrición, cardiopatía o hipertensión, fumar, drogadicción, abuso del alcohol, exposición al plomo y cuidado prenatal insuficiente. El bajo peso al nacer es más común en las primerizas y entre embarazadas menores de 17 años y mayores de 35 años.

El bajo peso al nacer se refiere a los bebés que pesan menos de 2,5 Kg. al nacer. La mayoría de los bebés normales pesan 2,5 Kg. en la semana 37 de gestación. El retardo del crecimiento intrauterino se refiere al retraso del crecimiento en el interior del útero, lo que luego conduce a bajo peso al nacer. Algunos niños simplemente son pequeños y resulta que pesan menos de 2,5 Kg. cuando nacen y, aunque esto se considera bajo peso al nacer, en estos casos no es anormal o una causa de preocupación

El índice de bajo peso al nacer también se diagnostica cuando se examina al recién nacido después del parto. Si el peso y longitud de su bebé se encuentran por debajo del décimo percentil para su edad, entonces es considerado de bajo peso al nacer. **(28, 29, 30, 31, 32, 33).**

#### **FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL BAJO PESO AL NACER.**

- Embarazo en la adolescencia.
- Desnutrición de la madre (peso inferior a 100 lb, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación).
- Hábito de fumar.
- Antecedentes de niños con bajo peso.
- Hipertensión arterial durante el embarazo.
- Incompetencia istmicocervical.
- Embarazos gemelares.
- Anemia.
- Sepsis cervicovaginal. **(26, 27,30)**

Otros factores además identificados fueron los abortos provocados y la baja escolaridad de los padres entre otros. **(31)**

- Edad materna: Las mujeres de menos de 17 años o de más de 35, las mujeres solteras y las que han tenido un nacimiento prematuro con anterioridad corren un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso.
  - Adolescencia: Existe una probabilidad tres veces mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer si el número de controles médicos durante el embarazo es inferior a 3.
- Estado nutricional de la madre: el estado nutricional de la madre antes de la gestación o durante el embarazo es determinante para los resultados que se obtengan en el embarazo tanto para la madre como para el bebé.
  - La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio del bebé al nacer.
  - Las reservas maternas pre gestacionales, medidas por el peso que tenías antes del embarazo, tienen un importante efecto sobre el peso al nacer del bebé. Es necesario identificar, desde antes de que te embaraces, cuál es tu estado nutricional para que, si hay algún problema, lo soluciones y llegues al embarazo en las mejores condiciones.
- La salud de la madre: Los problemas médicos de la madre influyen en el bajo peso de su bebé, especialmente si sufre de alta presión arterial, diabetes, infecciones o problemas de corazón, riñones o pulmones. Si el útero o cuello de la madre es anormal, es mayor el riesgo de bajo peso en el bebé.
  - Fumar: Los bebés de las madres expuestas a drogas ilícitas y cigarrillos tienen más probabilidades de nacer con bajo peso. Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras. Las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido bajo peso.
  - Consumo de bebidas alcohólicas: aunque menos conocido, no por ello deja de ser un importante factor de riesgo de BPN. El alcohol y sus componentes atraviesan la placenta y actúan sobre el bebé produciendo -en el 85 % de los casos- deficiencias del crecimiento pre y posnatal que no solo revelan el porqué de su bajo peso a pesar de la edad gestacional, sino que también explican la pobre respuesta a la alimentación durante toda la infancia.

- No existe ningún "nivel seguro" documentado de ingesta de alcohol por lo que es aconsejable abstenerse de ingerir alcohol durante el embarazo y la lactancia.
- Anemia: Las anemias nutricionales son más frecuentes en el embarazo, entre ellas la que se producen por disminución del hierro en la sangre (ferropénica). Las embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la cantidad de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta.
- El control y prevención de la deficiencia de hierro debe iniciarse desde antes del embarazo y continuarse durante la gestación y 3 meses posteriores al parto mediante suplementación con preparados de hierro, ácido fólico y vitaminas; pues las necesidades de hierro durante el segundo y tercer trimestres de la gestación no se pueden cubrir solamente con la dieta.
- Hipertensión arterial o presión arterial elevada: es considerada una de las causas más frecuentes de parto prematuro y BPN ya que el bebé se afecta tanto por la enfermedad de la madre como por los medicamentos que toma y que son necesarios para su control.
- La enfermedad hipertensiva de la gestación o pre-eclampsia obliga a interrumpir el embarazo antes de tiempo. La atención de tu médico se dirigirá a descubrir y controlar las formas ligeras de la enfermedad para evitar el desarrollo de las formas graves.
- Antecedentes de otros bebés con BPN: varios estudios demuestran que este factor aumenta entre 5 y 7 veces el riesgo de volver a tener un recién nacido igual.
- Bajo nivel socio económico: También es muy probable que las madres de bajo nivel socioeconómico tengan una nutrición insuficiente durante el embarazo, cuidados prenatales inadecuados y complicaciones en el embarazo, factores que pueden contribuir al bajo peso al nacer.
- Acortamiento del período entre los embarazos: durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, y necesita un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica, la alta frecuencia de BPN cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto. Estudios realizados en EE.UU. señalan que los hijos

espaciados adecuadamente tienen mayor peso que los nacidos con intervalo corto y plantean un período mínimo de seguridad de tres años.

- Incompetencia del cuello uterino: la presencia de modificaciones en el cuello del útero es un factor de riesgo del BPN, encontrándose frecuentemente asociado a parto prematuro.
- Infección cérvico-vaginal: este factor ha ganado protagonismo en la última década. Múltiples estudios realizados han demostrado que la vaginosis bacteriana, las infecciones comunes del tracto reproductor y la inflamación que éstas desencadenan, se asocian con parto prematuro y BPN.
- En general, cuanto menor es el peso al nacer, mayores son los riesgos de sufrir complicaciones. A continuación se enumeran algunos de los problemas frecuentes de los bebés con bajo peso al nacer:
- Los bebés con bajo peso al nacer es probable que sus pulmones no se hayan desarrollado totalmente y que, por lo tanto, tengan problemas respiratorios. Los bebés muy prematuros (menos de 28 semanas de embarazo), pueden tener también problemas cardíacos (del corazón) que pueden causar la muerte.
- Incapacidad de mantener la temperatura corporal. Es posible que los bebés de bajo peso no tengan suficiente grasa para mantener una temperatura corporal normal y la baja temperatura puede producir cambios químicos en la sangre y un crecimiento más lento.
- Los bebés con muy bajo peso al nacer (menos de 1,500 gramos), pueden tener hemorragias dentro del cerebro (hemorragia intraventricular). Esta hemorragia ocurre generalmente en los primeros tres días de vida y se diagnostica con un ultrasonido. La mayoría de los sangrados intracraneales son ligeros y se resuelven por sí solos, pero algunos son más severos y pueden causar presión dentro del cráneo que lleve a daño cerebral.
- El hígado puede estar inmaduro y, por lo tanto, no funciona adecuadamente.
- El riesgo de contraer infecciones puede estar incrementado
- Problemas gastrointestinales como por ejemplo, la enterocolitis necrotizante (el intestino se paraliza). Este problema intestinal generalmente se desarrolla a las dos o tres semanas después del nacimiento y puede llevar a problemas para la alimentación del bebé, inflamación del abdomen y otras complicaciones. A estos bebés el médico le administra antibióticos y se les

alimenta a través de las venas mientras que el intestino sana. En algunos casos es necesaria una cirugía.

- síndrome de muerte súbita del lactante
- Algunos bebés de peso bajo padecen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o bajo contenido de azúcar en sangre (hipoglucemia), y estos trastornos pueden provocar daños cerebrales.

Diversos estudios han observado que la incidencia mundial de bajo peso al nacer es del 17 %, más frecuente en países subdesarrollados donde algunas estimaciones han mostrado una proporción que asciende al 19 %, frente a cifras muy inferiores en países desarrollados, como en Estados Unidos que se sitúa alrededor del 7 %, en el Reino Unido 6 % y en España en torno al 5 %.<sup>(3, 4)</sup>

24 NOVIEMBRE 2005 - El primer estudio sobre la violencia doméstica realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone de manifiesto que la ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o simples conocidos. En el estudio se describen las gravísimas consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres que tiene en todo el mundo la violencia física y sexual ejercida por el marido o la pareja, y se expone el grado de ocultación que sigue rodeando este tipo de violencia.

"Este estudio demuestra que las mujeres están más expuestas a la violencia en el hogar que en la calle, lo que tiene graves repercusiones para la salud femenina," afirmó el Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS, en el acto de presentación del estudio, celebrado en Ginebra. "También pone de relieve la importancia de sacar a la luz en todo el mundo la violencia doméstica y de tratarla como un grave problema de salud pública."

Aunque suele pensarse que el embarazo es un periodo en que la mujer debe estar protegida, en la mayoría de las localidades del estudio entre un 4% y un 12% de las mujeres que habían estado embarazadas declararon haber sido golpeadas durante ese periodo, en más del 90% de los casos por el padre del niño por nacer, y entre un cuarto y la mitad de ellas habían recibido puntapiés o puñetazos en el abdomen. Aunque no todos los países tienen estadísticas sobre la ocurrencia de este problema, se reconoce que la violencia física contra la mujer es un problema



mundial de salud pública.<sup>(1)</sup> En México, por ejemplo, la encuesta realizada a usuarias de los servicios asistenciales de Guadalajara, encontró que 57 y 44% de las mujeres del área urbana y rural, respectivamente, recibieron maltrato físico o emocional por parte de sus familiares.

La violencia física durante el embarazo, ocasionada por esposos o familiares, también tiene una ocurrencia alta. Berenson reportó una ocurrencia de 7.2% en una cohorte de 512 mujeres usuarias de servicios prenatales.<sup>(3)</sup> Stewart encontró que

6.6% de 548 pacientes de diversas clínicas prenatales de Toronto, Canadá, tuvieron historia de agresión física durante el embarazo.<sup>(4)</sup> En Saskatoon, Canadá,

Muhajarine reportó este tipo de violencia en 4.5% de las mujeres usuarias del servicio de atención prenatal.<sup>(5)</sup> Una encuesta por correo y teléfono, dirigida por

Martin en mujeres con parto reciente ( $n=2\ 648$ ) con residencia en Carolina del Norte, Estados Unidos de América (EUA), reportó una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 6.1%.<sup>6</sup> En México, **(Alvarado-Zaldívar)** en 1998 halló que

13% de las mujeres, de una muestra representativa de la ciudad de Durango, recibieron golpes durante el embarazo.<sup>(7)</sup> En otro estudio realizado en el Hospital

Civil de Cuernavaca, Morelos,<sup>(8)</sup> se encuestó a mujeres en un lapso no mayor a 24 horas después del parto, y se registró que la violencia física durante el embarazo se presentó en 13.6% de las pacientes. La estimación de la ocurrencia de este problema en la embarazada tendrá diferentes valores, dependiendo del instrumento de medición y el contexto en donde se desarrolla la investigación.<sup>(9)</sup> Aplicar un

cuestionario sobre violencia doméstica, en la casa de la mujer o en el hospital, tiene implicaciones en la medición del evento. La revisión de estudios por Gazmararian<sup>(10)</sup>, encontró una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 0.9 a 20%. Muhajarine describió los factores de riesgo asociados a la violencia física contra la embarazada: pertenecerá un grupo étnico, alcoholismo del

compañero, experiencia de eventos negativos en los 12 últimos meses y percepción elevada de estrés.<sup>(5)</sup> Basado en análisis multivariado de riesgo de violencia física en el embarazo, Stewart definió las características de las mujeres golpeadas durante la gestación con tres factores de riesgo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con embarazo no planeado), estilo



de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desórdenes emocionales) y problemas de salud (males físicos de salud y uso de drogas prescritas).<sup>(4)</sup> Se ha documentado una fuerte asociación entre ser golpeada antes del embarazo y el riesgo de serlo durante la gestación.<sup>(4,6)</sup> Otro factor de riesgo identificado para ser víctima de violencia doméstica, es el antecedente de ser testigo de violencia entre sus padres durante su niñez.<sup>(7,11,12)</sup> La falta de control prenatal, en el estudio de Valdez-Santiago, fue diferente entre las mujeres no maltratadas (33%) y las mujeres maltratadas (59%).<sup>(8)</sup> Webster documentó que las redes de apoyo de la mujer maltratada durante el embarazo son más débiles que en las no maltratadas.<sup>(13)</sup> Pocos estudios sobre violencia física en la embarazada se han realizado a nivel comunitario. Predominan las investigaciones realizadas en los servicios de obstetricia en los hospitales o consulta prenatal en las unidades de salud.<sup>(10)</sup> En todo el mundo estudios a gran escala muestran que entre 16 y 52 por ciento de las mujeres han sido agredidas por un compañero íntimo. Es probable que estos estudios, tanto de países industrializados como en desarrollo, subestimen el problema por muchas razones:

Algunas mujeres pueden creer que merecen las golpizas por alguna acción equivocada de su parte.

Otras mujeres se abstienen de hablar sobre el maltrato porque temen que su compañero las lastime, aún más en represalia por revelar "secretos familiares".

Muchas mujeres se abstienen de contar lo que sufren ya que aprendieron a sentir vergüenza de vivir violencia conyugal, en vez de sentir rabia contra el perpetrador, como una manera de "proteger" su necesidad de ser querida y contenida por una familia *propia*.

En muchos países no existen sanciones legales o sociales en las situaciones de violencia perpetrada por un compañero íntimo.

Considerando estos factores, las estimaciones de la prevalencia del maltrato físico por parte de un compañero son moderadas. Conocido es el mito (todo mito está basado en algo real) sobre aquella mujer a quien el que cuenta la historia ha intentado *ayudar* a salir de la violencia o ha defendido mientras es golpeada, y ella en vez de *agradecer* ha quedado indiferente o ha rechazado al *salvador* o

*salvadora*. No siempre sucede así probablemente, sin embargo, esta historia busca acallar a quien habla abiertamente de la Violencia contra la Mujer en un grupo.

La violencia en contra de las mujeres registran uno de los niveles más altos en la república mexicana, ya que en el rubro de violencia perpetrada por la pareja la encuesta revela que de las mujeres residentes en el estado gran parte sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su última relación conyugal, el porcentaje fluctúa entre el 42.9% en el estado de Chihuahua solo por debajo del nivel nacional que es de 43.2%.

El nivel de violencia emocional que han sufrido las mujeres del estado de chihuahua a lo largo de su última relación de pareja o ex pareja presenta un 42.45% por encima del nivel nacional que se encuentra en un 38.3% de estas mujeres, 37.5% declaro haber recibido agresiones emocionales que afectan su salud mental y psicológica ; 23.4% recibió algún tipo de agresión para sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta.

Por su parte los niveles de violencia económica se sitúan en un 22.55, mientras que el nivel nacional muestra un 23.4%, se trata de las situaciones de violencia que las mujeres de 15 años y más han padecido en los espacios públicos donde prácticamente cuatro de cada diez mujeres revelaron haber sufrido hostigamiento, acoso, ofensas y abuso sexual en el ámbito comunitario ( calle, mercado, transporte, cine, iglesia, tienda, hospital etc.)

A lo anterior se agregan las situaciones de violencia sufridas por la mujer en el ámbito familiar, esto es las ofensas, humillaciones y malos tratos que reciben las mujeres por parte de los miembros de su familia o de la familia del esposo, excluyendo aquí las que perpetra el esposo o la pareja, el 15.95 de las mujeres declaro haber enfrentado este tipo de incidentes.

Dos de cada diez mujeres confeso haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocaron daños permanentes o temporales. Los contrastes por entidad federativa son notables en Tabasco 24.75% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia, mientras que en Tamaulipas el porcentaje alcanzo 13 por ciento, la violencia física a nivel nacional reporto un porcentaje de 19.2% y por su parte en el estado de Chihuahua presento niveles de 17.2%.

Tratándose de violencia sexual el índice nacional presenta un nivel de 9.0% en comparación con el estado de Chihuahua que presenta un 8.8%, las mujeres

víctimas de violencia sexual cometida por sus propias parejas declararon haber sufrido diversas formas de intimidación o dominación para tener relaciones sexuales sin su consentimiento.

La violencia en el ámbito escolar es el tipo de violencia que abarca las situaciones de discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual, experimentadas en los centros educativos a los que han asistido o asisten las mujeres en este contexto, 15.6% de las mujeres entrevistadas declaro haber sufrido algún accidente de este tipo en su escuela.

En el contexto estatal, la situación se polariza, ya que mientras en Yucatán el porcentaje de mujeres con incidentes violentos en el ámbito escolar es de 9.9%, en Oaxaca alcanza 22.95%, Chihuahua reporta un 13.1%.

Por lo que respecta a la violencia en el ámbito laboral, en este rubro se captaron las situaciones de discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual, enfrentadas por las mujeres que señalaron haber tenido un incidente violento en el ámbito laboral ascendió a 29.9% sin embargo en 14 entidades federativas los porcentajes son superiores, como en el estado de Chihuahua que presenta un porcentaje de 36.2% en contraste con el nivel nacional que es de un 29.9%.

Como punto final podemos decir que el estado de Chihuahua enmarcándolo en un panorama general presenta un índice de violencia en contra de las mujeres de un 67.7%, por encima del nivel nacional que es de 67.0% con lo que queda de manifiesto que no obstante los esfuerzos realizados hasta este momento por autoridades y sociedad en general no es suficiente ya que los tipos de violencia y sus modalidades están presentes y latentes en todo el estado de Chihuahua.

La violencia y el maltrato en el ámbito familiar se reconocieron como un problema social hasta 1960, cuando algunos autores describieron el síndrome del niño maltratado. Antes de esa fecha, la violencia contra el género femenino era considerada como un fenómeno poco frecuente y era catalogada como un fenómeno anormal atribuido a personas con trastornos psicopatológicos. Sin embargo era reconocido que en la mayoría de los casos de violencia era ejercida por el compañero o ex compañero íntimo de la mujer. **(Alvarado Zaldívar). (7)**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Dos de cada diez mujeres confeso haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocaron daños permanentes o temporales. Los contrastes por entidad federativa son notables en Tabasco 24.75% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia, mientras que en Tamaulipas el porcentaje alcanzo 13%, la violencia física a nivel nacional reporto un porcentaje de 19.2% y por su parte en el estado de Chihuahua de 17.2%.

Entre un 4% y un 12% de las mujeres que habían estado embarazadas declararon haber sido golpeadas durante ese periodo, en más del 90% de los casos por el padre del niño por nacer, y entre un cuarto y la mitad de ellas habían recibido puntapiés o puñetazos en el abdomen.(1)

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

Las adolescentes embarazadas, particularmente entre los 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas. Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega ser cuatro veces más probable. Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser un resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos contraceptivos.

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

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. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de

determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto.

Consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo, aumento de peso insuficiente del producto, Infecciones vaginales, cervicales o renales, Sangrado vaginal, Trauma abdominal, Hemorragia, Exacerbación de enfermedades crónicas, Complicaciones durante el parto, Retraso en el cuidado prenatal, Aborto espontáneo, Bajo peso al nacer, Ruptura de membranas, Placenta previa, Infección uterina, Magulladuras del feto, fracturas y hematomas, Muerte.

La importancia del entorno psicosocial en el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos **(14, 16-17)**, y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo.

Existen numerosos estudios acerca de patologías del embarazo, pero una gran cantidad de ellos han sido realizados desde un enfoque biomédico, no considerándose las exigencias adaptativas de carácter psicosocial que surgen durante la gestación **(14)**, las cuales se ven intensificadas en las adolescentes, que no se encuentran preparadas psicosocialmente para un embarazo, el cual frecuentemente es no deseado **(15)**. Siendo todo esto importante ya que es indispensable que los médicos familiares conozcan estos factores de riesgo para que pueda realizarse una detección oportuna y lograr la disminución de la prevalencia de violencia intrafamiliar y desarrollar programas de apoyo para grupos vulnerables ya que los médicos familiares son la primera rama donde estos grupos vulnerables ocurren para valoración y son considerados el apoyo y consejo de los pacientes. Además ellos como el primer nivel de atención tienen primeramente la oportunidad de aconsejar a las pacientes y por otra parte otorgar el envío para valoración por las especialidades que puedan evitar consecuencias tanto en las pacientes como en sus productos.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar en la embarazada y el riesgo de bajo peso del producto al nacer en la UMF. No 33 IMSS Chihuahua?

## **JUSTIFICACION.**

La conducta violenta, entendida como 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 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”. **(Alvarado Zaldívar).(7)**

En el ámbito mundial, se estima que más de 5 millones en la actualidad son más, mujeres al año son víctimas de abuso físico severo por parte de sus parejas sexuales, y que de estas, entre un 50% y 60% son violadas por ellos. Además, se ha señalado de los casos de violencia familiar 75% corresponden a maltrato hacia la mujer, 25 a abuso hacia el hombre y 23% a casos de violencia cruzada. **(Alvarado Zaldívar).(7)**

En este sentido, 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 su salud, a causa de violencia doméstica. **(Heise L.).( 19,23)**

El estado de Chihuahua enmarcándolo en un panorama general presenta un índice de violencia en contra de las mujeres de un 67.7%, por encima del nivel nacional que es de 67.0% con lo que queda de manifiesto que no obstante los esfuerzos realizados hasta este momento por autoridades y sociedad en general no es suficiente ya que los tipos de violencia y sus modalidades están presentes y latentes en todo el estado de Chihuahua.

En este caso es el médico familiar, debe ser la premisa para trazar estrategias de prevención, además se debe de dar una capacitación continua para el personal médico, en el cual se mejore considerablemente el grado de conocimientos sobre este problema y sus factores de riesgo, para poder llevar un mejor conocimiento del problema para poder detectarlo a tiempo y encausarlo hacia las medidas adecuadas para el control de las pacientes que acuden a consulta.

Debido a las graves consecuencias inmediatas y a largo plazo que la violencia tiene en la salud y el desarrollo de los individuos, las familias, las comunidades y los países, y a la carga que impone a las instituciones sanitarias, debe reconocerse como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud violencia es: “el uso deliberado de la fuerza física

o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que origine o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La Organización Mundial de la Salud revela en un informe que la violencia doméstica está muy extendida y tiene graves consecuencias sanitarias.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO.**

La violencia intrafamiliar en la embarazada se relaciona con el bajo peso del producto al nacer en la UMF. No 33 IMSS Chihuahua.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la asociación entre bajo peso del producto al nacimiento con la violencia intrafamiliar en embarazadas en la UMF. No 33 IMSS Chihuahua.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Determinar ausencia o presencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo.
2. Determinar la edad predominante en embarazadas con violencia intrafamiliar.
3. Determinar si la violencia contra la mujer aumenta durante el embarazo.
4. Determinar la relación entre la escolaridad con la violencia intrafamiliar.
5. Encontrar la asociación entre la ocupación de la embarazada con violencia intrafamiliar.

## **METODOLOGIA.**

### **1.- Tipo de estudio.**

Trasversal, analítico y observacional.

### **2.- Población, lugar y tiempo de estudio:**

Se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad Médica Familiar No. 33 de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, México a derechohabientes que cumplieran con las especificaciones a estudiar, en turnos indistintos, mediante asignación observada a todas las pacientes de la Unidad. Embarazadas, y/o período posnatal, del 1 de Marzo al 30 de septiembre del 2013.

### 3.- Tipo y tamaño de la muestra:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó como variable de referencia el bajo peso al nacer, en embarazadas posnatal, en un 35.7% expuestos a violencia familiar y un 21.1% no expuestos a violencia familiar. Adecuado de acuerdo a lo informado por, autor. Armando Cepeda Silva y colaboradores. Mex. 2007:75 (5): 259. 267. Tema: Relación entre violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido.

Así para un estudio transversal tipo casos y controles, con un 95% de confianza, un poder de prueba del 80%, 2 controles por cada caso se estimó el tamaño de la muestra en  $n = 120$  casos y  $n = 240$  controles. Lo anterior se realizó con apoyo del programa estadístico epidat 3.0 junta de Galicia. Organización Panamericana de la Salud. Introduciendo los datos solicitados. Formula:

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

Datos:

Proporción de casos expuestos:	35.700%
Proporción de controles expuestos:	21.100%
Odds ratio a detectar:	2,076
Número de controles por caso.	2
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia ( %)	Tamaño de la muestra *
---------------	------------------------

	Casos	Controles	Total
80.0	120	240	360

\*Tamaño de muestra para aplicar el test  $\chi^2$  sin corrección por continuidad.

Formula.  $n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$

Donde:

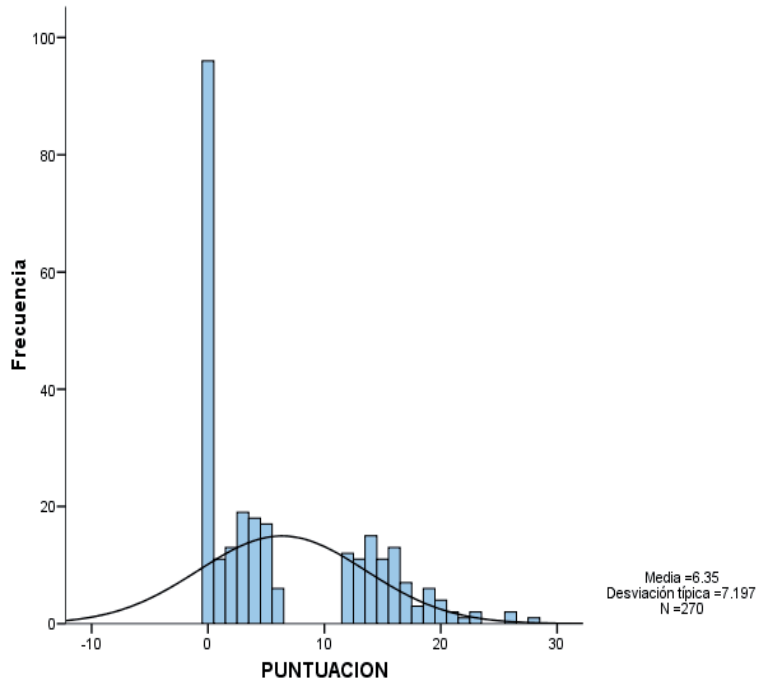
$P = P_1 + P_2$

2

w Es una idea del valor aproximado de OR que se desea estimar.



**Gráfica 8.** Histograma de calificación cuestionario violencia intrafamiliar en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



**Tabla 1.** Análisis bivariado de asociación entre violencia intrafamiliar y el desarrollo de peso bajo al nacer en hijos de pacientes encuestadas. Fuente. Tabla de resultados (1)

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PESO			TOTAL	Chi-cuadrada, (p)	RMP, (IC95%)
	BAJO	NORMAL	ALTO			
Si	4, (4.7)	54, (62.8)	28, (32.6)	86, (100)	0.605, (0.74)	1.38, (0.64 – 2.96) 1
No	5, (2.9)	114, (65.5)	55, (31.6)	174, (100)		
Total	9, (3.5)	168, (64.6)	83, (31.9)	260, (100)		

**Tabla 1.** Análisis bivariado de asociación entre factores de riesgo y violencia intrafamiliar en pacientes encuestados.

Factores de riesgo	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		TOTAL	Chi- cuadrada, (p)	RMP, (IC95%)
	Si n, (%)	No n, (%)			
<b>Edad</b>					
15 – 20 años	12, (13.3)	37, (20.6)	49, (18.1)	4.22, (0.12)	1.01, (0.46 – 2.2)
21 – 30 años	70, (77.8)	118, (65.6)	188, (69.6)		1.54, (0.82 – 2.89)
31 - 40 años	8, (8.9)	25, (13.9)	33, (12.2)		1
Total	90, (100)	180, (100)	270, (100)		

0.1371

$n = \frac{1.76854}{0.1371}^2$

0.1371

$n = [ 12.8996 ]^2$

$n = 25.7992$

Casos total 25.7992

Controles 51.5984

Dado el resultado se decidió aumentar a 120 casos y 240 controles

#### **4.- Criterios de selección:**

##### **Criterios de inclusión.**

1. Ser paciente de la Unidad Médica Familiar No. 33 de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, México, estar embarazada o posnatal, de tal fecha marzo del 2013 a abril del 2014.
2. Que acepte de manera voluntaria participar posterior a la explicación del motivo de realización del estudio y la relevancia de los resultados obtenidos, así como contar con carta de consentimiento informado aceptando y firmada.

##### **Criterios de exclusión.**

1. No estar embarazada.
2. No contar con diagnóstico posnatal.
3. No ser derechohabiente de la Unidad Médica Familiar No. 33 de la ciudad de Chihuahua, Chih., México.
4. No ser atendida de evento obstétrico en estudio, en el periodo designado para la captación de los datos.
5. No aceptar participar en el estudio.

##### **Criterios de eliminación.**

1. Que por alguna razón no se complete la ficha de identificación y/o el cuestionario autodiagnóstico de violencia intrafamiliar.
2. No contar con carta de consentimiento informado o desistir de dicho consentimiento.

3. Casos de expediente incompleto que no cuente con los datos requeridos  
5. Información a recolectar y variables a recolectar.

### **VARIABLES DEPENDIENTES.**

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.** Variable dependiente. Definición conceptual. Diferentes forma de abuso, psico-emocional, física, sexual en ámbito interfamiliar, permanente o cíclico. Definición operacional. se considera con si violencia o no violencia, Indicador: dicotómica. Categoría numérica.

**EMBARAZO.** Variable dependiente. Definición conceptual. Periodo de tiempo comprendido que va. Desde la fecundación del ovulo por el espermatozoide hasta el momento del parto. Definición operacional. Con embarazo y posnatal. Indicador. Dicotómica. Categoría numérica.

**TERMINO DEL EMBARAZO.** Variable dependiente, Definición conceptual. Interrupción del embarazo con expulsión espontanea o inducida del producto y sus anexos. Definición operacional. Aborto, parto o cesárea. Indicador cualitativa. Categoría. Nominal.

**PESO AL NACIMIENTO.** Variable dependiente. Definición conceptual. Cuantificación especifica del peso del producto, al momento de la expulsión o extracción, en unidad de medida determinada. Definición operacional. Bajo (menor de 2499grs), normal (2500 a3499grs), alto peso (mayor de 3500grs), en kilogramos y gramos. Indicador. Cualitativa .Categoría. Nominal.

### **VARIABLES INDEPENDIENTES Y/O DE CONTROL.**

**EDAD:** variable independiente. Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha actual. Definición operacional: Se considerara la edad de 15 a 44 años, se realizarán intervalos de 5 años cada uno. Indicador: 15 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30 a 34; 35 a 39; 40 a 44 años. Categoría: Numérica de intervalo cuantitativa.

**ESTADO CIVIL.** Variable independiente. Definición conceptual. Condición de cada individuo en relación con las obligaciones y derechos civiles. Definición operacional. Soltera, unión libre, casada, divorciada. Viuda. Indicador. Cualitativa .categoría. Nominal.

**ESCOLARIDAD.** Variable independiente. Definición conceptual. Años cursados en educación formal. Definición operacional. Analfabeta primaria, secundaria, preparatoria, técnico y/o profesional. Indicador. Cualitativa. Categoría. Nominal.

**OCUPACION.** Variable independiente. Definición conceptual. Trabajo que impide utilizar el tiempo en otra cosa, Empleo u oficio. Definición operacional. Hogar, obrera, empleada y profesionista. Indicador Cualitativo. Categoría. Nominal

**ANALISIS ESTADISTICO.** Se realizó por medio del programa estadístico EPIDAT 3.0. Se llevó a cabo una revisión de la calidad de los datos. Luego para análisis univariado, se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central y dispersión para variables cualitativas, frecuencias y porcentajes en las cuantitativas.

#### 6.- Recolección de datos.

Se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad Médica Familiar No. 33 de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, México a derechohabientes que cumplieran con las especificaciones a estudiar, en turnos indistintos, mediante asignación observada a todas las pacientes de la Unidad. Embarazadas, y/o posnatal, en fecha establecida en el cronograma, del 1 de Marzo al 30 de septiembre del 2013.

Mediante una plática informativa con la paciente se le dio información sobre el motivo y fines del estudio, garantizando la confidencialidad de la información y sensibilizándola sobre la relevancia de su participación (tiempo estimado 10 min), posteriormente se le otorgo la carta de consentimiento informado de participación para su firma, cotejando correspondiera con el número de la ficha de identificación y número de la entrevista de cada caso a realizar.

El investigador procedió al llenado de ficha de identificación (nombre en siglas y numero de afiliación al IMSS) y cuestionario de variables intermitentes pertinentes (edad, escolaridad, ocupación, estado civil, antecedentes obstétricos, etc. Así como datos claves de la pareja (edad, ocupación, escolaridad, etc. Con un tiempo estimado de 10 min).

Se le explicó de manera clara y precisa a cada una de las pacientes aceptantes de participar en el llenado del cuestionario autodiagnóstico de violencia intrafamiliar el cual fue entregado personalmente para contestar ( a solas) con lápiz ( facilitado en su momento por el entrevistador) evitando tachones, enmendaduras, omisiones o dobles respuestas, ( tiempo estimado para llenado 10 a 15 min ).

#### 8.- Consideraciones éticas.

En la práctica médica actual, la mayoría de los métodos de diagnósticos, terapéuticos y profilácticos extrañan cierto riesgo.

Es conveniente establecer una división fundamental entre la investigación médica efectuada en un paciente con fines esencialmente diagnósticos o terapéuticos y aquel cuya finalidad esencial es puramente científica y no posee ningún valor diagnóstico o terapéutico directo para el sujeto en estudio o investigación, considerando al presente estudio dentro del primer grupo, además se debe señalar que la ejecución de este estudio es susceptible de afectar el medioambiente biopsicosocial –emocional de la pareja (o de la familia en general) cuando se reconoce el problema de violencia intrafamiliar como algo que se sufre en el entorno familiar del caso en estudio, con todos los actos y sentimientos posteriores que a consecuencia se pueden dar en la búsqueda de salvaguardar su integridad personal y familiar,. Sopesando como mayor el beneficio esperado que los probables efectos colaterales aparentemente negativos en el desenmascaramiento de este problema.

Se requiere de especial precaución, deslindando al investigador y al Instituto Mexicano del Seguro Social de todo tipo de responsabilidad penal, criminal, o ético con respecto a las leyes de nuestro país.

La carta de consentimiento informado, de acuerdo a la Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos y la ley general de salud. Cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir al menos tres requisitos que son:

**Voluntariedad:** Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

**Información:** Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.

**Comprensión:** Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información.

Habrá que informarle al sujeto de estudio de que si desea, puede abstenerse de participar en el estudio, y que es libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento,. En caso que el sujeto sea menor de edad (

menos de 18 años) se solicitará el permiso y firma del pariente responsable que deberá acompañar al menor al momento del llenado de la entrevista, de conformidad con la legislación nacional,(21 )

## **RESULTADOS.**

Se estudiaron 270 pacientes en el estudio. Se investigó la edad de los pacientes, con un rango mínimo de 16 y máximo de 40 años y con una media, mediana y moda de 25.36, 25 y 25 años respectivamente (Gráfica 1).

Se categorizó las edades, encontrándose que 188 (69.63%) pacientes se encontraban en edad de 21 a 30 años, 49 (18.15%) de 15 a 20 años y 33 (12.22%) de 31 a 40 años (Ver Gráfica 2).

En cuanto al estado civil 188 (69.3%) pacientes estaban casadas, 71 (26.3%) en unión libre, 8 (2.96%) solteras y 3 (1.11%) divorciadas (Ver Gráfica 3).

Se investigó la escolaridad de las pacientes encontrándose que 90 (33.3%) pacientes habían estudiado hasta preparatoria, 74 (27.4%) técnico, 63 (23.3%) secundaria, 33 (12.2%) profesional y 10 (3.7%) en primaria (Ver Gráfica 4).

En cuanto a la ocupación, 97 (35.9%) eran empleadas, 67 (24.8%) se dedicaban al hogar, 58 (21.5%) obrero y 8 (17.8%) profesionistas (Ver Gráfica 5).

En cuanto a la violencia se calificó presente en pacientes con resultados mayores a 12 puntos, encontrándose 180 (66.67%) pacientes que no presentaron violencia y 90 (33.33%) presentaron violencia (Ver Gráfica 6).

Se obtuvo el peso al nacer del producto, obteniéndose un valor mínimo de 2200gr y uno máximo de 4350 gr, con una media, mediana y moda de 3190.67, 3150 y 2750 respectivamente (Ver Gráfica 7).

Se realizó un cuestionario para calificar la violencia intrafamiliar, con resultados que van entre 0 y 28 puntos, con una media, mediana y moda de 6.35, 3 y 0 puntos (Ver Gráfica 8).

Al realizar el análisis bivariado entre factores de riesgo y la violencia intrafamiliar (Ver Tabla 1 y 2).

Encontramos que las embarazadas con violencia intrafamiliar sus productos tienen 38% riesgo de sufrir peso bajo al nacer en comparación con las embarazadas que no tienen violencia intrafamiliar, no siendo esta asociación estadísticamente significativa y con intervalos de confianza imprecisos (Ver Gráfica 9).

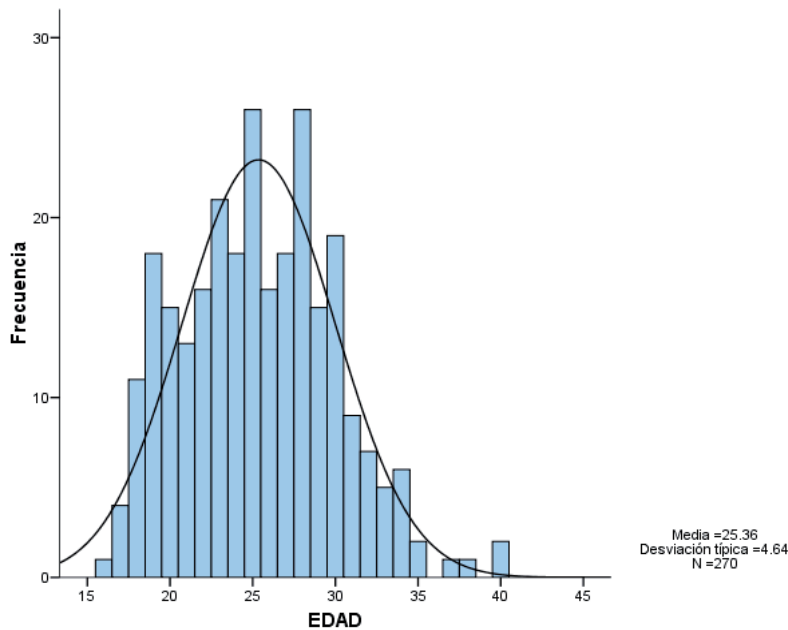
Utilizamos como referencia a los pacientes entre 31 a 40 años, encontrando que los pacientes de 15 a 20 años tienen un 1% de riesgo de violencia intrafamiliar, los de 21 a 30 años 54% de riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, no siendo estas asociaciones estadísticamente significativas, con intervalos de confianza imprecisos (Ver Gráfica 10).

Al valorar el estado civil, encontramos que el riesgo de violencia intrafamiliar va en aumento ya que las que están en unión libre tienen 2.25 veces más riesgo, las casadas 2.9 veces más riesgo y las divorciadas 5.33 veces más riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, no siendo estas asociaciones estadísticamente significativas con intervalos de confianza imprecisos (Ver Gráfica 11).

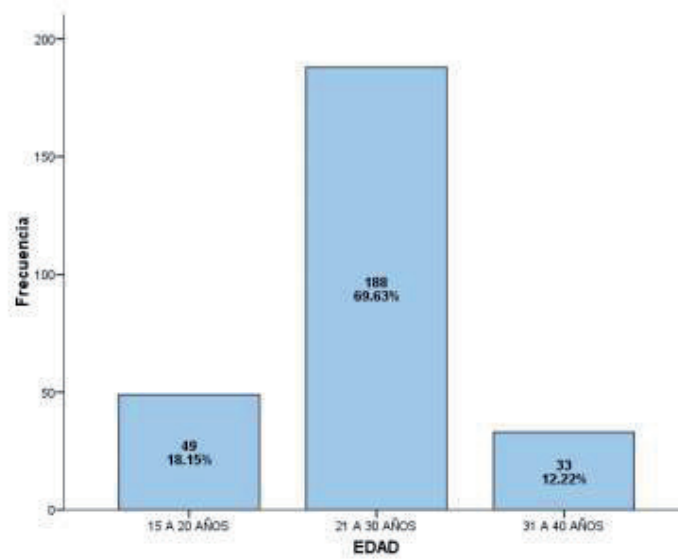
En cuanto a la escolaridad los pacientes que estudiaron escuela técnica tienen 15% riesgo de sufrir violencia intrafamiliar con intervalos de confianza imprecisos, mientras que los demás grupos fueron protectores, no siendo esta asociación estadísticamente significativa (Ver Gráfica 12).

En cuanto a la ocupación se encontró que dedicarse al hogar es un factor protector, ser obrera da un 9% riesgo y empleada un 14% riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, no siendo estas asociaciones estadísticamente significativas con intervalos de confianza imprecisos (Ver Gráfica 13).

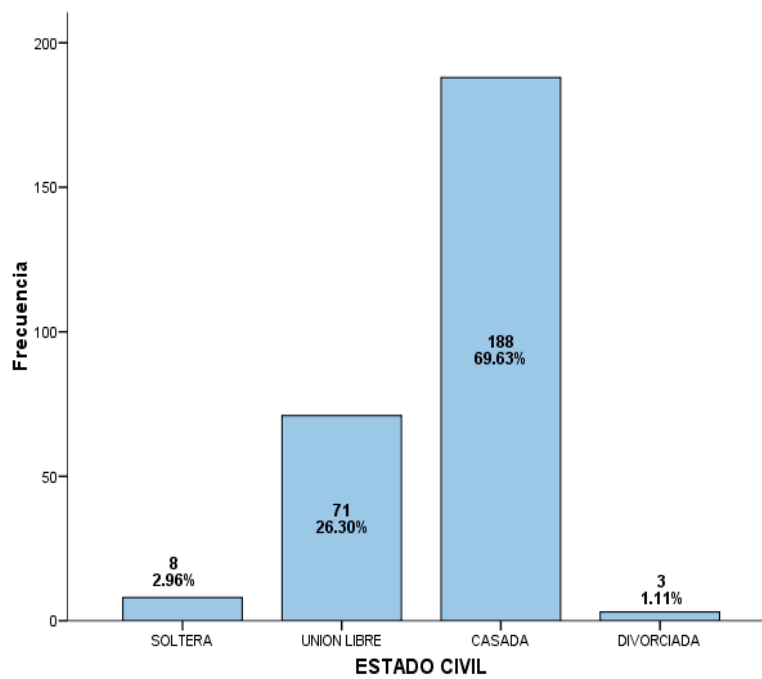
**Gráfica 1.** Histograma de distribución de edad en pacientes encuestados.



**Gráfica 2.** Edad de los pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados(1)

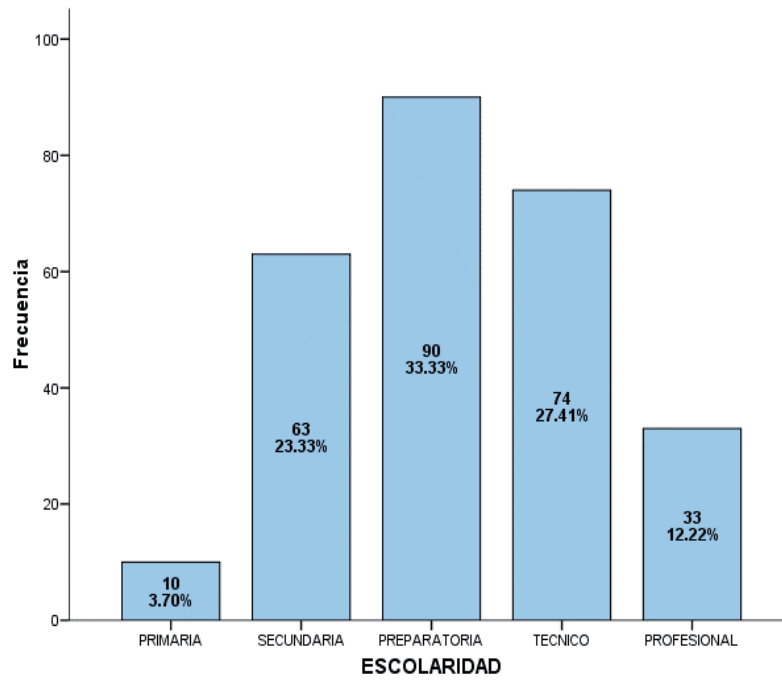


**Gráfica 3.** Distribución por estado civil en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)

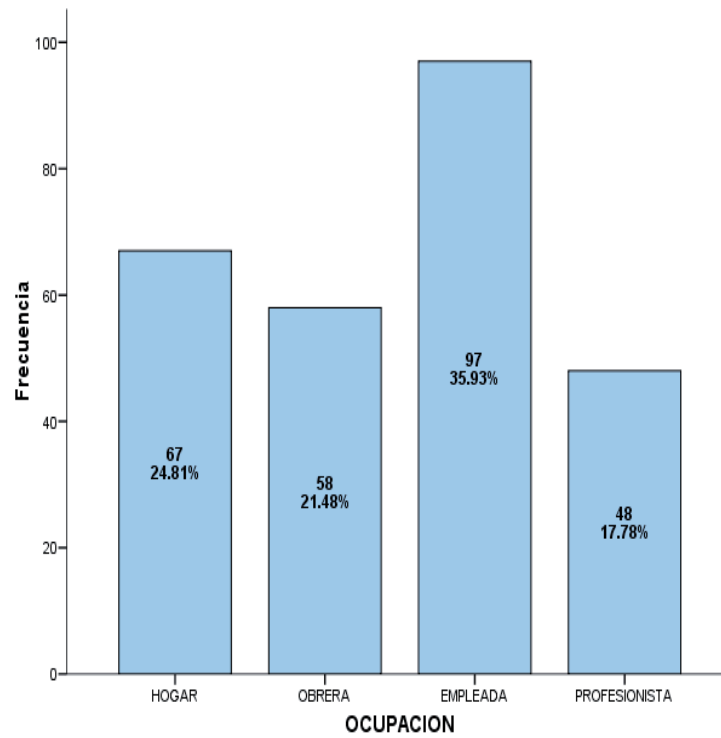




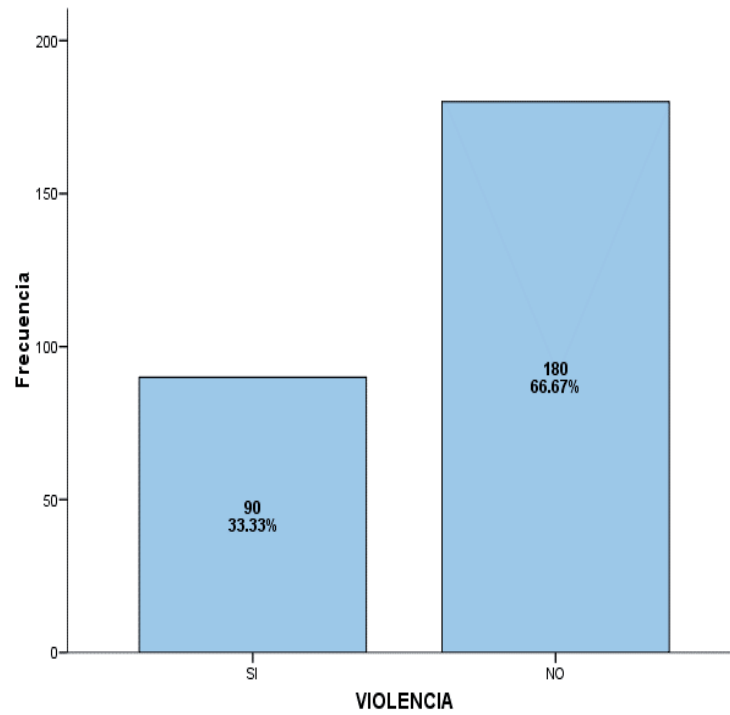
**Gráfica 4.** Escolaridad en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



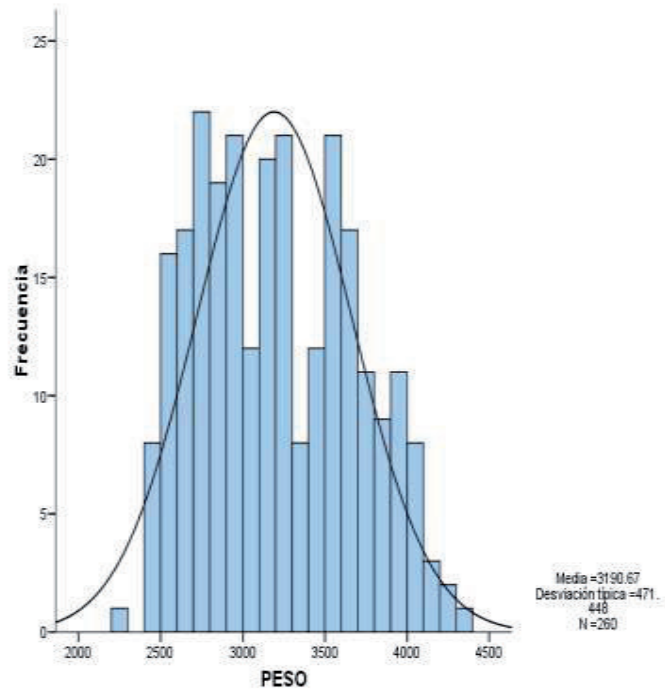
**Gráfica 5.** Ocupación en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



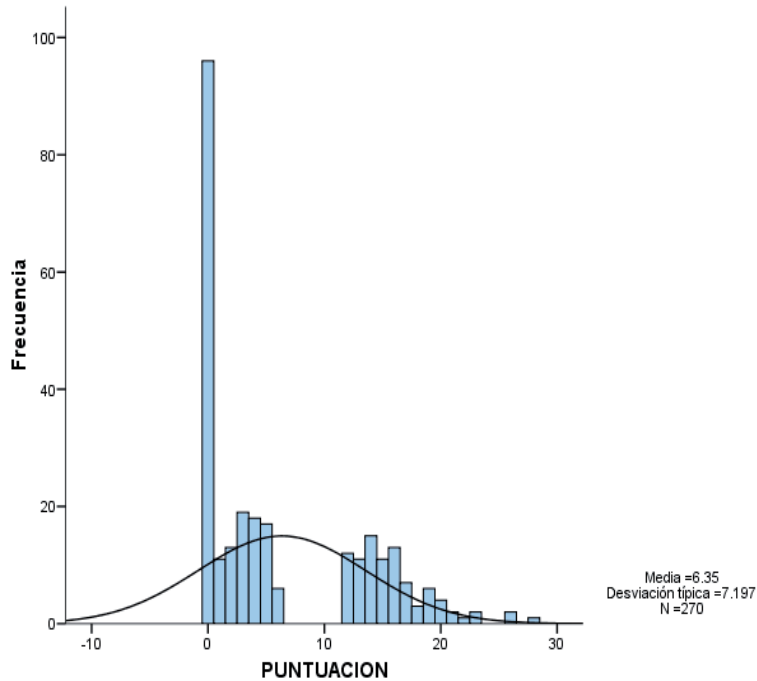
**Gráfica 6.** Presencia de violencia en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



**Gráfica 7.** Histograma de distribución del peso en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



**Gráfica 8.** Histograma de calificación cuestionario violencia intrafamiliar en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



**Tabla 1.** Análisis bivariado de asociación entre violencia intrafamiliar y el desarrollo de peso bajo al nacer en hijos de pacientes encuestadas. Fuente. Tabla de resultados (1)

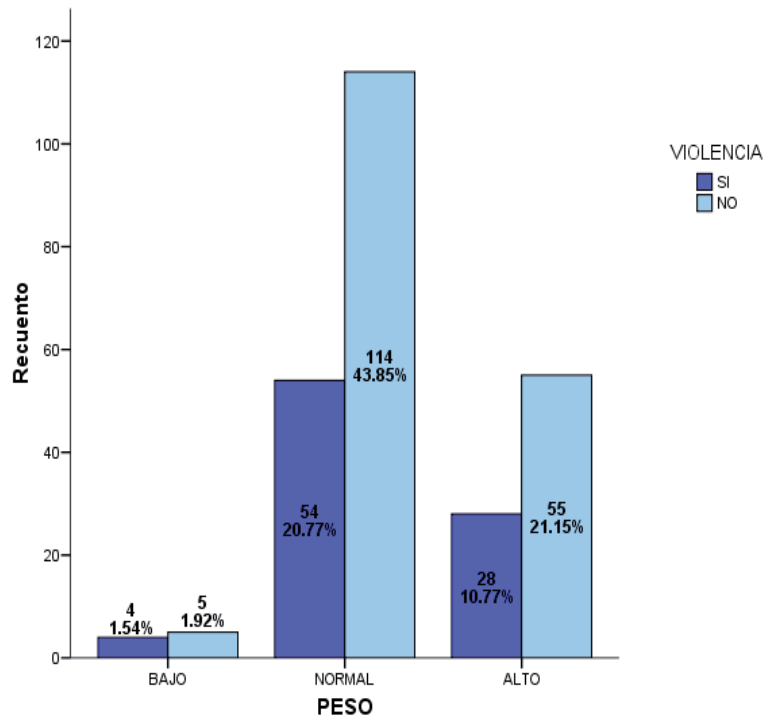
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PESO			TOTAL	Chi-cuadrada, (p)	RMP, (IC95%)
	BAJO	NORMAL	ALTO			
Si	4, (4.7)	54, (62.8)	28, (32.6)	86, (100)	0.605, (0.74)	1.38, (0.64 – 2.96)
No	5, (2.9)	114, (65.5)	55, (31.6)	174, (100)		
Total	9, (3.5)	168, (64.6)	83, (31.9)	260, (100)		

**Tabla 1.** Análisis bivariado de asociación entre factores de riesgo y violencia intrafamiliar en pacientes encuestados.

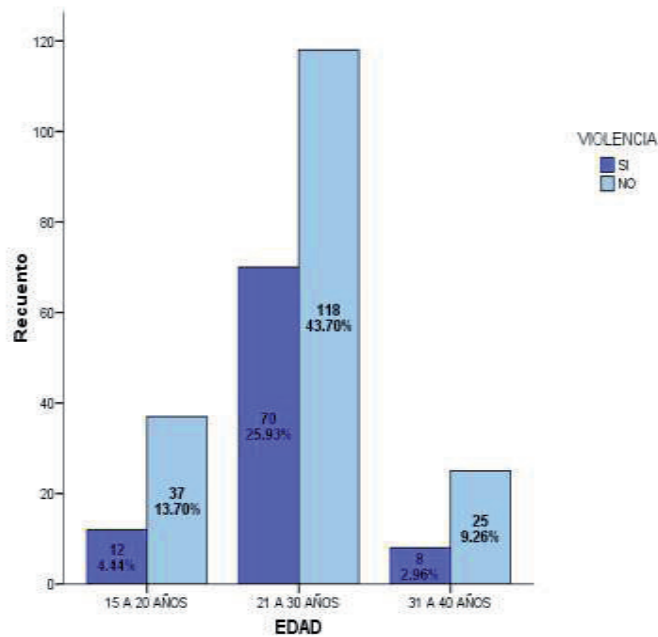
Factores de riesgo	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		TOTAL	Chi-cuadrada, (p)	RMP, (IC95%)
	Si n, (%)	No n, (%)			
<b>Edad</b>					
15 – 20 años	12, (13.3)	37, (20.6)	49, (18.1)	4.22, (0.12)	1.01, (0.46 – 2.2)
21 – 30 años	70, (77.8)	118, (65.6)	188, (69.6)		1.54, (0.82 – 2.89)
31 - 40 años	8, (8.9)	25, (13.9)	33, (12.2)		1
Total	90, (100)	180, (100)	270, (100)		

<b>Estado civil</b>					
Soltera	1, (1.1)	7, (3.9)	8, (3)	4.35, (0.23)	1
Unión libre	20, (22.2)	51, (28.3)	71, (26.3)		2.25, (0.35 – 14.63)
Casada	67, (74.4)	121, (67.2)	188, (69.6)		2.9, (0.45 – 18.01)
Divorciada	2, (2.2)	1, (0.6)	3, (1.1)		5.33, (0.72 – 39.42)
Total	90, (100)	180, (100)	270, (100)		
<b>Escolaridad</b>					
Primaria	3, (3.3)	7, (3.9)	10, (3.7)		0.83, (0.29 – 2.35)
Secundaria	15, (16.7)	48, (26.7)	63, (23.3)		0.65 (0.35 – 1.23)
Preparatoria	29, (32.2)	61, (33.9)	90, (33.3)		0.89, (0.52 – 1.52)
Técnico	31, (34.4)	43, (23.9)	74, (27.4)		1.15, (0.68 – 1.95)
Profesional	12, (13.3)	21, (11.7)	33, (12.2)	5.23, (0.26)	1
Total	90, (100)	180, (100)	270, (100)		
<b>Ocupación</b>					
Hogar	16, (17.8)	51, (28.3)	67, (24.8)		0.72, (0.40 – 1.29)
Obrera	21, (23.3)	37, (20.6)	58, (21.5)		1.09, (0.64 – 1.84)
Empleada	37, (41.1)	60, (33.3)	97, (35.9)		1.14, (0.71– 1.84)
Profesionista	16, (17.8)	32, (17.8)	48, (17.8)	3.91, (0.27)	1
Total	90, (100)	180, (100)	270, (100)		

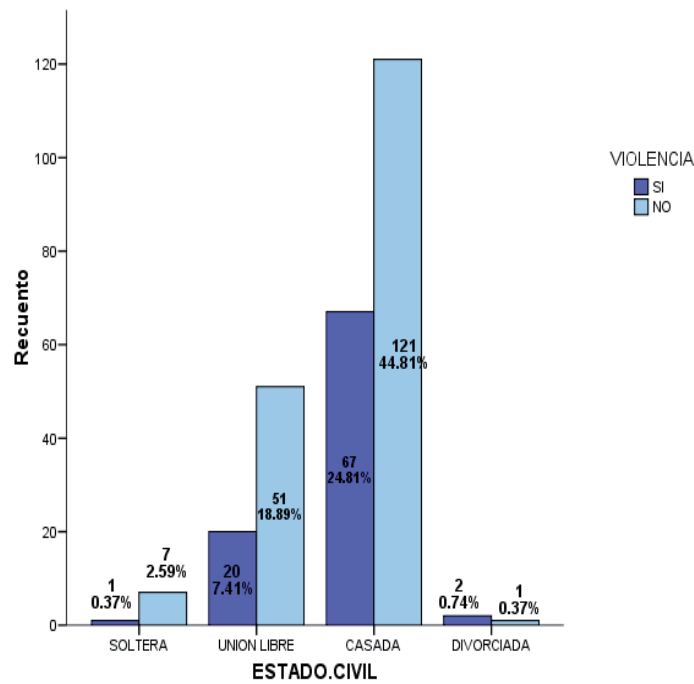
**Gráfica 9.** Asociación entre peso y presencia de violencia intrafamiliar en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



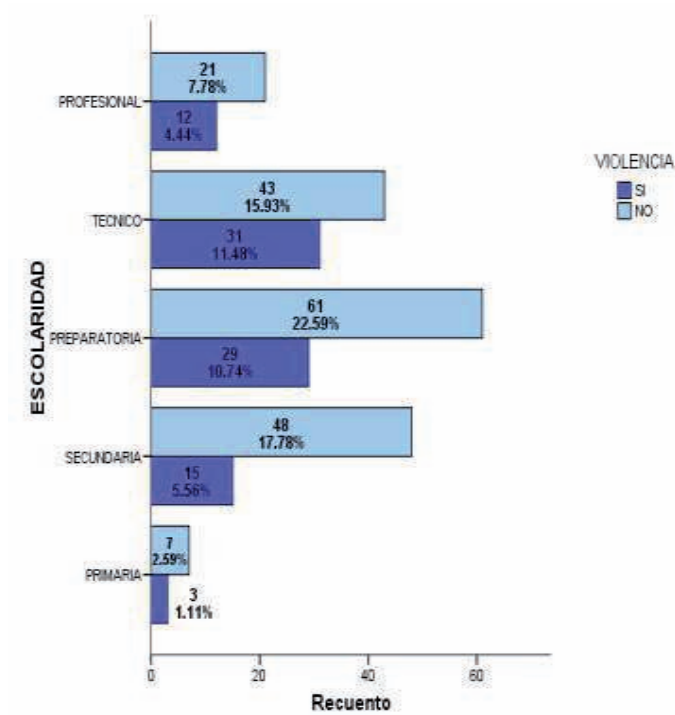
**Gráfica 10.** Asociación entre edad y presencia de violencia intrafamiliar en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



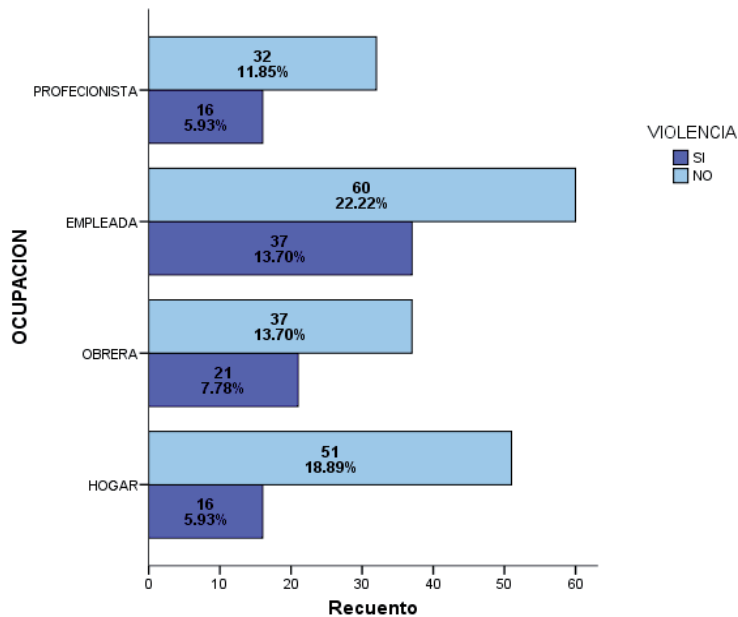
**Gráfica 11.** Asociación entre estado civil y presencia de violencia intrafamiliar en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



**Gráfica 12.** Asociación entre escolaridad y presencia de violencia intrafamiliar en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



**Gráfica 13.** Asociación entre ocupación y presencia de violencia intrafamiliar en pacientes encuestados. Fuente. Tabla de resultados (1)



## **ANÁLISIS.**

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública que se encuentra presente en las mujeres embarazadas, con una prevalencia en este estudio del 33.3% que es muy similar a lo reportado por otros estudios anteriores y con lo publicado por el INEGI que menciona que hay una violencia intrafamiliar de 33.2% lo que concuerda con nuestros resultados. Esto es debido a que la forma de investigación de la información fue similar a la forma en que se ha investigado en otros estudios.

Valenzuela et al, encontraron en su estudio que las mujeres con educación básica tienen más riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, también la mujer que se dedica al hogar tiene 4.7 veces más riesgo de violencia intrafamiliar, mientras que en nuestro estudio, se encontró que dedicarse al hogar es un factor protector, ser obrera da un 9% riesgo y empleada un 14% riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, no siendo estas asociaciones estadísticamente significativas, lo que no es compatible con el estudio anterior, esto es debido a la forma de recabar la información ya que nuestro estudio tiene como limitación la forma de obtención de la información para la clasificación de las pacientes. Pero en el caso del estudio de collado Peña et al, en su estudio tampoco encontraron asociación estadísticamente significativa entre la violencia intrafamiliar y el bajo peso al nacer, de esta manera ya que nuestros resultados nos dieron como resultado intervalos imprecisos y falta de significancia estadística, el tamaño de la muestra en futuros estudios debería de ampliarse, para poderse obtener información más precisa.

Catro et al, en su estudio identificaron factores predictivos de violencia previos al embarazo, y el estado socioeconómico que es una de las debilidades que encuentro en este estudio, ya que no se investigó esta información, pero aun así este estudio servirá como base para nuevos proyectos. Además faltó investigar otros factores de riesgo como la interacción de la pareja para poder realizar mayores aseveraciones, así como el antecedente de violencia en el ámbito de ambos cónyuges. Por otra parte se necesita que el estudio tenga una muestra, la cual consideramos importante evaluar los datos con diseños de un mayor nivel de evidencia, para avalar los resultados obtenidos, además de evaluar más puntos en los cuales se dé la importancia de valoración de estos factores de riesgo por el médico familiar, ya que este es la parte indispensable del diagnóstico de este problema de salud.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

Se identificó que el 33.3% de las mujeres embarazadas sufren de violencia intrafamiliar; encontrándose que las mujeres embarazadas con violencia intrafamiliar tienen 38% riesgo de que su producto tenga bajo peso al nacer en comparación con las personas que no tienen violencia intrafamiliar, no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Es importante resaltar que, aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa, este antecedente se ha relacionado en otros estudios, por lo tanto es importante destacarlo.

Se debe realizar una detección oportuna y lograr la disminución de la prevalencia de violencia intrafamiliar mediante programas de apoyo encaminados a la sensibilización del personal de salud para que incluya en su nota de valoración información relevante sobre este rubro.

Todo lo anterior sugiere que cada unidad debe conocer cuáles son los factores de riesgo para la violencia intrafamiliar, ya que su identificación por el personal de primer nivel, que en este caso es el médico familiar, debe ser la premisa para trazar estrategias de prevención, además se debe de dar una capacitación continua para el personal médico, en el cual se mejore considerablemente el grado de conocimientos sobre este problema y sus factores de riesgo, para poder llevar un mejor conocimiento del problema para poder detectarlo a tiempo y encausarlo hacia las medidas adecuadas para el control de las pacientes que acuden a consulta; ya que el contar con información de calidad, nos ayudara a generar una metodología en forma sistematizada para el análisis y difusión de información sobre este tema, que será la base para el manejo de las pacientes con violencia intrafamiliar. De manera específica, deben realizarse esfuerzos para garantizar que la mujer que está embarazada no sufra ningún tipo de violencia y por lo tanto evitar que esto la afecte a ella o a su producto, ya que es primordial que el médico familiar otorgue el apoyo necesario a las pacientes ya que es el primer contacto con las pacientes y es el medio idóneo por el cual se pueden saber muchos datos ya que el médico otorga a estas pacientes la seguridad, confianza para poder lograr un conocimiento de las pacientes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: OMS/OPS, 1998.
2. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho Cotidiano. *Salud Pública Mex* 1993; 35:148-160.
3. Berenson BA, Wiemann MC, Wilkinson SG, Jones AW, Andersson DG. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant Women. *Am J Obstetric Gynecology* 1994; 170(6):1760-1769.
4. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1993; 149(9):1257-1263.
5. Muhjarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: Prevalence And risk factors. *Can Med Assoc J* 1999; 160(7):1007-1011.
6. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical Abuse of women before, during and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285(12) 1581-1584.
7. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública Méx.* 1998; 40:481-486.
8. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el Embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública Mex.* 1996; 38:352-362
9. Ballard TJ, Saltzman LE, Gazmarian JA, Spitz AM, Lazorick S, Marks JS. Violence during pregnancy: Measurement issues. *Am J Public Health* 1998; 88(2):274-276.
10. Gazmarian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996; 275(24):1915-1920.
11. Sisley A, Jacobs L, Poole G, Cambell S, Esposito T. Violence in America: A public health crisis-domestic violence. *J Trauma* 1999; 46(6):1105-1112.
12. Lamberg L. Domestic violence: What to ask, what to do. *JAMA* 2000; 284(5):554-556.
13. Webster J, Chandler J, Battistutta D. Pregnancy outcomes and health Care use: Effects of abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(2):760-767.

14. Salvador-Moysén J, Martínez-López Y, Lechuga-Quiñones A, Ruiz-Astorga R, Terrones-González A. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Rev. Salud Pub México* 2000; 42(2):99-105.
15. Mirabal G, Martínez MM, Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enferm* 2002; 18(3):175-83.
16. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors in the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99(16):2192-217.
17. Wang HX, Leineweber C, Kirkeeide R, Svane B, Schenck-Gustafsson K, Theorell T, *et al.* Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stresses accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Females Coronary Angiography Study. *J Internal Med* 2007; 261(3):245-54.
18. ("Nearly 10 percent of Teenage Mothers Experience Violence while Pregnant", *Family Planning Perspectives*, 31:1999).
19. (Heise, L. "Reproductive Freedom and Violence against Women: What are the Intersections?" *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 27:1993).
20. (Bewley, C. "Coping with Domestic Violence During Pregnancy". *Nursing Standard*, 8:1994). ("Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome." *Journal of the American Medical Association*, 267:1992).
21. Valdez-Santiago R, Donde más duele: violencia durante el embarazo, instituto nacional de salud pública, Centro de investigaciones en Sistemas de Salud, <http://www.insp.mx/salvia/9713/sal97131.html>
22. Alvarado Zaldívar. S Moysen. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud pública de México*; 40:6, 1998.
23. Heise L. Violencia contra la mujer; La carga oculta a la salud. Washington, D.C El Banco Mundial. Organización Panamericana de salud 1994.
24. Lipsky S. Holt VL, Easterling TR. Critchlow CW. Impact of police reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstetric Gynecol.* 2003; 102; 557-564.
25. Norma oficial Mexicana NOM-190-ssa1-1999, Prestaciones de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Secretaría de salud México 1999.

26. Hathcock A. Increasing infant mortality among very low birth weight infants delawar. Biomedical Collection. 2003; 52(36):862-6.
27. UNICEF. Estado Mundial de la infancia 2000. Programa para la reducción del Bajo Peso al Nacer. Boletín de Salud Perinatal [sitio en Internet]. 2000 [citado 25 Mar 2009]; 18. Disponible en:  
<http://www.cocmed.sld.cu/no101/n101ori7.htm>.
28. Cuba de la Cruz M, Reyes Ávila R, Martínez Mahique P. Bajo peso al nacer y algunas entidades clínicas agregadas al embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(2):106-10.
29. Resnick M. Developmental intervention for low birth weight infants : improved early developmental outcome. Pediatrics 1987; 80:68-74.
30. Duanis Neyra N, Neyra Álvarez A. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Enferm 1998; 14(3):150-4.
31. Rossel Juarte E, Domínguez Basulto M, Casado Collado A, Ferrer Herrera I. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 128(3):270-4.
32. Liang J, Wu Y, Miao L. Análisis of factors contributing to low birth weight in Sichuan Province. Cooperating groups for Birth Defects Monitoring. Hua Hsi Y Ko Ta Hsueh Pao 1995;26(2):210-4.
33. Varsellini P. Pregnancy of forty and over: a case control study. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 1993; 48(3):191-5.

**ANEXO (1).**

**FICHA DE IDENTIFICACION.**

Consecuencias de violencia intrafamiliar en el embarazo, en el binomio madre hijo de la UMF No. 33 IMSS Chihuahua.

Entrevista confidencial No. ----- Fecha.-----

Nombre. (Iniciales)----- No. De afiliación del IMSS-----.

Edad.-----

Edo. Civil. (soltera, unión libre, casada, divorciada, Viuda) -----.

Escolaridad. (Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, tec. y/o profesional).-----  
-----.

Ocupación. (Hogar, obrera, empleada, profesionista).-----

Peso al nacer de su hijo menor.-----.

Instructivo de llenado del anexo (1).

Se procederá al llenado completo, sin omisiones, o tachaduras, con lápiz, por el entrevistado, en cada uno de los rubros.

Fecha. Señalando día, mes y año.

Nombre. Con siglas excluyendo nombre y apellidos.

No. De afiliación. El del IMSS.

Edad. En años cumplidos.

Estado civil. De acuerdo a los señalados.

Escolaridad. De acuerdo a los señalados.

Ocupación. De acuerdo a los señalados.

Peso de su hijo menor. En unidad de peso kg. Y grs.

## ANEXO (2).

### CUESTIONARIO AUTODIAGNOSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

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

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3.- ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras o compañeros de trabajo para que tu pareja no se enoje?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4.- ¿Te crítica y humilla en público o en privado, sobre tu apariencia tu forma de ser, el modo como desempeñas tus tareas hogareñas?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuando quiere que tú cambies de comportamiento, ¿te presiona con la indiferencia o te niega dinero?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7.- ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público o con otras personas?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8.- ¿Sientes que estas en permanente tensión y que hagas lo que hagas, él se irrita o te golpea?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9.- ¿Te ha golpeado con sus manos, con objetos o te ha lanzado cosas cuando se enoja?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10.- ¿Te ha amenazado alguna vez con objetos o armas, con matarse el, o a ti, o algún miembro de la familia?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara Vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12.- ¿Después de un episodio violento el ¿se muestra cariñoso y atento, te regala cosas o te dice que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que todo cambiara?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

15.- ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado, al sentir que tu vida y la de otros miembros de la familia esta puesta en peligro por tu pareja?

Si \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Referencia.

Cuestionario autodiagnóstico de violencia intrafamiliar.

Cáceres Ana y otras colaboradoras del servicio nacional de la mujer Chile.

Programa estatal de la mujer y consejo para el desarrollo integral de la mujer;

Tamaulipas; Gobierno del estado.

[http://www.tamaulipas.gob.mx/congreso\\_mujer/programa/resultados.asp](http://www.tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp)

**NSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL ANEXO (2).**  
**AUTODIAGNOSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.**

1.- Se aseguró que la paciente ha recibido la información básica indispensable previa a través de plática con el investigador sobre el motivo y finalidad del presente cuestionario de lo contrario solicite información para el llenado del mismo.

2.- Se contó con ficha de identificación con firma que evidencie el consentimiento informado de la paciente para participar en el presente estudio y correcto llenado de los datos a evaluar.

3.- Se cotejo de los datos registrados.

4.- Se entregó cuestionario y lápiz a la paciente en área cómoda sin acompañantes, aclarándole que cuenta con el tiempo necesario para su respuesta y en caso de dudas en la redacción de alguna pregunta se le puede auxiliar.

5.- Se leyó cuidadosamente cada pregunta y marcar con una cruz según corresponda solo una respuesta de las sugeridas, y al finalizar el investigador asigno el puntaje según corresponda a cada pregunta: SI (3 puntos), AVECES (2 puntos) RARA VEZ (1 punto) y NO (cero 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 solo, desearlo puede llegar a estar en peligro de muerte en más de una ocasión o su salud física o mental, quede permanentemente dañada.

**23 a 34** puntos POSITIVO A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. En este punto de escala, se necesita considerar seriamente solicitar ayuda institucional o a personal capacitado, y salir de casa temporalmente en tanto obtiene apoyo.

12 a 22 puntos POSITIVO A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. La violencia en la relación está comenzando, es una situación de alerta que puede aumentar en un futuro.

0 a 11 puntos. Puede haber problemas en el hogar, pero se resuelven comúnmente sin violencia.

7.- Se recabaran los cuestionarios verificando el correcto llenado, y que correspondan cada uno de ellos con la ficha de identificación



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo Sra. \_\_\_\_\_ autorizo y  
accedo a participar en el protocolo de investigación titulado **RELACION ENTRE  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y RIESGO DE BAJO PESO EN  
EL RECIEN NACIDO EN LA UMF No.33 MEXICO CHIH.CHIH.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es Investigar: **DETERMINAR SI EL BAJO PESO AL  
NACIMIENTO TIENE RELACION CON LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR  
ENCONTRADA EN LA EMBARAZADA.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario.

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

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna  
sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para  
mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda  
que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos,  
beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi  
tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier  
momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica  
que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de  
que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de  
este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en  
forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información  
actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme  
cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Armando Nevárez Ibarra Mat. 11465867

6142393735 en caso de requerir comunicación por cualquier duda



<b>AVANCE (PRIMER AÑO) 2012-2013</b>	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación	X											
Marco teórico		X										
Planteamiento del problema			X									
Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño				X								
Material y métodos					X							
Planteamiento del análisis estadístico						X						
Bibliografía y anexos							X					
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS								X				
Realización de modificaciones									X			
Terminar modificaciones y re-envío al CLIS										X		
Autorización del protocolo por el CLIS											X	
Protocolo autorizado por el CLIS												
<b>AVANCE (SEGUNDO AÑO) 2013-2014</b>	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de datos (12.5 %)	X											
Recopilación de datos (25.0 %)		X										
Recopilación de datos (37.5 %)			X									
Recopilación de datos (50.0 %)				X								
Recopilación de datos (62.5 %)					X							
Recopilación de datos (75.0 %)						X						
Recopilación de datos (87.5 %)							X					
Recopilación de datos (100.0%)								X				
Elaboración de base de datos									X			
Análisis estadístico										X		
Interpretación de resultados y conclusiones											X	
<b>AVANCE (TERCER AÑO) 2014-2015</b>	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F

Redacción de la tesis (12.5 %)	X												
Redacción de la tesis (25.0 %)		X											
Redacción de la tesis (37.5 %)			X										
Redacción de la tesis (50.0 %)				X									
Redacción de la tesis (62.5 %)					X								
Redacción de la tesis (75.0 %)						X							
Redacción de la tesis (100 %)							X						
Envío de la tesis a la UNAM													
Realización de modificaciones													
Envío de tesis modificada a la UNAM													
Aceptación por la Universidad													

CRONOGRAMA