



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

“Presencia de violencia física y emocional y amenaza de parto pretérmino”

NÚMERO DE REGISTRO

R- 2015- 3701- 8

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

GUZMÁN RIVERA NANCY PATRICIA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

M.C.S. ALFONSO VALLEJOS PARAS

M.T.F JULIO CESAR CASTILLO TREJO

M.C.M. AIDE BEATRIZ OCAMPO TORRES

ASESOR METODOLOGICO EXTERNO:

M.L.A. MA DEL CONSUELO MARTINEZ WBALDO

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).

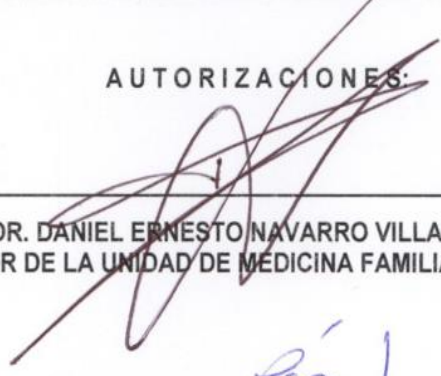
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

“RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y/O EMOCIONAL Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO”

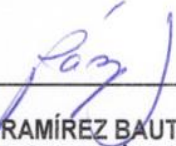
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

NANCY PATRICIA GUZMÁN RIVERA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31


AUTORIZACIONES:



DR. DANIEL ERNESTO NAVARRO VILLANUEVA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS

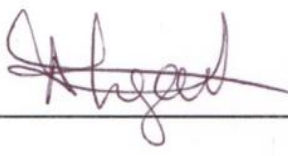


DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS

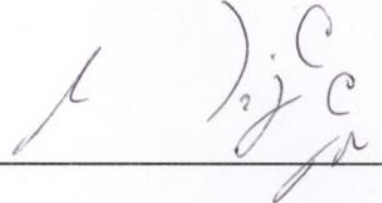


DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS



Dr. Alfonso Vallejos Parás
Medico Epidemiólogo
Maestría en Ciencias
Unidad de Medicina Familiar 31

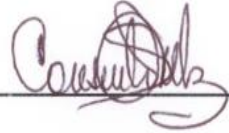


Dr. Julio César Castillo Trejo
Médico Familiar
Maestría en Terapia Familiar
Unidad de Medicina Familiar 31

ASESORES DE TESIS



Dra. Beatriz Aidé Ocampo Torres
Medica Gineco- Obstetra
Maestría en Ciencias Médicas
HGZ #47



**Dra. Ma del Consuelo Martínez
Wbaldo**
Médica Cirujana y partera
Maestría en Lenguaje y audición
Instituto Nacional de Rehabilitación

“RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y/O EMOCIONAL Y AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO”

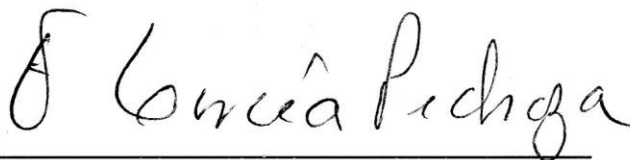
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

NANCY PATRICIA GUZMAN RIVERA


AUTORIZACIONES



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



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701
H GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA **02/03/2015**

DR. ALFONSO VALLEJOS PARAS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

RELACION ENTRE VIOLENCIA FISICA Y/O EMOCIONAL Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3701-8

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de primera instancia a Dios por darme tanto, desde un día más de vida, hasta esta hermosa familia y carrera, llena de desvelos, sacrificios, pero con muchas satisfacciones.

Agradezco a mis padres por estar a mi lado en todo momento y brindarme su apoyo incondicional: moral y económico para seguir estudiando y lograr éste objetivo trazado para un futuro mejor y ser un orgullo para ellos y toda la familia.

Quiero agradecer sinceramente a todos y cada uno de mis asesores de tesis, por su esfuerzo, paciencia y dedicación. Por compartir conmigo sus conocimientos, su motivación y alentarme con su manera de trabajar.

Los cuales se han ganado mi lealtad y admiración, por tan noble labor que desempeñan.

De igual manera a todos y cada uno de mis queridos profesores y profesoras, pues son ellos quienes me guiaron e impulsaron para realizar el presente trabajo así como a mis asesores de tesis y a mi profesora titular por su apoyo incansable, retroalimentación y enseñanza día a día.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por ayudarme a seguir adelante, a pesar de las dificultades y los tropiezos durante éste camino, que no ha sido nada sencillo.

A mis padres por darme la vida, amor, apoyo, educación y valiosos consejos, a Mariana quien vive conmigo en cada latido que da mi corazón, a mi linda familia que quiero. A mis profesores, compañeros residentes, quien sin su ayuda no hubiera realizado esto.

A las personas que no creían en mí y esperaban mi fracaso.

A todos y cada uno de ustedes agradezco sinceramente desde el fondo de mi alma y es para ustedes que hago ésta dedicatoria.

ÍNDICE

	Página
2. RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
3. HOJA DE DATOS.....	12
4. ANTECEDENTES.....	13
5. JUSTIFICACION.....	29
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
7. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	32
8. OBJETIVOS.....	32
9. HIPOTESIS.....	33
10. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
11. MUESTREO.....	37
12. VARIABLES.....	38
13. DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	43
14. ANALISIS ESTADISTICO.....	44
15. CONSIDERACIONES ETICAS.....	46
16. RECURSOS.....	46
17. LIMITACIONES.....	48
18. CRONOGRAMA.....	48
19. RESULTADOS.....	48
20. DISCUSION.....	52
21. CONCLUSIONES.....	54
22. USO DE RESULTADOS Y BENEFICIOS.....	56
23. BIBLIOGRAFIA.....	58
24. ANEXOS.....	62

2.-RESUMEN

Título: “Presencia de violencia física y emocional y amenaza de parto pretérmino”

(1) Guzmán Rivera Nancy P. (2) Dra. Beatriz Aide Ocampo (3) Dr. Julio Cesar Castillo (4) Dr. Alfonso Vallejos Parás (5) Dra. Consuelo Martínez.

Antecedentes: La violencia familiar constituye un grave problema de salud pública que consiste en el acto u omisión, cometido por un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia en la mujer embarazada trae graves repercusiones no solo en la esfera psicológica, sino también en la obstétrica. Se ha identificado entre las consecuencias de la violencia contra la mujer en edad reproductiva la amenaza de parto pretérmino, la cual consiste en la presencia de dinámica uterina de 1 hasta 6 contracciones en 20min en 1 hora, borramiento cervical de 0 a menos de 80% y una dilatación cervical de 0 hasta 3 cm en el período gestacional de 22 y hasta 36.6 semanas.

Objetivo Determinar la presencia de violencia de tipo física y/o emocional en pacientes con amenaza de parto pretérmino

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se aplicó un instrumento (escala de violencia e índice de severidad), a pacientes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino adscritas al HGZ #47 del IMSS. Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas determinando porcentajes y análisis univariado obteniendo OR.

Resultados y Conclusiones: Se obtuvo una muestra de 52pacientes, estudiándose en dos grupos de acuerdo a rangos de edad. Se observó prevalencia de violencia del 25% hacia la mujer embarazada, que presentó APP, congruente con la literatura nacional e internacional. De acuerdo al test aplicado, se reportó como el maltrato físico y emocional concomitante como el más frecuente, seguido por el emocional puro en 38% y 15% respectivamente. Es importante que 2 pacientes reportaron haber sido amenazadas con una navaja y 2 haber sido ahorcadas por su pareja. Entre las características sociodemográficas destacaron edad promedio de 26 años, escolaridad bachillerato y estado más frecuente unión libre y solteras.

Palabras clave: Violencia familiar, Embarazo, Amenaza de Parto Pretérmino.

ABSTRACT

Title: "The presence of physical and emotional violence and preterm labor"

(1) Guzman Rivera Nancy P. (2) Dra. Beatriz Ocampo Aide (3) Dr. Julio Cesar Castillo (4) Dr. Alfonso Vallejos Parás (5) Dra. Consuelo Martinez.

Background: Domestic violence is a serious public health problem that is the act or omission committed by a family member against another member of the same, regardless of the physical space where it occurs. Violence in pregnant women has serious implications not only in the psychological sphere, but also in obstetrics. It has been identified among the consequences of violence against women in reproductive age preterm labor, which is the presence of uterine dynamics of 1-6 in 1hr 20min contractions, cervical effacement of 0 to less than 80% a cervical dilation of 0-3 cm in the gestational period from 22 to 36.6 weeks.

To determine the presence of such physical violence and / or emotional in patients with preterm labor

Methods: observational, descriptive, cross study. An instrument (scale of violence and severity index), patients with a diagnosis of preterm labor attached to HGZ # 47 IMSS was applied. Descriptive statistics were used for qualitative variables determining obtaining percentages and univariate OR.

Results and conclusions: a sample of 52pacientes, studying two groups according to age range was obtained. Violence prevalence of 25% was observed to the pregnant woman, who presented APP, consistent with national and international literature. According to the applied test, it was reported as the concomitant physical and emotional abuse as the most common, followed by pure emotional at 38% and 15% respectively. It is important that 2 patients reported being threatened with a knife and 2 have been hanged by their partner. Among the sociodemographic characteristics highlighted average age of 26 years, high school and state school more often free and single union.

Keywords: Domestic Violence, Pregnancy, preterm labor.

- (1)Médico residente 3o año de Medicina Familiar.
- (2)Médica Gineco Obstetra, Maestra en Ciencias Médicas del COMEGO.
- (3)Médico Familiar, Maestro en Terapia Familiar.
- (4)Médico Epidemiólogo, Maestro en Ciencias.
- (5)Médica Cirujana y partera, Maestra en Lenguaje y Audición.

Datos del alumno (Autor)		1. Datos del alumno	
Apellido Paterno		Guzmán	
Apellido materno		Rivera	
Nombre		Nancy Patricia	
Teléfono		55 30 81 24 22	
Universidad		Universidad Nacional Autónoma de México	
Facultad o escuela		Facultad de Medicina	
Carrera:		Especialidad en Medicina Familiar	
No. de cuenta		300111202	
2. Datos del asesor		2. Datos del asesor (es)	
Apellido paterno		Vallejos	
Apellido materno		Paras	
Nombre (s)		Alfonso	
Apellido paterno		Castillo	
Apellido materno		Trejo	
Nombre (s)		Julio César	
Apellido paterno		Ocampo	
Apellido materno		Torres	
Nombre (s)		Aidé Beatriz	
Apellido paterno		Martínez	
Apellido materno		Wbaldo	
Nombre (s)		María del Consuelo	
3. Datos de la tesis		3. Datos de la Tesis	
Título		Relación entre violencia física y/o emocional y amenaza de parto pretérmino	
No. de páginas		62 p.	
Año		2015	

4.- ANTECEDENTES

La violencia es un problema de salud pública preocupante y creciente, considerándose responsable de 14% de defunciones en hombres y 7% en mujeres en el grupo etáreo de 15 a 44 años de edad a nivel mundial. En 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la cual, se resaltó las graves consecuencias tanto a corto como a largo plazo de quienes la sufren y recalcó los efectos perjudiciales en los servicio de atención de salud.(1)

A su vez la violencia contra la mujer también constituye un grave problema mundial de salud pública. En estudios multipaís analizados por la OMS se detectó entre 15 a 71% de mujeres en un rango de edad de 15 a 49 años, quienes notificaron sufrir violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de la vida (2)

Valoraciones recientes del Banco Mundial refieren que la violencia, especialmente de género, hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludables en su edad reproductiva. (3) Lo que significa que si la paciente pudiera vivir hasta los 75años, esa edad disminuiría a los 70años.

El Instituto Nacional de Estadística de España reporta en 2013 una tasa de víctimas de violencia de género de 132.6 por cada 100 000 mujeres. En relación a la violencia doméstica de las 7, 060 víctimas el 63% fueron mujeres, alcanzando tasas máximas en los grupos de edad de 25 a 29 años seguido del intervalo de 30 a 34 años y en tercer lugar de 20 a 24años.(4)

La Encuesta Nacional Sobre Violencia Contra las Mujeres en 2006 mostró que en distintos países, el porcentaje de mujeres que reportaron haber vivido violencia física de pareja en algún momento de su vida, se situó entre 10% y 69%.**(5)**

Mientras que en los últimos doce meses osciló entre 3% en países como Australia, Canadá y EUA, a 27% en Nicaragua, 38% en Corea y 52% entre mujeres palestinas de la Ribera Occidental.**(6)**

Una de cada cuatro mujeres podría sufrir violencia en el embarazo, siendo el violentador parte de su sistema familiar y subsistema conyugal.

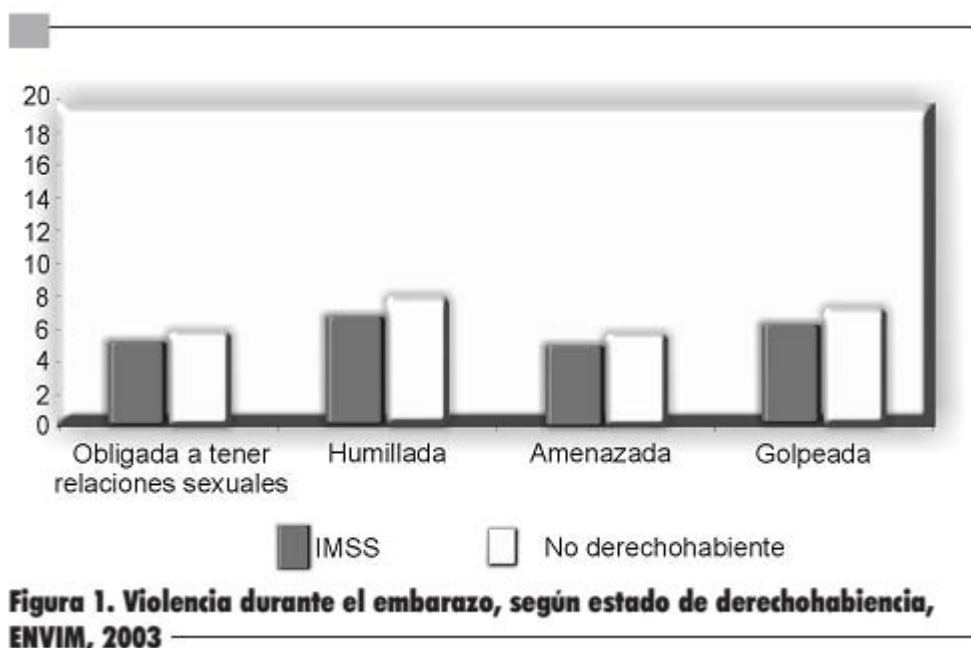
Más de 5 millones de mujeres al año son víctimas de abuso físico severo por parte de sus parejas sexuales y de estas 20% han recibido golpes durante el embarazo, en la encuesta de 1999 levantada en el área metropolitana de la ciudad de México por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en relación con la violencia intrafamiliar señala que el 33.2% de las mujeres sufren algún tipo de violencia familiar. **(7)**

En el simposium celebrado en Cancún en 2001 sobre “Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas” se expuso que el cálculo de violencia en el hogar que sufren las mujeres oscila alrededor del 50% en América Latina y el Caribe. **(8)**

Según datos del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) en la Ciudad de México, el número de casos atendidos presentó un incremento significativo. De 7,627 en los años noventa a casi 20,000 por año de 1997 al año 2000, con pequeñas variantes, 90% de las víctimas son mujeres y de éstas

el 100% reconoció que el agresor fue su pareja. Se ha documentado que el embarazo no protege a la mujer de sufrir violencia, más aun, parece exacerbarla. (9)

Fernandez-Sonia en Junio 2004 en su estudio: El IMSS en cifras: la violencia contra las mujeres derechohabientes, en la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM, 2003) entrevistó a 26, 042 usuarias de servicios de salud en el país: 41.4% derechohabientes del IMSS (10 787). La magnitud de violencia reporto 58% en violencia alguna vez en la vida de las derechohabientes del IMSS, 20% por su pareja actual, 32% por su pareja de toda la vida y por tipos de violencia la más frecuente es la psicológica 18%, física 9%, sexual 7% y la económica 5%. Todos los tipos de violencia se incrementan con la edad hasta la década de 40 a 49años, no obstante en adolescentes y mayores de 60años merecen también atención. Disminuye en la medida que se incrementa la escolaridad, sin embargo es preocupante en mujeres con estudios de licenciatura y posgrado. (10)



De acuerdo al último reporte de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011 reveló que mujeres de 15 años y más 46.1% sufrió violencia por parte de su pareja, con fluctuaciones de 29.8% en el sureste del país a 56.9% en el centro del país.

Además se reportó el tipo de violencia infringida, siendo la más frecuente la psicológica con un 42.4% de presentación, seguida de la física con 13.5% y finalmente la de tipo sexual con 7.3% **(11)**

La familia constituye finalmente la primera y la última zona de refugio, ya que socialmente lo que se encuentra de manera externa es autoritarismo, impunidad, falta de democracia, escasa oferta de trabajo, así como de bienes y servicios.

Sin embargo la Encuesta Nacional de la Juventud 2010 reporta que 84% de jóvenes en edad de 12 a 29 años, reconoce que dentro de las familias mexicanas existe violencia. Pudiendo estar relacionada o como efecto colateral de la violencia infringida hacia la madre por parte de su pareja. **(12)**

Vivir sin violencia es un derecho humano básico. Sin embargo la violencia contra las mujeres no se confina a una cultura, región o país específico, ni a grupos particulares de mujeres en la sociedad. **(6)**

Las mujeres desamparadas y aquellas que viven en situaciones de disturbios sociales, conflictos o guerra corren aún mayor riesgo de sufrir violencia. **(13)**

4.2 Antecedentes científicos.

La edad no es un condicionante o barrera para impedir la violencia. Pero se ha visto que las mujeres en edad reproductiva son las que afrontan las mayores consecuencias, ya que la violencia puede estar asociada con la inhabilidad de prevenir embarazos no deseados, el mismo embarazo y la pérdida de éste. Sin embargo, actualmente, la relación entre la violencia, embarazo y complicaciones como el aborto continúa siendo un problema de salud pública, que aún no ha recibido suficiente atención, por subregistro de casos. **(13)**

Neggers Yazmin en 2004 en su estudio *Effects of domestic violence of preterm birth and low birth weight* realizado a 3103 mujeres para evaluar la relación entre el abuso en el embarazo y el bajo peso al nacer y parto pretérmino. Encontró que mujeres con embarazos de bajo riesgo, el 26.6% reportó violencia emocional, 18.7% maltrato físico en el último año y 10.3% informaron haber sido golpeadas, amenazadas con arma o presentar heridas. El abuso durante el embarazo se produjo en 5.9%, con parto pretérmino y bajo peso al nacer de 10.9% y 10.2% respectivamente. El abuso físico en el último año se asoció significativamente con el Parto pretérmino, con una AOR 1.6, IC 1.1 a 2.3 **(14)**

Paredes - Solís en 2005 en su estudio: *Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México* entrevistó a 2 389 mujeres, de las cuales 709 fueron elegidas para responder un cuestionario sobre el último embarazo. En donde una de cada cuatro mujeres era indígena (180/695) y 15% (98/706) analfabeta. De las 709 entrevistadas 18% (128/708) refirió ser golpeada cuando no estaba

embarazada, 22% (28/128) dijo recibir golpes durante su embarazo. El 30% reportó (12/40) que fueron golpeadas en todo el cuerpo. El sentimiento de humillación y menosprecio fue percibido por 10 y 13% de las embarazadas. De las mujeres con embarazo concluido 15% (83/537) declaró que el parto se adelantó al tiempo esperado y 85% consideró llegó al termino en el tiempo previsto. Se encontró una asociación entre la violencia física de la embarazada y sangrado transvaginal durante el embarazo. La asociación entre violencia física y pérdida del embarazo tuvo significancia estadística marginal ($p = 0.06$). Un hallazgo importante es la asociación entre problemas obstétricos durante el embarazo y la violencia física. **(15)**

Vela - Elsa en 2008 en Lima-Perú estudió la Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007- enero 2008, reportó los siguientes resultados: de la participación de 30 mujeres de parto pretérmino (casos) y 30 con parto a término, el 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% violencia sexual y violencia psicológica 68.3%. No se encontró influencia de violencia física sobre el parto pretérmino (OR= 0.63 IC 95%: 0.21 a 1.88). Se encontró que las víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener parto pretérmino que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque éstas estadísticas no fueron significativas ($p = 0.08$ IC 95% 0.981 a 26.430) Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pretérmino (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55) **(16)**

Parada- Ramírez en su estudio Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino en donde se incluyeron todas las pacientes con embarazos de 22 a 36.6 semanas, con amenaza de parto pretérmino en el

período comprendido entre noviembre 2008 y enero 2009. En total estudiaron 50 pacientes divididas en grupos en uno las que sufrían violencia emocional (N=19) y en el otro las que no sufrían violencia emocional (N=31) clasificándolas como grupo 1 y 2 respectivamente. El grupo 1 se encontraba como media de edad 26^a mientras que el grupo 2 fue de 31^a. En cuanto a la amenaza de parto pretérmino mostró que del grupo 1: 1:15 (79%) tuvieron 1 a 3 contracciones; en el grupo 2: 30pacientes (96.7%) con una a tres contracciones, en lo referente al borramiento cervical el grupo 1 se observaron 6 pacientes (31.5%) sin dilatación y 13 (68.5%) con menos de 50% de borramiento cervical; en el grupo 2: 27pacientes (87%) sin borramiento cervical y 4 pacientes (13%) con menos de 50% de borramiento. En cuanto a dilatación cervical, el grupo 1 hubo 11pacientes (57.9%) sin dilatación y 8 (42.1%) con menos de 3cm de dilatación. Dicho estudio concluyó que 38% de la población estudiada sufrió violencia intrafamiliar de tipo emocional como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. **(3)**

Castro Roberto en su estudio Prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas realizado en 1998 en el estado de Morelos en los municipios de Cuernavaca y Cuautla en México, mostró que la prevalencia de la violencia (emocional, física y sexual) tanto antes como durante el embarazo fue superior al 30%. Dicha prevalencia tuvo un ligero decremento no significativo ($\chi^2 = .2375$, $p > 0.05$) al pasar del 33.6% antes del embarazo al 32.1% durante el embarazo. La prevalencia de la violencia física varió del 17.5% antes del embarazo al 15% durante el embarazo ($\chi^2 = 1.131$ $p > 0.05$) La violencia sexual por su parte también disminuyó al pasar de 13.7% antes del embarazo al 11.8% durante el mismo ($\chi^2 = 0.7798$, $p > 0.05$) la violencia

emocional, en cambio, se incrementó al pasar del 23.5% antes del embarazo al 28% durante el mismo ($\chi^2 = 2.4644$, $p > 0.05$)

El 9.2% del total de las mujeres tuvo un aumento en la violencia, pues pasaron de no tener violencia antes del embarazo a tenerla durante el mismo. **(17)**

Es complicado obtener datos epidemiológicos sobre la influencia de la violencia y complicaciones durante el embarazo. Debido en parte a falta de información atribuida a la aversión de la mujer a denunciar el maltrato, siendo ella quien cuida el manejo de las lesiones. Aunque cabe mencionar que muchos médicos no tratan este problema, ya que no lo consideran o se reusan a tratar un tema “sensible”.

Posiblemente la formación predominantemente biomédica (que se centra en etiologías orgánicas) de los profesionales de la salud, contribuye a la escasa obtención de datos sobre los “factores sociales” tales como la violencia cuando dan manejo a mujeres con lesiones y abortos espontáneos.**(13)**

Aún a pesar de éstas cifras tan alarmantes que acontece con la violencia de género, los trabajadores encargados de la salud han puesto poca atención a la violencia que se ejerce en el entorno familiar, aun cuando se atienden a mujeres que sufren o sufrieron este tipo de violencia. **(18)**

4.3 Marco conceptual.

Violencia familiar se define como el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o

civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.

Las formas de violencia crónica de “baja intensidad” y larga duración, producen efectos sobre la salud difíciles de reconocer, pero que generan una cantidad importante de años de vida perdidos, siendo el sector más significativo el femenino. **(19)**

A pesar de la diversidad de las familias, aún ahora predomina como líder el hombre, como la figura paterna siendo el centro de interés y de poder, encontrando como grupos vulnerables el género femenino (en todas las etapas del ciclo vital), ancianos, niños y personas con capacidades diferentes.

Desde inicios de la familia “el rapto y violación” fue durante años la forma primitiva de matrimonio. La violación fue el primer acto de apropiación por parte del hombre. Lo que se ha traducido en la concepción no solo como objeto de propiedad dentro de la familia, sino que se apropia por la violencia manifestada con la expropiación de su cuerpo y sexualidad, advertida por su condición subordinada dentro de la relación de pareja y la familia. **(20)**

Para que se pueda presentar la violencia es necesario una persona receptora y una generadora. Siendo la receptora quien recibe o a quien se le provoque cualquier forma, alguna o varias acciones u omisiones de violencia intrafamiliar, por parte de personas con vínculo familiar, o su equiparación.

Mientras que las generadoras son aquellas que realizan los actos u omisiones que provoquen situaciones de violencia intrafamiliar hacia otro, en su mayoría está integrado por hombres hacia mujeres.

Para reconocer la problemática en la familia es imprescindible reconocer la realidad de la vida familiar: La familia no solo es un remanso amor y cuidado, sino que con frecuencia está cruzada por autoritarismo, abandono, maltrato, abuso psicológico, incesto, golpes y alcoholismo.

La violencia familiar comprende: Abandono, maltrato físico, psicológico, sexual, económico contra cualquier integrante de la familia.

Las causas de violencia intrafamiliar son múltiples y tienen origen: social, cultural e individual.

El conocer y entender el ciclo de violencia intrafamiliar, permitirá evitar incidentes violentos y entender ¿por qué la mujer se convierte en víctima?, ¿cómo adopta la conducta de la indefensión? y el ¿por qué la mayoría no intenta escapar al proceso?

Éste ciclo tiene 3 fases las cuales varían en intensidad, para un mismo binomio (generalmente esposo-esposa)

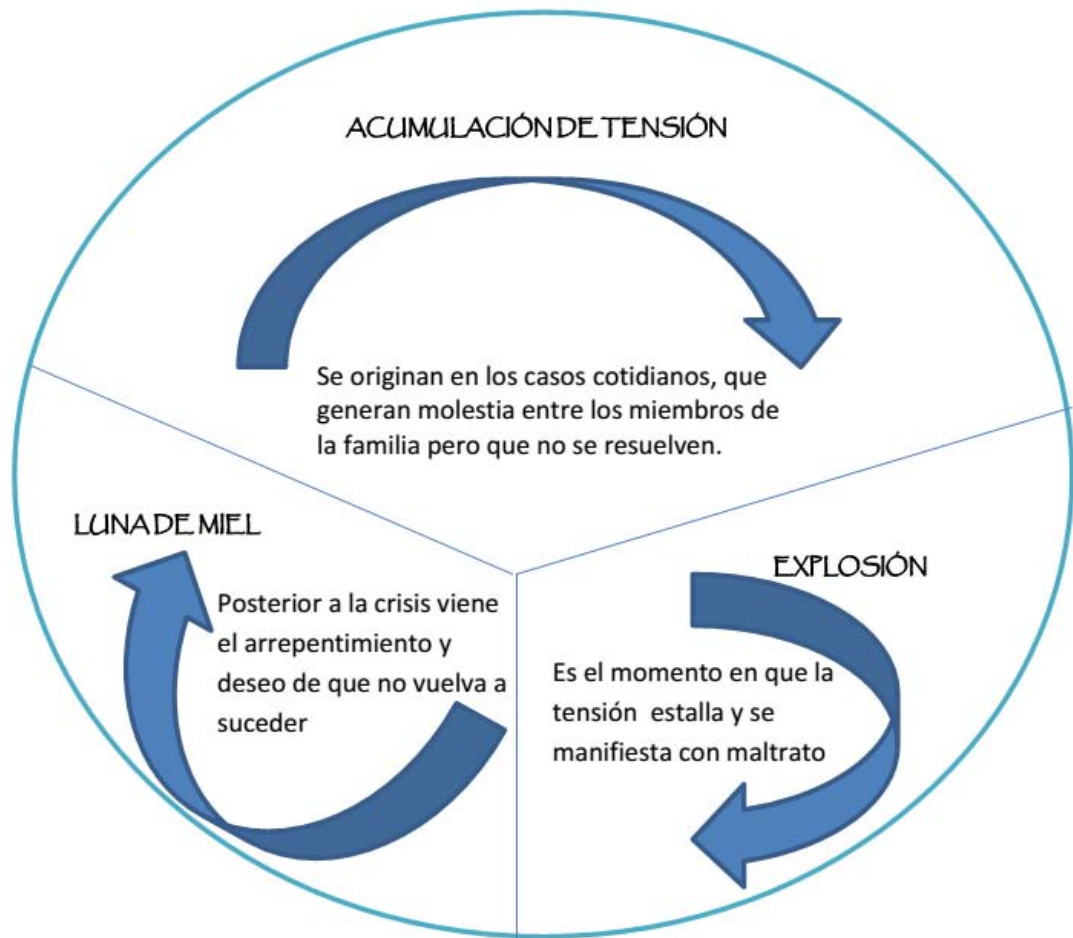


Fig 2. Tomado de Compilado teórico sobre violencia intrafamiliar. (20)

En la acumulación de la tensión se producen golpes menores. Se intenta calmar al compañero a través de conductas que en otras ocasiones han sido exitosas; el receptor es cariñoso y complaciente con el agresor.

El razonamiento del receptor, es que si espera por un tiempo, las cosas cambiarán.

En la explosión conforme aumentan los incidentes de violencia menor, la tensión entre ambos va aumentando, llega hasta un punto de total falta de control en el que ya no pueden ser contenidos.

Por lo que la fase es caracterizada por la descarga de tensiones acumuladas en la primera fase. Así como violencia extrema y sin control.

Esta fase dura de 2 a 24hrs aprox., sin ser predecible ni controlable.

La tercera fase o de luna de miel es deseada por el generador y el receptor de la violencia y se caracteriza por el arrepentimiento y la demostración de afecto del generador. Éste reconoce la dimensión de sus actos e intenta componer lo hecho. Se siente responsable de su actitud, ofrece disculpas y asegura que no ocurrirá nuevamente. Una pareja que vive en violencia, se convierte con el tiempo en pareja simbiótica – manifestado por codependencia, y al intentar uno alejarse del otro, ambos se sienten muy afectados por la separación. **(20)**

La violencia contra las mujeres se considera: cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte. Tanto en el ámbito privado como en el público; a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer, b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.**(16)**

Se caracteriza por un patrón de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico (golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual o a cierto tipo de conducta sexual).

Esto se traduce en lesiones reiteradas, aislamiento social progresivo, intimidación y afecciones en la salud física y mental de las mujeres que viven cotidianamente cualquiera de los tipos de abuso antes mencionados.

Los costos, consecuencias e impacto en la salud pública de la violencia contra la mujer, entre las mujeres de 15 a 44 años, es comparable con la carga que representan otros factores de riesgo y enfermedades de interés mundial como VIH, TB y Cáncer entre otras.

El ausentismo laboral de mujeres golpeadas significa un alto costo económico que corresponde al 2% del PIB, lo que repercute en una merma del desarrollo económico

En las mujeres embarazadas la violencia tiene consecuencias sobre el producto y configura lo que se conoce como abuso prenatal.

Un aspecto ampliamente documentado en la literatura internacional es la relación directa entre violencia durante el embarazo y bajo peso del producto al nacer.

En México, como en el resto del mundo, el fenómeno de la violencia doméstica es un problema social. La violencia doméstica, también conocida como abuso por parte del compañero o abuso conyugal, es una de las facetas del problema más amplio de violencia intrafamiliar.

Los posibles resultados de la violencia contra la mujer con respecto a su salud

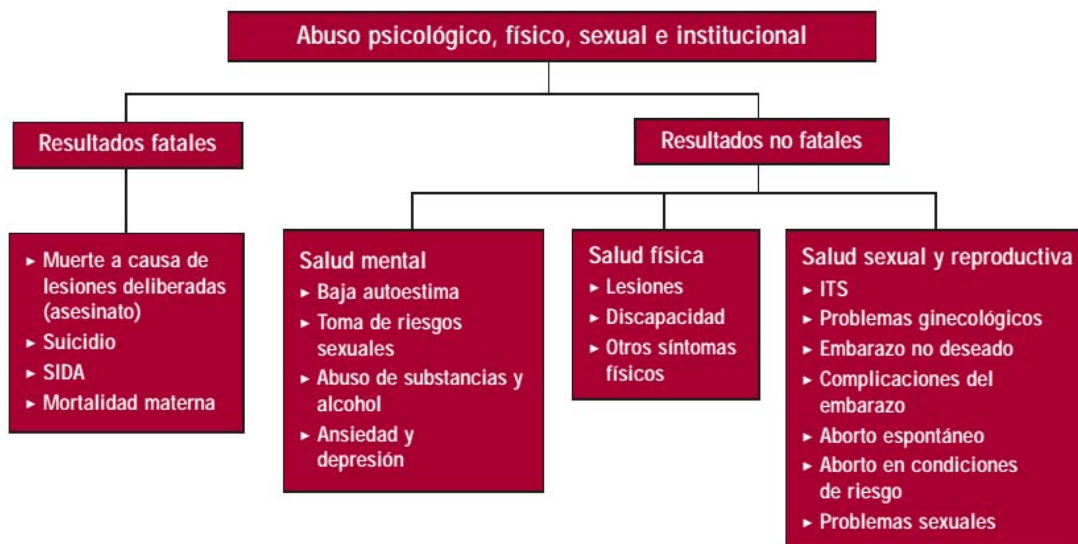


Fig 3. Tomado de la Violencia, el embarazo y el aborto. (13)

La amenaza de parto pretérmino se incluye dentro de los resultados no fatales desencadenado por abuso psicológico, físico, sexual e institucional y condiciona que mujeres con embarazo entre la semana 22 y hasta las 36.6, presenten contracciones regulares acompañadas de borramiento y dilatación cervical. La cual pudiera progresar a un nacimiento prematuro.

A pesar de los programas de prevención, su incidencia ha permanecido constante en las últimas décadas, siendo aproximadamente 10%. El nivel primario está encaminado a eliminar o disminuir los factores de riesgo en toda la población. El segundo nivel se orienta al diagnóstico oportuno de la enfermedad con factores de riesgo. El tercer nivel tiene como objeto reducir la morbilidad y mortalidad en las pacientes que desarrollen PP. (21)

Cabe mencionar que la etiología de la APP es multifactorial y puede ser de causa materna, uterina, inherente al embarazo y iatrogénica.

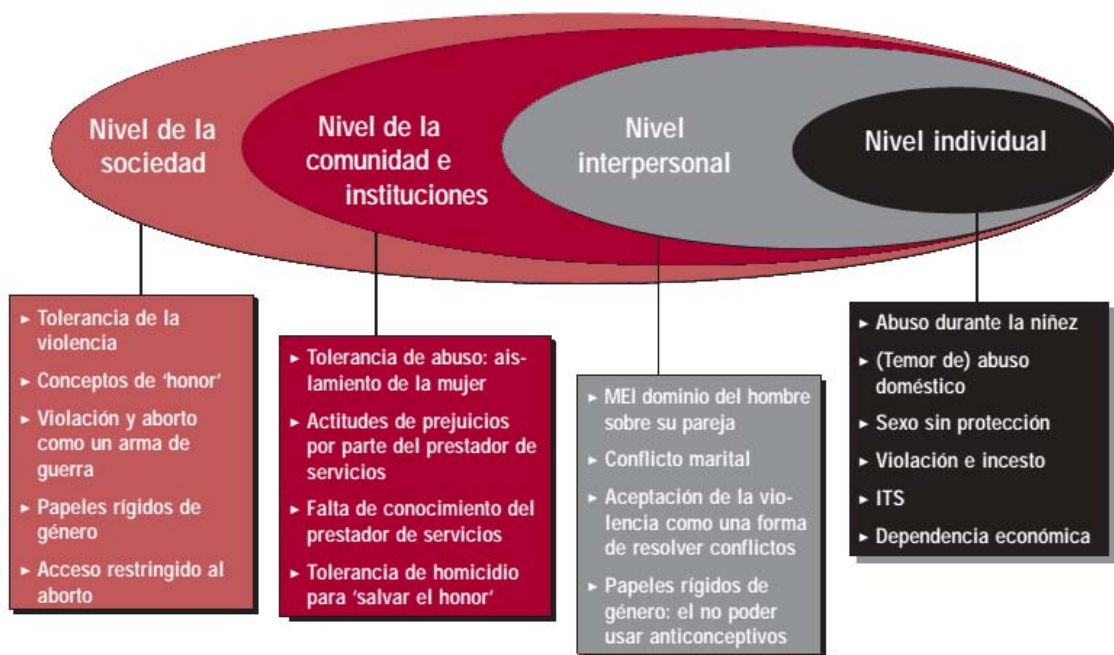
Los principales factores asociados para que se presente la APP se sitúan en la siguiente tabla (29):

PREDISPONENTES	ENFERMEDADES INTERCURRENTES
Antecedente de pretérmino	Endocrinopatías
Edad menor de 15 y mayor 39	Hipertensión arterial
Edo civil: soltera o divorciada	Anemia
Tabaquismo	Infección Urinaria
Alcohol y drogas	Infecciones sistémicas
Mala nutrición	
Multigravidez	
INCIDENTALES	COMPLICACIONES GESTACIONALES
Traumatismos	Placenta previa
Iatrogénica	Desprendimiento prematuro de placenta
	Enfermedad hipertensiva aguda
	Ruptura prematura de membranas
	Polihidramnios
	Incontinencia Itsmocervical
	Miomatosis uterina
	Isoinmunización
	Gemelaridad

Fig 21-3 Factores de riesgo del nacimiento pretérmino

Así mismo se han identificado otros factores de riesgo asociados, como son: bajo nivel socioeconómico, estrés, abuso doméstico, violencia familiar, complicaciones abdominales no obstétricas como apendicitis y colecistitis, las enfermedades sistémicas, entre otras.

Los factores que pueden afectar los vínculos entre la violencia, el embarazo y las complicaciones durante el embarazo (23)



4.4 Marco contextual.

Estudios previos realizados en el IMSS, mostraron los siguientes resultados:

En el DF 65% de las mujeres derechohabientes del IMSS han sufrido violencia alguna vez en la vida, mostrando una prevalencia del 22.4% violencia psicológica y 13.1% violencia física de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) levantada en el 2003.(24)

Valenzuela Susana en 2004 en su estudio "Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto" en derechohabientes del IMSS en el HGZ y UMF No.1 "Dr. Leonel Ramírez" de Colima, identificó la Violencia intrafamiliar como un problema en la mujer embarazada del IMSS Colima en un 30.8%. Donde 30.8% correspondía a casos y 69.15% a controles, y obtiene como resultados una chi cuadrada de 0.60, no mostrando diferencia estadística significativa entre parto, cesárea o aborto y VI. Sin asociación estadística entre VI y parto pretérmino o aborto. Pero identificó que existen

factores predisponentes de la VI, como nivel de educación de ambos cónyuges, la ocupación materna y el ingreso económico de la familia. **(25)**

En un estudio del 2013, realizado en población de la UMF #31 del IMSS con título “Relación entre la depresión y Violencia intrafamiliar”, se encontró que 8.1% de mujeres ha sufrido violencia de tipo física por parte de sus parejas, colocándolas en grave riesgo de sufrir problemas físicos y psicológicos asociados a éste tipo de violencia. **(26)**

5.- JUSTIFICACIÓN.

La violencia contra la mujer constituye un grave problema mundial de salud pública. En estudios multipaís analizados por la OMS se detectó entre 15 a 71% de mujeres en un rango de 15 a 49 años quienes refirieron violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de la vida **(2)**

Siendo éste un serio problema que trae como consecuencia que la asamblea general de la ONU para el año de 1979 aprobara la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Convención de la CEDAW, por sus siglas en inglés).

México fue uno de los primeros países en ratificar la Convención de la CEDAW y su Protocolo Facultativo. Considera que las preocupaciones y recomendaciones que se señalan en las observaciones finales “requieren la atención prioritaria del Estado”.

Entre éstas recomendaciones en especial, despunta el más lacerante de los temas objeto de su mandato: la violencia en contra de las mujeres, la cual ha sido catalogada como Recomendación General No. 19, como una “forma de

discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”. **(27)**

Estimaciones recientes del Banco Mundial indican que la violencia, especialmente dirigida a la mujer, hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludables en su edad reproductiva. **(3)**

Por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos.

Los costos sociales y económicos de este problema son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos. **(2)**

La violencia física durante el embarazo, ocasionada por esposos o familiares, también tiene una ocurrencia alta.

La relación entre el embarazo y la violencia tiene diferentes facetas: las lesiones físicas y emocionales, la maternidad forzada en caso de abuso sexual, el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, etc.

Por su importancia destaca la prevalencia de violencia durante el embarazo, que fue muy similar en las mujeres derechohabientes del IMSS y las de la Secretaría de Salud y del ISSSTE. **(7)**

Una respuesta adecuada del sector de la salud puede ser de gran ayuda para la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta consiguiente.

De ésta manera se intenta detectar de manera oportuna la relación entre la Amenaza de Parto Pretérmino y la violencia física y emocional; mediante un instrumento de encuesta bien estructurado y de bajo costo, a prestadores de servicios de salud en el HGZ 47, como estrategia importante en la salud integral de las mujeres con dicha patología. Lo que traería como consecuencia disminuir costos económicos y sociales a nivel institucional.

Y a su vez promover la implementación de un programa de atención hospitalaria a las mujeres, en donde se otorgue orientación médica, psicológica y legal, a fin de educar e informar y de esta manera disminuir y promover la prevención en mujeres violentadas por sus familias, específicamente por la pareja.

Siendo las mujeres adscritas al HGZ #47 del IMSS, que sean detectadas posterior a recibir atención en el servicio de admisión de Urgencias gineco-obstétricas, en quienes se haya detectado violencia, y previamente capacitar a personal de trabajo social, médicos ginecólogos y psicólogos para dar una atención integral y multidisciplinaria de la pareja, con seguimiento de los casos y continuidad por su Médico Familiar.

6.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es la mujer la principal receptora de violencia familiar, lo cual le genera un importante impacto no sólo en su salud biológica sino también en el ámbito psicológico.

Es durante la edad reproductiva cuando la mujer se encuentra expuesta a presentar éste tipo de violencia por parte de su pareja. Siendo éste el momento apropiado de la reproducción, es que trae como consecuencia las complicaciones durante el embarazo, como la amenaza de parto pretérmino.

Ante dicha problemática y la falta de información, es que resulta importante considerar que pone en peligro la salud y bienestar, no solo de la mujer, sino también del producto de la gestación.

La falta de identificación y manejo de esta problemática por parte del personal de salud, así como la falta de denuncia y el hecho que no exista registro al respecto, impide conocer los datos exactos en cuanto a incidencia, prevalencia magnitud e impacto del problema en nuestro país. Como consecuencia ha dificultado que sea reconocido como un aspecto fundamental en la evaluación de factores de riesgo obstétrico en la atención prenatal integral.

Ante tal situación resulta primordial contestar la siguiente pregunta: ¿Es la violencia familiar física y emocional, un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino?

7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Existe presencia de violencia física y emocional en pacientes con amenaza de parto pretérmino?

8.- OBJETIVOS.

8.1 Objetivo General.

Identificar la presencia de violencia de tipo física y emocional en pacientes con amenaza de parto pretérmino.

8.2 Objetivo Específicos.

Identificar a la población de mujeres con amenaza de parto pretérmino que estuvo expuesta durante el embarazo a violencia de tipo física y/o emocional en el período de 01 Agosto 2014 a 01 Diciembre 2014.

9.- HIPOTESIS.

Hi= Existe presencia de mayor número de casos de violencia física y/o emocional en pacientes con amenaza de parto pretérmino

Ho= No existe mayor número de casos con presencia de violencia física y/o emocional en pacientes con amenaza de parto pretérmino.

10.- MATERIAL Y MÉTODOS.

10.1 Periodo y sitio de estudio.

Se realizó un estudio de casos y controles. El estudio se realizó en el período correspondiente de Agosto 2014 a Diciembre del mismo año. En el HGZ #47, institución hospitalaria perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, es un hospital nacional de nivel II, atiende casos de riesgo obstétrico, para estratos menos favorecidos de su jurisdicción.

10.2 Universo de trabajo.

Pacientes derechohabientes del HGZ #47, que asisten a la atención de su parto, durante el período de Agosto 2014 a Diciembre 2014.

10.2 Población de estudio.

Muestra por conveniencia de mujeres atendidas por presentar amenaza de parto pretérmino, formando dos grupos en base a edad, con y sin presencia de

violencia física y/o emocional que acuden al HGZ #47 durante el período de Agosto 2014 a Diciembre 2014.

10.3 Unidad de observación.

Se procedió a la recolección de los datos mediante la utilización de la escala de violencia e índice de severidad, la indagación de las variables contenidas en el instrumento en los sujetos de investigación de forma directa a la paciente. Verificando cuente por medio de partograma o expediente clínico con diagnóstico médico de amenaza de parto pretérmino.

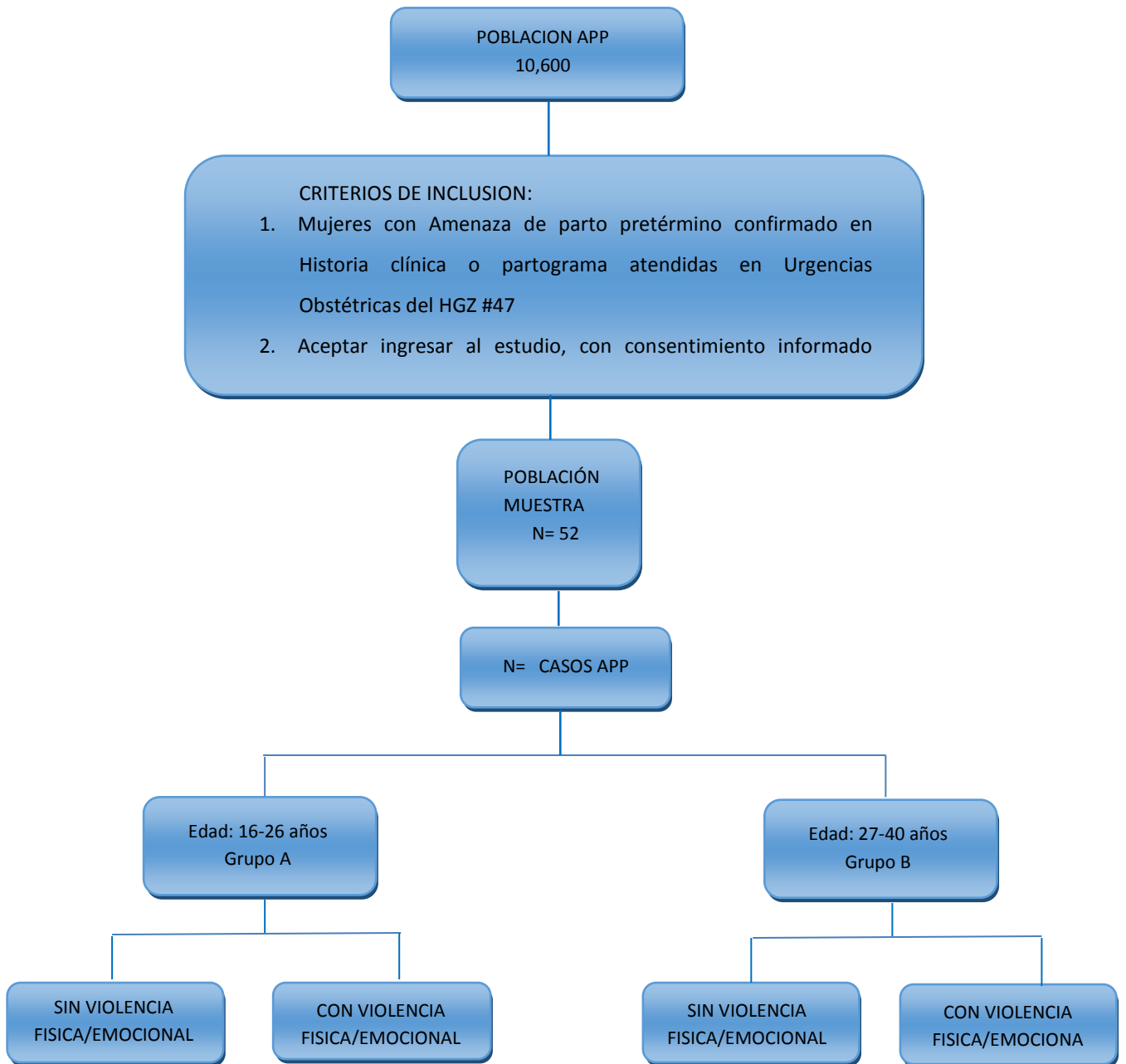
10.4 Unidad de análisis.

La unidad de análisis fueron las mujeres atendidas por amenaza de parto pretérmino.

10.5 Diseño de estudio. Tipo de diseño epidemiológico.

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

10.6 Esquema general del estudio.



Tipo de estudio. OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL.

10.7 Criterios de inclusión:

a) Casos

1. Amenaza de parto pretérmino confirmado en Historia clínica o partograma atendidas en Urgencias Obstétricas, que presenten violencia.
2. Aceptar ingresar al estudio, con consentimiento informado firmado.

b) Controles

1. Amenaza de parto pretérmino confirmado en Historia clínica o partograma atendidas en Urgencias Obstétricas, sin presencia de violencia.
2. Aceptar ingresar al estudio, con consentimiento informado firmado.

10.8 Criterios de exclusión.

a) Casos

1. Mujeres sin registro de partograma, partograma sin dx
2. Mujeres que no deseen participar en el estudio

b) Controles

1. Paciente con patología agregada o gestación múltiple
(p. ej: embarazo gemelar)
2. Paciente con patología psicológica diagnosticada por facultativo.

10.9.- Criterios de eliminación.

1. No aplica.

11.- MUESTREO.

Muestreo por conveniencia.

11.2 CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

$$N = \frac{n^1}{1 + (n^1/\text{población})}$$

Fórmula de tamaño de muestra para una proporción finita (<5, 000)

$$N = \frac{Z a \cdot \sqrt{2 \cdot P \cdot (1 - P)} + Z B \sqrt{P1 \cdot (1 - P1) + P2 \cdot (1 - P2)}}{2}$$

$$\frac{(P1 - P2)^2}{2}$$

N= El total de la población en un año por frecuencia de padecimiento corresponde a 200.

El nivel de confianza o seguridad (1-α) se fija en 95%

Con una precisión del (d) del 13%

Una proporción del 50%, p= 0.5

Lo que resulta en un tamaño de muestra (n) total de: 44

Con una proporción de pérdidas (R): 10%

Para darnos una muestra ajustada a las pérdidas de: 49

12.- VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Definición conceptual: Dinámica uterina que se presenta con una frecuencia de mínimo 1 cada 10 minutos ó 4 en 20min ó 6 en 60min o más, de más de 30 segundos de duración palpatoria y dolorosas, que se mantiene durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación igual o mayor de 2cm. Lo cual sucede en un embarazo entre la semana 22 y hasta las 36.6 sdg. **(28)**

Definición operacional: Pacientes con edad gestacional entre la semana 22 y hasta las 36.6, que presenten dinámica uterina de 1 hasta 6 contracciones en 20min en 1 hora, borramiento cervical de 0 a menos de 80% y dilatación cervical de 0 a 3cm. **(29)**

Fuentes: Test y Partograma.

Escala de medición: Nominal.

Indicadores: Porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino.

VARIABLE INDEPENDIENTE: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Definición conceptual: De acuerdo a la NOM -046-SSA2-2005 define Violencia familiar: Como el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación, se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.

Definición operacional: En términos de éste estudio tomaremos en cuenta como la manifestación de la paciente de haber sufrido **Maltrato Físico:** Todo acto de agresión intencional, en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, objeto o sustancia con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la contraparte, encaminado al sometimiento y control de la persona violentada, incluye bofetadas, empujones, puñetazos, patadas, intento de ahorcamiento, golpes, jalar el cabello, mutilaciones, quemaduras, encierro domiciliario, abandono en lugares peligrosos, atacar con armas u objetos hacia las embarazadas por su esposo o pareja **(20)**

O toda manifestación de la paciente de haber sufrido **Maltrato Psicológico** *consideramos las siguientes acciones:* incluye el maltrato verbal, gritos, insultos, humillación, celos, críticas constantes, amenazas de daño, el acoso, reclusión, privación de los recursos físicos, financieros y personales. **(20)**

Violencia basada en género. Identificación de todo acto de violencia contra la mujer sea física, o psicológica ya sea en su vida pública o privada.

Fuentes: Test: Escala de Violencia e índice de severidad. **(30)**

Escala de medición: Nominal.

Indicadores: Porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino y presencia de algún tipo de violencia física o emocional al contestar afirmativamente a 2 o más preguntas en un mismo tipo de violencia ya sea física o emocional.

VARIABLES INTERVINIENTES

Edad. Años cumplidos desde el nacimiento hasta el levantamiento de la encuesta.

Fuente: Test

Escala de medición: Cuantitativa

Estado civil. Estado conyugal legal de la paciente reconocido en la sociedad.

Fuente: Test

Escala de medición: nominal

Escolaridad. Grado escolar hasta el cual estudió la paciente hasta el momento del estudio.

Fuente: Test

Escala de medición: ordinal

Ocupación. Manifestación de la paciente sobre si al momento del estudio se encuentra con empleo u oficio fijo, esporádico o no lo tiene.

Fuente: Test

Escala de medición: Nominal

Gestaciones. Número que ocupa el reciente embarazo.

Fuente: Test

Escala de medición: Cuantitativa

Paridad. Manifestación de la paciente del número de veces que parió.

Fuente: Test

Escala de medición: Cuantitativa

Hábitos nocivos. Manifestación de la paciente sobre constantes prácticas que causen daño a su salud, incluye: hábito tabáquico, hábito alcohólico o de consumo de otras drogas.

Fuente: Test

Escala de medición: nominal

Lugar de nacimiento. Manifestación de la paciente sobre el lugar geográfico donde nació

Fuente: Test

Escala de medición: nominal

Variables Control

Residencia. Manifestación de la paciente sobre el lugar geográfico (estado, delegación) donde vive al momento de levantar la encuesta

Fuente: Test

Escala de medición: nominal

12.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variables dependientes

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de indicador variable
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	Dinámica uterina que se presenta con una frecuencia de mínimo 1 cada 10 minutos ò 4 en 20min ò 6 en 60min o más, de más de 30 segundos de duración palpatoria y dolorosas, que se mantiene durante un lapso de 60 minutos con	Pacientes con edad gestacional entre la semana 22 y hasta las 36.6, que presenten dinámica uterina de 1 hasta 6 contracciones en 20min en 1 hora, borramiento cervical de 0 a menos de 80% y dilatación cervical de 0 a 3cm.	Dependiente 1 en 10min 4 en 20min 6 en 60min más de 30min de duración borramiento mayor

	borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación igual o mayor de 2cm. Lo cual sucede en un embarazo entre la semana 22 y hasta las 36.6 sdg.(28)			al 50% dilatación mayor o igual a 2cm
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	De acuerdo a la NOM -046-SSA2-2005 define Violencia familiar: Como el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación, se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.(19)	En términos de éste estudio tomaremos en cuenta como la manifestación de la paciente de haber sufrido Maltrato Físico : Todo acto de agresión intencional, en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, objeto o sustancia con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la contraparte, encaminado al sometimiento y control de la persona violentada, incluye bofetadas, empujones, puñetazos, patadas, intento de ahorcamiento, golpes, jalar el cabello, mutilaciones, quemaduras, encierro domiciliario, abandono en lugares peligrosos, atacar con armas u objetos e incluso matar (10) O toda manifestación de la paciente de haber sufrido Maltrato Psicológico consideramos las siguientes acciones: incluye el maltrato verbal, gritos, insultos, humillación, celos, críticas constantes, amenazas de daño, el acoso, reclusión, privación de los recursos físicos, financieros y personales. (10) Violencia basada en género. Identificación de todo acto de violencia contra la mujer sea física, o psicológica ya sea en su vida pública o privada.	Independiente	1= Si 2= no
Edad.		Años cumplidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa	16 17 18 19 20, etc
Estado civil.		Estado conyugal legal de la paciente reconocido en la sociedad.	Nominal	1= soltera 2= casada 3=divorciada 4= viuda 5=unión libre
Escolaridad.		Último año escolar aprobado al momento de la encuesta.	Ordinal	1=primaria incompleta 2= primaria completa 3= secundaria 4= preparatoria 5= licenciatura 6= analfabeta
Gestaciones.		Número que ocupa el reciente embarazo.	Cuantitativa	1= 1 2= 2 3= 3 4= 4 5= 5 Etc
Paridad.		Manifestación de la paciente del número de veces que parió.	Cuantitativa	1= 1 2= 2 3= 3 4= 4 5= 5 Etc
Hábitos nocivos.		Manifestación de la paciente sobre constantes prácticas que causen daño a su salud, incluye: hábito tabáquico, hábito alcohólico o de consumo de otras drogas.	Nominal	1=tabaquismo 2= etilismo 3= marihuana 4= cocaína 5= otras
Lugar de nacimiento.		Manifestación de la paciente sobre el lugar geográfico donde nació	Nominal	DISTRITO ESTADOS

Residencia.		Manifestación de la paciente sobre el lugar geográfico (estado, delegación) donde vive al momento de levantar la encuesta	Variables Control Nominal	
-------------	--	---	---------------------------------	--

13.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

El estudio se inició en Agosto del 2014 a Diciembre del 2014. Se solicitó permiso a las autoridades responsables del HGZ 47 subdirectores, así como a los responsables operativos del servicio de Admisión, Urgencias Obstetricia y piso de Ginecología y Obstetricia de forma verbal y escrita. Posteriormente se inició el muestreo con pacientes que son atendidas de primer contacto, en la consulta de Admisión, así como una revisión del libro de ingresos de observación UTQ, para identificar pacientes con diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino y su historia clínica, para indagar con estos datos en el cuaderno que usa enfermería, el número de cama de cada paciente en el servicio de observación. Así mismo se realizó revisión del Censo de piso de Ginecología y Obstetricia, a fin de identificar y localizar pacientes con las características antes mencionadas. Una vez ubicadas las posibles candidatas, se confirmó a través de la ficha de selección y la historia clínica (Anexo 1). Se invitó informándoles previamente del estudio. Aquellas que aceptaron ingresar al estudio y que cumplieran con los criterios de inclusión, se informó de manera escrita a través del consentimiento informado (Anexo 2) entregándole copia del mismo a cada participante. Posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos (Anexo 3) con duración promedio de 15 a 20min.

Luego en admisión y sala de observación, se procedió a la búsqueda de los controles (casos de parto pretérmino, sin violencia) mediante el apareamiento en función de las variables de edad y lugar de procedencia, donde una vez

cumplidos los criterios de la ficha de selección se realizaron los mismos pasos del grupo casos.

14.- ANALISIS ESTADÍSTICO.

Con el programa SPSS, se realizó estadística descriptiva y prueba de hipótesis. Se realizó un análisis univariado con descripción de proporciones para variables cualitativas y con realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Posteriormente se realizó análisis bivariado de las variables que se consideren relacionadas y relevantes, a partir de la cual se obtendrán medidas de riesgo y asociación.

Posteriormente se modeló y realizó un análisis de inferencia en las variables para determinar su significancia estadística, comprendiendo: porcentajes, promedio, desviación estándar, varianza y mediana.

Debido a que se trata de un estudio de asociación se realizó la prueba de X² (chi cuadrada), con o sin corrección de Yates para medir la asociación entre variables categóricas.

15.- CONSIDERACIONES ETICAS.

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación con riesgo mínimo, ya que sólo se realizará revisión de expedientes clínicos y se consideran problemas de temas sensibles para las pacientes, por lo que se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1.

Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegara la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la persona, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respecto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

Es conveniente establecer una división fundamental entre la investigación médica efectuada en un paciente con fines esencialmente diagnósticos o terapéuticos y aquella cuya finalidad esencial es puramente científica y no posee ningún valor diagnóstico o terapéutico directo para el sujeto, considerando al presente estudio dentro del primer grupo.

La ejecución de éste estudio es susceptible de afectar el medio ambiente psico-emocional de la pareja (o de la familia en general) cuando se reconoce el problema de la violencia intrafamiliar como algo que sufre el caso en estudio, con todos los actos y sentimientos posteriores que a consecuencia se puedan

dar, en la búsqueda de salvaguardar su integridad personal y familiar, sopesando como mayor beneficio esperado que los probables efectos aparentemente negativos en el desenmascaramiento del problema.

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

Habrà que informarle al sujeto de estudio que si lo desea, puede abstenerse de participar en el presente estudio, y que es libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento. En caso del sujeto sea menor de edad (menos de 18años) el permiso y firma del tutor o familiar responsable deberá acompañar al de la menor de conformidad con la legislación nacional.

15.1 En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.

Aspectos de bioseguridad: No aplica.

15.2 Conflictos de interés.

El grupo de investigadores que participan en el presente estudio afirma que no se encuentra en conflicto de interés, ya que dicho estudio no recibe financiamiento externo.

16.- RECURSOS:

16.1 estructura.

Físicos

Área de labor

Observación hospitalaria urgencias UTQ

Piso de ginecología y obstetricia.

16.2 Financiamiento.

Autofinanciamiento.

16.3 Experiencia del grupo de investigadores.

Investigadora: Nancy P. Guzmán Rivera.

Asesor Principal: Dr. Alfonso Vallejos Paras

Médico especialista epidemiólogo.

Maestría en ciencias.

Asesor Clínico 1: Dra. Aidé Beatriz Ocampo Torres

Médico especialista en ginecología y obstetricia

Biología de la reproducción

Diplomado en laparoscopia

Maestría en ciencias sociales de la COMEGO, FEMEGO, Sociedad de cirujanos del HJM.

Diplomado en climaterio

Asesor Clínico 2: Dr. Julio César Castillo

Médico especialista en Medicina Familiar

Maestría en Psicoanálisis

Maestría en Terapia Familiar

Asesor Metodológico 2: Dra. María del Consuelo Martínez Wbaldo

Médica Cirujana Partera

Maestría en Lenguaje y Audición

Investigador en Ciencias Médicas “B”

Jefe de Investigación Sociomédica del Instituto Nacional de Rehabilitación

Asesor metodológico de tesis de maestría y especialidad médica

16.4 Factibilidad.

Factibilidad económica, humana u operacional y técnica.

17.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Las limitaciones del presente estudio es el corto período de tiempo en el que se realizó la recolección de datos, ya que se depende de la incidencia de la patología en la unidad donde se realice el estudio.

Por otra parte debido al tema del presente estudio hay que considerar las limitaciones éticas y morales de cada paciente, ya que puede no manifestar por completo la situación de violencia que vive.

18.- CRONOGRAMA. (Ver Anexo 1)

19.- RESULTADOS.

Descripción de la población en estudio

Las 52 mujeres seleccionadas se distribuyeron por edad, de la siguiente manera: Grupo A conformado por 27 participantes (de 16 a 26 años) y Grupo B conformado por 25 participantes (de 27 a 40 años). Las principales características sociodemográficas de estas mujeres son las siguientes: el promedio de edad de las mujeres fue de 26 años y su desviación estándar de 5.77, con una edad máxima de 40ª y una mínima de 16a.

En cuanto a la escolaridad, en el grupo A el 52% contaba con preparatoria concluida mientras que el grupo B con 64%, estudios superiores o licenciatura 15% en el grupo A y 8% en el grupo B, con 30% de secundaria en el grupo A y 20% en el grupo B, y sólo en el grupo B 4% contaban con estudios de primaria (completa o incompleta).

El estado civil predominó en el grupo A y B la unión libre con 44% y 56% respectivamente, ninguna divorciada en el grupo A, en tanto que en el grupo B fue 8% del total. Encontrando que sólo estaban casadas el 30% en el grupo A y 24% en el grupo B y finalmente 26% solteras en grupo A y 12% en el B.

Caracterización de Variable extrañas

Es importante mencionar que debido al tipo de patología y su etiología multifactorial, se detectaron comorbilidades en ambos grupos, con un total de 27%, se reportó principalmente la cervicovaginitis con un 27% (en ambos grupos), Infección de vías urinarias en un 27% únicamente en grupo B y 14% con IVU y CV concomitante en grupo B.

Caracterización de la Violencia

De las mujeres, 13 (25%) informaron haber sufrido violencia durante su embarazo actual, correspondiendo a 70% del grupo A y 30% del grupo B, en todos los casos reportados (100%) el agresor fue su pareja sentimental. En el grupo A como en el B el tipo de violencia predominante fue la física y emocional concomitantes con 38% y 15% respectivamente, la violencia emocional se presentó en 31% en el grupo A y 8% en el grupo B, es importante recalcar que en el grupo B 8% reportó violencia física por ahorcamiento y arma blanca, correspondiente a 2 pacientes.

De acuerdo a nuestro test de violencia, se reportó como el tipo de maltrato no físico más frecuente los celos y los insultos el cual fue reportado en un 62% de las pacientes. Y en el maltrato físico fueron más frecuente los jaloneos y torcedura de brazo en 23% de las pacientes.

Llama la atención que 2 pacientes manifestaron haber sido amenazadas con una navaja y también 2 pacientes reportaron haber sido ahorcadas pertenecientes al grupo A en ambos casos.

De acuerdo a las variables analizadas se encontró en el grupo de pacientes violentadas, las siguientes características: la edad en años en la que se encontraron más casos fue en el grupo A con 21^a, correspondiendo a 44%, no menos importante la edad de 18 y 23 años con 22%, mientras que en el grupo B no hubo predominio de violencia en una edad específica.

La escolaridad y estado civil se muestra en la gráfica 1 y 2, por grupo:

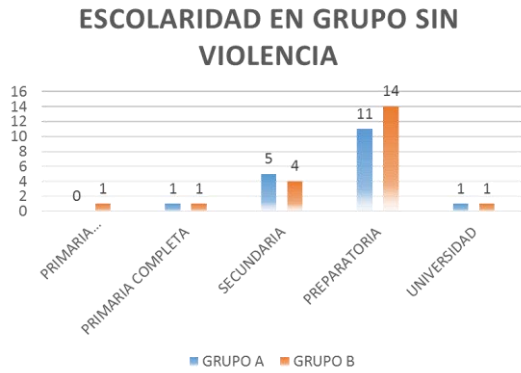


Gráfica 1

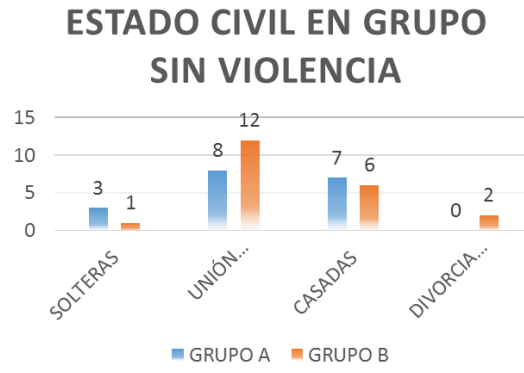


Gráfica 2

En contraste en las mujeres que no sufrieron violencia, presentaron las siguientes características sociodemográficas, mostradas en las gráficas (3,4):



Gráfica 3

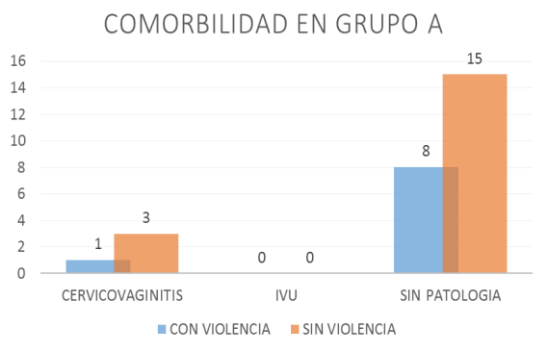


Gráfica 4

Es importante mencionar que en las mujeres con violencia no predominó alguna escolaridad en ambos grupos, en tanto que en las mujeres sin violencia y con amenaza de parto pretérmino, la mayoría tenían bachillerato concluido, seguido por la secundaria en ambos grupos.

Las mujeres violentadas tenían un estado civil predominante en unión libre, seguidas de mujeres casadas en ambos grupos, mientras que en mujeres sin violencia el predominio fue de unión libre, seguido de casadas.

Se consideró las variables extrañas, entre las que destacan las referidas en las gráficas 5 y 6



Gráfica 5



Gráfica 6

Las pacientes que sufren violencia presentaron un solo caso de cervicovaginitis tanto en el grupo A, como en el grupo B y además un caso de infección de vías urinarias en éste último. En tanto que en las mujeres sin violencia se documentaron 3 casos de cervicovaginitis en ambos grupos y detectándose infección de vías urinarias 3casos también en el grupo B.

20.-DISCUSION

Los resultados arrojados en el presente estudio en donde se analizaron dos grupos de edad grupo A 16 – 26años y grupo B 27 – 40años, de los cuales 13 presentaron violencia física y/o emocional, que participaron en un estudio transversal, observacional, descriptivo, quienes acudieron a recibir atención en el HGZ#47 del IMSS, en donde se les aplicó una encuesta que corresponde a índice de violencia y escala de severidad, en una sola ocasión, para identificar a pacientes que presentan violencia y a pesar de que no se ha podido demostrar una relación estadísticamente significativa para la violencia, con una chi cuadrada de 0.66 de acuerdo a la edad, como factor asociado a la Amenaza de parto pretérmino, es importante señalar que la presencia de violencia fue consistente con lo reportado en la literatura.

Debido al tipo de padecimiento el cual no es frecuente, ni constante en los servicios de Ginecología y Obstetricia, es importante considerar que la muestra por conveniencia permitió la búsqueda directa e intencionada de las mujeres con éste padecimiento, en un período de tiempo, en donde se obtuvo el 100% de los casos registrados por dicha patología, pero es necesario recalcar que debido a éste tipo de muestra, no es representativo en la población en general, sin embargo podemos considerar su representatividad en dicho nosocomio.

Se reportó una prevalencia del 25% de violencia en la mujer, lo cual es congruente con lo reportado de primera instancia por la OMS en su estudio multipaís en donde refiere que mujeres entre 15 y 49 años reportaron violencia sexual o física por su pareja en un 15- 71% en algún momento de su vida. (2)

Fernández Sonia en 2004 en su estudio de violencia realizado en el IMSS comenta que la violencia disminuye a medida que la mujer se encuentra mejor preparada escolarmente, sin embargo es preocupante en pacientes con bachillerato y licenciatura, elemento que se ve reflejado en éste estudio, ya que a pesar de tratarse de una población menos favorecida en la cuestión económica como en educación, es de llamar la atención que la mayor parte de las pacientes con violencia presentan mejor preparación, que sus ascendientes familiares, con un nivel de escolaridad medio-superior, por lo que se recalca que no es un problema que sea exclusivo de mujeres con menor preparación académica.(10)

Lo que sí es un hecho es que las pacientes que son violentadas, predomina el tipo de violencia física y emocional concomitantes, seguido el tipo de violencia emocional, lo cual es concordante con el estudio que realizó Paredes en 2005, en donde estableció la asociación entre violencia intrafamiliar de tipo física y problemas obstétricos durante el embarazo. (15)

Siendo Parada Ramírez otro autor que en su estudio realizado en una institución correspondiente al ISSTE, encontró que 38% de las pacientes con violencia intrafamiliar de tipo emocional, presentaban éste como factor de riesgo para presentar APP. (3)

Algunos autores han encontrado los mismos resultados con respecto a la poca significancia en OR con respecto al maltrato en mujeres (3, 14,15,) sin embargo

no es representativo de la importancia clínica ya que se ha establecido la existencia de violencia tanto física como verbal en las pacientes con amenaza de parto pretérmino como en los controles.

Así mismo es conveniente tomar en consideración que aunque no existe una diferencia significativa entre ambos grupos, respecto a la presencia de Violencia, permanece constante, siendo un poco más frecuente en pacientes con rango de edad entre 16 y 26 años que pacientes mayores.

21. CONCLUSIONES:

La violencia que reportaron las pacientes con amenaza de parto pretérmino fue mínima, posiblemente por factores socio-culturales y religiosos, además de tratarse de un tema sensible, sin embargo permanece constante en grupos de edad reproductiva.

La Amenaza de parto pretérmino es una entidad poco frecuente por lo que es complicado debido a su etiología multifactorial encontrar APP “puras” es decir sin encontrarse en asociación con otras patologías, por el tipo de muestra a conveniencia y el corto período de obtención de muestra se incluyeron pacientes con infecciones, lo que marca un sesgo al momento de realizar la asociación, así como la posibilidad de contar con mayor información de la familia y otras variables que pudieran explicar la situación de violencia en la que se encuentran inmersas las mujeres.

Sería importante considerar además de la presencia de violencia en pacientes con APP, los factores psicosociales que pudieran estar no solo predisponiendo, sino además perpetuando éste tipo de conductas nocivas para la salud, es decir valorar información de la paciente como de la pareja en el ámbito

psicosocial, sociodemográfico, antecedentes previos de violencia en familias de origen y en la misma pareja, a fin de contar con un panorama más amplio y poder entender esta situación que actualmente continúa siendo un grave problema de salud pública, en donde el impacto sobre la vida de las pacientes es grave, al perder 1 de cada 5 días de vida saludable en la edad reproductiva. Es importante romper aún con muchos tabús de índole social y religioso principalmente, lo que puede propiciar la falta de identificación, el no existir personal capacitado para atender esta problemática, así como la falta de denuncia y subregistro, lo cual a la fecha constituye una importante barrera que impide conocer los datos exactos en cuanto a incidencia, prevalencia y magnitud, no sólo en el país, también en el Distrito Federal.

Es necesario implementar políticas de salud y acciones preventivas dirigidas a la población para que se reconozca esta entidad como una necesidad de salud real y se capacite a un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, TS, asistentes médicas, psicólogos) de salud para la detección intencionada de violencia con el fin de atender no solo a la mujer, sino a la familia, desde un enfoque que va más allá de un solo modelo biomédico de atención, así como asegurar que sea un tratamiento en conjunto con los Médicos Familiares, en donde se provea de continuidad y longitudinalidad de cada caso.

Es importante capacitar a Médicos Familiares para identificar los casos y de ésta manera ofrecer contención y ayudar a las pacientes a utilizar las herramientas con las cuales cuentan a fin de hacer frente ante estos episodios. Concientizar y sensibilizar a los prestadores de servicios de salud de primer contacto, intentando mejorar la calidad y calidez del servicio que se ofrece a éste tipo de pacientes.

Dichas intervenciones impactaran de manera positiva en la calidad de vida de nuestros derechohabientes y en la disminución de costos a nivel institucional, ya que al detectarse el problema y darle seguimiento se pretende disminuir hospitalizaciones, gasto en medicamentos e insumos en general.

22.- BENEFICIOS ESPERADOS. USO DE RESULTADOS

Con los resultados del presente estudio se pretende detectar oportunamente la violencia familiar en las embarazadas y como consecuencia disminuir la probabilidad de incidencia de Amenaza de parto pretérmino que pudiera estar condicionada por éste factor.

Rediseñar estrategias para lograr una adecuada difusión, así como interés y participación de las familias que acuden a nuestra unidad para seguimiento por complicaciones del embarazo relacionadas con la presencia de violencia, ya que pese a los resultados con una diferencia poco significativa entre los grupos, es un hecho que la violencia va en aumento, siendo una limitante la pequeña muestra recabada, que si bien reconocemos y más en estos tiempos la violencia se ha posicionado como uno de los principales problemas, no sólo a nivel mundial, sino a nivel nacional de manera preocupante.

Se debería buscar replantear éste protocolo y fortalecer a fin de poder estudiar a grupos más grandes, así como considerar su historia de familia y personal, factores psicosociales, demográficos que puedan intervenir como factor importante para generar ésta violencia, y no sólo de las pacientes embarazadas, sino de la población en general.

Se pretende además que las pacientes puedan ejercer la libertad de expresión respecto a su situación de violencia, y posteriormente permita crear conciencia a nivel de Salud y del Instituto, para promover en un futuro, un organismo intrahospitalario que permita el apoyo médico, psicológico y asesoramiento jurídico pertinente.

El médico familiar es una piedra angular en el enfoque de riesgo, anticipación, diagnóstico oportuno, tratamiento continuo y longitudinal de éste tipo de problemas de salud.

Mediante el conocimiento del desarrollo normal de la familia y el modo en que el individuo responde al estrés producido por uno o varios eventos críticos o acúmulo de tensiones en algún miembro o en todos, debe ser capaz de establecer un tercer nivel de intervención en donde brinde empatía, sentimientos y apoyo emocional, así como proporcionar la consejería en crisis. Para brindar un mejor abordaje y manejo de las familias y es el profesional de la salud encargado de la atención inicial, como parte de su atención integral familiar.

23. BIBLIOGRAFÍA.

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, 2002.
2. Organización Mundial de la Salud[página principal en internet] New York: Centro de prensa; c2012 [noviembre 2012];[actualizado noviembre 2012; citado enero 2014]; [aprox 4 pantallas].Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
3. Parada-Oscar. Violencia Emocional como Factor de Riesgo en la Amenaza de Parto Pretérmino. Rev Esp Méd Quir. 2012;17 (1) 39-43.
4. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de violencia doméstica y violencia de género. España; 2013.
5. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Encuesta Nacional Sobre Violencia Contra las Mujeres 2006. México: 2009
6. United Nations. Unite to end of violence against women. New York: UN department of public information; 2009. DPI/2546C.
7. Rev Med IMSS 2004 Nov- Dic 42;6
8. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (1): 62-70
9. Consejo estatal para la prevención y atención a la violencia intrafamiliar. Compilado teórico sobre violencia intrafamiliar. México: 2010.
- 10.El IMSS en cifras: la violencia contra las mujeres derechohabientes. Rev Med IMSS.2004; 42 (6): 525-530
- 11.Instituto Nacional de las Mujeres [página principal en internet] México DF: comunicado de prensa; 41 [16 de Julio 2012]; [aprox. una pantalla]. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de->

prensa/inicio-noticias/645-el-inegi-e-inmujeres-dan-a-conocer-los-
resultados-de-la-endireh-2011

12. Casique Irene, Castro Roberto. Retratos de la Violencia contra las mujeres en México. Análisis de los resultados de la ENDIREH 2011. UNAM. México DF; 2012.
13. De Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. 2ª ed. Carolina del Norte: Ipas; 2003
14. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence of preterm birth and low birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83: 455-460.
15. Paredes-Solís S. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Rev Salud Publica Méx [online] 2005; 47 (5): 335-341.
16. Vela E. Influencia de la Violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el período octubre 2007- enero 2008 [Tesis] Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
17. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (1): 62-70
18. Gómez M. Las consecuencias psicológicas de la violencia familiar en las mujeres mexicanas: un análisis del contexto sistémico relacional desde una perspectiva de género 2012 [Tesis] Estado de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.

19. NOM-046- SSA 2- 2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario oficial de la federación, 16/04/2009, (03-03-2008)
20. Consejo estatal para la prevención y atención a la violencia intrafamiliar. Compilado teórico sobre violencia intrafamiliar. México: 2010.
21. Laterra-Cristina, et al. Guía de práctica clínica: Amenaza de Parto Pretérmino 2011 Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda [en línea] 2012, 31: [fecha de consulta: 2 de febrero de 2014] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91224234006>>
22. Muñoz H, Gómez R, Galazo M, Cohen J, Ghezzi F, Goncalves I. Papel de la infección en el parto prematuro. *Perinatol Reprod Hum* 1994; 8:190.
23. Valdez S. 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>.
24. Valdés R, Hajar M, Ávila L, Rojas R, Franco A, Rivera L. Prevalencia de violencia de pareja actual en mujeres mexicanas y consecuencias físicas: algunos resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. *Revista género y salud en cifras*. Enero- Abril 2004; 2(1):17-23.
25. Valenzuela S. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto [Tesis] Colima: Universidad de Colima. Facultad de Medicina; 2004

26. Luna C.. Relación entre la depresión y violencia intrafamiliar [tesis] México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina; 2013
27. Organización de las Naciones Unidas. Observaciones finales del comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. México: ONU; 2012. México ante la CEDAW:52.
28. Lombardia J., Fernández M. Ginecología y obstetricia Manual de consulta rápida. 2ª ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2008
29. Ahued R. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2a Ed. México: Manual Moderno; 2002.
30. Valdez S, Hjar-Medina M, Salgado de Snyder V, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad. Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Pública de Méx. 2006;48 supl. 2:S221-S231

24. ANEXOS

Anexo 1 Cronograma de actividades.

Actividad/Mes	Junio 2013 a Febrero 2014	Marzo- Julio 2014	Agosto a Septiembre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015
Planeación	realizado					
Marco Teórico	realizado					
Protocolo	realizado					
Validación		Realizado				
Aplicación de encuestas			realizado	realizado	realizado	
Recolección de Información y análisis estadístico					realizado	realizado
Presentación de Resultados.						realizado



Realizado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: RELACION ENTRE VIOLENCIA FISICA Y/O EMOCIONAL Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: México Distrito Federal 28 de febrero del 2014

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio:

JUSTIFICACION

La violencia contra la mujer constituye un grave problema mundial de salud pública. Estimaciones recientes del Banco Mundial indican que la violencia, especialmente dirigida a la mujer, hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludables en su edad reproductiva. (4) Por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos. La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social. La violencia física durante el embarazo, ocasionada por esposos o familiares, también tiene una ocurrencia alta. La relación entre el embarazo y la violencia tiene diferentes facetas: las lesiones físicas y emocionales. Se ha documentado que el embarazo no protege a la mujer de sufrir violencia, más aun, parece exacerbarla. (4)

OBJETIVOS

El presente estudio tiene como objetivo: Analizar la relación entre la violencia intrafamiliar de tipo física y/o emocional con la Amenaza Parto Pretérmino (APP).

Procedimientos: Se levanta encuesta en las embarazadas con Amenaza de parto pretérmino que ingresen al servicio de UTQ del HGZ ·47

Posibles riesgos y molestias: Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Detección de factores de riesgo oportuno para APP

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El paciente tendrá acceso a los resultados

Participación o retiro:

La decisión para participaren el estudio es absolutamente voluntaria, es decir, soy libre de elegir si participo o no en el estudio. No habrá represalias o pérdida de mis beneficios asistenciales si decido no participar. Antes de tomar mi decisión, la persona a cargo de la investigación deberá darme la oportunidad de realizar cualquier pregunta que tenga respecto al estudio. No autorizaré que se firme este consentimiento a menos que reciba respuestas satisfactorias a mis inquietudes respecto al proyecto. El confirmar mi participación voluntaria en el estudio, no me obliga a mantenerme en él; de esta manera, en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y retirarme del mismo, por lo que será conveniente que informe los motivos de mi decisión al investigador titular del proyecto, quien me dará las indicaciones, así como las medidas a seguir para mi seguridad y la recolección de la información pertinente.

Por otro lado, el investigador también puede suspender mi participación en el estudio, en caso de tener algún criterio de exclusión durante la entrevista.

Privacidad y confidencialidad:

Mi nombre, los de mi familia y los datos personales de la investigación serán confidenciales. Los investigadores autorizados y personal de la Secretaría de Salud de México, así como personal autorizado del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen el derecho de revisar mi expediente. La privacidad y confidencialidad de los expedientes y su contenido están protegidas por la ley (Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares, publicada el 05-Jul-2010), sin embargo, la información científica derivada de los resultados obtenidos de este estudio, puede ser publicada, con la obligación de mantener mi identidad en secreto

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Conocer la relación entre la Violencia intrafamiliar física y/o emocional y la Amenaza de Parto Pretermino.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Nancy P. Guzmán Rivera tel: 5530812422., R2UMF #31

Colaboradores:

Dr. Vallejos Paras UMF#31 tel 56860233 ext 21459, mail:

alfonso.vallejos@imss.gob.mx; Dr. Julio C. Castillo Trejo tel: 5585620944, mail:

juliocescas@hotmail.com,UMF#31; Dra A. Beatriz Ocampo Torres. tel: 5543466598,

mail: torresab5@hotmail.com,HGZ#47 Ginecología y Obstetricia.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



“RELACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FÍSICA Y/O EMOCIONAL Y AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO”

Hoja 1

HOJA DE DATOS

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:

1. Pacientes con dx de Amenaza de Parto Pretérmino confirmado en historia clínica o partograma.
2. Derechohabiente del Hospital General de Zona Número 47 del IMSS.
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado.
- 4.-No tenga comorbilidades embarazo múltiple, portadora de DM, HAS, Desnutrición, Enfermedad hipertensiva de inicio en el embarazo, presentación pélvica, polihidramnios, miomatosis, tenga hábito tabáquico o etilismo positivo.

LA INFORMACIÓN QUE SE RECABE EN ESTA ENCUESTA ES TOTALMENTE
CONFIDENCIAL, NINGUNA PERSONA AJENA AL PERSONAL DE SALUD
TENDRA ACCESO A ÉSTA.

No llenar

1	FOLIO _____			_____
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____			_____
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)			_____
4	NSS: _____	5	Teléfono _____	_____
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino () 3. Nocturno ()			_____
7	Lugar: 1. Admisión() 2. UTQ () 3. Hospitalización ()			_____
8	Edad: _____	9	Sexo: 1.- Fem ()	____/____
10	ESTADO CIVIL: 1.Soltera () 2.Casada () 3.Divorciada () 4.Viuda () 5.Unión libre ()			_____
11	ESCOLARIDAD: 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6. Analfabeta ()			_____
12	Su pareja... Le ha insultado? 1.-Si () 2.-No ()	13	Le ha rebajado o menospreciado? 1.-Si () 2.-No ()	14 Le ha dicho que es poco atractiva o fea? 1.-Si () 2.-No ()
15	La humilla o menosprecia frente a otras personas? 1.- Sí () 2.- No ()			_____
16	Se ha puesto o celoso, o ha sospechado de sus amistades? 1.- Sí () 2.-No ()			_____
17	Se ha puesto a patear o golpear la pared o algún otro mueble? 1.- Sí () 2.- No ()			_____
18	Le ha amenazado con golpearle?			_____

	1.- Sí () 2.- No ()	
19	Le ha destruido alguna de sus cosas? 1.- Sí () 2.- No ()	<input type="checkbox"/>
20	Le ha hecho sentir miedo de él 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
21	Le ha pegado con la mano o con el puño? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
22	Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
23	Le ha torcido el brazo? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
24	Le ha pateado? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
25	Le ha empujado a propósito? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
26	¿Le ha golpeado con algún palo, cinturón o algún objeto doméstico? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
27	¿Le ha amenazado con matarla o matarse èl o a los niños? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
28	¿Le ha quemado con un cigarro o alguna otra sustancia? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
29	¿Le ha amenazado con una navaja, cuchillo o machete? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
30	¿Le ha tratado de ahorcar o asfixiar? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
31	¿Le ha controlado con no darle dinero o quitándoselo? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
32	¿Le ha disparado con una pistola o rifle? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
33	¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad? 1.-Sí () 2.-No ()	<input type="checkbox"/>
	GRACIAS POR SU COLABORACION	

Valdez-Santiago R, Hajar-Medina M, Salgado de Snyder V, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad. Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Pública de Méx.2006;48 supl. 2:S221-S231