

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

IMPACTO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO SOBRE EL RESULTADO MATERNO Y PERINATAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. SUSANA PATRICIA COLLADO PEÑA

ASESOR DE TESIS:

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN



MEXICO D. F., OCTUBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



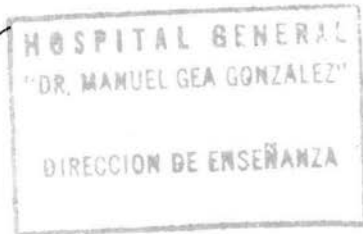
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

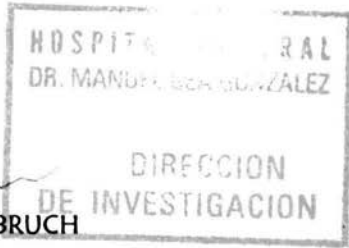
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

DR. JAVIER RODRIGUEZ SUÁREZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



DRA. ANA FLISSER STEINBRUCH
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN



DRA. RITA VALENZUELA ROMERO
JEFA DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA DE PREGRADO Y POSGRADO

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN
SUBDIRECTOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS



*Cortinas de humo me tragan,
perros con sarna se han unido a los zopilotes,
y a pesar de que en la huida caigo entre lo que se pudre o se calcina,
tengo la sensación de escalar una montaña
que crece más allá de los limbos.*

-Francisco Hernández.

Dedico mi participación en este trabajo a cada una de las pacientes que colaboraron en él y a todas y cada una de las mujeres que conforman mi lista de mujeres admirables, entre las que se encuentran: La Mujer Estrella (mi mamá), Male Arroyo, Ada Karina, Ednita, mi tía Socorro, Lillian, Marisol, Lulú Martínez, Lucy, Alicia, así como las que no menciono por mi incorregible despistez, quienes tienen en común el saber mantenerse de pie.

Luis: Infinitas gracias. Sin ti este trabajo no existiría, ni yo sería como ahora soy.

INVESTIGADORES

Investigadora Principal: Dra. Susana Patricia Collado Peña
Residente 4º año de Ginecología y Obstetricia

Investigador Responsable: Dr. Luis Alberto Villanueva Egan
Subdirector de Ginecología y Obstetricia

Investigadora Asociada: Psic. María del Milagro Pérez Fajardo
Coordinadora del Programa de Embarazo en
Adolescentes

SEDE: Subdirección de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

ÍNDICE

	Página
Antecedentes	6
Marco de Referencia	15
Planteamiento del Problema	18
Justificación	18
Objetivos	19
Hipótesis	19
Diseño	20
Material y Métodos	20
Resultados	27
Discusión y Conclusiones	34
Referencias Bibliográficas	38
Anexos	41

ANTECEDENTES

Reconociendo las graves consecuencias inmediatas y a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo de los individuos, las familias, las comunidades y los países, así como por la carga que impone a las instituciones sanitarias, se ha declarado a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo.¹

La violencia constituye un fenómeno complejo que ha persistido a través de la historia y de las sociedades, del que se ha intentado explicar su origen en la naturaleza del hombre, en el cambio histórico, en el comportamiento moral, político y social, y ello no tan sólo en las circunstancias de las guerras, sino también en la vida cotidiana.² Precisamente, debido a su carácter de proceso complejo, se adolece de una definición con exactitud científica, y lo que se tiene son apreciaciones influidas por la cultura, los valores predominantes y las normas sociales particulares. Sin embargo, la protección de la vida y la dignidad humanas, exige esforzarse por lograr un consenso. En este camino, la Organización Mundial de la Salud, elaboró una definición integral de violencia, como: *“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 cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.¹

Así, la violencia es el ejercicio del poder, es un medio para conservarlo, y su fin es desarticular o doblegar la voluntad e integridad física y psicológica de otra persona, grupo o comunidad. En este contexto, excluye valores como la igualdad, la libertad, la tolerancia, el respeto a la dignidad y la autonomía, tanto propias como del otro, del diferente, del distinto, del extraño.

La primera diferencia humana incontrovertible es el sexo biológico, al que se le asigna una identidad social diferente: el género. En el marco de las distintas culturas patriarcales, el género femenino, ha representado una condición de inferioridad en relación al masculino. Es bien sabido que una parte importante de la población mundial rutinariamente se halla sujeta a tortura, hambre, terrorismo, humillación, mutilación, e incluso asesinato, simplemente por ser mujeres.³ La violencia de género es un fenómeno universal que trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de la clase social, raza, grupo étnico, nivel educacional, edad o religión.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció la primera definición internacional de violencia en contra de la mujer como: *“Cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como*

consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada”.⁴ De este modo, se puede afirmar que la violencia de género representa el ejercicio de la fuerza y el poder contra la dignidad humana de las mujeres, y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

Los estereotipos de género transmitidos y perpetuados por la familia, la escuela y los medios de comunicación, sientan las bases para el desequilibrio de poder que se plantea en la constitución de sociedades privadas como el noviazgo, el matrimonio o la convivencia, legitimando el derecho y obligación que tiene un hombre de utilizar la fuerza como método disciplinario para controlar el comportamiento de quienes están a su cargo, y como instrumento de poder al interior de las relaciones privadas. Al tratarse de un proceso “normal”, los casos denunciados de violencia contra mujeres, frecuentemente son minimizados, aún por los prestadores de servicios de salud o en las instancias de procuración de justicia, aunque sean mujeres quienes atiendan a las víctimas.

La violencia contra la mujer incluye violación, abuso y hostigamiento sexual, mutilación, maltrato y abuso contra menores, prostitución forzada, tráfico de mujeres, acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico, agresiones en el ámbito doméstico y homicidio. De manera específica, la violencia intrafamiliar ocurre entre personas en el interior de una familia u otras relaciones íntimas, e incluye maltrato y/o abuso sexual de los niños, el maltrato a los ancianos y la violencia doméstica.¹ La violencia intrafamiliar la ejercen en mayor medida los hombres con los cuales hay lazos de consanguinidad o de parentesco (esposos, convivientes, padres, hermanos, tíos, etc.), principalmente, contra las mujeres (niñas, mujeres y ancianas).

La violencia doméstica, también conocida como abuso por parte del compañero o abuso conyugal, es una de las facetas más amplias de la violencia intrafamiliar, y se refiere a un patrón de abuso físico, emocional, sexual, o privación arbitraria de la voluntad o de la libertad, perpetrado por la pareja (novio, esposo, o concubino) y que perpetúe la subordinación de quien la padece, generándole finalmente daño a su integridad física, psicoafectiva, sexual y económica.⁵ La que parece ser constante es la violencia psicológica acompañada, en gran parte de los casos, de variadas formas de violencia física, incluyendo la sexual. Estas formas de agresión pueden darse una sola vez, o bien en forma repetida, de manera que lo que en cada ocasión no constituiría un daño, sí lo produce con la

repetición.⁶ Por otra parte, aún cuando, en términos generales, agresor y agredido habitan el mismo domicilio, también es común que este patrón se presente a pesar de haberse separado (ex pareja).

La violencia intrafamiliar está conformada por diferentes tipos de manifestaciones⁵, entre las que se encuentran:

1. **Violencia física:** se refiere a todo acto de agresión intencional, repetitivo en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, algún 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 golpes, mutilaciones, quemaduras, el uso de armas, encierro domiciliario, etc.
2. **Violencia psicoemocional:** representa un patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser privación de libertades y derechos, amenazas, intimidaciones, manipulaciones, insultos, actitudes devaluadoras, abandono, actos que provoquen deterioro, disminución o afección de la estructura de la personalidad.
3. **Violencia sexual:** puede manifestarse a través de la negación de las necesidades sexoafectivas, de la inducción a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor o lesiones; implica también el practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio del otro.
4. **Violencia económica:** es otra forma de controlar al dependiente, limitando así su libertad y su libre decisión.

Históricamente ha existido dificultad para la comprensión y el reconocimiento de la violencia en las relaciones familiares gracias a procesos de invisibilidad y naturalización, que impiden identificar a la familia como un grupo potencialmente patógeno en el cual se pueden violar los derechos humanos, experimentar miedo e inseguridad y en el que se pueden aprender todas las variaciones de solución violenta de conflictos interpersonales.⁷

Se reconoce que las causas de la violencia hacia las mujeres en el espacio doméstico están íntimamente ligadas a factores culturales y sociales que determinan los comportamientos aceptables de los individuos en la sociedad y los marcos jurídicos y normativos que rigen esos comportamientos. Los patrones culturales de relaciones, la socialización en la familia, la educación formal y los sistemas legales definen las pautas de conducta aceptables para hombres y mujeres, mismas que son aprendidas desde edad temprana y reforzadas a través de la presión de los padres, las instituciones y los medios de comunicación. En esa situación

se reproducen, dentro de la familia o del espacio doméstico de la convivencia, las jerarquías asignadas a los roles de género, de edad y preferencia sexual, predominantes en la sociedad. Así, la reproducción de jerarquías sociales en el entorno doméstico hace que el agresor sea predominantemente un hombre y que las víctimas sean primordialmente mujeres.

En términos generales, se ha identificado que la socialización de hombres y mujeres, así como los patrones dominantes de masculinidad y feminidad, propician que los niños aprendan desde pequeños que los varones dominan y que la violencia es un medio aceptable para afirmar su poder, mientras que a las niñas se les enseña a tolerar y evitar las agresiones. Esa socialización, que señala características humanas de forma diferenciada y autoexcluyente, asigna a la mujer el espacio de la fragilidad y la sumisión, mientras que al hombre le confiere el de la agresividad y la violencia; por tanto, los hombres ejercen el “derecho” a usar la violencia para garantizar su dominio o para resolver conflictos.

En todo el mundo, los hechos desencadenantes de la violencia son muy similares en las relaciones en las que existe maltrato. Entre ellos se cuentan la desobediencia o las discusiones con la pareja masculina, preguntarle acerca del dinero o de sus amistades femeninas, no tener la comida preparada a tiempo, no cuidar satisfactoriamente de los niños o de la casa, negarse a mantener relaciones sexuales, y la sospecha del varón de que la mujer le es infiel.¹

Violencia intrafamiliar contra la mujer: magnitud del problema.

Numerosos estudios han demostrado que una de cada tres mujeres, en algún momento de su vida, ha sido víctima de violencia sexual, física o psicológica perpetrada por hombres, lo que constituye una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad femeninas, y representa la pérdida de uno de cada cinco días de vida saludable entre mujeres en edad reproductiva.⁸

Buvinic y cols., del Banco Interamericano de Desarrollo, elaboraron un recuento sobre la situación de la violencia que se ejerce cotidianamente en el entorno familiar en Latinoamérica: en Chile el 60% de las mujeres sufre algún tipo de violencia doméstica y en más del 10% se trata de violencia física grave; en Colombia el 20% de las mujeres han sido víctimas de abuso físico, 10% de abusos sexuales y 34% ha sido víctima de abusos psicológicos; en Nicaragua el 40% de las mujeres son víctimas de violencia física severa; en Guatemala el 49% de las mujeres sufren abusos, cometidos en el 74% de los casos por su pareja masculina íntima; en Jamaica la policía da cuenta que el 40% del total de homicidios se producen en el seno del hogar; en Argentina, en el 42% de los casos de mujeres

asesinadas, el crimen lo realiza su pareja y el 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos lleva 20 años o más soportando abusos de ese tipo; en Monterrey, México el 70% de las mujeres aseguran sufrir violencia por parte de su pareja.⁹

En la Ciudad de México se ha reportado que siete de cada 10 mujeres son agredidas por su esposo, o ex esposo. La Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, a través de las 16 Unidades de Violencia Familiar, atendió en el año 2002 a 11,158 mujeres víctimas de violencia familiar. El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal en el 2002, por medio del área de Desarrollo Personal y Colectivo, atendió de manera directa 3909 casos de violencia, de los cuales en 3752 la mujer era la receptora. En cuanto al tipo de maltrato 1678 mujeres sufrían maltrato psicoemocional, 1591 psicofísico, 171 psicosexual y 312 recibían los tres tipos de maltrato. El 80% de las situaciones de violencia comienza entre el noviazgo y el tercer año de vivir en pareja.¹⁰

El análisis de 1,935 homicidios de mujeres residentes en la zona metropolitana de la Ciudad de México ocurridos en 1997, mostró que 48% fueron clasificados como violencia doméstica, 36% ocurrieron en el hogar y en 87% los victimarios fueron hombres conocidos. Las defunciones femeninas fueron causadas principalmente por arma de fuego (26%), estrangulamiento (14%) y arma punzocortante (19%). En una de cada tres mujeres asesinadas se encontraron antecedentes de lesiones previas.¹¹

Efectos de la violencia intrafamiliar sobre la salud y calidad de vida.

Las víctimas de la violencia intrafamiliar, sufren un estado constante de daño y subordinación, lo que inhibe su desarrollo personal y les provoca daños irreversibles. Los lazos emocionales, legales y económicos que vinculan a las víctimas con sus agresores frecuentemente las conducen a un estado de baja autoestima, vulnerabilidad, aislamiento y desesperanza, circunstancias que dan lugar a problemas como el alcoholismo, la drogadicción y el suicidio.⁶ La violencia intrafamiliar tiene impacto sobre una gran variedad de factores relacionados con la salud física y mental de las mujeres, que se pueden sintetizar de la siguiente manera:

Daños físicos. Los daños físicos que puede sufrir una mujer incluyen bofetadas, puñetazos, patadas, intento de ahorcamiento, heridas que requieren sutura, quemaduras, fracturas, golpes que pueden ocasionar abortos, enfermedades de transmisión sexual, dolor pélvico crónico, cefaleas, síndrome de intestino irritable, heridas internas, desfiguraciones, discapacidad permanente o parcial, y homicidio.¹²

Agresión y coerción sexual. Los celos típicos de los agresores les permiten controlar y regular de manera rígida la sexualidad de la mujer, como muestra de su poder sobre ella y la relación. Pueden prohibirles usar métodos anticonceptivos, golpearlas porque tienen demasiados hijos, o por no tenerlos. Se ha encontrado que un porcentaje considerable de mujeres también sufren violaciones por parte de sus parejas. Además de las lesiones físicas y el trauma emocional resultado de la agresión sexual, muchas mujeres corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.¹²

Efectos sobre la salud materna y el feto. Los estudios realizados sobre violencia doméstica indican que muchas veces la violencia física se inicia con el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto. Sus efectos pueden incluir aborto, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, muerte fetal, rotura prematura de membranas, nacimientos pretérmino y bajo peso al nacimiento. Además, los hijos de mujeres embarazadas maltratadas tienen cuarenta veces más riesgo de morir en el primer año de vida. También, se ha observado que los embarazos forzados, o los no planeados, seguidos del abandono, orilla a las mujeres a recurrir a prácticas abortivas peligrosas e incluso a algunas de ellas al suicidio ante la desesperación de sentir que “se les han cerrado todas las puertas”.¹³

Efectos psicológicos. La culpabilidad y baja autoestima son rasgos característicos de las mujeres maltratadas. Además de los efectos físicos evidentes, la agresión constante cambia el comportamiento de la mujer, quien puede sentir confusión, incapacidad de concentración, trastornos en su forma de vida, en sus hábitos de sueño o alimentarios; experimentar intensos sentimientos de incomunicación, vergüenza, timidez, depresión, furia o miedos prolongados. Se pueden producir también trastornos sexuales, ya que la mujer puede experimentar miedo a la intimidad, incapacidad de tener respuestas sexuales, falta de interés en ellas, y frecuentemente sentirse sucia o humillada al tenerlas y recordar el abuso sexual del que fue objeto.

La violencia experimentada por las mujeres puede producir en ellas el desorden de estrés postraumático y que el clima de terror en el que viven afecte sus capacidades cognitivas. En estas condiciones, la mujer tiene menos habilidades para protegerse a sí mismas y a sus hijos. Además, el estrés desproporcionado las hace más susceptibles a la irritación ante el comportamiento de sus niños, percibido como un factor que precipita la agresión del cónyuge, lo que hace que en muchos casos, ellas tengan conductas violentas hacia sus hijos.¹²

Otros efectos sobre la salud. La desvalorización sufrida por la mujer a causa del maltrato puede implicar más allá del efecto físico y psicológico. Por ejemplo, el estrés crónico causado por agresiones violentas o moderadas pero, repetidas y próximas en el tiempo, constituye, a la larga, una dosis total excesiva que sobrepasa el umbral de resistencia. Las mujeres maltratadas sufren de manera desproporcionada los problemas relacionados con estrés que pueden llevar a la depresión, y que los servicios de salud generalmente terminan medicándolas y recetándoles, en gran cantidad de casos, psicofármacos que, lejos de resolver su “enfermedad”, terminan atándolas a los servicios médicos.

Las experiencias de violencia vividas por mujeres pueden tener efectos acumulativos sobre su salud a mediano y largo plazo. El riesgo de perder un año de vida saludable como consecuencia de la violencia conyugal, es el doble que el riesgo generado por otras causas. La violencia contra la mujer es la causa más importante de años de vida saludable perdidos en comparación con otros padecimientos, como las anomalías congénitas, la artritis reumatoide, las cardiopatías, las enfermedades cardiovasculares, la neumonía, la osteoartritis y los accidentes de vehículos de motor.¹²

El hecho de que los profesionales de la salud eviten tratar el tema de la violencia intrafamiliar puede deberse a diversas barreras, entre las que se encuentran la incomodidad al identificarse con el problema o con la paciente, incredulidad de que la violencia realmente está ocurriendo, sospecha de que la paciente está mintiendo, prejuicios y creencias que culpan a las víctimas por sus situación, sobrecarga de trabajo, falta de conocimiento o minimización de la magnitud del problema, o carencia de elementos para ayudar adecuadamente, entre otras.¹³

La violencia doméstica es un problema de salud pública que no debe ser tolerado, omitido, ocultado y no diagnosticado. Todo ello se debe a que se ha demostrado que las mujeres maltratadas por sus parejas tienen un mayor riesgo de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes, en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos, lo cual agrava los riesgos a su salud; en este sentido, se ha señalado que este grupo es más propenso a utilizar el sistema médico, acudir a las salas de emergencia, consumir fármacos, padecer alcoholismo o farmacodependencia y requerir tratamiento psiquiátrico, en comparación con mujeres no violentadas.¹⁴

La violencia intrafamiliar durante el embarazo

Dentro del tema de la violencia contra la mujer, en los últimos años se han venido realizando algunas investigaciones particularmente centradas en la violencia y el embarazo,

que han demostrado que el maltrato a la mujer es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante la gestación. Mas aún, se ha reportado que después de los accidentes vehiculares, la violencia física es la segunda causa de trauma en el embarazo. En las diferentes series internacionales reportadas, la prevalencia de abuso durante la gestación fluctúa entre 1% y 25% según la población, las definiciones de violencia, y los métodos utilizados para medirla.¹⁴

La violencia durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas, y se ha observado que, si en la mayor parte de los casos de violencia intrafamiliar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo éstos van dirigidos a los senos, abdomen y genitales. El agresor justifica el acto violento argumentando que el embarazo representa una carga económica, o que el embarazo fue provocado por otro hombre, o bien, que con el embarazo recibe menos atención que antes de éste, además de que percibe a la mujer más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse.^{14,15}

Así, la probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer, como el embarazo en adolescentes. Covington y cols., en Carolina del Norte, observaron que, además de una mayor prevalencia de violencia prenatal en adolescentes en comparación a las mujeres adultas, existe un patrón diferente en este grupo. El área del cuerpo más frecuentemente lesionada en las adolescentes fue el abdomen, y en las adultas fueron la cara y la cabeza. Mientras que, en las mujeres adultas el principal perpetrador de la violencia fue la pareja, en el caso de las adolescentes fueron: la pareja o ex pareja, la madre, el padre, o el hermano. Además, las adolescentes expuestas a violencia grave tuvieron mayor probabilidad de parto pretérmino [Riesgo relativo (RR) 3.6; Intervalo de Confianza del 95% (IC95%):1.5-8.5].¹⁶ En Bangladesh, las adolescentes embarazadas tienen una probabilidad mayor para morir por lesiones que las mujeres de la misma edad no embarazadas (RR 2.61; IC95%:1.51-4.35), y un riesgo mucho mayor que las mujeres adultas. Un estudio previo realizado en esta área, mostró que las muertes violentas fueron más comunes en adolescentes embarazadas solteras.¹⁷

Si bien se ha señalado que el embarazo en sí puede ser un factor que precipite violencia física o psicológica por parte de cualquier hombre de la familia, principalmente de la pareja, el embarazo mismo puede ser un resultado de la violencia intrafamiliar, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos. Además, el patrón

de violencia se repite con cada embarazo, por lo que, el mayor factor predictivo para abuso durante el embarazo, es el antecedente de abuso.

La violencia durante el embarazo se ha asociado con un bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol y drogas, y falta de apoyo social.

Las lesiones físicas y los resultados de éstas, incluyen: trauma abdominal, ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas, hematomas, exacerbación de enfermedades crónicas, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, trabajo de parto pretérmino, ruptura de membranas, infecciones de transmisión sexual, infección intraamniótica, hasta la muerte materna.

Además del aborto (espontáneo o provocado), existen otras consecuencias fetales y neonatales de la violencia en el embarazo, que abarcan lesiones fetales intrauterinas, bajo peso al nacimiento de los recién nacidos, y un riesgo elevado de padecer maltrato y de morir en el primer año de vida; los niños que sobreviven a estos episodios, tienen una alta probabilidad de ver limitado el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales.¹⁸

Un número importante de estudios sobre violencia durante el embarazo, se han enfocado en su asociación con bajo peso al nacimiento, por tratarse de uno de los principales factores de riesgo asociados a morbi-mortalidad infantil; sin embargo, los resultados de algunos estudios individuales, no la han confirmado. Murphy y cols., realizaron una revisión sistemática y meta-análisis en la que demostraron una asociación significativa entre el abuso físico, sexual o psicológico durante el embarazo y el bajo peso al nacimiento [Razón de Momios (RM) 1.36; IC95%:1.06-1.75]. Los autores exponen que el resultado adverso de la gestación puede explicarse por mecanismos directos, como trauma dirigido al abdomen de la mujer embarazada, provocando parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, o ruptura uterina; y por mecanismos indirectos, como un mayor uso de nicotina, alcohol y drogas.¹⁹

Aún cuando las consecuencias de la violencia física son las más evidentes, no constituyen la única expresión de ella, porque existen consecuencias psicológicas y emocionales, entre las que se encuentran el estrés y la depresión, que provocan la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, y pueden ocasionar secuelas psíquicas y discapacidad a largo plazo.¹²

MARCO DE REFERENCIA

La violencia intrafamiliar contra las embarazadas en Latinoamérica

En Santiago de Chile se realizó un estudio longitudinal prospectivo, en el que se investigaron las consecuencias de la violencia doméstica, remota y actual, emocional y/o física, sobre la salud reproductiva y neonatal en mujeres embarazadas en control prenatal. De las 131 mujeres incluidas en el estudio, 79 de ellas reconocieron experiencias de violencia doméstica, mientras que el grupo control estuvo constituido por 52 mujeres que negaron dicha experiencia. Las características de las mujeres respecto a la edad, talla, antecedentes de aborto, parto pretérmino, período intergenésico y uso de métodos anticonceptivos, fueron similares en los dos grupos. Así mismo, el consumo de tabaco, alcohol y drogas fue bajo y similar en ambos conjuntos. Sin embargo, el subgrupo con antecedente de violencia doméstica previa al embarazo tuvo un riesgo relativo mayor para las siguientes complicaciones en el embarazo: amenaza de aborto (RR 1.44; IC95%:1.07-1.93), síndrome hipertensivo del embarazo (RR 1.5; IC95%:1.18-1.96) y colestasis intrahepática (RR 1.47; IC 95%:1.1-1.94). En el subgrupo con violencia en el embarazo actual se evidenció un riesgo mayor de infección urinaria (RR 2.88; IC95%:1.28-6.43), colestasis intrahepática (RR 2.88; IC95%:1.13-5.89), y restricción del crecimiento intrauterino (RR 3.7; IC95%:1.77-7.93).²⁰

En Nicaragua, Valladares y cols., desarrollaron un estudio de casos y controles de base hospitalaria en el que evidenciaron un incremento en la fuerza de la asociación entre el bajo peso al nacimiento y la exposición a diferentes tipos de violencia durante el embarazo: violencia emocional (RM 2.33; IC95%:1.26-4.30) y violencia física + emocional (RM 5.35; IC95%:2.29-12.7). Aún después de ajustar los confusores potenciales (edad, paridad, estado socioeconómico y tabaquismo), la asociación entre violencia física + emocional durante el embarazo y el bajo peso al nacimiento se conservó significativa (RM 3.98; IC95%:1.7-9.31), principalmente en el subgrupo con restricción del crecimiento intrauterino.²¹

En una zona urbana marginal de San José, Costa Rica, la prevalencia de violencia durante el embarazo es de 29.7%, con predominio del abuso psicológico o emocional, seguido del físico y del sexual. Las mujeres agredidas tuvieron intervalos intergenésicos significativamente más cortos que las demás. Por otra parte, la diferencia ajustada entre los pesos promedio de los recién nacidos de las madres no agredidas y de las víctimas de agresión fue de 449.4 g (P<0.001). Se observó que las mujeres agredidas tienen un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacimiento (<2500 g) que las mujeres que no habían sido agredidas [Desigualdad relativa (DR) 3.3; IC95%:1.39-8.10].²²

En Río de Janeiro, Brasil, Moraes y cols., observaron que la prevalencia de violencia contra la mujer durante el embarazo, asciende a 63% (IC95%:59.1-67.5). La violencia física ocurrió más frecuentemente en adolescentes, en las mujeres con menor escolaridad, con más de tres hijos y en presencia de abuso de alcohol y drogas.²³

También en Brasil, en el Instituto Materno-Infantil de Pernambuco en Recife se encontró una prevalencia de 13.1% antes de la gestación y de 7.4% durante la misma. Los principales factores de riesgo asociados fueron una escolaridad ≤ 3 años (RR 9.70; IC95%:2.36-39.94) y el que la mujer haya experimentado violencia durante la infancia (RR 2.73; IC95%:1.61-4.61), así como el consumo de alcohol por la pareja; en este último rubro el incremento del riesgo fue proporcional a la frecuencia de embriaguez. En este estudio, no se demostró una asociación significativa con prematuridad, bajo peso al nacer, puntaje de Apgar y óbito fetal. Por otro lado, la frecuencia de muertes neonatales fue más de cuatro veces mayor (9.1% vs 2.2%) entre las víctimas de violencia.²⁴

En México, el primer estudio que abordó el problema de la violencia durante el embarazo, y el único en el país que ha explorado la relación entre la violencia y el resultado perinatal, es el de Valdez-Santiago y Sanín-Aguirre, realizado con mujeres atendidas en el Hospital Civil de Cuernavaca durante 1994. Entre los resultados reportados, destaca que de las 110 mujeres encuestadas el 35% fue violentada durante el embarazo, experimentando diferentes tipos de abuso por parte de su pareja, con mayor frecuencia de tipo psicológico, seguido de físico y sexual. Las mujeres maltratadas se caracterizan por una falta de control prenatal sensiblemente mayor que el de las mujeres no maltratadas, así como a un riesgo tres veces mayor de complicaciones durante el parto y el puerperio inmediato (RM 3.3; IC95%:1.3-8.0). Por otra parte, se evidenció que las mujeres violentadas tuvieron cuatro veces más riesgo de tener productos de bajo peso, siendo la diferencia en el peso de los productos al nacer de 560g (RM 4.0; IC 95%:1.3-12.0), en relación a los de las mujeres no expuestas a violencia. También se encontró mayor presencia de depresión entre las mujeres maltratadas con respecto al grupo control.²⁵

También, en el estado de Morelos, Castro y cols., realizaron una investigación por encuesta cuyo objetivo central fue determinar si durante el embarazo la violencia se incrementa o disminuye, así como identificar los principales factores sociales asociados a ella. En este estudio, la prevalencia de la violencia fue muy semejante antes y durante el embarazo, 24.4% y 24.6%, respectivamente. Al examinar la severidad de los diferentes tipos de violencia, la emocional se incrementó durante el embarazo, mientras que la violencia sexual

y física disminuyeron. Los factores demográficos asociados a la violencia durante el embarazo fueron: madre adolescente [Razón de Prevalencia (RP) 1.57; IC95%:1.02-2.41]; padre adolescente (RP 1.85; IC95%:1.16-2.41); dedicación exclusiva al hogar (RP 1.56; IC95%:1.09-2.24); subempleo o desempleo de la pareja (RP 1.78; IC95%:1.11-1.99); escolaridad menor a la primaria en la mujer (RP 1.78; IC95%:1.28-2.49); y nivel socioeconómico bajo (RP 2.31; IC95%:1.73-3.07). Las mujeres que experimentaron violencia previa al embarazo tuvieron un riesgo 9.47 veces mayor de sufrirla durante la gestación índice (IC95%:7.13-12.57). La historia de cualquier tipo de violencia durante la infancia, en ambos miembros de la pareja, se asoció fuertemente con abuso durante el embarazo. El principal escenario de riesgo estuvo caracterizado por un nivel socioeconómico bajo y la presencia de todos los tipos de violencia, ámbito en el que 61% de mujeres experimentarán violencia durante el embarazo.²⁶

En México, las parteras juegan un papel importante como agentes de salud comunitaria, principalmente en la atención de mujeres embarazadas. Debido a esto, los estudios de salud reproductiva de base hospitalaria, excluyen a una alta proporción de mujeres que no participan dentro del sistema de salud institucional. A partir de estos elementos, Valdez-Santiago y cols., realizaron un estudio cualitativo en el que entrevistaron a 12 parteras del estado de Morelos, en relación a sus experiencias en la detección de mujeres maltratadas durante el embarazo y al tipo de violencia que identifican con mayor facilidad. Los principales resultados de este estudio indican que la identificación de las mujeres maltratadas durante el embarazo ocurre como un acto voluntario de las propias mujeres para hablar con las parteras acerca de sus experiencias de violencia; también se evidenció una abierta incomodidad por parte de las parteras para tomar la iniciativa en la indagación sobre las experiencias de violencia entre sus pacientes, en buena medida por el temor de verificar algo que se sospecha, y como resultado de la dificultad para manejar emocionalmente su reacción; el tipo de violencia más frecuentemente identificado fue el maltrato físico, en diferentes grados de intensidad, principalmente en cara y cuerpo, equimosis en el abdomen cuando ya se encuentra avanzada la gestación, cortaduras de machetazos en brazos y manos, labios reventados, edema y equimosis palpebral, y costillas fracturadas; sin embargo, la violencia verbal también se identificó como una experiencia común entre las mujeres embarazadas.²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe una asociación entre la violencia intrafamiliar y el resultado materno y perinatal?

JUSTIFICACIÓN

La violencia intrafamiliar es un fenómeno que incluye abuso físico, sexual y psicológico, que siempre lastima e intimida. Las mujeres son las principales víctimas de esta forma de violencia, independientemente de su edad y grupo social, que a menudo se relaciona con lesiones severas y muerte prematura. Las circunstancias que suelen incrementar las agresiones son: ser madre soltera, adolescente, o tener un gran número de hijos; vivir una disfunción severa de pareja; el alcoholismo, el consumo de drogas y el desempleo o subempleo de la pareja; así como vivir en la pobreza extrema.

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública del que no se tiene un conocimiento real de sus dimensiones e impacto, debido a la falta de identificación o reporte, por el personal de salud en las instituciones donde estas mujeres son atendidas, así como por la falta de denuncia por parte de las víctimas. Esto se debe, por una parte, al proceso de naturalización que se hace de la violencia de género, así como a la falta de sensibilización, difusión y capacitación en el personal de salud.

Uno de los factores asociados a un incremento en el riesgo de violencia hacia las mujeres, es el embarazo. El estado de mayor vulnerabilidad asociado a la gestación presupone que durante este período la mujer es susceptible de mayor violencia, cuyo impacto se puede ver reflejado en el resultado obstétrico y perinatal; sin embargo, a pesar de su importancia en la salud reproductiva, en México son muy escasos los estudios que abordan el problema de la violencia durante el embarazo, y frecuentemente representan el interés de los investigadores comprometidos, y no el de las autoridades sanitarias por otorgar a este tema la prioridad real que tiene.

Además de la importancia de conocer la magnitud del problema y algunas de sus características, estas investigaciones, brindan los elementos para diseñar o reforzar políticas públicas que permitan tomar decisiones para la prevención e incrementar la calidad de la atención integral de las involucradas e idealmente lograr de manera paulatina su abatimiento.

Un proceso de detección en las unidades de salud, tendrá efectos preventivos en la medida en que permita identificar a las mujeres que sufren violencia antes de que, por la gravedad de los hechos violentos o su cronicidad, los daños sean irreversibles.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación de violencia intrafamiliar en el embarazo con el resultado materno y perinatal, y establecer su prevalencia en la población obstétrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la existencia de diferencias en los resultados maternos y perinatales en mujeres expuestas a violencia intrafamiliar durante el embarazo en comparación con aquellas no expuestas.
2. Medir la fuerza de la asociación entre violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos y perinatales.
3. Estimar la prevalencia de violencia intrafamiliar en las mujeres que se encuentran en el puerperio inmediato en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
4. Detectar y atender a las mujeres que experimentan violencia intrafamiliar.

HIPÓTESIS

Si la violencia intrafamiliar se caracteriza por infligir lesiones físicas y psicológicas, capaces de provocar daños temporales y permanentes, y reconociendo que un resultado materno y perinatal adecuado depende del estado de bienestar físico, psicológico y social durante el embarazo, entonces, la violencia intrafamiliar durante el embarazo tiene un impacto negativo en el resultado materno y perinatal.

DISEÑO

Estudio analítico, abierto, observacional, prolectivo, retrospectivo y transversal.

MATERIALES Y MÉTODO

Universo de Estudio

La población del estudio estuvo constituida por 225 mujeres que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para la atención de parto, cesárea o legrado uterino instrumentado, durante el período comprendido del 1º de agosto al 30 de septiembre de 2004. En la Unidad Toco-Quirúrgica de este Hospital General se realizan mensualmente en promedio 500 procedimientos obstétricos, distribuidos aproximadamente en 50% de partos, 30% de cesáreas y 20% de legrados uterinos instrumentados por aborto.

Las pacientes fueron informadas sobre los objetivos y alcances del proyecto, así como sobre la confidencialidad de la información vertida, lo que quedó asentado de manera explícita en el formato del consentimiento informado. En esas condiciones, y cuando así convino a sus intereses, la paciente manifestó por escrito su aceptación para participar en el estudio. (Anexo 1)

La información sobre violencia se obtuvo a través de la aplicación del Abuse Assessment Screen (AAS).²⁹⁻³¹ (Anexo 2).

La pruebas de detección se realizaron durante las primeras 24 horas posteriores a la atención del parto, cesárea o legrado, y su aplicación estuvo a cargo de dos encuestadoras (SCP y MMPF) con adiestramiento en violencia intrafamiliar. La encuesta se realizó en un lugar cerrado, bien iluminado y sin interferencia. En los casos que requirieron alguna intervención se solicitó la participación de una psicóloga con experiencia en violencia (MMPF) y/o de una trabajadora social.

Además de la información sobre violencia intrafamiliar, se incluyó la relativa a: (i) Datos sociodemográficos y socioculturales (edad, origen, residencia habitual, estado civil, escolaridad y ocupación habitual); (ii) Salud reproductiva (edad de inicio de la vida sexual, número de embarazos previos y sus resultados, empleo de anticonceptivos, embarazo deseado, control prenatal, consumo de alcohol, tabaco y drogas, enfermedades crónicas e intervalo intergenésico); (iii) Resultados obstétricos y perinatales (aborto, óbito fetal, edad gestacional del producto vivo, peso, puntaje de Apgar, vía de nacimiento, trastornos

médicos asociados al embarazo, complicaciones en el trabajo de parto, y durante el parto y el puerperio inmediato).

El Instrumento.

El AAS fue desarrollado en los Estados Unidos de América, en 1989, por el *Nursing Research Consortium on Violence and Abuse*. El instrumento permite identificar la frecuencia, gravedad y perpetrador del evento, así como los sitios de las lesiones corporales cometidas en un período específico. Mc Farlane y cols., establecieron la validez del contenido y, de manera independiente con Norton y cols.,³⁰ evidenciaron la consistencia del AAS para identificar violencia contra la mujer embarazada al compararlo con otros instrumentos afines. En México, el instrumento fue validado por Díaz-Olavarrieta y cols.³¹

Tamaño de muestra

Considerando una prevalencia reportada de violencia durante el embarazo de 25%, un nivel de seguridad del 99% y una precisión de 7.5%, el tamaño de muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde:

$Z_{\alpha}^2 = 2.58^2$ (seguridad del 99%)

p = proporción esperada (0.25)

q = 1-p (0.75)

d = precisión (0.075)

El tamaño muestral mínimo calculado es de 223 individuos.

Criterios de Selección.

Se incluyeron de manera secuencial a las mujeres durante el puerperio inmediato en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, independientemente de la resolución obstétrica de su embarazo.

Se excluyeron las pacientes que no desearon participar en la investigación, así como aquellas que demostraron incapacidad para expresarse por sus propios medios.

Se eliminó de la investigación a las pacientes que durante la encuesta decidieron cancelar su participación.

Definición de Variables y Escalas de medición

VARIABLES DEPENDIENTES (EFECTO O RESULTADO)	ESCALA	VARIABLES INDEPENDIENTES (CAUSA)	ESCALA	COVARIABLES	ESCALA
Anemia materna	Nominal dicotómica	Violencia intrafamiliar	Nominal dicotómica	Edad materna y de la pareja (años)	Escarlar
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Nominal dicotómica	Violencia física	Nominal dicotómica	Edad gestacional (semanas)	Escarlar
Aborto	Nominal dicotómica	Violencia emocional o psicológica	Nominal dicotómica	Escolaridad de la paciente y de la pareja (años)	Escarlar
Óbito fetal	Nominal dicotómica	Violencia sexual	Nominal dicotómica	Tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones en la paciente y en la pareja	Ordinal
Apgar a los 5 minutos <7	Nominal dicotómica	Violencia física en el embarazo	Nominal dicotómica	Número de consultas prenatales	Escarlar
Desprendimiento prematureo de placenta normoinsera	Nominal dicotómica	Violencia psicológica en el embarazo	Nominal dicotómica	Hipertensión	Nominal
Ruptura prematura de membranas	Nominal dicotómica	Violencia sexual en el embarazo	Nominal dicotómica	Diabetes mellitus	Nominal
Parto pretérmino	Nominal dicotómica			Paridad (número de embarazos)	Escarlar
Bajo peso al nacimiento	Nominal dicotómica			Antecedente de óbito fetal	Nominal
				Antecedente de hijo con bajo peso al nacimiento (<2500 gr)	Nominal
				Antecedente de hemorragia en el embarazo actual	Nominal
				Deseo de embarazo	Nominal

Definiciones

Violencia Intrafamiliar: Toda acción u omisión cometida por algún(a) miembro(a) de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro(a) miembro(a) de la familia.

Violencia física: Ocurre cuando una persona que está en relación de poder con respecto a otra, le inflige daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o de algún tipo de arma, que puede provocar lesiones externas, internas o ambas. El maltrato repetido no severo también se considera violencia física.

Violencia sexual: Es todo acto por el cual una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra a ejecutar un acto sexual contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales que propician su victimización y de las que el ofensor obtiene gratificación.

Violencia psicológica: Es toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad, o el desarrollo de la persona. Incluye los insultos constantes, la negligencia, el uso de gestos intimidatorios, la humillación, el aislamiento de amigos y familiares, la destrucción de objetos apreciados, el ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, etc.

Anemia materna: Valor de hemoglobina menor a 11g/100 ml.

Enfermedad hipertensiva del embarazo: Síndrome que complica el embarazo generalmente después de las 20 semanas de gestación (antes en embarazo múltiple y en enfermedad trofoblástica gestacional) o en el puerperio (hasta 14 días). El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial, igual o mayor a 140/90 mmHg en por lo menos dos tomas con un espacio mínimo entre cada toma de 6h; proteinuria, definida como la excreción urinaria de 300mg o más de proteínas en una muestra de orina de 24h, o más de 30 mg, equivalente a 1+ en tira reactiva, sin evidencias de infección en las vías urinarias.

Aborto: Expulsión del producto de la gestación durante las primeras 20 semanas de embarazo. El feto pesa 499 gramos o menos y no tiene ninguna denominación después de la expulsión, se le denomina producto de aborto.

Óbito fetal: Muerte del producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, ocurrida después de las 20 semanas de gestación, y/o que tiene un peso mayor a 500g.

Apgar a los 5 minutos menor de 7: Asfixia leve a moderada.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: Separación parcial o total de la placenta normalmente insertada antes del nacimiento.

Ruptura prematura de membranas: La salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas antes de la iniciación del trabajo de parto.

Parto pretérmino: Nacimiento que ocurre después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación.

Bajo peso al nacimiento: Menos de 2500g independientemente de la edad gestacional.

Covariables (Factores de confusión potencial)

Hipertensión: Cifras de presión arterial iguales o mayores a 140/90 mmHg antes de las 20 semanas de gestación.

Diabetes mellitus: Cifras de glucemia en ayuno mayores de 126 mg/dl o de 200 mg/dl en una toma al azar.

El resto de las covariables y su escala de medición se muestran en la tabla de la definición de variables.

HOJA DE CAPTURA DE INFORMACIÓN

No. registro: _____

Edad paciente _____ años		Origen (estado):			Residencia (estado, delegación):																										
Estado civil	1. Soltera()	2. Casada()	3. UL()	4. Separada()	5. Divorciada()	Escolaridad paciente _____ (años)																									
Ocupación paciente	1. Hogar ()	2. Doméstica()	3. Comercio()	4. Estudiante()	5. Empleada()	6. Profesionista()																									
Inicio vida sexual	_____ años	Anticoncepción	1. AHO()	2. AHI()	3. DIU()	4. Barrera()	5. Naturales()	6. Ninguno()																							
Papanicolau	1. Si, en los últimos 2 años()						2. Si, hace más de 2 años()	3. Nunca()																							
Alcoholismo paciente	1. Diario()						2. >1 vez/sem()	3. Cada semana()	4. Cada 15 días()	5. Cada mes()	6. Nunca()																				
Tabaquismo paciente	1. Si()		2. No()		Drogas		1. Diario()	2. >1 vez/sem()	3. Cada semana()	4. Cada 15 días()	5. Cada mes()	6. Nunca()																			
Fórmula Obstétrica	Gestas()		Partos()		Cesáreas()		Abortos()					Ectópicos()																			
Antecedente óbito	1. Si()		2. No()		Antecedente de hijos con peso <2500 g						1. Si()	2. No()																			
Hemorragia en embarazos previos	1. Si()		2. No()		Antecedente de hipertensión en embarazos previos						1. Si()	2. No()																			
Antecedentes patológicos	1. Hipertensión arterial()		2. Diabetes mellitus()		3. Otras _____		4. Ninguna()																								
Deseo de embarazo de la paciente	1. Si()		2. No()																												
Número de consultas de control prenatal	_____																														
Patología en el embarazo actual																															
1. Hemorragia()												2. Amenaza de aborto()		3. Amenaza de parto pretérmino()		4. Infección de vías urinarias()		5. Cervicovaginitis()		6. Hemorragia puerperal()		7. Ninguna()									
Enfermedad hipertensiva del embarazo actual				1. Si()		2. No()		Rotura prematura de membranas				1. Si()		2. No()																	
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en el embarazo actual						1. Si()		2. No()		Hemoglobina materna _____ g/100ml																					
Internamientos durante el embarazo actual						1. Si()		2. No()		Periodo intergenésico _____ meses																					
Edad gestacional del RN por Capurro: _____ semanas																															
Resolución del embarazo																															
1. Parto eutócico()												2. Parto distócico()		3. Cesárea()		4. Legrado uterino instrumentado()		5. Cesárea-histerectomía()													
Óbito fetal en el embarazo actual				1. Si()		2. No()		Aborto en el embarazo actual				1. Si()		2. No()																	
Peso del RN _____ gramos						Apgar 1' _____		Apgar 5' _____																							
Edad de la pareja _____ años				Escolaridad de la pareja _____ años																											
Ocupación de la pareja																															
1. Desempleado()												2. Ayudante/albañil()		3. Campesino()		4. Obrero/empleador()		5. Comerciante()		6. Profesionista()											
Alcoholismo en la pareja																															
1. Diario()												2. >1 vez/semana()		3. Cada semana()		4. Cada 15 días()		5. Cada mes()		6. Nunca()											
Tabaquismo de la pareja																															
1. Si()												2. No()		Drogas pareja		1. Diario()		2. >1 vez/sem()		3. Cada semana()		4. Cada 15 días()		5. Cada mes()		6. Nunca()					
Deseo de embarazo de la pareja																															
1. Si()												2. No()																			
Violencia intrafamiliar																															
1. Si()												2. No()		Violencia física		1. Si()		2. No()		Violencia emocional o psicológica		1. Si()		2. No()		Violencia sexual		1. Si()		No()	
Violencia en el embarazo																															
1. Si()												2. No()		Tipo de violencia en el embarazo _____																	

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Los recursos materiales se obtuvieron de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia. Este proyecto no requirió financiamiento externo.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Para resumir los datos se empleó estadística descriptiva acorde con la escala de medición de las variables en estudio: media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones y porcentajes.

Para la comparación entre grupos (con violencia intrafamiliar y sin violencia intrafamiliar) se utilizaron pruebas de estadística inferencial. Para variables medidas en escala cuantitativa se empleó la prueba t de Student para grupos independientes. Para variables medidas en escala cualitativa nominal, se empleó la prueba de Ji cuadrada de Pearson o la Prueba Exacta de Fisher.

Para medir la fuerza de la asociación entre los diferentes tipos de violencia intrafamiliar (variables independientes) y las covariables, con cada una de las diferentes variables de resultado materno, obstétrico y perinatal (variables dependientes), se realizó un análisis bivariado con el empleo de tablas de contingencia 2 x 2 estimando la razón de momios y los intervalos de confianza del 95% (IC95%), utilizando la prueba de Ji cuadrada de Mantel-Haenszel con corrección de Yates para determinar la significancia estadística de la asociación. Además, se realizaron análisis de regresión logística por pasos, para cada una de las variables de resultado materno y perinatal, así como para determinar las variables asociadas al riesgo de violencia durante el embarazo. Se consideró un nivel de significancia estadística de 0.05.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS® v.13 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I. Artículo 17, sección II. Investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado.

En este proyecto se incorporaron las “Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para investigaciones sobre violencia doméstica”.³² (Anexo 3)

Para su realización este proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

RESULTADOS

Durante el período comprendido del 1º de agosto al 30 de septiembre de 2004, se incluyeron en este estudio un total de 225 pacientes en puerperio inmediato, independientemente del tipo de resolución obstétrica, que recibieron atención obstétrica en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Del total, 139 pacientes (61.77%) no sufrieron violencia durante el embarazo y constituyeron el grupo 1, mientras que 86 (38.22%) fueron víctimas de algún tipo de violencia durante el embarazo perpetrada dentro del espacio doméstico y conformaron el grupo 2.

En el grupo 1, 77 mujeres (55.4%) experimentaron violencia familiar antes del embarazo. La violencia psicológica o emocional ocurrió en 72 (51.8%), la violencia física en 48 (34.5%) y la violencia sexual se perpetró en 18 pacientes (12.9%).

En el grupo 2 los principales tipos de violencia cometida fueron los siguientes: psicológica o emocional (n=83, 96.5%); física (n=30, 34.9%); y sexual (n=10, 11.6%).

En la Tabla 1 se muestran las principales características socio-demográficas en ambos grupos de mujeres y sus parejas.

Tabla 1. Características Socio-demográficas

CARACTERÍSTICA		GRUPO 1 (N = 139)	GRUPO 2 (N = 86)	P
Edad (años)		23.68 ± 5.37	23.33 ± 6.10	0.65
Escolaridad (años)		8.43 ± 3.21	8.52 ± 2.72	0.84
Estado civil	Soltera + Separada + Divorciada	17 (12.23 %)	41 (47.67 %)	0.00*
	Unión libre + Casada	122 (87.76 %)	45 (52.32 %)	
Ocupación	Hogar	118 (84.89 %)	65 (75.6 %)	0.11
	No hogar	21 (15.10 %)	21 (24.41 %)	
Lugar de origen	DF	90 (64.74 %)	61 (70.93 %)	0.38
	No DF	49 (35.25 %)	25 (29.06 %)	
Residencia	DF	131 (94.24 %)	81 (94.18 %)	1.00
	No DF	8 (5.75 %)	5 (5.81 %)	
Edad pareja (años)		25.82 ± 5.86	26.66 ± 7.63	0.84
Escolaridad pareja (años)		10.10 ± 8.16	9.84 ± 10.12	0.84
Ocupación de la pareja	Desempleado	11 (7.9%)	14 (16.3%)	0.08
	Empleado	128 (92.08%)	72 (83.72%)	

*p<0.05. Diferencia estadísticamente significativa; Ji cuadrada de Pearson.

En la Tabla 2 se exponen los principales antecedentes médicos y gineco-obstétricos en ambos grupos de pacientes.

Tabla 2. Antecedentes Gineco-obstétricos y patológicos

CARACTERÍSTICA	GRUPO 1 (N = 139)	GRUPO 2 (N = 86)	P
Inicio de vida sexual (años)	23.68 ± 5.37	23.33 ± 6.10	0.66
Anticoncepción			0.24
Nunca	28 (20.1 %)	22 (25.6 %)	
DIU	48 (34.53 %)	27 (31.4 %)	
Hormonales	11 (7.91 %)	14 (16.27 %)	
Barrera	34 (24.46 %)	17 (19.76 %)	
Naturales	14 (10.07 %)	4 (4.7%)	
OTB	4 (2.9 %)	2 (2.3 %)	
Detección oportuna de cáncer Cérvico - uterino	54 (38.8 %)	33 (38.4 %)	1.00
Número de embarazos	2.23 ± 1.20	1.94 ± 1.22	0.07
Antecedente de hipertensión en embarazos previos †	8 (8.42 %)	3 (6.66 %)	1.00
Antecedente de hemorragia en embarazos previos †	7 (7.36 %)	0 (0 %)	0.09
Antecedente de hijos con peso menor de 2500 gr †	19 (20 %)	6 (13.33 %)	0.48
Tabaquismo	21 (15.10 %)	14 (16.27 %)	0.85
Antecedente de óbito †	3 (3.15 %)	1 (2.22 %)	1.00
Alcoholismo	12 (8.63 %)	7 (8.13 %)	0.90
Abuso de drogas	1 (0.72 %)	1 (1.16 %)	1.00
Tabaquismo de la pareja	70 (50.35 %)	59 (68.60 %)	0.02‡
Alcoholismo de la pareja	12 (8.63 %)	23 (26.74 %)	0.001*
Abuso de drogas de la pareja	0 (0 %)	4 (4.65 %)	0.02*

† Grupo sin violencia = 95; grupo con violencia = 45

‡ p<0.05. Diferencia estadísticamente significativa; Ji cuadrada de Pearson.

* p<0.05. Diferencia estadísticamente significativa; Prueba Exacta de Fisher.

En la Tabla 3 se presentan los resultados referentes a las características clínicas del embarazo índice en los dos grupos.

Tabla 3. Características obstétricas del embarazo índice

CARACTERÍSTICA		GRUPO 1 (N = 139)	GRUPO 2 (N = 86)	P
Período intergenésico (meses) †		43.75 ± 38.40	40.28 ± 34.74	0.60
Número de consultas prenatales		5 ± 3.01	4.67 ± 3.20	0.44
Edad gestacional (Capurro)		38.81 ± 2.61	38.95 ± 1.71	0.70
Peso del recién nacido (gramos)		2940.62 ± 689.31	2981.34 ± 570.95	0.68
Apgar minuto 1	mediana	9	9	0.40
	media	8.45 ± 1.03	8.59 ± 0.79	
Apgar minuto 5	mediana	9	9	0.77
	media	8.87 ± 0.48	8.90 ± 0.38	
Anemia materna (Hgb <11 g/dl)		30 (21.58 %)	16 (18.60 %)	0.61
Patología en el embarazo actual		70 (50.35 %)	57 (66.27 %)	0.027*
Enfermedad hipertensiva del embarazo		11 (7.91 %)	6 (6.97 %)	1.00
Ruptura prematura de membranas		5 (3.59 %)	4 (4.65 %)	0.73
Deseo del embarazo		60 (43.2 %)	24 (27.9 %)	0.03‡
Deseo del embarazo por la pareja		71 (51.07 %)	29 (33.72 %)	0.013*

† Grupo sin violencia = 95; grupo con violencia = 45

‡ p<0.05. Diferencia estadísticamente significativa; Ji cuadrada de Pearson.

* p<0.05. Diferencia estadísticamente significativa; Prueba Exacta de Fisher.

La variable agrupada patología en el embarazo actual corresponde en el caso del grupo 1 a 23 casos de cervicovaginitis, 21 de infección de vías urinarias, 18 casos de amenaza de aborto (asociados o no a infección cervicovaginal / urinaria), 4 de infección genitourinaria, 3 amenazas de parto pretérmino, y un caso de hemorragia puerperal.

En el grupo 2 esta variable incluye 22 casos de infección de vías urinarias, 14 de cervicovaginitis, 8 infecciones genitourinarias, 8 amenazas de aborto (asociados o no a infección cervicovaginal / urinaria), 4 casos de amenaza de parto pretérmino y un caso aislado de tromboembolia pulmonar.

Las mediciones de la fuerza de asociación entre la exposición a violencia durante el embarazo y las variables referentes al resultado materno, obstétrico y perinatal se muestran en la Tabla 4. Los resultados corresponden al análisis bivariado realizado con el empleo de tablas de contingencia 2 x 2.

Tabla 4. Fuerza de la asociación entre la exposición a violencia en el embarazo y el resultado materno, obstétrico y perinatal

VARIABLES RESULTADO	RM	IC95%	P
Enfermedad hipertensiva del embarazo	0.87	0.31 – 2.45	1.00
Ruptura prematura de membranas	1.30	0.34 – 5.00	0.96
Control prenatal	1.76	0.84 – 3.68	0.17
Patología en el embarazo actual	1.93	1.11 – 3.38	0.02*
Anemia	0.83	0.42 – 1.63	0.71
Período intergenésico (<12 meses)	0.79	0.23 – 2.73	0.95
Edad gestacional (<37 semanas)	0.63	0.19 – 2.07	0.62
Peso del recién nacido (<2500 gr)	1.23	0.70 – 2.17	0.55
Apgar 5 minutos (<7)	1.00	0.99 – 1.02	1.00

*p<0.05. Diferencia estadísticamente significativa; Ji cuadrada de Mantel-Haenszel.

En la Tabla 5 se muestran los resultados de la asociación entre las diferentes variables de interés y la probabilidad de presentar violencia familiar durante el embarazo.

En el caso de la exposición a violencia familiar previa al embarazo, los resultados se presentan en forma agrupada y en forma desglosada en cada uno de los subtipos de violencia familiar.

Tabla 5. Factores asociados al riesgo de sufrir violencia durante el embarazo

VARIABLES RESULTADO	RM	IC95%	P
Estado civil (soltera + separada + divorciada)	6.53	3.37 – 12.66	0.000*
Violencia intrafamiliar previa al embarazo (incluye todas las formas)	9.08	3.91 – 21.09	0.000*
Violencia familiar psicológica o emocional previa al embarazo	7.07	3.37 – 14.80	0.000*
Violencia familiar física previa al embarazo	3.72	2.11 – 6.57	0.000*
Violencia familiar sexual previa al embarazo	2.75	1.39 – 5.43	0.004*
Primigestación	1.96	1.13 – 3.42	0.02*
Ausencia de deseo del embarazo por la pareja	2.05	1.17 – 3.58	0.01*
Alcoholismo de la pareja	3.86	1.80 – 8.26	0.000*
Abuso de drogas de la pareja	2.69	2.27 – 3.20	0.020*
Tabaquismo de la pareja	2.12	1.20 – 3.73	0.012*

*p<0.05. Diferencia estadísticamente significativa; Ji cuadrada de Mantel-Haenszel.

Con objeto de estimar la probabilidad de ocurrencia de un resultado materno y perinatal adverso en función de las diferentes variables de interés explicativo, incluidas de manera simultánea, se realizó un análisis de regresión logística por pasos para cada una de las variables dependientes en forma dicotómica.

En este modelo la única asociación encontrada, después de controlar el efecto de las variables confusoras, fue la relación entre violencia psicológica o emocional previa al embarazo y el incremento en la probabilidad de presentar patología en el embarazo actual (RM: 3.26 ; IC95%: 1.47 – 7.24).

De manera adicional, se realizó un análisis de regresión logística por pasos para estimar la probabilidad de violencia durante el embarazo, del que se obtuvieron los resultados presentes en la Tabla 6.

Tabla 6. Regresión Logística para estimar la probabilidad de violencia durante el embarazo

VARIABLE	RM	IC95%
Estado civil (soltera + separada + divorciada)	1.79	1.24 – 2.58
Alcoholismo de la pareja	1.43	1.13 – 1.80
Violencia intrafamiliar previa al embarazo	9.56	3.94 – 23.18

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

La violencia intrafamiliar es un grave problema social y de salud pública debido a su alta prevalencia y a su impacto negativo en las esferas física, psicológica, emocional y económica, tanto en el ámbito familiar como en el social, con secuelas a corto y a largo plazo, que se traducen en discapacidad y que involucran aún a las generaciones por venir.

La violencia familiar provoca un deterioro significativo en la salud integral de los individuos inmersos en esta situación, derivado de las relaciones de poder y subordinación entre los diferentes miembros de la familia. Lo anterior responde a que una de las formas más reconocidas de violencia y violación de los derechos humanos, es el impedimento por parte de algunos integrantes de la familia, principalmente hombres, para que otros miembros del grupo familiar, principalmente mujeres, accedan a los programas de desarrollo personal y comunitario, como los relacionados con la salud y la educación.

De forma contrastante, y no obstante el reconocimiento social plasmado en la legislación y normatividad vigente en materia de violencia intrafamiliar, los programas gubernamentales adolecen de la ausencia de impacto en la sociedad. Lo anterior adquiere proporciones alarmantes cuando se hace evidente la falta de conocimiento y/o interés del personal de salud en la detección, atención y mecanismos de registro y referencia de los casos de violencia hacia las mujeres, en especial cuando el agresor es la misma pareja.³³

Durante esta investigación se identificaron condiciones que por su trascendencia, se mencionan a continuación.

La prevalencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo en esta muestra poblacional asciende a 38.22%, lo que coincide con las cifras reportadas por Valdez-Santiago y Sanín-Aguirre en su estudio pionero en México.²⁵ Sin embargo, es diferente a la reportada en otros estudios nacionales, lo que destaca la importancia de las variaciones poblacionales y culturales, en la expresión y magnitud de los problemas de salud pública. El impacto de esta consideración sobre las políticas de salud que se generen en torno al problema de la violencia familiar requiere una mayor consideración por parte de las autoridades sanitarias. De manera semejante, se corroboró que la violencia psicológica durante el embarazo es la más frecuentemente ejercida, acompañando tanto a la violencia física como a la sexual.²⁵

En este mismo rubro, el análisis de regresión logística permitió develar que el ejercicio de la violencia psicológica antes del embarazo es un factor que incrementa la probabilidad de presentar alguna patología durante el embarazo actual. Las entidades agrupadas bajo esta

denominación, corresponden principalmente a procesos infecciosos genito-uritarios asociados o no, tanto a amenaza de aborto como de parto pretérmino. Por lo que al incrementarse el riesgo de estos trastornos, se coloca a la mujer embarazada en un riesgo importante de pérdida gestacional.

De manera coincidente con Castro y cols., se demostró que el antecedente de violencia intrafamiliar de cualquier tipo, representa un importante factor de riesgo para la presencia de violencia durante el embarazo.²⁶

En este trabajo fue evidente la asociación entre el consumo de alcohol por la pareja y el riesgo de violencia durante el embarazo, lo que concuerda con lo reportado por diferentes autores. El alcoholismo es también una patología social que se ha vinculado a diferentes expresiones de la violencia tanto dentro del ámbito familiar como fuera de éste (lesiones, homicidios, suicidios, accidentes automovilísticos, etc.), generando grandes pérdidas económicas y en años de vida saludable. Por lo anterior, es necesario reforzar los programas de identificación y rehabilitación para quien lo padece. Sin embargo, las prácticas sociales apuntan en sentido contrario, y de la misma manera como se promueve la reproducción de patrones de sometimiento basados en el género, así también se promueve el consumo de alcohol como una forma de éxito social. No es raro que ambos patrones de conducta, violencia hacia la mujer y alcoholismo, se presenten de manera simultánea como una conducta socialmente aceptable.

Por lo anterior, es imprescindible sensibilizar a la sociedad y al personal de salud acerca de la trascendencia del fenómeno de la violencia en el ámbito familiar, debido a la variedad de formas en las que se puede manifestar y a la normalidad con la que se le observa. Solo a través de la detección, atención, registro y referencia se podrá contribuir desde el ámbito de las instituciones de salud al control y eventual erradicación de esta pandemia.

De manera específica, se deben realizar esfuerzos a fin de garantizar que la mujer que se embaraza no sufra ningún tipo de abuso durante la gestación, tanto por las lesiones maternas y fetales inherentes a su condición, como para evitar la mortalidad infantil relacionada con los hogares violentos.

Este último comentario, da lugar a una reflexión más: la violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres y los diferentes tipos de agresiones que sufren de manera repetida a lo largo de toda su vida, tiene un efecto multiplicador de esta patología social, al ser ellas quienes reproducen patrones culturales que lejos de garantizar un ambiente de

respeto y equidad de género en sus familias, favorece la permanencia de relaciones desiguales y de subordinación, bajo una falsa sensación de permisiva normalidad.

Lograr que el personal de salud se involucre activamente y de manera eficaz en esta problemática es un camino largo, difícil e imprescindible, que no será sencillo alcanzar mientras existan condiciones adversas para ello: la falta de capacitación en la identificación y manejo de los casos de violencia intrafamiliar por un personal insuficiente para atender con calidad las demandas de una población cada vez mayor; la pertenencia a una cultura que favorece la inequidad de género; y las experiencias propias de violencia intrafamiliar en el personal de salud que dificultan la identificación de este problema, al ubicarlo en el ámbito de la “normalidad”.

Con fundamento en lo anterior, se presentan las siguientes propuestas:

1. La elaboración de un diagnóstico situacional del personal de salud que labora en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en relación a sus propias experiencias, a su conocimiento del tema y a la actitud con la que lo asumen.³³
2. Adecuar las capacitaciones necesarias con procedimientos de evaluación y retroalimentación correspondientes para todos los integrantes del equipo de salud que les permitan conocer el fenómeno de la violencia, sus consecuencias sociales, económicas y en materia de salud, así como adquirir las habilidades y herramientas necesarias para que en su práctica cotidiana, la búsqueda intencionada de este problema sea constante, sistemática y dirigida.
3. Establecer comunicación directa con las organizaciones locales dedicadas al apoyo de mujeres en situación de violencia doméstica (como el Instituto de la Mujer del Distrito Federal) para aumentar la capacidad resolutoria del servicio clínico hospitalario en el que se labora.
4. Incluir en los programas universitarios de especialización médica, del pregrado médico y de enfermería, contenidos temáticos en relación a derechos humanos, equidad de género y legislación en materia de salud que permitan entender mejor el fenómeno de la violencia.
5. Difundir ampliamente en el ámbito hospitalario la información relacionada con el tema, destinada de manera específica a las usuarias de los servicios, sus familiares y el equipo de salud.

6. Establecer con los diferentes sectores del personal de salud de este hospital reuniones periódicas para evaluar los avances en detección, atención, denuncia y registro de los casos de violencia intrafamiliar.
7. Estructurar un equipo de carácter interdisciplinario para el manejo integral de las víctimas.
8. Proporcionar un directorio con los albergues disponibles para la atención de víctimas de violencia intrafamiliar, así como algoritmos de manejo para los casos detectados, que sean de seguro y fácil acceso para cualquier integrante del personal de salud.

En la medida en que logremos generar un cambio de actitud entre los prestadores de servicio, tendremos la posibilidad de ofrecer un trato más digno e integral a nuestras pacientes, situación que sólo se puede alcanzar si nuestro ejercicio profesional está libre de temores y prejuicios.

Los principios éticos fundamentales en la práctica de las ciencias de la salud son la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía, la equidad y la solidaridad. Buscar intencionadamente permanecer ajenos o indiferentes a una situación que coloca en un riesgo potencialmente letal a una de nuestras pacientes, nos convierte en cómplices del daño que sufren.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
2. Sánchez VA. Presentación. En: Sánchez VA (editor). El mundo de la violencia. México: Fondo de Cultura Económica-UNAM, 1998, p. 9-12.
3. Hierro G. La violencia de género. En: Sánchez VA (editor). El mundo de la violencia. México: Fondo de Cultura Económica-UNAM, 1998, p. 263-73.
4. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer. Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria, 20 de diciembre 1993.
5. Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias A.C. (CORIAC, AC). Material bibliográfico de apoyo del "Taller de Prevención de la Violencia". México.
6. Salinas BL. La legislación mexicana frente a la violencia familiar. En: Sánchez VA (editor). El mundo de la violencia. México: Fondo de Cultura Económica-UNAM, 1998, p. 281-93.
7. Corsi J (compilador). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico (Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares). Buenos Aires: Paidós, 2003, p. 15-29.
8. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78(Suppl 1):S5-S14.
9. Buvinic M, Morriso A, Shifter M. La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999, p.3.
10. Instituto de las mujeres del Distrito Federal. Situación de las mujeres en el ámbito de la violencia. http://www.inmujer.df.gob.mx/tem_interes/justicia/violencia.html
11. Velásquez DG. Violencia de género, un problema de salud pública. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G (compiladoras). Género y política en salud. México: Secretaría de Salud, 2003, p.379-88.
12. Saucedo GI. Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México. *Perinatol Reprod Hum* 1996; 10:100-110.
13. de Brun M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública, 2ª edición. Carolina del Norte: Ipas, 2003, p. 11-21.

14. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996; 275:1915-1920.
15. Saucedo-García JM. Violencia intrafamiliar y sexual. *Gac Med Mex* 1999;135:259-61.
16. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health* 2001;28:55-61.
17. Ronsmans C, Khat M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *The Lancet* 1999;354:1148.
18. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:1331-6.
19. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001;164:1567-72.
20. Arcos GE, Uarac UM, Molina VI, Repossi FA, Ulloa VM. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev méd Chile* 2001;129:1413-24.
21. Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol* 2002;100:700-5.
22. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública* 2003;14:75-83.
23. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 2002;79:271-7.
24. Menezes TC, Ramos de Amorim MM, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *RBGO* 2003;25:309-16.
25. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública Mex* 1996;38:352-62.
26. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003;93:1110-6.
27. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública Mex* 2004;46:56-63.

28. Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO). Herramienta de detección para proveedores trabajando con víctimas de violencia basada en género, 2000.
29. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992;267:3176-8.
30. Norton L, Peipert J, Zierter S, Lima B, Hume L. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstet Ginecol* 1995;85:321-5.
31. Díaz-Olavarrieta C, Campbell J, García de la Cadena C, Paz F, Villa AR. Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Arch Neurol* 1999;56:681-5.
32. Organización Mundial de la Salud. Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Génova: OMS; 1999. (OMS/EIP/GPE/99.2).
33. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Méx* 2003;45:472-82.

Anexo 1.

Consentimiento Informado

Leer textualmente el párrafo siguiente:

“Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, hemos empezado a hacer éstas preguntas a todas las que vienen a la atención de su parto, cesárea o legrado al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

El objetivo de este estudio es determinar la cantidad de mujeres que han sufrido maltrato o violencia durante su embarazo, así como identificar a las personas víctimas de esta situación para que, si esa es su voluntad, reciban apoyo psicológico especializado, asesoría social o legal.

Si acepta participar en el estudio, se le garantiza confidencialidad y anonimato en la información que proporcione. La entrevista se realizará en un lugar privado, en la encuesta no se escribirá su nombre y sólo el equipo de investigadores tendrá acceso a la información sin otro objetivo que los de la investigación.

Tiene usted derecho a no aceptar participar en el estudio, o a cancelar su participación en cualquier momento, sin ninguna repercusión en su atención médica.

En el caso de que Usted lo solicite se le entregará una copia de esta carta de Consentimiento Informado, y en el caso de que no convenga a sus intereses conservar este documento, los investigadores lo conservarán bajo resguardo de manera confidencial.

Ante cualquier pregunta sobre el estudio, o para establecer contacto con los responsables de la investigación, puede llamar al 5665-3511 extensión 117 con el Dr. Luis Villanueva Egan.

En el caso presentar alguna inconformidad relacionada con este estudio, puede llamar al 5665-3511 extensión 198 con el Dr. Simón Kawa Karasik o acudir a la Dirección de Investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Acepto participar en el estudio

Iniciales y huella digital

Testigo, dirección y relación que guarda con
la paciente

Testigo, dirección y relación que guarda
con la paciente

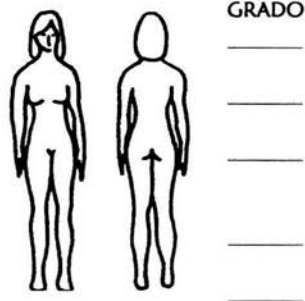
Dos originales, uno para la paciente.

ABUSE ASSESSMENT SCREEN

1. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente o de alguna otra manera por alguien? SI NO
Si la respuesta es "SI" por quien(es) _____
Cuantas veces? _____
2. DESDE QUE SALIO EMBARAZADA, ha sido golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de alguna otra manera por alguien? SI NO
Si la respuesta es "SI" por quien(es) _____
Cuantas veces? _____

EN EL DIAGRAMA, ANATÓMICO MARQUE LAS PARTES DE SU CUERPO QUE HAN SIDO LASTIMADAS. VALORE CADA INCIDENTE USANDO LAS SIGUIENTE ESCALA:

- 1=Amenazas de maltrato que incluyen el use de un arma
- 2=Bofetadas, empujones sin lesiones físicas o dolor permanente
- 3=Moquetes, patadas, moretones, heridas, y/o dolor
- 4=Molida a palos, contusiones severas, quemaduras, fracturas de huesos
- 5=Heridas en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes
- 6=Uso de armas; herida por arma



Si cualquiera de las situaciones valora un numero alto en la

3. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales? SI NO
Si la respuesta es "SI" por quien(es) _____
Cuantas veces? _____

ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Violencia Psicológica

1. *¿Alguna vez se ha sentido dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, aislamiento de amigos(as) y parientes, etc.)*

1. Sí 2. No

¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Quién lo hizo? _____

Violencia Física

2. *¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho daño físico? (Ejemplo: puñetazos, cachetadas, patadas, quemaduras, cortaduras, jalones de cabellos, torcedura de brazo, etc.)*

1. Sí 2. No

¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Quién lo hizo? _____

¿En qué parte del cuerpo? _____

Violencia Sexual

3. *¿En algún momento de su vida ha sido forzada a tener contacto o relaciones sexuales por su pareja o alguien importante para usted?*

1. Sí 2. No

¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Quién lo hizo? _____

Violencia en el Embarazo

4. *¿Alguna vez fue usted maltratada o herida psicológica, física o sexualmente durante el embarazo?*

1. Sí 2. No

Tipo de violencia: _____

¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Quién lo hizo? _____

Seguridad

5. *¿Se siente segura regresando a su casa?*

1. Sí 2. No

Anexo 3.

RECOMENDACIONES ÉTICAS Y DE SEGURIDAD DE LA OMS PARA INVESTIGACIONES SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

- La seguridad de las entrevistadas y del equipo de investigación es primordial y deberá considerarse en todas las decisiones del proyecto.
- La protección de la confidencialidad es fundamental para preservar la seguridad de las mujeres y garantizar la calidad de la información.
- Todos los miembros del equipo de investigación deberán ser seleccionados cuidadosamente y recibirán entrenamiento especializado y apoyo continuo.
- El diseño del estudio deberá incluir un número de acciones dirigidas para reducir el estrés en los participantes a causa de la investigación.
- Los estudios deben ser metodológicamente correctos y tomar en cuenta el conocimiento actual para reducir la subnotificación del maltrato.
- Las trabajadoras de campo deberán ser entrenadas para referir a las mujeres o dar apoyo. Donde los recursos son escasos, quizá sea necesario crear mecanismos de apoyo a corto plazo.
- Los investigadores y donantes tienen la obligación ética de ayudar a que los resultados de la investigación sean interpretados adecuadamente y utilizados para impulsar el desarrollo de políticas e intervenciones.
- Las preguntas sobre violencia deberán ser incorporadas dentro de estudios con otros fines, sólo cuando se haya cumplido con los requerimientos metodológicos y éticos para el estudio de la violencia.