



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EDUCACIÓN EN SALUD PARA PREVENIR VIOLENCIA DE
PAREJA COMO FACTOR PSICOSOCIAL ASOCIADO A
PREECLAMPSIA**

INVESTIGACIÓN REALIZADA GRACIAS AL PROGRAMA **UNAM-DGAPA-PAPIIT
IN308814-3** DEL PROYECTO "INTERVENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA
PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A
PREECLAMPSIA"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANA LILIA CARAVEO MALDONADO

Núm. Cuenta UNAM: 413034500

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS

CIUDAD DE MÉXICO

2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A la Honorable y Máxima casa de estudios, mi Alma Mater, la Universidad Nacional Autónoma de México por darme el privilegio de formar parte de una majestuosa institución que siempre fue mi anhelo, no solo por su trabajo para forjar profesionales sino por su compromiso para inculcar en ellos la pasión de ser aquello que hemos deseado toda la vida.

A mi amada Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por formarme como profesional en lo que me más amo hacer y por darme siempre las herramientas esenciales para mi preparación y formación profesional.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de investigación e Innovación Tecnológico UNAM-DGAPA-PAPIIT IN 308814-3, del Proyecto “Intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a Preeclampsia” por apoyarme como becaria y permitirme formar parte de su equipo de investigación, por impulsar la realización de la presente investigación que fomentara un cambio en la vida de la paciente obstétrica.

A mi asesora, la Dra. María De Los Ángeles Torres Lagunas, con mucho respeto y agradecimiento por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, Gracias por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

A todo el personal médico y de enfermería del HMI José María Morelos y Pavón en conjunto con el Instituto de Salud del Estado de México, quienes nos abrieron sus puertas y nos brindaron todo su apoyo durante la realización del servicio social, por su paciencia, enseñanzas, sus habilidades y experiencias compartidas que inculcaron en mí como profesional, gracias también por su cooperación para permitirme llevar a cabo la implementación de este modelo de intervención.

A todas aquellas personas que de distintas maneras contribuyeron para lograr esto, gracias por el apoyo y la confianza que depositaron en mí, pero sobre todo gracias por creer en mí como profesional de enfermería.

DEDICATORIAS.

A mis Padres.

Lilia y Edmundo; Ma, Pa, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor incondicional, aun en las circunstancias más difíciles, sepan que todo el esfuerzo invertido en esta tesis no es solo mío, que ustedes son mi pilar más fuerte, ustedes han sido guía, fe, y alivio ante todas las adversidades que han surgido y por ello dedico este trabajo a ustedes, porque no existe amor más grande y maravilloso que el que ustedes tienen para ofrecerme desde antes del primer día de mi vida.

A mi Hermano

Adrian; Porque a pesar de nuestras diferencias siempre me has tendido la mano cuando necesito de ti y me has demostrado con tu ejemplo que quien es persistente en el camino al final consigue siempre su objetivo. Con tu alegría y tu ser, logras estabilizar mi vida y complementarme, porque a cada paso que doy sé que tú estarás ahí antes que nadie.

A mis familiares.

Que de una u otra forma han visto por mí y mi bienestar y han estado atentos al camino de mi formación profesional, gracias porque aunque la distancia nos impida estar cerca físicamente, siempre han estado para mí cuando lo he necesitado y sé que la confianza que han puesto en mí ha sido mucha y con este trabajo quiero retribuirles aunque sea un poquito de lo mucho que me han dado, no escribo nombres porque no terminaría, pero sepan que siempre los llevo en mi pensamiento y que estoy sumamente agradecida por todo, sigo en deuda con ustedes por tanto, pero aún queda camino por recorrer.

A mis amigos

Les agradezco la paciencia, el apoyo incondicional, la confianza y el cariño que me demuestran cada día, gracias por quedarse conmigo por tanto tiempo y en circunstancias difíciles, les aprecio demasiado y dedico a ustedes este trabajo también.

CONTENIDO.

	Pág.
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	8
PREFACIO.....	10
CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Situación Problemática.....	13
1.2 Contexto del Estudio.....	18
1.3 Objeto del Estudio.....	21
1.4 Pregunta de Investigación.....	21
1.5 Objetivos del Estudio.....	21
1.6 Justificación y Relevancia del Estudio.....	22
CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO-EMPÍRICO.....	23
2.1 Marco Conceptual.....	24
2.2 Marco Teórico-Empírico.....	28
a) Violencia y Preeclampsia.....	28
b) Intervenciones para disminuir violencia de pareja.....	33
CAPITULO III ABORDAJE METODOLÓGICO.....	38
3.1 Tipo de Estudio.....	39
3.2 Escenario del Estudio.....	39

3.3	Sujetos de Estudio.	40
3.4	Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.	40
3.5	Hipótesis.	41
3.6	Procedimiento.	41
3.7	Variables.	44
3.8	Recolección de Datos.	45
3.9	Análisis e Interpretación de los Resultados.	47
3.10	Consideraciones Éticas.	49
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.		50
4.1	Resultados.	51
4.2	Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez y Cols.).	56
4.3	Comprobación de la Hipótesis.	82
4.4	Discusión.	83
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.		86
5.1	Conclusiones.	87
5.2	Recomendaciones.	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.		93
ANEXOS Y APÉNDICES.		97

R E S U M E N.

La presente tesis, lleva por título “Educación en salud para prevenir violencia de pareja como factor psicosocial asociado a preeclampsia” se deriva del proyecto de investigación **UNAM-DGAPA-PAPIIT IN308814-3** Titulado “Intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia”, el actual trabajo de tesis tiene por objeto de estudio la Educación en salud para prevenir violencia de pareja como factor psicosocial asociado a preeclampsia, pues ha quedado evidenciado que en la salud sexual y reproductiva de la mujer, la violencia de pareja puede tener numerosas consecuencias negativas, es por ello que se muestran los resultados obtenidos de un estudio de enfoque metodológico, de tipo cuantitativo, experimental, prospectivo, longitudinal y analítico de nivel explicativo y controlado que dará respuesta a la pregunta de investigación formulada ¿Qué intervenciones educativas en salud disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México?.

La violencia como factor psicosocial asociado a preeclampsia, es un tema prioritario para muchos sectores dentro de la sociedad, dentro de ellos, los servicios de salud, esto se debe a su alta prevalencia, los efectos nocivos e incluso fatales en la etapa perinatal que se han dado a conocer. Para recabar los datos, se utilizó la escala de Violencia e índice de severidad (EV-19) propuesta por Valdez y Cols., la cual permite medir el índice de severidad de la violencia hacia las mujeres ejercida por parte de su pareja, esta valoración se aplicó en dos momentos de la investigación a un total de 104 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, de las que se formaron dos grupos, un grupo control y un grupo intervención, también se empleó un estudio socio demográfico; la escala de Gaffar que permite dividir la muestra en diferentes estratos sociales.

La información recopilada se analizó en el programa SPSS versión 23; y se utilizaron pruebas estadísticas para su análisis, alfa de cronbach para medir la fiabilidad del instrumento y tablas cruzadas para realizar las comparaciones de resultados obtenidos. Las acciones educativas realizadas durante la intervención estuvieron enfocadas a lograr

el objetivo general que plantea demostrar que la implementación de una intervención educativa en salud disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.

Con los resultados recopilados a partir de la información vertida en la base de datos se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov, la cual arroja un resultado de $P=.00$, posteriormente se realiza una prueba de rangos de Wilcoxon para la comprobación de la hipótesis, en dicha prueba se obtiene un valor de significancia de $= .004$, y considerando que éste es menor al P valor (0.5) se aprueba entonces la H1, es decir la hipótesis del investigador, la cual sostiene que “La educación en salud disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México”.

En este estudio se determina que aquellas mujeres que presentaron preeclampsia o hipertensión gestacional estuvieron sometidas a niveles de violencia antes de la intervención y 12 de las 14 participantes que desencadenaron preeclampsia al final del embarazo pertenecen al grupo control, es decir que existe y se comprueba una asociación significativa para este dato, pues significa que esas 12 participantes de la muestra no recibieron la intervención dirigida a disminuir el riesgo de preeclampsia, a partir de este resultado se enlistan una serie de recomendaciones acerca del tema.

Palabras Clave.

Los principales descriptores utilizados y consultados para la elaboración de esta investigación son: Educación en Salud, Violencia y Preeclampsia. Estos conceptos fueron utilizados para la elaboración del marco teórico y posteriormente serán desglosados.

A B S T R A C T.

The present work, entitled "Education in health to prevent partner violence as a psychosocial factor associated with preeclampsia" is derived from the research project UNAM-DGAPA-PAPIIT IN308814-3 Titled "Comprehensive nursing intervention to reduce psychosocial risk factors associated with preeclampsia", the current thesis aims to study health education to prevent partner violence as a psychosocial factor associated with preeclampsia, as it has been evidenced that in the sexual and reproductive health of women, partner violence can have many negative consequences. For this reason, the results obtained from a methodological, quantitative, experimental, prospective, longitudinal and analytical study of an explanatory and controlled level that will answer the research question formulated are presented. Which interventions education decreases child violence a in pregnant women that go to the external consultation of a public hospital of the state of Mexico?.

Violence as a psychosocial factor associated with preeclampsia is an issue that has begun to take relevance within the priority themes for many sectors within society, including health services, caused by the onset of its high prevalence, harmful effects and even fatal in the perinatal stage that have become known. To obtain the data, the Violence and Severity Index (EV-19) scale proposed by Valdez and Cols. Was used to measure the severity index of violence against women exercised by their partner, this assessment a total of 104 participants who met the inclusion, exclusion and elimination criteria, from which two groups, a control group and an intervention group were formed, were also applied at two moments of the research; a socio-demographic study was also used; the Gaffar scale that allows dividing the sample into different social strata.

The information collected was analyzed in the SPSS version 23 program; and statistical tests were used for their analysis, chronbach alpha to measure the reliability of the instrument and cross tables to make comparisons of results obtained. The educational actions carried out during the intervention focused on the general objective of demonstrating that the implementation of an educational intervention in health reduces the violence of partners in pregnant women who go to the outpatient clinic of a public

hospital in the state of Mexico. The Kolmogorov-Smirnov test was used to show the normal distribution of the curve, which yields a result of $P = .00$, which indicates that the distribution of the curve is not normal, so a Wilcoxon rank test in which value of significance of $= .004$ is obtained, and considering that it is less than the P value (0.5) the H_1 , that is to say the hypothesis of the investigator, is approved, which maintains that "Health education reduces the violence of couple as a psychosocial factor associated with preeclampsia in pregnant women who go to the external consultation of a public hospital of the Mexico state".

This study determined that those women who presented with preeclampsia or gestational hypertension were subjected to levels of violence before the intervention and 12 of the 14 participants who triggered preeclampsia at the end of pregnancy belong to the control group, it means there is and is verified a significant association for this data, because it means that those 12 participants in the sample did not receive the intervention aimed at reducing the risk of preeclampsia, from this result are listed a series of recommendations on the subject.

Keywords.

The main descriptors used and consulted for the elaboration of this investigation are: Education in Health, Violence and Preeclampsia. These concepts were used for the development of the theoretical framework and later will be disaggregated.

P R E F A C I O.

La presente tesis se deriva del proyecto de investigación UNAM-DGAPA-PAPIIT IN308814-3 Titulado “Intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia”, mismo que se encuentra en su tercer etapa, previamente se realizaron investigaciones sobre los factores psicosociales que influyen para que se desarrolle la preeclampsia en una mujer embarazada, esta investigación en conjunto con las antes mencionadas va encaminada a las intervenciones educativas para ayudar a que los factores psicosociales se logren disminuir y con ello se reduzca el riesgo de presentar preeclampsia, específicamente se aborda el tema de violencia de pareja.

Con la presente investigación se espera conseguir un panorama que permita a las mujeres embarazadas identificar de manera temprana el conjunto de sintomatologías que las pueden disponer a ser partícipes de violencia y por consecuencia ser susceptibles a desarrollar preeclampsia, así como lograr una diferente perspectiva en la esfera de salud, que permita contemplar la preeclampsia desde un enfoque más amplio, en la que una situación psicosocial desfavorable, como lo es la violencia de pareja, incrementa la vulnerabilidad de la gestante.

Luego de una minuciosa búsqueda en la bibliografía con las evidencias adecuadas para complementar y derivado de la experiencia con mujeres embarazadas durante la realización del servicio social, en el cual un gran número de pacientes eran víctimas de algún tipo de violencia ejercida por su pareja, se elaboró un modelo de intervención educativa en enfermería.

En el primer capítulo se abordará la situación problema que explica y fundamenta la importancia de llevar a cabo un estudio más a fondo de esta problemática, así mismo el contexto del estudio en el que se habla sobre algunos de los antecedentes de esta investigación, se aclara el objeto de estudio, la pregunta de investigación a la cual se da respuesta, también los objetivos del estudio y por último la justificación y relevancia del estudio.

El capítulo dos comprende el marco conceptual, en el que se detallan los conceptos más importantes utilizado en esta investigación, el marco teórico en el que se incluyen las teorías encontradas en la búsqueda que tienen relación con la violencia y están asociadas a preeclampsia, también se dispone el marco empírico que son los estudios relativos a los últimos 5 a 10 años y fundamentan este estudio, por ultimo este capítulo presenta el desarrollo de las intervenciones educativas que se realizaron en el taller “Por un embarazo saludable” el cual pertenece a este modelo de intervención.

En el capítulo tres, que lleva por nombre Abordaje Metodológico se detalla el tipo de estudio que se realizó, se describe el escenario del estudio, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación utilizados para determinar la muestra, la hipótesis, variables, recolección de datos, análisis e interpretación de los resultados y por ultimo las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para llevar a cabo la intervención.

En el capítulo cuatro, Resultados y discusión, se incluyen los resultados, se desglosa la escala de valoración utilizada para esta investigación, pregunta por pregunta se presentan los resultados obtenidos después de ser procesados en los formatos de tablas cruzadas, por el programa estadístico IBM SPSS Statics 23 posteriormente se presenta la comprobación de la hipótesis para la cual se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon, finalmente se presenta la discusión de la investigación.

En el quinto y último capítulo se exponen las conclusiones a las que se llegó con esta investigación y se emiten las recomendaciones que el autor de la misma aconseja como contrastación de la intervención realizada y la revisión de la literatura.

Finalmente se colocó un apartado de anexos y apéndices que incluyen el instrumento de valoración utilizado para la recolección de datos, el díptico de ejercicios que se les proporcionó a las pacientes, las portadas de los discos de información y música que utilizaban las pacientes y el folleto de plan de emergencia utilizado en el Estado de México.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1 Situación Problemática.

La presente tesis se deriva del proyecto de investigación PAPIIT-UNAM-DGAPA No. IN308814-3 titulado “Intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo asociados a preeclampsia” y del interés de profundizar en el estudio de la salud materna-neonatal que adquirí durante mi último año de carrera al vincularme con el área de obstetricia e iniciar mi servicio social en el Programa Universitario de “Maternidad sin Riesgos” con sede en el Hospital Materno Infantil José María Morelos y Pavón, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) ubicado en el municipio de San José Del Rincón, Estado de México en los servicios de obstetricia, en donde tuve la oportunidad de trabajar muy de cerca con mujeres embarazadas cuyas condiciones de vida son precarias en relación a su economía y a su nivel de estudios, lo que no les permiten tener una mejor orientación acerca del cuidado de su persona y por lo tanto son vulnerables a desarrollar un gran número de complicaciones en esta etapa.

San José Del Rincón es uno de los 125 municipios del Estado de México, se trata de una comunidad principalmente rural ubicada en la zona del Valle de Quencio, se ubica al oeste del estado y limita al norte con el municipio de El Oro; al sur con el municipio de Villa de Allende; al sureste con el municipio de Villa Victoria; y al este con el municipio de San Felipe del Progreso. También limita con varios municipios de Michoacán, al norte con Tlalpujahua; al suroeste con Zitácuaro; al noroeste con Senguio; y al oeste con Ocampo y Angangueo (Apéndice 2). Cuenta con una población de 91,345 habitantes de los cuales 45,084 son hombres y 46,261 mujeres, 11,147. El 2,14% de la población proviene de fuera del Estado de México, el 30,29% de la población es indígena, el 14,06% de los habitantes habla alguna lengua indígena, y el 0,03% habla la lengua indígena pero no español.

Se trata de una comunidad, en la que solamente el 60,35% de la población cuenta con los servicios de agua entubada y energía eléctrica, mientras que el resto de la población vive en condiciones de rezago social, cabe mencionar que únicamente el 0,43% tiene acceso a Internet. La población tiene un ratio de fecundidad de 3.37 hijos por mujer, lo cual se traduce en familias numerosas con baja calidad de vida, el municipio tiene un grado de marginación alto, el nivel de estudios apenas alcanza un promedio de primaria completa y existe un alto índice de analfabetismo, la actividad económica principal es el trabajo de campo y secundario a esto el trabajo foráneo, lo que acarrea familias desintegradas y con disfunción social.

Entre las condiciones de vida de estas mujeres, una circunstancia común es la violencia infligida por la pareja, la familia y la comunidad por su ideología machista hacia ellas. Este tipo de violencia a pesar de ser poco tomada en cuenta como agravante o inductor, tiene una gran importancia cuando se asocia a una enfermedad tan grave y común en el embarazo como lo es la preeclampsia.

Algunos autores señalan que cuando existe violencia dentro del seno familiar difícilmente es denunciado, lo cual lleva a un hogar desintegrado, sin comunicación, las mujeres embarazadas deben vivir el embarazo como una experiencia plena de satisfacción y deseo del hijo que esperan dado que no es una entidad patológica si no un periodo fisiológico que debe vivirse como tal, cuando las madres no son víctimas de violencia tienen deseos de llevar su embarazo a término felizmente sin complicaciones, acuden a sus consultas prenatales y dan seguimiento del mismo, por el contrario el periodo de la maternidad pasa como cualquier tiempo esperando solo el momento de dar a luz como se den las circunstancias (Sánchez Chávez N. et al., 2013).

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por alteración en la fisiología de las células endoteliales de las arterias espirales del útero, produciéndose una inadecuada invasión del citotrofoblasto en estas arterias (Sánchez S., 2016); esto altera la placentación y se desarrolla el síndrome isquémico en el tejido placentario y el compromiso de varios órganos maternos, está evidenciada con dos lecturas de presión

arterial $\geq 140/90$ (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg), y proteinuria superior a 0,3 g/día después de la vigésima semana de embarazo en pacientes anteriormente normotensas.

La salud materna es una preocupación para la salud mundial, la OMS estima que cada año ocasiona aproximadamente cerca de 50,000 muertes maternas; es por eso que a nivel mundial se considera a la Preeclampsia como la tercera causa de mortalidad materna. Así mismo, indicó que diariamente fallecen alrededor de 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y con el parto (Benites-Cóndor Y, et al.). De acuerdo con un informe emitido por la OMS una de cada cinco mujeres en el mundo ha sufrido maltrato físico, psicológico o sexual en algún momento de su vida 6, 7, en un estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer en 10 países mostró una prevalencia del 15% al 71% (violencia física o sexual o ambas), además este estudio aportó con información de las formas y pautas de violencia, que ayudará a que se elaboren políticas y programas para combatir este problema.

Se publicó un estudio en el año 2014 en el que se afirma que en nuestro país la mortalidad materna ocasionada por Preeclampsia y complicaciones fue de 43 por cada 100,000 nacidos vivos, es por eso que para México y América Latina ésta ocupa la primera causa de muerte materna y fetal (Freyermuth Enciso, Luna Contreras, 2010).

La violencia es un factor psicosocial asociado a preeclampsia. Según la Dra. Naranjo (2013) en el embarazo, la violencia de género es comparable con otras enfermedades que ocurren durante el mismo, como son la diabetes o preeclampsia y se estima que una de cada cuatro mujeres en el mundo es violentada física o sexualmente durante su embarazo.

En la salud sexual y reproductiva de la mujer, la violencia de pareja puede tener numerosas consecuencias negativas, por ejemplo embarazos no planeados y no deseados, abortos y abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, complicaciones del embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria,

infecciones urinarias, disfunción sexual y trastornos hipertensivos del embarazo. Un estudio multipaís realizado por la OMS registró más comunicaciones de sufrimiento emocional, ideas suicidas e intentos de suicidio entre las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de maltrato físico o sexual que entre las no maltratadas.

Hasta hace algún tiempo el problema de la violencia contra la mujer no era objeto de dominio público, se mantenía al margen o en privado y aquellas quienes fueran las víctimas sufrían las secuelas sin la posibilidad de recibir algún tipo de ayuda o atención, tampoco era una cuestión que preocupara en el ámbito legal, los servicios sociales y mucho menos a los servicios de salud, al notarse su alta prevalencia, los efectos nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual se ha convertido en un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva dentro de las normas de convivencia social, democrática y el ejercicio de los derechos humanos (NOM 007-SSA-2016).

En México la violencia es un problema que traspasa las fronteras educativas, socioeconómicas, culturales y religiosas. Durante el embarazo la violencia 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 familiar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo éstas se dirigen a los senos, abdomen y genitales. El agresor justifica el acto violento argumentando que el embarazo representa una carga económica, o que fue provocado por otro hombre, o que recibe menos atención, además de que se percibe a la mujer más vulnerable e indefensa y menos capaz de tomar represalias o defenderse.

La violencia ha comenzado a tomar relevancia dentro de los temáticas prioritarias para muchos sectores dentro de la sociedad, dentro de los cuales se encuentran los servicios de salud y a partir de esta visión el tema de violencia contra la mujer se ha vuelto cuestión de discusión internacional siendo así que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud

(OPS) han señalado la violencia como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico de las sociedades.

Se ha fundamentado considerablemente que la atención a las víctimas de violencia a través de la educación en salud, la orientación y el empoderamiento tiene un impacto positivo en el proceso de recuperación y tratamiento de víctimas de violencia. De lo anterior se desprende que los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento. Es decisivo que la educación para la salud tome en cuenta los factores psicosociales que determinan la salud de la gente. La educación para la salud necesita capacitar a la población para que cambien estas condiciones. Desde este punto de vista, la educación para la salud es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico de desarrollo humano.

Es por ello que la presente Tesis aborda las intervenciones educativas así como los resultados encontrados para prevenir la violencia como factor de riesgo para Preeclampsia y sus complicaciones en mujeres relativamente sanas en México.

Con base en lo anterior, la pregunta de investigación a la que dará respuesta este estudio es la siguiente **¿Qué intervenciones educativas en salud disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México?**

1.2 Contexto del estudio.

La educación en salud juega un papel importante para fomentar un embarazo, parto y puerperio saludables; genera una cultura de salud reproductiva en la mujer, y es importante para el cuidado en embarazos presentes y futuros. Históricamente la enfermera ha tenido un importante papel en el área de la prevención y la detección oportuna de numerosas patologías, pero cabe destacar que en el contexto del control prenatal, la detección oportuna, el diagnóstico y tratamiento con la mujer obstétrica su función se ha visto limitada a la consejería de temas llanos y no se cataloga importante su participación en el área. Dado que se encuentran muy pocos estudios que comprueben la intervención temprana del personal de enfermería en las pacientes obstétricas para prevenir la violencia como un factor de riesgo que desencadena preeclampsia, es imperativo realizar más investigaciones sobre preeclampsia que tengan un enfoque psicosocial e incorporen la variable social de violencia y cómo intervenir sobre los factores de riesgo de esta misma.

La etiología de la preeclampsia es multifactorial. La literatura describe diversos factores de riesgo psicosociales que desencadenan su aparición como son: el estrés, la depresión, el ansiedad y la **violencia**, los cuales no son debidamente detectados y la mayoría de las veces no son tratados y algunos reciben una atención inadecuada, por lo cual es muy frecuente la aparición y complicaciones de la violencia en el embarazo. Es por lo anterior que esta tesis tiene por objeto identificar las intervenciones educativas que pueden incidir en la prevención de la violencia asociada a problemas en el embarazo como lo es la preeclampsia.

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres y sus recién nacidos. El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, según la población estudiada; las definiciones de violencia y los métodos empleados para medirla muestran en México una

prevalencia del 15 al 32.1%, reportándose en el Instituto Nacional de Perinatología una incidencia del 21.5% (Cepeda-Silva et. Al., 2011).

La violencia infligida por la pareja afecta a la salud física y mental de la mujer. Haber sido víctima de violencia es por consiguiente un factor de riesgo de muchas enfermedades y trastornos. Cuanto más grave sea el maltrato, mayores serán sus repercusiones sobre la salud física y mental de la mujer, y las consecuencias de los diferentes tipos y múltiples episodios de maltrato parecen ser acumulativas con el transcurso del tiempo (Morales Camargo J., 2015). Durante el embarazo la violencia 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 familiar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estas se dirigen a los senos, abdomen y genitales. El agresor justifica el acto violento argumentando que el embarazo representa una carga económica, o que fue provocado por otro hombre, o que recibe menos atención, además de que se percibe a la mujer más vulnerable o indefensa y menos capaz de tomar represalias o defenderse.

En México el tema de la violencia durante el embarazo ha recibido poca atención, se mantiene completamente oculto en la mayoría de los casos. Por ello desde hace más de un siglo la mujer ha empezado a cuestionar las prácticas discriminatorias que las ubican en un nivel inferior, todo ello con justa razón, pues los grupos de mujeres y los organismos internacionales reconocen el problema de violencia contra las mujeres no sólo como un factor de perturbación social y como problema de Salud Pública, sino también como una violación de los derechos humanos, la violencia en la mujer durante la etapa de embarazo es un problema que va más allá de las repercusiones sociales puesto que sumado a las complicaciones físicas que puede desencadenar se encuentran las consecuencias psicopatológicas (Sánchez Chávez N, 2013).

La escasa sensibilización y falta de conocimiento sobre perspectiva de género ha provocado que la atención en los servicios de salud hacia las mujeres que sufren violencia intrafamiliar sea deficiente. Aunque existe un esfuerzo creciente de incluir el tema del

embarazo de adolescentes y la violencia en los programas regulares de educación sexual en México, también existe una falta de atención significativa a las causas que originan esta violencia.

La relación entre el embarazo, la violencia y la preeclampsia tiene diferentes facetas: las agresiones físicas, emocionales, económicas y sexuales, tienen como consecuencia que la mujer que ha sido víctima desarrolla un cuadro de angustia, en la mayoría de las veces permanente que se asocia con depresión, aislamiento, estrés lo que a su vez logra desencadenar afecciones funcionales que ponen en peligro el bienestar y la vida de la mujer.

Un estudio observacional analítico prospectivo de casos y controles sobre los Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en Perú, en el que se consideró como población de estudio a toda mujer que recibió atención durante el parto en el servicio de obstetricia entre abril y junio de 2010 demostró que el antecedente de violencia psicológica y física, así como la planificación del embarazo, la primigravidad, primiparidad, índice de masa corporal y el antecedente de preeclampsia previa estuvieron asociados de manera estadísticamente significativa a los casos de preeclampsia (Morales Ruiz C., 2011).

1.3 Objeto de estudio.

Educación en salud para prevenir violencia de pareja como factor psicosocial asociado a preeclampsia.

1.4 Pregunta de investigación.

¿Qué intervenciones educativas en salud disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México?

1.5 Objetivos de estudio.

General.

- Demostrar que la implementación de una intervención educativa en salud disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.

Específicos.

- Identificar las intervenciones educativas en salud que disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.
- Estimar en qué medida las intervenciones educativas en salud disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.

1.6 Justificación y relevancia del estudio.

Esta tesis se justifica debido a que existen pocos estudios que hablen de las intervenciones educativas brindadas a la mujer embarazada para prevenir preeclampsia asociada a violencia como factor psicosocial.

Con la presente investigación se espera conseguir un panorama que permita a las mujeres embarazadas identificar de manera temprana el conjunto de sintomatologías que las pueden disponer a ser víctimas de violencia y por consecuencia ser susceptibles a desarrollar preeclampsia, así como lograr una diferente perspectiva en la esfera de salud, que permita contemplar la preeclampsia desde un enfoque más amplio, en la que una situación psicosocial desfavorable, como lo es la violencia de pareja, incrementa la vulnerabilidad de la gestante.

Se tiene la expectativa que al implementar intervenciones educativas que coadyuven a la mujer embarazada a tener un mejor autocuidado de su persona así como de la nueva vida que la acompaña, haya una disminución significativa en la aparición de preeclampsia y de las posibles complicaciones que puedan surgir durante el embarazo que comprometan la salud materna y neonatal en el Hospital Materno Pediátrico José María Morelos y Pavón.

Este estudio ayudará de manera trascendente a futuras investigaciones del tema a complementar si la violencia doméstica de la pareja puede ser modificada a través de intervenciones educativas y que estas repercutan en la aparición de preeclampsia y de cómo esta puede ser una manifestación clave para presentar este trastorno hipertensivo.

Se fundamenta la inherente necesidad de capacitar al personal de salud de manera vasta con el propósito de hacerlos aptos para detectar síntomas o patrones que indiquen situaciones de violencia en el entorno de la mujer en el embarazo y que sean capaces de brindar el apoyo conveniente y oportuno que limite el desarrollo de comorbilidades asociadas a la violencia.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL Y

TEÓRICO-EMPÍRICO.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL, TEÓRICO Y EMPÍRICO.

2.1 Marco conceptual.

Los conceptos principales que se abordan para fundamentar esta tesis son los siguientes: Educación en Salud, violencia y preeclampsia, mismos que a continuación se definen.

Educación en Salud. La educación en salud de acuerdo con el Descriptor de Ciencias de la Salud (2016) comprende la enseñanza que aumenta la conciencia e influye favorablemente en la actitud para la mejoría de la salud tanto individual como colectiva (MeSH/NLM). Los enfoques y técnicas usadas para fomentar hábitos sanitarios cotidianos en la comunidad y para inculcar conocimientos y prácticas de comportamiento higiénico como elementos primarios de salud en el desarrollo personal y de la nación.

Promoción de la Salud. Afín a lo anterior, la promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. En términos más sencillos, la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas.

Aunque son conceptos muy similares cabe resaltar que son dos cosas distintas, que van encaminadas a un mismo propósito que es el conseguir educar a la población ajena al ámbito de la salud en temas que les compete su salud.

Preeclampsia. El Descriptor de Ciencias de la Salud (2016) define la preeclampsia como la complicación del embarazo caracterizada por un complejo de síntomas que incluyen hipertensión materna y proteinuria, con o sin edema patológico. Los síntomas

pueden ir de más benigno a grave. La preeclampsia generalmente se produce después de la semana 20 del embarazo pero puede desarrollarse antes, en presencia de enfermedad trombotológica. En tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) la define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco.

En México la Secretaría de Salud en la guía de práctica clínica para la atención integral de la preeclampsia, (2008) define la misma como “síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio” (CENETEC).

Violencia. La violencia contra las mujeres es de muchas formas: física, sexual, psicológica y económica. Estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres desde el nacimiento hasta la edad mayor.

El Descriptor de Ciencias de la Salud (2016) define como violencia aquel comportamiento agresivo individual o grupal que es socialmente inaceptable, turbulento, y con frecuencia destructivo. Se precipita por las frustraciones, hostilidad, prejuicios, etc.

La violencia de pareja (MeSH, 2016) hace referencia a un patrón de conducta agresiva y coercitiva por un individuo en contra de su pareja o cónyuge que puede incluir daño físico, abuso psicológico, abuso sexual, aislamiento progresivo, acecho, privación, intimidación y la coerción reproductiva.

La Organización de las Naciones Unidas (2016) definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

La violencia contra las mujeres, esta descrito por la Norma Oficial Mexicana 046 (2005) es 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; 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 o bien que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.

El término de violencia intrafamiliar o violencia doméstica alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. Son todas aquellas conductas que por acción u omisión causan daño físico o psicológico, o ambos a otro miembro de la familia, impidiendo su desarrollo armónico y su promoción social en todos los campos; lo cual viola sus más elementales derechos (Sánchez Chávez N. et al., 2013).

La violencia contra las mujeres no se limita a una cultura, región o país específico, ni a grupos específicos de mujeres en la sociedad. Las raíces de la violencia contra la mujer yacen en la discriminación persistente contra las mujeres.

En conjunto los anteriores conceptos definidos nos permiten marcar la pauta de lo que la presente tesis comprende, y con ello marcar el límite del tema principal "Educación en salud para prevenir violencia de pareja como factor psicosocial asociado a Preeclampsia" con la finalidad de un mejor entendimiento del mismo, pues la problemática radica en cuestiones biológicas, no obstante las cuestiones psicosociales son también parte importante del problema y repercuten en mayor escala dentro del ámbito social. Hasta el momento, no existe un programa preventivo accesible que busque tratar, prevenir o

mejorar el problema de salud desde un enfoque psicosocial, por lo que solo los parámetros de orden biológico ya estipulados son considerados parte del diagnóstico, y hay múltiples programas sobre el tratamiento, pero cabe mencionar que innumerables autoridades de salud están poniendo de lado la parte biológica de esta patología y están apostando por establecer medidas que antes no se han considerado, así como lo es la educación en salud para prevenir preeclampsia.

2.2 Marco Teórico-Empírico.

Para desarrollar este estudio, se realizó una búsqueda avanzada en las bases de datos PubMed, Bi(BVS), Tripdatabase CINAHL, Scielo, Lilacs, RedAlyc, Mediagraphic, para lo cual se consultaron los términos en el Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject (MeSH), de estudios antecedentes que dan sustento del mismo y que permiten tener una visión más amplia de la información preexistente acerca del tema así como una pauta para continuar en la investigación.

a) Violencia y Preeclampsia.

Un estudio observacional analítico prospectivo de casos y controles sobre los Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en Perú, demostró que el antecedente de violencia psicológica y física, así como la planificación del embarazo, la primigravidad, primiparidad, índice de masa corporal y el antecedente de preeclampsia previa estuvieron asociados de manera estadísticamente significativa a los casos de preeclampsia, logró demostrar que las pacientes con antecedente de violencia física presentan 32% más probabilidad de desarrollar preeclampsia, quienes no planificaron el embarazo incrementan su riesgo en 23% y las primigestas aumentan su riesgo en 54%. El autor intenta explicar por qué una investigación de la preeclampsia desde una perspectiva biomédica resulta siempre insuficiente, puesto que el embarazo es un fenómeno social y la mujer es un psiquismo consciente; y que en este marco urge desarrollar una teoría que explique a la preeclampsia también como un fenómeno social que se traduce en mecanismos de adaptación biológicos (Morales Ruiz C., 2010).

Encontramos también en Perú un estudio de casos y controles llevado a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante los meses de agosto a octubre del 2012 cuyos resultados confirman la asociación entre la presencia de factores psicosociales y el mayor riesgo de presentar preeclampsia, pues se logró demostrar que la presencia de violencia en general (ya sea física, psicológica o sexual), resultó un factor de riesgo dos veces mayor para desarrollar preeclampsia. Las mujeres que tuvieron

mayores niveles de ansiedad y depresión en general durante el embarazo tenían un riesgo tres veces mayor de desarrollar preeclampsia, se comprobó que además de los daños físicos, la violencia durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas como ansiedad y depresión, constituyéndose en un factor psicosocial subyacente condicionante de respuestas maternas adversas en el embarazo, siendo la preeclampsia una de sus expresiones de mayor trascendencia biomédica.

El autor afirma que se debe abordar la preeclampsia con un enfoque holístico, no sólo desde el punto de vista biomédico, sino también como un problema psicosocial, donde intervienen factores de riesgo predisponentes para esta enfermedad, muchos de los cuales al ser detectados y tratados a tiempo podrían minimizar sus efectos sobre la madre gestante y así evitar en algún grado la manifestación de esta patología. Por tanto, es de vital importancia brindar una atención prenatal personalizada y reenfocada que permita identificar a las gestantes con mayor riesgo y promuevan la participación de la familia, en especial la pareja, en el cuidado de la salud materna (Ku Elia, 2012).

Nora Patricia Sánchez-Chávez et al., (2013) realizaron un estudio prospectivo, transversal, analítico, comparativo, entrevistas estructuradas, en mujeres embarazadas de la ciudad de Oaxaca, el objetivo de esto es detectar los factores asociados al maltrato en general en embarazadas de tres grupos sociales, como factor de riesgo a la salud.

Con ello los autores llegan a la conclusión de que las gestantes con mayor riesgo son aquellas que reciben más maltrato físico y emocional, económico y sexual. Aunado a las circunstancias de edad en los extremos, el maltrato a la embarazada se dio en todos los estratos sociales, pero ocurre con mayor frecuencia en estratos económicos precarios, lo cual es un agravante de dicho conflicto pues el estado de salud de la embarazada guarda correlación con el acceso a los servicios de salud, recalcan que es de suma importancia considerar el maltrato a embarazadas como parte de la historia clínica como factor de riesgo de mortalidad materna.

Los estudios realizados sobre violencia domestica indican que en muchas ocasiones la violencia física se inicia en el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las gestantes y al producto, entre los efectos se han encontrado aborto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, muerte fetal, rotura prematura de membranas, nacimiento pretérmino y bajo peso al nacimiento, además se ha observado también que los embarazos forzados o no planeados, seguidos de episodios de violencia y abandono, orilla a las mujeres a recurrir a prácticas abortivas peligrosas o incluso a algunas de ellas al suicidio.

Entre los efectos psicológicos causados por la culpabilidad y baja autoestima que son rasgos característicos de las mujeres violentadas, esto aunado a los efectos físicos evidentes, las agresiones constantes cambian el comportamiento de la mujer, quien puede sentir confusión, incapacidad de concentración, trastornos en su forma de vida, en sus hábitos de sueño o alimenticios, experimentar sentimientos de incomunicación, vergüenza, timidez, depresión, furia o miedos y pueden existir también los trastornos sexuales como miedo a la intimidad o incapacidad para tener respuestas sexuales.

La Dra. Collado explica que las mujeres que están sometidas a violencia doméstica pueden llegar a desarrollar estrés crónico, depresión mayor, debido a las constantes agresiones y esto a la larga da como resultado problemas que van más allá de los efectos físicos o psicológicos, pues la violencia constante y repetida tiene efectos acumulativos sobre su salud a mediano y largo plazo afirma, su esperanza de vida entonces se ve disminuida.

Diversos estudios demuestran que hay menor proporción de mujeres que notifican la violencia doméstica en el área rural, y es posible que el mismo fenómeno se presente en las mujeres embarazadas, el bajo peso al nacer del producto es otra complicación documentada como consecuencia de la violencia física a la embarazada. Respecto a daños en la salud de la mujer, como consecuencia de golpes, encontramos asociación entre maltrato físico y sangrado trasvaginal durante el embarazo, así como entre violencia

física y parto antes del tiempo esperado, aunque este efecto sólo se encontró en mujeres indígenas (Paredes Solís S., 2005).

Una publicación hecha por Cuevas S y cols., (2006) resalta que uno de los aspectos sustanciales del problema de la violencia durante el embarazo se relaciona con la respuesta de los servicios de salud ante el problema, ya que está ampliamente documentado que las mujeres embarazadas que sufren violencia demoran o no asisten a la consulta prenatal por la dinámica que existe entre la pareja, lo cual obstaculiza la vigilancia adecuada de los embarazos y dificulta la detección y el tratamiento oportuno de posibles complicaciones. Los resultados de este estudio muestran que la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en contextos de alta marginación social, además de que su expresión tiende a ser más severa. Este fenómeno está ampliamente reconocido como un problema de salud pública de considerable impacto en la salud tanto de la mujer como en la del recién nacido por las consecuencias físicas y emocionales que tiene, por la demanda que representa en los servicios de salud (ya sea de la medicina institucional o tradicional) y por su alta prevalencia.

Un estudio transversal basado en encuestas que incluyó a 1949 mujeres de 15 a 50 años de edad, sobre la violencia contra la mujer y factores asociados, llevado a cabo en México por la Dra. Doris Naranjo (2013), reportó que un 13% sufrió violencia de diferente tipo durante el embarazo. La Dra. Naranjo clasifica las repercusiones de la violencia en tres etapas; el antenatal, el parto y el posparto, cabe destacar que en el periodo del antenatal ella menciona varias consecuencias dadas por la violencia dentro de las cuales encontramos descompensación de patologías previas o aparición de nuevas patologías asociadas a factores psicosociales como hipertensión gestacional y diabetes mellitus II, de igual manera enlista las repercusiones que pueden surgir en el momento del parto, de las que destacan la preeclampsia.

La teoría de Leonor Walker (2014) explica que la violencia es cíclica con diferentes fases: La primera denominada acumulación o aumento de la tensión, la segunda denominada Incidente agudo de agresión, la tercera llamada Arrepentimiento o Luna de Miel. Estas

etapas se repiten una y otra vez, disminuyendo el tiempo entre una y otra. Leonor Walker, es una psicóloga estadounidense experta en violencia doméstica contra las mujeres.

Ha trabajado durante muchos años con víctimas de violencia doméstica y ha logrado describir un ciclo que se repite en los casos de violencia de pareja que ella atendió y atiende como terapeuta. A partir de los testimonios de se dio cuenta que la mujeres víctimas de violencia doméstica no son agredidas todo el tiempo ni de la misma forma, sino que existen fases para la agresión, que tienen variada duración y diferentes manifestaciones (Anexo 7).

Los ciclos de agresión pueden presentarse en una pareja en forma regular o estar separadas por diferentes períodos. Pueden aparecer tempranamente en la relación, puede ser al mes de estar conviviendo o tomar tiempo para aparecer como puede ser después de varios años de convivencia.

b) Intervenciones para disminuir violencia de pareja.

Un estudio que lleva por título “Consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas disminuye el riesgo de complicaciones secundarias a hipertensión”, se llevó a cabo un diagnóstico situacional para desarrollar la intervención, basados en los once patrones funcionales de Marjory Gordon que pretende evaluar los resultados de una intervención de enfermería basada en consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas.

Se observó que haber pertenecido al grupo de intervención tuvo un efecto preventivo independiente de la presencia de hipertensión arterial en cualquier momento del embarazo. El mayor riesgo de este tipo de complicaciones se observó en pacientes jóvenes, primerizas, con historia de hipertensión en cualquier momento del embarazo y que no hubieran recibido la maniobra de intervención. La estrategia de consejería personalizada disminuyó el riesgo de complicaciones asociadas a hipertensión arterial al momento del parto. Esta estrategia tiene como base el seguimiento estrecho de la mujer embarazada, resolver las dudas del paciente, sugerir mejoras en la alimentación, implementación de ejercicio y la realización de actividades recreativas durante el embarazo.

Las intervenciones educativas tienen impacto variable de acuerdo al tipo de pacientes a los que van dirigidas, afirma la autora, sin embargo, es el personal de enfermería el encargado de implementar esta intervención que contrario a ello, tendría que ser una intervención multidisciplinaria. Lo anterior confirma que las intervenciones pueden ser planeadas por el personal de enfermería, pero que el éxito radica en el apoyo interno que se dé por el equipo multidisciplinario. Con los resultados del presente estudio se ha implementado como estrategia permanente el área de Consejería para la mujer embarazada dentro del Servicio de Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia (Solís-Flores L, et al., 2009).

Campero y equipo (2006) coinciden en que la mortalidad materna (MM) es un problema importante de salud pública en México, que puede evitarse a través de diferentes

estrategias. Al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se identifica cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas. Habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes por violencia, pero sin referencia alguna al embarazo o puerperio, es por ello que se realizó un estudio en el estado de Morelos, a partir de 394 certificados de defunción de mujeres entre 12 y 49 años de edad que murieron a lo largo del año 2001. Su estudio arrojó como resultado que es necesario reconocer que los factores sociales, culturales y emocionales que rodean la vida de las mujeres, cuando están embarazadas y durante el posparto, son tan significativos como los problemas obstétricos o clínicos en la determinación del resultado de un embarazo y la vida futura de la mujer. La importancia de este fenómeno se ha documentado en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2013 (ENVIM 2013) en la que, por ejemplo, se encontró que 9.8% de las mujeres en México sufren violencia física y 7% violencia sexual.

Ellos llegaron a la conclusión de que la violencia intrafamiliar como problema de salud (o condición de no salud) no corresponde a una condición fisiopatológica de enfermedad, sino a una condición social, sin embargo, si el embarazo desata o agrava la violencia intrafamiliar, y subsecuentemente se llega a la muerte, correspondería considerarla, al menos teóricamente, como una causa de muerte obstétrica indirecta.

En Bélgica (2014) se llevó a cabo una revisión sistemática cuya autora principal es Van Parys An-Sofie, quien incluye todos los tipos de intervenciones con el objetivo de reducir la violencia de pareja alrededor del embarazo que busca como resultado primario mejorar la salud y calidad de vida, conducta de seguridad, comportamiento de búsqueda de ayuda y/o apoyo social.

La autora señala que la violencia de los compañeros íntimos IVP por sus siglas en inglés, es cada vez más reconocida como un problema de salud global con implicaciones sociales. Afecta a mujeres de todos los orígenes, independientemente de su edad, etnia, condición socioeconómica, orientación sexual o religión. Ella define la violencia de pareja como “Cualquier comportamiento dentro de una relación íntima actual o anterior que

cause daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamientos de control”, según sea el contexto se le puede denominar de diversas maneras; violencia doméstica / familiar, abuso / agresión de cónyuge / pareja, agresión, violencia contra las mujeres o violencia de género.

Van Parys afirma que el embarazo puede ser un momento de particular vulnerabilidad a la violencia debido a cambios en las demandas físicas, emocionales, sociales y económicas y necesidades. Sin embargo, este período vulnerable no se limita al tiempo transcurrido entre la concepción y el nacimiento. Los investigadores han demostrado claramente que los factores de riesgo de violencia de pareja asociados con el embarazo abarcan el período de un año antes de la concepción hasta un año después del parto.

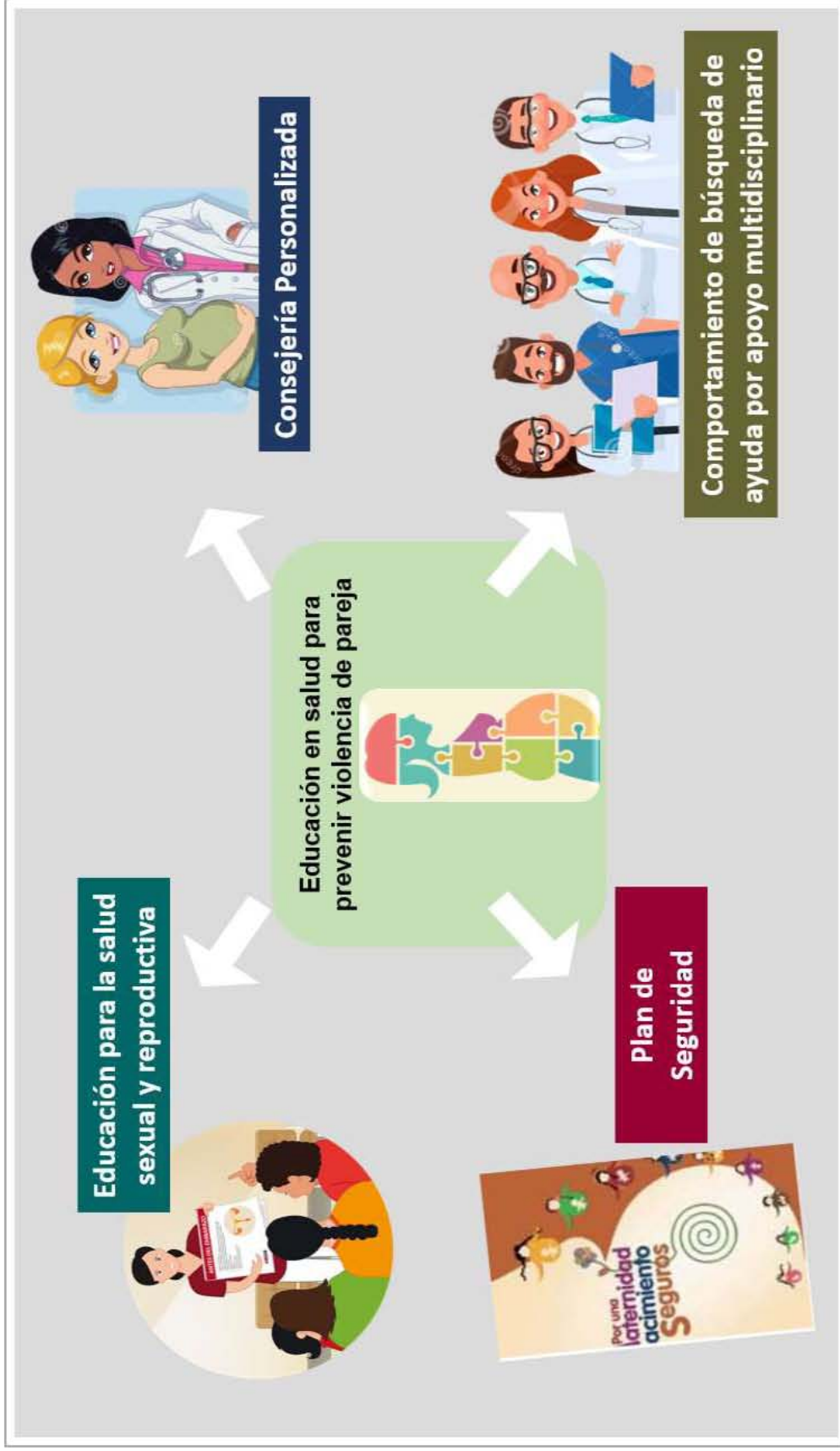
Los resultados más prometedores identificados por esta revisión se encuentran en los programas de visitas a domicilio y las intervenciones de asesoramiento multifacético por el personal de salud, se encontraron estudios que demuestran un número significativamente menor de mujeres con violencia en el periodo postnatal y que mejoraron la calidad de vida en el grupo de intervención cuando se les brindó apoyo y asesoramiento por parte de profesionales de enfermería, también observaron una disminución significativa en la violencia física de pareja de las mujeres visitadas por enfermeras, lo cual no se encontró en las mujeres visitadas por otros profesionales.

Y en ninguno de los estudios se informó evidencia de un efecto negativo o nocivo de las intervenciones. Esta revisión sistemática indica que no existen evidencias sólidas de intervenciones eficaces para tratar la violencia de pareja durante el período perinatal, y recalca que es esencial la investigación adicional a gran escala y de alta calidad para abordar las preguntas restantes y proporcionar pruebas adicionales sobre el efecto de ciertas intervenciones.

El personal de salud que se involucra con las pacientes en estado de gestación debe poseer la habilidad de detectar cualquier indicio o rasgo de violencia y por menor que este sea involucrarse activamente con la paciente para que esta se sienta en un ambiente

de confianza y seguridad que le permita abrirse al tema sin miedo a represalias o denigración de ningún tipo, sin embargo dicho personal multidisciplinario no siempre cuenta con la preparación idónea para hacer esta clase de acercamiento hacia las pacientes y esto conlleva una limitante que no permite avanzar más en la cuestión del tratamiento de violencia.

Modelo de Intervención educativa para disminuir violencia como factor de riesgo psicosocial asociado a preeclampsia



Fuente: Caraveo Maldonado Ana Lilia, 2017. Elaboración propia. Imágenes tomadas de "Medical Team" de la plataforma Dreamstime.com

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO.

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de Estudio.

Es un estudio de enfoque metodológico, de tipo cuantitativo, experimental, prospectivo, longitudinal y analítico de nivel explicativo y controlado.

Es cuantitativo debido a que la decisión del estudio se señala en magnitudes numéricas (estadísticas), es experimental porque se realiza una intervención, es prospectivo pues los datos son recolectados a propósito de la investigación de una fuente primaria, es longitudinal debido a que se realizan dos mediciones; una previa a la intervención y una posterior a ella, es analítico pues se trata de un análisis bivariado, planteado y poniendo a prueba una hipótesis, es explicativo por ser de causa y efecto y finalmente es controlado por contar con un grupo control.

3.2 Escenario del Estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil José María Morelos y Pavón, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) ubicado en el municipio de San José Del Rincón, Estado de México bajo consenso escrito de las autoridades de dicho hospital.

Las pacientes fueron informadas sobre los objetivos y alcances del proyecto, así como sobre la confidencialidad de la información vertida en los instrumentos de valoración aplicados, lo que quedó asentado de manera explícita en el formato “Carta de Consentimiento” consentimiento informado (Anexo 4). En esas condiciones y cuando así convino a sus intereses, la paciente y un familiar responsable de ella manifestaron por escrito su aceptación para participar en el estudio y que los datos proporcionados en el mismo se utilizaran únicamente con fines para el propósito de esta tesis. La información sobre el tema de violencia se obtuvo por medio de la escala “Escala de Violencia e Índice de severidad” por Valdez y Cols. (Anexo 3)

3.3 Sujetos de Estudio.

Aquellas mujeres embarazadas sanas, de edad gestacional igual o mayor a 20 SDG, sin patología previa, crónica degenerativa o asociada a la gestación, acudieran a recibir atención prenatal en el HMI José María Morelos y Pavón y que aceptaran participar en la investigación.

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, ya que todas las participantes tenían la misma oportunidad de ser seleccionadas. La muestra se conformó con 52 casos y 53 controles para el Estado de México. De estos se descartó solamente un control quedando finalmente la muestra para el Estado de México de 52 controles y 52 casos.

3.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas sanas.
- Mujeres sin patologías o comorbilidades asociadas a la gestación.
- A partir de la semana 20 de gestación.
- Que estén de acuerdo en participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Mujeres no embarazadas o puérperas
- Mujeres con alguna patología previa o agregada a la gestación
- Menores a la semana 20 de gestación o después de la 42
- Que no cumplan con las condiciones
- Que cumplan con las condiciones, pero no quieran participar en el estudio

Criterios de Eliminación

- Cuestionarios incompletos.
- Cuestionarios de las mujeres que no completaron la intervención.

Se eliminó solamente un cuestionario porque la paciente no acudió a realizar la segunda evaluación.

3.5 Hipótesis.

- **H1:** La educación en salud disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.
- **H0** La educación en salud no disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.

3.6 Procedimiento.

De acuerdo a la secuencia previa del proyecto de investigación se realizó de modo aleatorio y con base en los criterios de inclusión se invitó a participar a mujeres embarazadas, con más de 20 semanas de gestación, sin ningún trastorno hipertensivo del embarazo o alguna otra patología y/o antecedente de ello y que desearan participar en la investigación, conociendo los objetivos, alcances, limitaciones y acciones, que acudieran a consulta de control prenatal en el HMI José María Morelos y Pavón, finalmente se completó una muestra total de 105 pacientes, a las cuales se les asignó un número de folio, mismo que al azar se utilizó para conformar el grupo de intervención (GI) y el grupo control (GC). La muestra para el grupo de intervención fue de 52 mujeres y para el grupo control fue de 53 mujeres.

Con base en la revisión de la literatura se diseñó un programa de intervenciones educativas en salud para aplicar a las mujeres que asistían a llevar su control prenatal. El taller llevó por nombre “Por un embarazo saludable”, se impartió en 2 sesiones, cada una de las sesiones tuvo una duración de entre 45 y 60 minutos aproximadamente. En la primera sesión, se les explicó detalladamente a las mujeres la finalidad de la investigación, el objetivo del programa, los alcances del proyecto, así como sobre la confidencialidad de la información que proporcionarían durante las entrevistas.

Seguidamente se abordó el tema de preeclampsia, definición, importancia, peligrosidad, consecuencias de presentar la patología propia del embarazo, tanto para la madre como para el producto, se les hizo hincapié en aprender los signos y síntomas de alarma propias de la enfermedad y su actuación en caso de detectar alguno de ellos. Por último se aplicó el instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN308814-3, titulado Intervención integral de enfermería para disminuir factores psicosociales asociados a Preeclampsia (Anexos 1-4).

También se examinaron los temas de depresión y estrés como factores psicosociales asociados a Preeclampsia, se explicó la definición de cada factor, los signos y síntomas, así como las estrategias a utilizarían en el taller con el propósito de disminuirlos, o bien prevenirlos, tales como: musicoterapia, ejercicios de tensión-relajación, ejercicios de respiración, mismos que se realizaron en repetidas ocasiones en cada sesión y con el propósito de que los realizaran también en casa se les entregó un díptico (Apéndice 1) que contenía las series de ejercicios con sencillas explicaciones para facilitar que las participantes lo replicaran, así como un CD (Apéndice 3) con música instrumental de relajación que escuchaban durante toda la sesión y lo pudieran continuar escuchando en casa.

En la segunda sesión se habló sobre el tema de la violencia, definición y cuáles son los tipos de violencia, como identificarla y que hacer en caso de ser víctima, se les educó sobre el tema de derechos sexuales y reproductivos haciendo uso de un cartel colocado por la institución en la que se llevó a cabo la intervención (Anexo 6), además se les proporciono un Plan de Seguridad (Anexo 5) al que podían recurrir en caso de que alguna situación se presentara, este plan consiste en un folleto que otorga el Instituto de Salud del Estado de México en las instancias de primer nivel de atención, mismo que contiene los números de emergencia y lugares de apoyo a los cuales podían acudir para recibir atención, este folleto se contiene datos personales de cada paciente y se le hace mención a la paciente que es un documento que debe portar junto con el resto de documentación que es importante llevar cada consulta. En esta sesión también se tocó el tema de Apoyo

Familiar, explicándoles conceptos y la importancia del soporte social en el embarazo, los beneficios y consecuencias de contar o no con pareja, familia y amigos en esta etapa.

Finalmente se les proporcionó consejería sobre el tema de nutrición en el embarazo, control de peso y medidas higiénico-dietéticas que deben de llevar a lo largo de este período, así como las consecuencias para el bebé de no llevar un mejor cuidado de la alimentación y los riesgos que esto presenta frente a la preeclampsia. Al cierre del taller se les agradeció su participación en el proyecto no sin antes esclarecer dudas y reforzar cada uno de los temas vistos en cada sesión, se retomaron los ejercicios vistos en la segunda sesión y puntualizaron los datos de alarma durante el embarazo y la actuación que debieran tener en caso de presentarlos.

Para finalizar la recolección de datos, una vez que termino el periodo de gestación se volvió a contactar a todas las mujeres participantes, con la finalidad de realizar el segundo cuestionario de valoración esta vez recabando los datos del recién nacido.

Posteriormente con la información recaudada en los instrumentos de valoración inicial y valoración final se formó una base de datos en el programa IBM SPSS Statitics versión 23 la cual se utilizaría para llevar a cabo el análisis, interpretación de los resultados y así llegar a la conclusión del estudio.

3.7 Variables.

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Violencia	1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales? 2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia? 3. ¿Le ha pateado? 4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle? 5. ¿Le ha empujado intencionalmente? 6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano? 7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle? 8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea? 9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades? 10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete? 11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar? 12. ¿Le ha rebajado o menospreciado? 13. ¿Le ha torcido el brazo? 14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales? 15. ¿Le ha insultado? 16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete? 17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas? 18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales? 19. ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?	0 Sin Violencia 1 - 117 Violencia Leve 118 - 235 Violencia Moderada 236 - 354 Violencia Severa o Grave	Ordinal
Puntaje	Puntaje total Violencia	0 - 354	Numérica discreta
Presencia de Preeclampsia	“Sí” – “No”	“Sí” – “No”	Nominal dicotómica
Clasificación Violencia	Nunca Alguna vez Varias veces Muchas veces	20. 0 Sin Violencia 21. 1 - 117 Violencia Leve 22. 118 - 235 Violencia Moderada 23. 236 - 354 Violencia Severa o Grave	24. 25. Ordinal
Fuente: Directa elaborada a partir del instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I. 2015			

3.8 Recolección de Datos.

En la recolección de datos se utilizó el instrumento de valoración del Proyecto PAPIIT N° IN308814-3 titulado: “Intervención Integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a Preeclampsia”, el cual está conformado por varias secciones, primeramente una sección de datos generales y factores de riesgo, seguidas por las escalas que valoran Estrés percibido, Apoyo familiar, Depresión y Sintomatología depresiva y Nivel de violencia, también incluye la medición del nivel socioeconómico y un consentimiento informado en el que se confirma que la participación de la paciente en dicho proyecto fue debidamente autorizada por ella (Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. 2015).

Las escalas utilizadas en este instrumento de valoración se encuentran previamente validadas en el artículo “Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia” publicado en el año 2015 por la revista Enfermería Universitaria.

En la primera parte se realiza una entrevista de datos personales, sociodemográficos, factores de riesgo y datos del recién nacido. Para fines de esta tesis se utilizó el cuestionario 6, se trata de la escala de violencia e índice de severidad (EV-19) propuesta por Valdez y Cols., (Ver anexo 7) la cual permite medir el índice de severidad de la violencia hacia las mujeres ejercida por parte de su pareja y establecer una dimensión del daño emocional y físico.

- Alfa de Cronbach.

El parámetro de Alfa de Cronbach es un método de consistencia interna que permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación, cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Como criterio general, George y Mallery (2003) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Es una escala que reporta un alfa de Cronbach de 0.99, lo que se traduce en muy adecuada fiabilidad, su tiempo aproximado de aplicación es de 5 min y consta de 19 ítems, con 4 alternativas de respuestas: nunca, alguna vez, varias veces y muchas veces, en 4 dimensiones: psicológica (5 ítems), sexual (3 ítems), física (5 ítems) y física severa (6 ítems), con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 354.

El cuestionario 5 (Graffar) hace un estudio socio económico el cual caracterizó la muestra dividiendo la condición socioeconómica en diferentes estratos de acuerdo a la ocupación, el nivel de estudios, la principal fuente de ingresos, condiciones y características de la vivienda así como los servicios básicos (Torres-Lagunas, M. A. y cols., 2015).

Finalmente considerando los aspectos éticos se aplicó una carta de consentimiento informado (Anexo 4) diseñada a partir del mismo Proyecto PAPIIT IN308814-3, en la cual se explica el manejo de la información y la confidencialidad de los datos, así mismo contiene el número telefónico y correo de la persona responsable a la cual las participantes podrían solicitar información relacionada con los resultados de la investigación. Dicho instrumento se aplicó a todas las participantes en dos momentos; uno a partir de la primera sesión en la que las mujeres aceptaron participar en el proyecto de investigación y posteriormente en la culminación de la gestación, es decir en el periodo de puerperio, en esta etapa fueron recabados los datos del recién nacido.

3.9 Análisis e Interpretación de los Resultados.

En este punto se realiza el análisis de los datos recopilados con las valoraciones que se aplicaron a las participantes, los datos se conjuntaron en el programa IBM SPSS Statistics versión 23, mismo que permite formar bases de datos a partir de las cuales se pueden obtener análisis con fines específicos, pruebas de hipótesis, análisis geoespacial y presentación de informes, así como pruebas específicas que se utilizaron para la validez de los datos recopilados en los instrumentos de valoración. Estas pruebas son Test de McNemar, prueba de Kolmogorov Smirnov y prueba de rangos de Wilcoxon, estas se describen grosso modo a continuación:

- Test de McNemar.

Es una prueba no paramétrica, cuyo interés se centra en comparar si hay o no cambios significativos entre las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes, normalmente, antes y después de la aplicación de un tratamiento o de la realización de alguna intervención.

Es una prueba no paramétrica para dos variables dicotómicas relacionadas que contrasta los cambios en las respuestas (Juárez, Villatoro y López, 2011).

- Kolmogorov-Smirnov.

Es una prueba, que permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica, es decir la normalidad de la curva. Su objetivo es señalar si los datos provienen de una población que tiene la distribución teórica especificada.

Comprobamos el nivel de significancia, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

- Prueba de Rangos de Wilcoxon.

Es una prueba estadística para pruebas paramétricas que no tienen distribución normal que se utiliza para comparar dos mediciones relacionadas y determinar si la diferencia entre ellas se debe al azar o no (en este último caso, que la diferencia sea estadísticamente significativa).

Su resultado indica según sea el resultado que la hipótesis nula del contraste postula que las muestras proceden de poblaciones con la misma distribución de probabilidad; la hipótesis alternativa establece que hay diferencias respecto a la tendencia central de las poblaciones (Martínez, M.A 2009).

3.10 Consideraciones Éticas.

Este estudio se realizó bajo lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salud; las escalas de valoración y el consentimiento informado se sometieron a evaluación por el comité ético que corresponde a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Para la aplicación de esta investigación se realizó un oficio dirigido a la institución en donde se llevó a cabo, en el que se establecieron los datos del proyecto, el objetivo, los alcances y propósitos, el contenido de las sesiones y también los nombres de los responsables del proyecto y los aplicadores de la intervención.

En el momento de la aplicación a cada mujer se le notificó sobre la carta de consentimiento informado que debían firmar, en el que se les explica de manera clara el propósito del estudio, su forma de colaboración, el manejo y confidencialidad de los datos que proporcionarían, esclareciendo de manera verbal y sencilla cualquier duda con respecto a su participación y en caso de no querer participar se aclara que no influiría en la atención que reciban en la institución, pues no estaban obligadas a ser partícipes.

La presente investigación se realizó bajo el principio de no maleficencia, tomando en cuenta la confidencialidad de la información brindada por las participantes mediante el resguardo de su identidad por lo que en los resultados no se revelan las identidades de ninguna de las participantes.

Para asegurar un adecuado proceso de consentimiento informado se brindará toda información pertinente en relación a la investigación, considerando los riesgos y beneficios de la misma y se resolverá cualquier duda que se presente en las participantes a lo largo de la intervención, así como de los resultados que este estudio arroje.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 Resultados.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de la intervención educativa en salud para prevenir violencia de pareja como factor psicosocial asociado a preeclampsia, en el que se utilizó la escala “Violencia e índice de severidad” (EV-19), del instrumento de valoración del proyecto PAPIIT UNAM DGAPA IN308814-3 titulado “Intervención integral de enfermería para disminuir factores psicosociales asociados a preeclampsia”. Se describen los datos sociodemográficos de la gestante, el recién nacido y de la escala de Violencia e índice de severidad.

La muestra del estudio consta de 104 mujeres embarazadas provenientes del Estado de México, de las cuales corresponden 52 para el grupo control y 52 para el grupo intervención. Al realizar la valoración antes y después se obtuvo un total de 208 herramientas de valoración, dispuestas para analizar.

Cuadro N° 1
Datos sociodemográficos maternos

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Población	Rural	104	100%
	Urbana	0	0%
Seguridad Social	Si	92	88,5%
	No	12	11,5%
Lugar de Referencia	CEAPS	21	20.2%
	Centro de Salud	59	56.7%
	IMSS	6	5.8%
	HMI SJR	18	17.3%
Lugar de Entrevista	HMI SJR	104	100%
DX de Preeclampsia	Si	14	13.5%
	No	84	80.4%
	Hipertensión Gestacional	6	5.8%
Nivel Socioeconómico	Buenos niveles de vida	3	2.9%
	Satisfacen las necesidades básicas	22	21.2%
	Pobreza relativa	52	50.0%
	Pobreza critica	27	26.0%
Edad	14 o menos años	1	1 %
	15 a 19 años	21	20.2 %
	20 a 30 años	64	61.5 %
	31 a 35 años	11	10.6 %
	36 o más años	7	6.7 %
Nivel de Estudios	Sin estudios	6	5.8 %
	Primaria	41	38.1 %
	Secundaria	34	32.7 %
	Bachillerato	23	22.1 %
Estado civil	Unión Libre	60	57.7%
	Casada	29	27.9%
	Soltera	15	14.4%

Fuente: Directa elaborada a partir del instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia
Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I. 2015

De un total de 104 mujeres embarazadas que participaron se obtuvieron los datos que se encuentran plasmados en el cuadro N°. 1, mismos que a continuación se desglosaran, para su mejor entendimiento:

En cuanto al tipo de población, se trata de una muestra 100% proveniente de zona rural, hablando de la seguridad social un 88.5% indica que cuenta con este servicio. Con relación al sitio del cual fueron referidas, una mayoría de 56.7% provienen del Centro de Salud, seguido de CEAPS con el 20.2%, el HMI SJR con un 17.3% y finalmente un bajo porcentaje de 5.8% fueron referidas del IMSS. Al 100% de las participantes se les realizó la entrevista en el HMI SJR. En cuanto al desarrollo de preeclampsia un porcentaje de 80.4% no presentó la enfermedad mientras que el 13.5% si la presento, sin embargo un pequeño porcentaje de 5.8% de las participantes desarrollo Hipertensión gestacional.

En el instrumento de valoración utilizado se empleó un cuestionario que evalúa la condición socioeconómica de las participantes y la divide en diferentes estratos de acuerdo al cuestionario de Graffar, el 50.0% del total de la muestra se colocó en pobreza relativa, con poca diferencia se encuentra en 26.0% participantes en pobreza crítica y 21.2% que satisfacen las necesidades básicas y con un porcentaje muy bajo de 2.9% aquellas que cuentan buenos niveles de vida. Con respecto a la edad de las participantes se formaron grupos de edad que permitieran facilitar su medida, de 14 años o menos destaca con el menor porcentaje en 1%, en el rango de edad de 15 a 19 años se encontró el 20.2%, con el porcentaje más alto de 61.5% se encuentra el rango de 20 a 30 años, en 10.6% se encuentra el rango de 31 a 35 años y en último lugar con 6.7% el rango de 36 años o más.

En relación al nivel de estudios se determinaron según las respuestas obtenidas cuatro perspectivas obteniendo que el 5.8% se encuentra sin estudios, el 38.1% con nivel primaria, seguido del 32.7% con el nivel secundaria y en 22.1% con preparación de nivel bachillerato. En correspondencia al estado civil se determinaron tres resultados, con el puntaje más alto de 57.7% en unión libre, el 27.9% se encuentra casada y con el menor porcentaje son solteras con el 14.4%.

Cuadro N° 2
Datos sociodemográficos recién nacido

		Frecuencia	Porcentaje
Vía de Nacimiento	Vía vaginal	81	77.9 %
	Cesárea	23	22.1 %
Número de Consultas Prenatales	Ninguna	0	0.0 %
	De 1 a 4 consultas	12	11.5 %
	De 5 a 7 consultas	59	56.7 %
	8 o más consultas	33	31.7 %
Sexo del RN	Femenino	53	51.0 %
	Masculino	51	49.0 %
Peso	Peso bajo	15	14.4 %
	Peso adecuado	79	76.0 %
	Peso alto	9	8.7 %
	Peso macrosómico	1	1.0 %
Servicio de Atención	Alojamiento Conjunto	91	87.5 %
	UCIN	11	10.6 %
	Defunción	2	1.9 %
APGAR	Recién nacido severamente deprimido	2	1.9%
	Recién nacido moderadamente deprimido	5	4.8%
	Recién nacido normal	97	93.3%
Capurro	Prematuro extremo	0	0.0 %
	Prematuro moderado	2	1.9 %
	Prematuro leve	6	5.8 %
	A termino	95	91.3 %
	Postérmino	1	1.0 %
Inicio de Lactancia	Si	92	88.5 %
	No	12	11.5 %
Vínculo con la Madre	Si	92	88.5 %
	No	12	11.5 %

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En el cuadro N°2 se encuentran los datos proporcionados por las participantes en la valoración final, pues comprenden solamente datos de los recién nacidos.

Correspondiente a la vía de nacimiento el 77.9% nació por vía vaginal y el 22.1 restante tuvo nacimiento por vía cesárea. Se les preguntó a las participantes por el número de consultas prenatales que tuvieron durante su embarazo a lo que el 11.5% respondió de

1 a 4 consultas, 56.7% que corresponde al mayor porcentaje respondió que tuvo de 5 a 7 consultas, y el 31.7% afirmó que tuvo 8 o más consultas, lo cual sería lo más conveniente para llevar un embarazo saludable, por lo tanto se entiende que las condiciones en las que llevan el embarazo no son las mejores. Del total de los recién nacidos de las participantes fueron más mujeres que hombres, pues el porcentaje para el sexo femenino es del 51% de los nacimientos mientras que para el sexo masculino fue del 49%, la diferencia es poco significativa. De acuerdo a los valores de pesos obtenidos se formó una clasificación en la que se muestra con el más alto porcentaje 76.0% recién nacidos con peso adecuado, 14.4% con peso bajo, 8.7% con peso alto y solamente el 1.0% con peso macrosómico. Los recién nacidos que permanecieron en el servicio de alojamiento conjunto fue de 87.5% gratificadamente, el 10.6% de los recién nacidos fueron ubicados en la unidad de cuidados intensivos neonatales y finalmente el 1.9% fueron defunciones.

A las madres también se les pregunto por la calificación de Apgar que obtienen sus bebés al nacer, un total de 1.9% que corresponde al puntaje más bajo fueron recién nacidos severamente deprimidos, el 4.8% son recién nacidos moderadamente deprimidos y con el porcentaje más alto que es de 93.3% son los recién nacidos normales en cuanto a la test de Apgar. De igual forma se les cuestiono a las madres la calificación de Capurro que obtuvieron los recién nacidos, esta calificación fue de 91.3% el porcentaje más alto que indica recién nacido a término, con 5.8% prematuro leve, seguido de prematuro moderado con el 1.9%, el porcentaje de recién nacidos postérmino fue de 1.0 y para prematuros extremos sin ningún caso presentado se tiene el 0.0%. En cuanto al inicio de lactancia el 88.5% de las participantes respondió que si iniciaron con la lactancia materna, y el 11.5% restante no lo consiguió. A la par se valoró el vínculo inmediato del recién nacido con la madre a lo que el 88.5% respondió que sí, y el 11.5% del total no logró este proceso tras el nacimiento.

Al leer la anterior descripción de la tabla se puede entender de donde es que resultan el importante número de casos que se presentaron de mujeres que desarrollaron preeclampsia al final de su embarazo, cesáreas realizadas, así como las condiciones desfavorables de los recién nacidos.

4.2 Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez y Cols.)

Cuadro N° 3
Ítem N° 1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial			Valoración Final		
		INTERVENCION	CONTROL	TOTAL	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL
¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	Nunca	42	49	91	48	48	96
		80.8%	94.2%	87.5%	92.3%	92.3%	92.3%
	Alguna vez	10	3	13	4	4	8
		19.2%	5.8%	12.5%	7.7%	7.7%	7.7%
	Varias veces	0	0	0	0	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Muchas veces	0	0	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En el grupo control (GC) el porcentaje más alto en la valoración inicial (VI) fue de 94.2% a la respuesta nunca, seguido del 5.8% con la respuesta alguna vez, mientras que las opciones de respuesta de Varias veces y Muchas veces se encuentran con el 0% ambas, en el grupo intervención (GI) de la VI tuvo el porcentaje más elevado para la respuesta nunca con el 80.8%, la respuesta de Alguna vez con el 19.2%, igualmente las dos respuestas restantes mantuvieron el 0%. El GC mostro modificaciones poco significativas en los resultados de la valoración final (VF), en tanto que el GI de la VF obtuvo un porcentaje de 92.3% a la respuesta nunca, y a la respuesta de Alguna vez logro un porcentaje de 7.7%, la respuesta de Varias veces y muchas veces no tuvieron ninguna modificación con respecto a la VI.

En resumen, el GC y el GI el mayor porcentaje siempre fue para la respuesta nunca, seguido de la respuesta alguna vez en ambas valoraciones, tanto la VI como la VF, sin embargo existe una diferencia significativa en la VF y la VI del GI, pues la diferencia es del 11.5%, lo que nos indica una disminución en la percepción de violencia de las participantes pues también la respuesta de algún vez tuvo una disminución del 11.5%.

Cuadro N° 4
Ítem N° 2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial			Valoración Final		
		INTERVENCION	CONTROL	TOTAL	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL
¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	Nunca	50	52	102	52	51	103
		96.2%	100.0%	98.1%	100.0%	98.1%	99.0%
	Alguna vez	2	0	2	0	1	1
		3.8%	0.0%	1.9%	0.0%	1.9%	1.0%
	Varias veces	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Muchas veces	0	0	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la VI de la pregunta No. 2 de la escala en el GC, la respuesta Nunca fue la que obtuvo el porcentaje más alto siendo de 100%, mientras que el resto de las opciones de respuesta tuvieron 0.0%, en el GI de la VI el 96.2% tuvo como respuesta la opción Nunca, y solo el 3.8% respondió Alguna vez. Por otro lado en la VF el 100% de las participantes del GI respondieron a esta pregunta con la opción Nunca y en el GC el 98.1% respondió con la opción Nunca y solo el 1.9% indicó que alguna vez. El 1.9% del GC respondió Alguna vez en la VF, cuando anteriormente el 100% se había posicionado en la opción Nunca.

En suma, el GC y el GI el mayor porcentaje siempre fue para la respuesta nunca, seguido de la respuesta alguna vez en ambas valoraciones, tanto la VI como la VF, sin embargo existe una diferencia manifiesta en la VF y la VI del GI, pues la diferencia es del 3.8%, lo que nos indica un aumento en la opción nunca o lo que se traduce en una disminución en la percepción de violencia de las participantes.

Cuadro N° 5
Ítem N° 3. ¿Le ha pateado?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha pateado?	Nunca	38	41	79	44	41	85
		73.1%	78.8%	76.0%	84.6%	78.8%	81.7%
	Alguna vez	12	9	21	7	10	17
		23.1%	17.3%	20.1%	13.5%	19.2%	16.3%
	Varias veces	1	2	3	1	1	2
		1.9%	3.8%	2.9%	1.9%	1.9%	1.9%
Muchas veces	1	0	1	0	0	0	
	1.9%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En el GC el porcentaje más alto en la VI fue de 78.8% a la respuesta nunca, seguido del 17.3% a la respuesta alguna vez y 3.8%, en la respuesta de Varias veces mientras que la opción de Muchas veces se encuentra con el 0%, en el GI de la VI se tuvo el porcentaje más elevado para la respuesta nunca con el 73.1%, la respuesta de Alguna vez con el 23.1% y 1.9% para la respuesta Varias veces y 1.9% también para la respuesta Muchas veces. El GC mostro modificaciones poco significativas en los resultados de la VF, en tanto que el GI de la VF obtuvo un porcentaje de 84.6% a la respuesta nunca, y a la respuesta de Alguna vez logro un porcentaje de 13.5%, la respuesta de Varias veces se mantuvo con el 1.9% y la opción muchas veces logro el 0.0%.

Esto nos indica que existe una marcada disminución de 11.5% en la percepción de violencia del GI entre la VI y la VF, mientras que para el GC la respuesta Nunca permanece tanto en la VI como en la VF con el mismo porcentaje de 78.8%.

Cuadro N° 6
Ítem N° 4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial			Valoración Final		
		INTERVENCION	CONTROL	TOTAL	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL
¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	Nunca	50	52	102	51	52	103
		96.2%	100.0%	98.1%	98.1%	100.0%	99%
	Alguna vez	0	0	0	1	0	1
		0.0%	0.0%	1.0%	1.9%	0.0%	1.9%
	Varias veces	2	0	2	0	0	0
		3.8%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Muchas veces	0	0	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la VI de la pregunta No. 4 de la escala, el GC tiene que el 100% de sus participantes optaron a la respuesta Nunca, mientras que el resto de las opciones tuvieron 0.0%, en el GI de la VI el 96.2% tuvo como respuesta la opción Nunca, y solo el 3.8% respondió Varias veces, de manera que las opciones Varias veces y Muchas veces obtuvieron el 0.0%. Por otro lado en la VF el 98.1% de las participantes del GI respondieron a esta pregunta con la opción Nunca y el 1.9% respondió Alguna vez, el GC no muestra ninguna modificación en la VF con respecto a la VI.

En síntesis el GC y el GI el mayor porcentaje siempre fue para la respuesta nunca, seguido de la respuesta alguna vez y con un valor muy bajo la respuesta Varias veces, la opción de Muchas veces mantuvo en todo momento el 0.0%, tanto en la VI como la VF, no obstante existe una diferencia clara del 1.9% en la VF y la VI del GI, lo que indica una disminución en la percepción de violencia de las participantes.

Cuadro N° 7
Ítem N° 5. ¿Le ha empujado intencionalmente?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha empujado intencionalmente?	Nunca	25	32	57	27	35	62
		48.1%	61.5%	54.8%	51.9%	67.3%	59.6%
	Alguna vez	18	9	27	13	15	28
		34.6%	17.3%	26.0%	25.0%	28.8%	26.9%
	Varias veces	9	5	14	7	5	12
		17.3%	9.6%	13.4%	13.5%	9.6%	11.5%
Muchas veces	3	0	3	2	3	5	
	5.8%	0.0%	2.88%	3.8%	5.8%	4.8%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la VI de la pregunta No. 5 de la escala, el GC tiene con el porcentaje más alto del 61.5% para la respuesta Nunca, el 17.3% para la opción Algunas veces, 9.6% para la opción Varias veces y finalmente 0.0% para la opción Muchas veces, en el GI de la VI el 48.1% tuvo como respuesta la opción Nunca, el 34.6% indicó Alguna vez, el 17.3% respondió a la opción Varias veces y solo el 5.8% respondió a la opción Muchas veces, en el GI de la VI el 48.1% tuvo como respuesta la opción Nunca, el 34.6% indicó Alguna vez, el 17.3% respondió a la opción Varias veces y solo el 5.8% respondió a la opción Muchas veces. Por otro lado en la VF para el GC el 67.3% de las participantes respondieron a esta pregunta con la opción Nunca, el 28.8% respondió Alguna vez, un 9.6% indicó Varias veces y el 5.8% respondió con la opción Muchas veces, en cuestión del GI para la VF el conteo arrojo un 54.8% en la opción Nunca, 25.0% para la opción Algunas veces, 13.5% para la opción Varias veces y finalmente el 3.8% para la opción Muchas veces, el contraste del GI en la VF es destacado pues para la opción de respuesta Nunca se incrementó el valor previo a 51.9%, mientras que para las opciones de Alguna vez disminuyo a 25.0%, en la opción Varias veces el decremento llego al 13.5% y en la opción Muchas veces disminuyo a 3.8%.

En resumen, el GC y el GI el mayor porcentaje siempre fue para la respuesta nunca, seguido de la respuesta alguna vez y con valores bajos las opciones Varias veces y Muchas veces, cabe destacar que existe un valioso decremento del 15.4% de las participantes que percibieron algún nivel de violencia en el GI, mientras que para el GC se aprecia un aumento del 17.3% en el nivel de percepción de algún grado de violencia de la VF.

Cuadro N° 8
Ítem N° 6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	Nunca	32	39	71	41	38	79
		61.5%	75.0%	68.3%	78.8%	73.1%	76.0%
	Alguna vez	15	10	25	8	14	22
		28.8%	19.2%	24.0%	15.4%	26.9%	21.2%
	Varias veces	5	3	8	3	0	3
		9.6%	5.8%	7.7%	5.8%	0.0%	2.9%
Muchas veces	0	0	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta N°6 para la VI se obtuvo que en el GC la opción con el porcentaje más alto fue para la respuesta Nunca con el 75.0%, seguido del 19.2% para la opción Alguna vez, el 5.8% para la opción Varias veces y el 0.0% para la opción Muchas veces, en tanto que el GI con el porcentaje más alto siendo el 61.5% fue para la opción Nunca, el 28.8% para la opción Alguna vez, el 9.6% para la opción Varias veces y 0.0% para la opción Muchas veces. En contraste con los resultados obtenidos en la VF para el GC para la opción Nunca el porcentaje es de 73.1%, para la opción de Alguna vez es de 26.9% y las opciones de respuesta Varias veces y Muchas veces tuvieron un porcentaje de 0.0% ambas, en el GI en la VF el porcentaje para la opción Nunca fue de 78.8%, para la opción Alguna vez fue de 15.4%, para la opción Varias veces fue de 5.8% y para la opción Muchas veces continúa en 0.0%.

En síntesis, en la VF se obtuvo una marcada diferencia a favor del GI, pues el 8.8% de las participantes tuvo una disminución en el nivel de violencia en relación a la VI. Hubo un aumento del 17.3% en la opción de respuesta Nunca del GI con respecto a la VF de la VI.

Cuadro N° 9
Ítem N° 7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial			Valoración Final		
		INTERVENCION	CONTROL	TOTAL	INTERVENCION	CONTROL	TOTAL
¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	Nunca	52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Alguna vez	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Varias veces	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Muchas veces	0	0	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En cuanto a la pregunta N° 7 de la escala, que cuestiona ¿Le ha disparado con una pistola o rifle? En el GC tanto como el GI tienen el 100% en la opción de respuesta Nunca en la VI y en la VF los valores mantienen los mismos porcentajes para las opciones de Alguna vez, Varias veces y Muchas veces siendo de 0.0% tanto para el GC como para el GI.

Es una pregunta que corresponde a violencia física de una magnitud severa por lo que los resultados de la VF son favorables con respecto a la VI y lo que se espera de este estudio.

Cuadro N° 10
Ítem N° 8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	Nunca	20	31	51	29	33	62
		38.4%	59.6%	49.1%	55.7%	63.5%	59.6%
	Alguna vez	16	13	29	13	15	28
		30.7%	25.0%	27.8%	25.0%	28.8%	27.0%
	Varias veces	10	8	18	7	4	11
		19.2%	15.4%	17.3%	13.5%	7.7%	10.5%
Muchas veces	6	0	6	3	0	3	
	11.5%	0.0%	5.8%	5.8%	0.0%	2.9%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

Los resultados a la pregunta No. 8 de esta escala se comportan de manera muy diversa pues en la VI el GC tuvo como mayor porcentaje la respuesta Nunca con el 59.6%, posteriormente con el 25.0% la opción Alguna vez, seguido de Varias veces con un 15.4% y la respuesta de Muchas veces con 0.0%, para el GI de la VI el 38.4% tuvo como respuesta la opción Nunca, el 30.7% indicó Alguna vez, el 19.2% respondió a la opción Varias veces y el 11.5% respondió a la opción Muchas veces. Por otro lado en la VF para el GC el 63.5% de las participantes respondieron a esta pregunta con la opción Nunca, el 28.8% respondió Alguna vez, un 7.7% indicó Varias veces y el 0.0% permaneció en la respuesta a la opción Muchas veces, en cuestión del GI durante la VF la opción Nunca marco un aumento al 55.7%, mientras que la opción Alguna vez disminuyo a 25.0%, la opción Varias veces paso al 13.5% y la opción Muchas veces cayó al 5.8%.

En complemento a este ítem se muestra una significativa disminución en la percepción de violencia del GI con respecto a la VF pues se trata del 17.3% de aumento en la respuesta a la opción Nunca. De la misma forma se puede apreciar la disminución en los valores de las opciones Alguna vez, Varias veces y Muchas veces del GI de la VI al GI de la VF.

Cuadro N° 11
Ítem N° 9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	Nunca	26	37	63	36	34	70
		50.0%	71.2%	60.6%	69.2%	65.4%	67.3%
	Alguna vez	19	8	27	5	15	20
		36.5%	15.4%	26.0%	9.6%	28.8%	19.2%
	Varias veces	2	4	6	6	3	9
		3.8%	7.7%	5.8%	11.5%	5.8%	8.7%
	Muchas veces	5	3	8	5	0	5
		9.6%	5.8%	7.7%	9.6%	0.0%	4.8%
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta No. 9 el GC tiene el porcentaje más alto colocado en la opción Nunca con 71.2%, seguido de 15.4% para la opción Alguna vez, Varias veces 7.7% y Muchas veces 5.8% mientras que para el GI de la VI presenta el 50% siendo el puntaje más alto para la opción de respuesta Nunca, con un 36.5% para Alguna vez, Varias veces con el 3.8% y Muchas veces con el 9.6%. En tanto que para la VF los porcentajes se modifican bastante, en el GC disminuye a 65.4% la opción de respuesta Nunca, para la respuesta Alguna vez el porcentaje es de 28.8%, Varias veces 5.8% y Muchas veces 0.0% y para el GI la opción Nunca aumenta hasta el 69.2%.

Lo anterior nos indica que el 19.2% del GI tuvo una menor percepción de algún nivel de violencia por lo que en la VF aumento esto en la opción a respuesta Nunca, así como en la opción Alguna vez la disminución de este porcentaje es del 26.9%, lo que se traduce en un gran número de mujeres dentro del GI. Mientras que para el GC la opción de respuesta Nunca tuvo una disminución del 5.8% por lo que en las opciones restantes los porcentajes tienden a incrementar, es decir una mayor percepción de violencia se destaca.

Cuadro N° 12

Ítem N° 10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL	
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL		
¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	Nunca	51	52	103	52	52	104	
		98.1%	100.0%	99.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	Alguna vez	1	0	1	0	0	0	
		1.9%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	Varias veces	0	0	0	0	0	0	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	Muchas veces	0	0	0	0	0	0	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	TOTAL		52	52	104	52	52	104
			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En cuanto a la pregunta N° 10 de la escala, que cuestiona ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete? En la VI el GC tiene como porcentaje el 100% de sus participantes en la opción Nunca y lo mismo ocurre en la VF, el porcentaje no se modifica en el GC. Mientras tanto en el GI dentro de la VI el 98.1% corresponde al porcentaje más alto y a la opción de respuesta Nunca y solo el 1.9% para la opción Alguna vez, en cuanto a las opciones Varias veces y Muchas veces el puntaje de ambas es 0.0%, en la VF el GI alcanza de igual forma el 100% en la opción Nunca lo que significa un aumento de 1.9% en el GI con respecto a la elección de respuesta Nunca.

Cuadro N° 13
Ítem N° 11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	Nunca	51	52	103	51	51	102
		98.1%	100.0%	99.0%	98.1%	98.1%	98.1%
	Alguna vez	0	0	0	1	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	1.0%
	Varias veces	0	0	0	0	1	1
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	1.0%
Muchas veces	1	0	1	0	0	0	
	1.9%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En el ítem No. 11 a la pregunta ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar? para el GC el 100% de respuestas indicaron la opción Nunca en la VI mientras que para el GI un 98.1% de igual manera responde a la opción Nunca y solo el 1.9% responde Muchas veces, en cuanto a la VF el GC disminuye su porcentaje a la respuesta Nunca al 98.1% y la respuesta Varias veces aumenta de 0.0% a 1.9% en tanto que las opciones restantes permanecen en 0.0%, en el GI el porcentaje para la opción Nunca se mantiene en 98.1%, 1.9% responde Alguna vez y las opciones Varias veces y Muchas veces quedan con un porcentaje del 0.0%.

Esto se traduce en una disminución del nivel de violencia percibido para el GI en el 1.9% que había seleccionado la opción Muchas veces paso a la opción Alguna vez mientras que el 98.1% restantes permaneció en la opción Nunca, sin embargo en el GC la opción Nunca disminuyó y aumento el nivel de percepción de violencia en un 1.9% con el aumento del mismo porcentaje a la opción Alguna vez.

Cuadro N° 14
Ítem N° 12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha rebajado o menospreciado?	Nunca	28	32	60	33	31	64
		53.8%	61.5%	57.7%	63.5%	59.6%	61.5%
	Alguna vez	14	14	28	17	13	30
		26.9%	26.9%	26.9%	32.7%	25.0%	28.8%
	Varias veces	10	4	14	2	7	9
		19.2%	7.7%	13.5%	3.8%	13.5%	8.7%
Muchas veces	0	2	2	0	1	1	
	0.0%	3.8%	1.9%	0.0%	1.9%	1.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta No. 12 que cuestiona si su pareja ¿Le ha rebajado o menospreciado? para el GC de la VI el porcentaje más alto corresponde a la opción Nunca con el 61.5%, el 26.9% señaló la opción Alguna vez, el 7.7% marcó la opción Varias veces y la opción Muchas veces tuvo 3.8%, para el GI el puntaje con el valor más alto que fue de 53.8% fue señalado en la opción Nunca, para la respuesta Alguna vez hubo un 26.9%, el 19.2% corresponde a la opción Varias veces y la opción Muchas veces tuvo 0.0%. En la VF el GI mostro un aumento en la opción Nunca llegando al 63.5%, mientras que la respuesta Alguna vez tuvo un valor final de 32.7%, la opción Varias veces disminuyo hasta el 3.8%% y Muchas veces se mantuvo en 0.0%, mientras que en el GC de la VF en la respuesta Nunca se obtuvo el 59.6%, seguido del 25.0% para la opción Alguna vez, 13.5% para la respuesta Varias veces y 1.9% en la opción Muchas veces.

Lo anterior descrito se traduce en un aumento del 9.7% de la respuesta Nunca señalada por el GI en la VF, mientras que la respuesta Varias veces tuvo una disminución del 15.4% en la VF, es decir que el nivel de percepción de violencia disminuye en el GI, ya que para el GC los valores se invierten pues hay un aumento del 2.0% en las participantes que señalaron una respuesta diferente a Nunca.

Cuadro N° 15
Ítem N° 13. ¿Le ha torcido el brazo?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha torcido el brazo?	Nunca	43	42	85	47	41	88
		82.7%	80.7%	81.7%	90.4%	78.8%	84.6%
	Alguna vez	5	7	12	5	7	12
		9.6%	13.5%	11.5%	9.6%	13.5%	11.5%
	Varias veces	4	3	7	0	4	4
		7.7%	5.8%	6.7%	0.0%	7.7%	3.8%
Muchas veces	0	0	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

Los resultados a la pregunta No. 13 de esta escala se comportan de manera muy variada pues en la VI el GC tuvo como mayor porcentaje la respuesta Nunca con el 80.7%, posteriormente con el 13.5% la opción Alguna vez, seguido de Varias veces con un 5.8% y la respuesta de Muchas veces con 0.0%, para el GI de la VI el 83.7% tuvo como respuesta la opción Nunca, el 9.6% indicó Alguna vez, el 7.7% respondió a la opción Varias veces y el 0.0% respondió a la opción Muchas veces. Por otra parte en la VF para el GC el 78.8% de las participantes respondieron a esta pregunta con la opción Nunca, el 13.5% respondió Alguna vez, un 7.7% indicó Varias veces y el 0.0% permaneció en la respuesta a la opción Muchas veces, en cuestión del GI durante la VF la opción Nunca marco un aumento al 90.4%, mientras que la opción Alguna vez permaneció en 9.6%, la opción Varias veces disminuyo a 0.0% y la opción Muchas veces se conservó en 0.0%.

En complemento a este ítem se muestra una significativa disminución en la percepción de violencia del GI con respecto a la VF pues se trata del 7.7% de aumento en la respuesta a la opción Nunca. De la misma forma se puede apreciar la disminución en los valores de la opción Varias veces.

Cuadro N° 16
Ítem N° 14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	Nunca	52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Alguna vez	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Varias veces	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Muchas veces	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta N° 14 de la escala, que cuestiona ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales? En la VI el GC tiene como porcentaje del 100% de sus participantes para la respuesta Nunca y lo mismo ocurre en la VF, el porcentaje no se modifica en el GC. Mientras tanto en el GI el 100% corresponde a la opción de respuesta Nunca, en cuanto a las opciones Alguna vez, Varias veces y Muchas veces el puntaje es de 0.0%.

Para ninguno de los grupos hay modificaciones en los porcentajes de la VF con respecto a la VI.

Cuadro N° 17
Ítem N° 15. ¿Le ha insultado?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha insultado?	Nunca	29	21	50	30	26	56
		55.8%	40.4%	48.1%	57.7%	50.0%	53.8%
	Alguna vez	13	23	36	21	18	39
		25.0%	44.2%	34.6%	40.4%	34.6%	37.5%
	Varias veces	8	7	15	1	7	8
		15.4%	13.5%	14.4%	1.9%	13.5%	7.7%
	Muchas veces	2	1	3	0	1	1
		3.8%	1.9%	2.9%	0.0%	1.9%	1.0%
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la VI de la pregunta No. 15 que cuestiona ¿Le ha insultado? El GC con un porcentaje de 40.4% de participantes respondieron con la opción Nunca, el 44.2% respondió con la opción Alguna vez, 13.5% con la opción Varias veces y solo el 1.9% dijo Muchas veces. En el GI el 55.8% respondió Nunca, el 25.0% dijo Alguna vez, el 15.4% indico Varias veces y solo 3.8% señaló la opción Muchas veces. Correspondiente a la VF el GC tiene un 50.0% siendo el porcentaje más alto para la opción Nunca, para la opción Alguna vez el porcentaje es de 34.6%, el 13.5% es para la opción Varias veces y se mantiene el 1.9% en la opción Muchas veces. Con relación al GI de la VF hay un aumento en el porcentaje de participantes que señalaron la respuesta Nunca alcanzando el 57.7%, el 40.4% corresponde a la opción Alguna vez, el 1.9% para la opción Varias veces y 0.0% en la opción Muchas veces.

Lo anterior nos indica que para el GI hubo un aumento del 1.9% de la VF con respecto de la VI en relación a la respuesta Nunca, mientras que el resto de los valores se modifican a favor de la VF, pues para la opción Alguna vez hay un aumento del 15.4%, por consiguiente para la opción Varias veces hay un decremento del 13.5% y la opción Muchas veces consigue llegar al 0.0%.

Cuadro N° 18
Ítem N° 16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	Nunca	49	52	101	52	52	104
		94.2%	100.0%	97.1%	100.0%	100.0%	100.0%
	Alguna vez	2	0	2	0	0	0
		3.8%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	Varias veces	1	0	1	0	0	0
		1.9%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Muchas veces	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta N° 16 de la escala, que cuestiona ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete? En la VI el GC tiene como porcentaje del 100% de sus participantes para la respuesta Nunca y lo mismo ocurre en la VF, el porcentaje no se modifica para el GC. Mientras tanto en el GI el 94.2% corresponde a la opción de respuesta Nunca, el 2% para la opción Alguna vez y solo el 1.9% para la opción Varias veces y en la opción Muchas veces el puntaje es de 0.0%.

Esto resulta que para la VF el porcentaje de GC no obtiene modificaciones en el resto de las respuestas, mientras que para el GI, su porcentaje para la opción de respuesta Nunca aumenta hasta el 100%, lo que significa que el resto de las respuestas quedan en 0.0%.

Cuadro N° 19
Ítem N° 17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	Nunca	38	43	81	43	43	86
		73.1%	82.7%	77.9%	82.7%	82.7%	82.7%
	Alguna vez	8	7	15	8	9	17
		15.4%	13.5%	14.4%	15.4%	17.3%	16.3%
	Varias veces	5	2	7	1	0	1
		9.6%	3.8%	6.7%	1.9%	0.0%	1.0%
Muchas veces	1	0	1	0	0	0	
	1.9%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta N°17 para la VI se obtuvo que en el GC la opción con el porcentaje más alto fue para la respuesta Nunca con el 82.7%, seguido del 13.5% para la opción Alguna vez, el 3.8% para la opción Varias veces y el 0.0% para la opción Muchas veces, en tanto que el GI con el porcentaje más alto siendo el 73.1% fue para la opción Nunca, el 15.4% para la opción Alguna vez, el 9.6% para la opción Varias veces y 1.9% para la opción Muchas veces. En contraste con los resultados obtenidos en la VF para el GC para la opción Nunca el porcentaje permanece en 82.7%, para la opción de Alguna vez es de 17.3% y las opciones de respuesta Varias veces y Muchas veces tuvieron un porcentaje de 0.0% ambas, en el GI en la VF el porcentaje para la opción Nunca fue de 82.7%, para la opción Alguna vez fue de 15.4%, para la opción Varias veces fue de 1.9% y para la opción Muchas veces descendió a 0.0%.

En síntesis, en la VF se obtuvo una marcada diferencia a favor del GI, pues el 9.6% de las participantes tuvo una disminución en el nivel de violencia en relación a la VI. En las opciones de Varias veces y Muchas veces que indican mayor percepción de violencia, en el GI los valores de la VF disminuyen significativamente en relación a la VI.

Cuadro N° 20
Ítem N° 18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL	
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL		
¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	Nunca	45	46	91	47	45	92	
		86.5%	88.5%	87.5%	90.4%	90.4%	88.4%	
	Alguna vez	3	3	6	2	3	5	
		5.8%	5.8%	5.7%	3.8%	5.8%	4.8%	
	Varias veces	4	3	7	3	3	6	
		7.7%	5.8%	6.7%	5.8%	5.8%	5.7%	
	Muchas veces	0	0	0	0	1	1	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	1.0%	
	TOTAL		52	52	104	52	52	104
			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta N°18 para la VI se obtuvo que en el GC la opción con el porcentaje más alto fue para la respuesta Nunca con el 88.5%, seguido del 5.8% para la opción Alguna vez, el 5.8% para la opción Varias veces y el 0.0% para la opción Muchas veces, en tanto que el GI con el porcentaje más alto siendo el 86.5% fue para la opción Nunca, el 5.8% para la opción Alguna vez, el 7.7% para la opción Varias veces y 0.0% para la opción Muchas veces. En contraste con los resultados obtenidos en la VF para el GC para la opción Nunca el porcentaje es de 90.4%, para la opción de Alguna vez es de 5.8% para la opción de respuesta Varias veces es 5.8% y en Muchas veces el porcentaje es de 1.9%, en el GI de la VF el porcentaje para la opción Nunca fue de 90.4%, para la opción Alguna vez fue de 3.8%, para la opción Varias veces fue de 5.8% y para la opción Muchas veces continúa en 0.0%.

En síntesis, en la VF se obtuvo una marcada diferencia a favor del GI, pues el 3.9% de las participantes tuvo una disminución en el nivel de violencia en relación a la VI. Hubo una disminución del porcentaje en las opciones de respuesta Alguna vez y Varias veces, mientras que para el GC los valores se mantuvieron igual para estas respuestas y para la opción Nunca y muchas veces hay un aumento en los valores finales.

Cuadro N° 21
Ítem N° 19. ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?

ITEM	Respuestas	Valoración Inicial		TOTAL	Valoración Final		TOTAL
		INTERVENCION	CONTROL		INTERVENCION	CONTROL	
¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?	Nunca	32	41	73	36	35	71
		61.5%	78.8%	70.2%	69.2%	67.3%	68.3%
	Alguna vez	10	10	20	16	11	27
		19.2%	19.2%	19.2%	30.8%	21.2%	26.0%
	Varias veces	9	1	10	0	4	4
		17.3%	1.9%	9.6%	0.0%	7.7%	3.8%
	Muchas veces	1	0	1	0	2	2
		1.9%	0.0%	1.0%	0.0%	3.8%	1.9%
TOTAL		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En la pregunta No. 19 que dice ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado? para la VI el GC tiene su porcentaje más alto para la respuesta Nunca con el 78.8%, 19.2% para la opción Alguna vez, 1.9% en la opción Varias veces y 0.0% para la opción Muchas veces, mientras que el GI tiene un 61.5% para la opción Nunca siendo el puntaje más alto, seguido del 19.2% para la opción Alguna vez, Varias veces con el 17.3% y el puntaje más bajo, 1.9% para la opción Muchas veces. En lo que respecta a la VF el GC disminuye a 67.3% su porcentaje para la respuesta Nunca, mientras que el resto de las opciones tiene un aumento en sus valores porcentuales, para la opción Alguna vez el porcentaje final es de 21.2%, 7.7% para la opción Varias veces y la opción Muchas veces pasa de 0.0% a 3.8%. En cuanto al GI su porcentaje para la respuesta Nunca aumenta al 69.2%, la opción Alguna vez con un 30.8% mientras que las opciones Varias veces y Muchas veces disminuyen a 0.0% ambas opciones.

Esto significa que el 7.7% de las participantes del GI tuvo una disminución en la percepción de algún nivel de violencia, por lo que se da el aumento a la opción Nunca, mientras que el GC tiene una disminución del 9.6% en esta misma opción. En la opción Alguna vez el GI de la VF aumenta un 11.6% pero cabe destacar que en el resto de las opciones los valores disminuyen a 0.0% lo que indica un decremento en el nivel de percepción de violencia.

Cuadro N° 22
Relación de Nivel de Violencia de la valoración inicial con la valoración final.

		Valoración Inicial		Total	Valoración Final		Total
		GC	GI		GC	GI	
Nivel de Violencia	Sin Violencia	12	9	21	9	13	22
		23.0%	17.3%	20.1%	17.3%	25.0%	21.2%
	Violencia Leve	40	43	83	41	39	80
		76.9%	82.7%	79.9%	78.8%	75.0%	76.9%
	Violencia Moderada	0	0	0	2	0	2
	Violencia Severa o Grave	0.0 %	0.0 %	0.0 %	3.8%	0.0%	1.9%
	0	0	0	0	0	0	0
0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	
Total		52	52	104	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

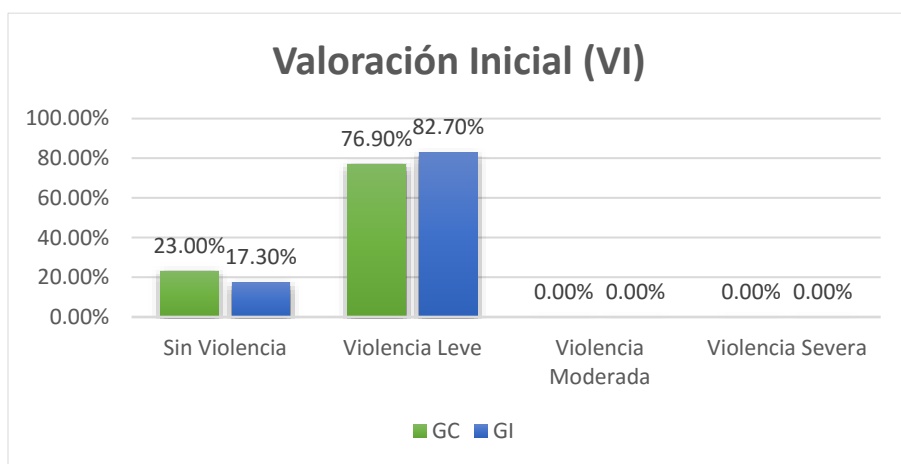
Fuente: Misma que el cuadro No. 1

La escala de “Violencia e índice de severidad” (EV-19), propuesta por Valdez y Cols., permite medir el índice de severidad de la violencia hacia las mujeres por parte de su pareja y estimar el daño emocional y físico, la sumatoria de las respuestas emitidas por las participantes nos arroja una cifra a la cual se le asigna una connotación para su interpretación. El resultado de esta escala puede derivarse en cuatro niveles que son: Sin violencia, Violencia leve, Violencia moderada y Violencia severa o grave.

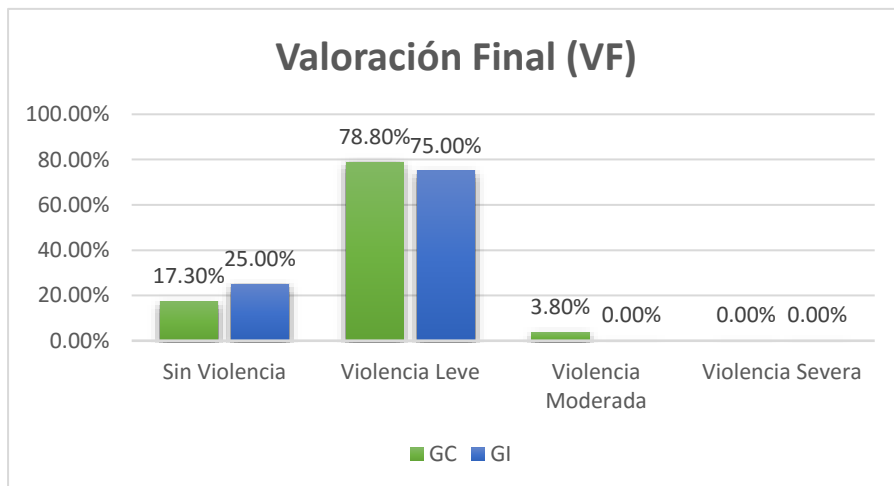
Es entonces que se lleva a cabo la relación de los resultados de la valoración inicial (VI) y la valoración final (VF), se obtuvo que para la VI en el grupo control (GC) el porcentaje más alto fue de 76.9% para la clasificación de Violencia leve y 23.0% tuvo un resultado en el nivel Sin violencia, las clasificaciones de Violencia moderada tanto como la de Violencia severa o grave resultó en 0.0% para ambos rangos. Para el grupo intervención (GI) de la VI la clasificación de violencia leve fue el resultado más repetido con un 82.7% y el 17.3% de las participantes clasificó Sin violencia, de igual manera las clasificaciones para los rangos de Violencia moderada así como la de Violencia severa o grave arrojó 0.0%. Para la valoración final (VF) en cuanto al GC el nivel de violencia que obtuvo un mayor porcentaje con 78.8% fue Violencia leve, seguido por 17.3% que resultó sin violencia y 3.8% clasificó en Violencia moderada, la clasificación de Violencia severa o grave permaneció en 0.0%, en contraste para el GI el 75% resultó con nivel de Violencia

leve y el 25% restante sin violencia, los niveles de Violencia moderada y Violencia severa o grave continuaron en el porcentaje de 0.0%.

Esto nos indica que en el GI disminuyó en un 1.9% los resultados que arrojaron Violencia leve y hubo un aumento significativo del 5.7% para los resultados que arrojaron la clasificación Sin violencia, lo que se traduce en una reducción importante de la severidad de violencia percibida. Para su mejor comprensión se procede a graficar los datos que muestra el cuadro anterior relacionando el GC y GI, mostrando en dos graficas los porcentajes obtenidos para la VI y la VF.



Fuente: Caraveo Maldonado Ana Lilia, 2017
 Grafica de Barras elaborada a partir de los datos contenidos en el Cuadro N°. 3



Fuente: Caraveo Maldonado Ana Lilia, 2017
 Grafica de Barras elaborada a partir de los datos contenidos en el Cuadro N°. 3

Cuadro N° 23
Relación de Nivel de violencia y Desarrollo de preeclampsia.

INTERVENCION O CONTROL			Preeclampsia	Embarazo Saludable	Hipertensión Gestacional	Total
CONTROL	Nivel de Violencia	Sin Violencia	0 0,0%	9 25,7%	0 0,0%	9 17,3%
		Violencia Leve	12 100,0%	24 68,6%	5 100,0%	41 78,8%
		Violencia Moderada	0 0,0%	2 5,7%	0 0,0%	2 3,8%
		Violencia Severa	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
		Total	12 100,0%	35 100,0%	5 100,0%	52 100,0%
	Total					
INTERVENCION	Nivel de Violencia	Sin Violencia	0 0,0%	13 26,5%	0 0,0%	13 25,0%
		Violencia Leve	2 100,0%	36 73,5%	1 100,0%	39 75,0%
		Violencia Moderada	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
		Violencia Severa	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
		Total	2 100,0%	49 100,0%	1 100,0%	52 100,0%
	Total					
Total	Nivel de Violencia	Sin Violencia	0 0,0%	22 26,2%	0 0,0%	22 21,2%
		Violencia Leve	14 100,0%	60 71,4%	6 100,0%	80 76,9%
		Violencia Moderada	0 0,0%	2 2,4%	0 0,0%	2 1,9%
		Violencia Severa	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
		Total	14 100,0%	84 100,0%	6 100,0%	104 100,0%
	Total					

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En el cuadro N° 4 se presenta la relación que existe entre los niveles de violencia y el desarrollo de preeclampsia en las participantes, el 100% de los casos de preeclampsia se encuentran en la clasificación de Violencia leve, 14 son el total de dichos casos, es

decir el 100%, de los cuales 12 o lo que es equivalente en porcentaje, el 85.7% de estos pertenecen al GC, mientras que solo 2 de estos casos que corresponden al 14.3% corresponden al GI. Esto concluye una importante asociación entre el desarrollo de la preeclampsia, la participación dentro del grupo de intervención así como en la presencia de violencia, pues el 85.7% de los casos de preeclampsia que corresponden al GC se encuentran en la clasificación de Violencia leve.

En lo concerniente a la Hipertensión gestacional el 100% equivale a 6 casos en los que se presentó esta enfermedad, de modo que el 86.3% de estos pertenece al GC y se encuentran dentro del nivel de Violencia leve y solo el 16.7% pertenece al GI y de igual manera con un nivel de Violencia leve. Aquí se afianza la relación entre el desarrollo de la hipertensión gestacional con la presencia de violencia pues de igual manera el 86.3% de los casos de HG son del GC y se encuentran en la clasificación de Violencia leve.

Esto deriva que del total de la muestra de 104 participantes solo 84 de las gestantes tuvieron embarazos saludables, es decir un 80.7 de la muestra total, de las cuales 52 participantes que conforman el GI, un porcentaje equivalente al 94.2% son embarazos saludables, mientras que del total de 52 participantes del GC, solo el 67.3% completó un embarazo saludable, lo cual nos arroja una significativa diferencia del 26.9% entre el GI y el GC.

Cuadro N° 25 Test de McNemar.

		VALORES INICIALES * VALORES FINALES Tabulación cruzada con valores agrupados				
		VALORES FINALES				Total
		Sin Violencia	Violencia Leve	Violencia Moderada	Violencia Severa	
VALORES INICIALES	Sin Violencia	17	4	0	0	21
		16.3%	3.8%	0.0%	0.0%	20.1%
	Violencia Leve	5	76	2	0	83
		4.8%	73.1%	1.9%	0.0%	79.9%
	Violencia Moderada	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0 %
	Violencia Severa	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total		22	80	2	0	104
		21.2%	76.9%	1.9%	0.0%	100.0%

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

En el Test de McNemar con respecto a la presencia de algún nivel de violencia la anterior tabla contrasta los niveles de violencia iniciales contra los valores finales, esta comparación nos arroja que del total de las 104 mujeres que participaron, 21 mujeres que equivale al 20.1% se encuentran Sin Violencia dentro de los VI, mientras que para los VF aumento a 22 mujeres, siendo un porcentaje de 21.2%, para el rango de Violencia leve hay en los VI 83 participantes, es decir un 79.9% de la muestra, mientras que para los VF hay 80 participantes que corresponde al 76.9%, para el rango de Violencia moderada en los VI hay 0 mujeres, por lo que el porcentaje es de 0.0% mientras que para los VF el número de participantes es de 2 que corresponde a un porcentaje de 1.9% y finalmente para el rango de Violencia severa tanto los VI como los VF no sufren modificación en el número y porcentaje y se mantiene en 0 con 0.0%

De acuerdo al coeficiente obtenido del análisis de la fiabilidad de la Escala de Violencia e índice de severidad (EV-19) la cual consta de 19 ítems, tomando como criterio general, a George y Mallery (2003), cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados, dado que la prueba proyecta una fiabilidad de 0.81, se deduce que el alfa de cronbach es bueno, lo cual se traduce en un adecuado nivel de fiabilidad para esta escala.

Cuadro N° 26

Estadísticos de fiabilidad.	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,811	19

Fuente: Misma que el cuadro

No. 1

Con base en el análisis que nos resulta al realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov la cual se utilizó para medir la normalidad de la distribución de la curva, comprobamos el nivel de significancia, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal, ésta prueba arroja un resultado de $P=.00$ por lo que se deduce la distribución de la curva no es normal.

Cuadro N° 27

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
		Nivel de Violencia
N		104
Parámetros normales ^{a,b}	Media	.81
	Desviación estándar	.442
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.457
	Positivo	.313
	Negativo	-.457
Estadístico de prueba		.457
Sig. asintótica (bilateral)		.000 ^c
a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors.		

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

Dado que la prueba Kolmogorov-Smirnov empleada para ver la normalidad de la distribución de la curva arroja un resultado de $P=.00$, lo cual indica que la distribución de la curva no es normal se procede a realizar una prueba de rangos de Wilcoxon para la comprobación de la hipótesis, en dicha prueba se obtiene un valor de significancia de $= .004$, y considerando que es menor al P valor (0.5) se aprueba entonces la $H1$, es decir la hipótesis del investigador, la cual sostiene que “La educación en salud disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México”.

La selección de las pruebas estadísticas se realizó de acuerdo con la tabla de Criterios para la selección de pruebas estadísticas, propuesta por (Juárez et al., 2002). En el artículo titulado Criterios importantes para la selección de prueba en un estudio.

Cuadro N° 28
Prueba de Wilcoxon.

Estadísticos de prueba ^a	
	Puntaje de Violencia VF - VI
Z	-2.843 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.004
a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo	
b. Se basa en rangos positivos.	

Fuente: Misma que el cuadro No. 1

4.3 Comprobación de la Hipótesis.

Propósito	Demostrar que existen diferencias entre el grupo control y el grupo intervención que se atribuyen a la intervención de educación en salud.	
Variable Analítica	Intervención Educativa en salud	
	Con Intervención	Sin Intervención
Unidades de estudio	Mujeres embarazadas sanas	
Delimitación Espacial	Estado de México	San José Del Rincón, El Oro.
Delimitación Temporal	2016 - 2017	
Plantear hipótesis	<p>–H1: La educación en salud disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.</p> <p>–H0 La educación en salud no disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.</p>	
Establecer un nivel de significancia	Nivel de significancia (alfa)= 5% = 0.05	
Seleccionar estadístico de prueba	<ul style="list-style-type: none"> – Test de McNemar – Kolmogorov-Smirnov – Rangos de Wilcoxon 	
Valor de P	P = .004	
Toma de decisiones	La educación en salud disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México.	

4.4 Discusión.

Se ha analizado previamente en los capítulos anteriores, que la educación en salud dirigida a las mujeres que formaron parte del grupo de intervención, daría como resultado una disminución en cuanto al nivel de violencia, pues en la revisión de la literatura se encontraron estudios que demuestran un número significativamente menor de mujeres con violencia en el periodo postnatal y que mejoraron la calidad de vida en el grupo de intervención cuando se les brindó apoyo y asesoramiento por parte de profesionales de enfermería.

Al analizar los resultados de esta investigación encontramos un importante número de casos que desarrollaron preeclampsia al final del embarazo y de estos casos solo 2 de ellos pertenecen al GI, por lo que se confirma la asociación entre la consejería personalizada y su efecto en el desarrollo de preeclampsia, por ello se coincide con las investigaciones de Van Parys A., et al., quien postula un estudio de consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas en el que se observó que haber pertenecido al grupo de intervención tuvo un efecto preventivo independiente de la presencia de hipertensión arterial en cualquier momento del embarazo, lo anterior se puede corroborar.

La estrategia de consejería personalizada disminuyó el riesgo de complicaciones asociadas a hipertensión arterial al momento del parto. Esta estrategia tiene como base el seguimiento estrecho de la mujer embarazada, resolver las dudas de la paciente, sugerir mejoras en la alimentación, implementación de ejercicio y la realización de actividades recreativas durante el embarazo.

Ante la evidencia empírica, tanto en el plano nacional como en el internacional, se puede deducir que la violencia en el embarazo es parte de un continuum de violencia, es decir, que la violencia que sufre la mujer durante la gestación por lo general no empieza en el estado de gravidez, sino que para la mayoría de estas mujeres la violencia empieza desde antes y a lo largo de su vida experimentan diferentes relaciones violentas afirma

Cuevas S. et al., y aunque es algo que en este estudio no se valora, se puede tomar como un factor predisponente para presentar violencia en el embarazo actual, el haber experimentado algún tipo de violencia anteriormente o en un estado no grávido.

Existen diversos factores por los que una mujer puede o no percibir alguno de los diferentes tipos de violencia, por ello coincido con Solís Flores L. et al., quien demuestra en su estudio que es el personal de salud que se involucra con las pacientes en estado de gestación quien debe poseer la habilidad de detectar cualquier indicio o rasgo de violencia y por menor que este sea involucrarse activamente con la paciente para que esta se sienta en un ambiente de confianza y seguridad que le permita abrirse al tema sin miedo a represalias o denigración de ningún tipo.

Numerosos estudios demuestran que hay menor proporción de mujeres que notifican la violencia doméstica en el área rural, y es posible que el mismo fenómeno se presente en las mujeres embarazadas de esta área, lo que para este estudio complicaría la obtención de información certera respecto al tema. Sin embargo, concuerdo con Campero L., et al., cuyo estudio arroja como resultado la importancia de reconocer los factores sociales, culturales y emocionales que rodean la vida de las mujeres gestantes para lograr determinar la afectación que estos traen al embarazo

La bibliografía consultada refiere que las gestantes con mayor riesgo son aquellas que reciben más maltrato físico y emocional, económico y sexual. Convengo que aunado a las circunstancias de edad en los extremos, el maltrato a la embarazada se dio en todos los estratos sociales, pero ocurre con mayor frecuencia en estratos económicos precarios, o de rezago social, lo cual es un agravante de dicho conflicto pues el estado de salud de la embarazada guarda correlación con el acceso a los servicios de salud, Sánchez Chávez N. et al., recalca que es de suma importancia considerar el maltrato a embarazadas como parte de la historia clínica como factor de riesgo de mortalidad materna.

Cabe resaltar que el apoyo que recibe la paciente por parte del complejo de salud que la atiende durante su embarazo, así como de personas cercanas ajenas a la situación de

violencia es fundamental, ya que actúa directamente como un factor protector ante posibles complicaciones que pudieran surgir durante el proceso, ayudando así a la mujer a tomar decisiones adecuadas para la atención de su salud y solicitando atención ante la detección de signos o síntomas ajenos al embarazo, disminuyendo prácticas de riesgo, además de proveer otras necesidades como alimentación, protección, acompañamiento, y cuidados.

Para la elaboración de la intervención educativa que se utilizó en las mujeres que participaron en este estudio se realizó una búsqueda avanzada en distintas bases de datos de las cuales se obtiene la evidencia que fundamenta las intervenciones aplicadas. Con base a la revisión de la literatura se determinó que las intervenciones aplicadas han sido validadas por estudios previos y son seguras y eficaces para lograr el objetivo de disminuir la violencia como factores psicosocial asociado a preeclampsia.

En este estudio se determina que aquellas mujeres que presentaron preeclampsia o hipertensión gestacional estuvieron sometidas a niveles de violencia antes de la intervención y 12 de las 14 participantes que desencadenaron preeclampsia al final del embarazo pertenecen al grupo control, es decir que existe y se comprueba una asociación significativa para este dato, pues significa que esas 12 participantes de la muestra no recibieron la intervención dirigida a disminuir el riesgo de preeclampsia, tal y como lo señala Solís Flores L. y quipo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones.

Al término de esta investigación cuyo objetivo fue: Demostrar que la implementación de una intervención educativa en salud disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México se desglosan las siguientes conclusiones; la intervención que se aplicó a mujeres embarazadas del segundo y tercer trimestre y se percibió que ésta ayudó a que las participantes del grupo intervención presentaran una disminución en sus niveles de violencia con respecto a las que no tuvieron el alcance de la intervención.

En relación a los objetivos específicos que se plantearon identificar las intervenciones educativas en salud que disminuyen la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México y estimar en qué medida estas intervenciones la violencia de pareja en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México, para ello se aplicaron las intervenciones propuestas en el modelo de intervención, se aplicaron a las mujeres participantes que formaron el grupo de intervención y el resultado se ve reflejado en las tablas cruzadas que se analizaron previamente, pues el índice de violencia fue menor para el grupo intervención de la valoración final con respecto a la valoración inicial.

En comparación a las gestantes que llevaron la consulta prenatal normal, se demuestra que el resultado obtenido es en el que se aprueba la H1 misma que sostiene: “La educación en salud disminuye la violencia de pareja como factor de psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital público del estado de México”, estadísticamente se aprobó esta hipótesis con la prueba estadística de Wilcoxon.

Del análisis de las respuestas en la escala de Violencia e Índice de severidad (EV-19) propuesta por Valdez y Cols., se pudo observar que la respuesta más frecuente fue para el rango de violencia leve con el 76.9% del total de participantes, el porcentaje más bajo fue en el rango de Violencia Severa que permaneció en 0.0%, un 21.2% obtuvieron lugar en el rango Sin violencia y solo el 1.9% se colocó en el rango de Violencia Moderada. Esto indica que las mujeres de este estudio presentan violencia de pareja y esta no es diagnosticada ni atendida en el lugar donde llevan su control prenatal, lo que puede ser un factor que condicione la presencia de comorbilidades como la preeclampsia y trastorno su salud integral.

Como ya se mencionó el nivel socioeconómico dictamina los alcances de las pacientes para recibir atención de salud adecuada a las necesidades, por lo que los factores psicosociales como es la violencia quedan desatendidos y no se toman en cuenta para la atención integral y holística de la paciente, lo cual trae como consecuencia que las pacientes tampoco sepan reconocer estos datos de sí mismas, con relación al nivel socioeconómico de este estudio el 50.0% de la muestra se localiza en el tercer estrato según el estudio de Graffar que corresponde a Pobreza relativa, seguido del 26.0% que se posiciona en Pobreza crítica, mientras que el 21.2% logra satisfacer las necesidades básicas y un mínimo porcentaje de 2.9% tiene Buenos niveles de vida, se corrobora entonces que el rezago social dado por el tipo de población que tiene este estudio es un factor ponderante para asegurar la adecuada atención médica, lo cual resulta evidente en el análisis de los resultados pues el alto índice de desarrollo de preeclampsia es un dato conciso de la falta de atención a la salud o en su defecto de una precaria atención.

Se puede ultimar que las intervenciones educativas para prevenir el riesgo de presentar preeclampsia que fomentan el empoderamiento de la mujer, el manejo de su autoestima y el reconocimiento de su salud sexual y reproductiva durante el embarazo que se pudieron identificar de acuerdo con este estudio son la comunicación y el dialogo entre la paciente y el personal médico y de enfermería que la atiende, la proyección de un plan de seguridad.

La violencia de pareja durante el embarazo es un grave problema de salud pública y de derechos humanos, se ha establecido por algunos autores que el embarazo no es un factor protector, sino un factor de riesgo para sufrir violencia de pareja, por lo que es indispensable sensibilizar más al personal de salud acerca de este complejo problema e implantar la atención integral, además deben realizarse esfuerzos para garantizar que la mujer embarazada o que desea embarazarse no sufra violencia de género, a pesar de que existen protocolos, normas, intervenciones, leyes, organizaciones, para la eliminación de la violencia de género, falta mucho por hacer y más para la erradicación de la violencia en el embarazo y poder garantizar el bienestar del binomio.

5.2 Recomendaciones.

Considerando diferentes aspectos de esta investigación, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

- Una importante recomendación es capacitar, habilitar y facultar de una manera más amplia y vasta al todo el personal de enfermería y áreas afines que se encargan de tratar a la mujer en la etapa preconcepcional, embarazo y puerperio, para que sea capaz de detectar indicios o patrones de conducta que hagan manifiesta la violencia de pareja en el periodo oportuno con el fin de brindar el apoyo correspondiente a la mujer que pueda limitar el desarrollo de comorbilidades asociadas a la violencia.
- La OMS recomienda preguntar sin temor y si existen factores de sospecha como son: Mujeres que cancelan sus citas programadas de manera frecuente, no cumplen la medicación, ocultan partes de su cuerpo porque hay signos de violencia, presentan trastornos del sueño, utilizan de manera regular ansiolíticos o sedantes (Farmacológicos o Naturales), depresión, baja autoestima, falta de concentración o interés, intentos de suicidio, son mujeres que constantemente manifiestan sintomatología repetitiva como dolores de cabeza, de pecho, palpitaciones, sensación de asfixia, entumecimiento y hormigueo en extremidades, nerviosismo, por lo cual es imprescindible atender a estos signos que quizá a simple vista no nos indican mucho pero son indicios que nos pueden advertir de un caso de violencia de pareja.
- Se invita a fortalecer la comunicación entre la mujer embarazada y el personal que atiende su situación para que de este modo ella se sienta segura de hablar del tema, esto mediante la aplicación de las intervenciones educativas ya mencionadas. Ya que este factor influye positivamente en el cuidado prenatal.
- Se debe de profundizar, en el estudio, de la violencia infligida por la pareja, y el desarrollo de complicaciones durante el embarazo ocasionado por ello así como, los beneficios de este tipo de intervenciones para la mujer durante el embarazo.

- El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), señala la importancia de realizar el cribado para detectar violencia de pareja en las mujeres embarazadas, mismo que debe hacerse a lo largo del embarazo, ya que la violencia puede darse al inicio o más tarde y debería ocurrir desde la primer visita prenatal, al menos una vez por trimestre, en el control posparto y continuar en las consultas ginecológicas y de planificación familiar. El interrogatorio utilizado para la detección de violencia debería aplicarse a todas las mujeres, independientemente de la presencia o ausencia de signos de violencia, el aplicarlo o realizarlo a lo largo del embarazo permitiría determinar la prevalencia, el momento de inicio, las causas que detonan la aparición de la violencia.
- Se espera que en un futuro cercano se profundice en el tema de las intervenciones y se sumen nuevas, que permitan el establecimiento de una guía que sea de utilidad para realizar la detección de violencia en el periodo gestacional y se tome en cuenta para trabajar con la paciente estas intervenciones, que aunque el tema no se considere tan importante, quedó demostrado que tiene gran relevancia para las mujeres en periodo perinatal.
- El interrogatorio que se realiza para la detección de la violencia debe ser tomado como un instrumento para valorar cualquier otra patología, es decir debe ser privado y personal para la paciente y que éste garantice a la mujer la confidencialidad, la atención médica adecuada y en casos de abuso sexual, suministrar tratamiento profiláctico no contraindicado en el embarazo para ITS, el documentar el maltrato de forma cuidadosa es importante como síntomas o lesiones, establecer la identidad del agresor y su relación con la paciente, que debe tener asesoría o un plan de seguridad, referir a servicios especializados, tales como Psicología, psiquiatría, nutrición, trabajo social, personal judicial, organizaciones comunitarias, etc.
- En el estado de México por parte del Instituto de Salud del Estado de México y del gobierno federal se proporciona a las embarazadas un folleto para diseñar un “Plan de seguridad, embarazo, parto y cuarentena”. Este folleto se menciona a detalle en

el capítulo 2, con la finalidad de tener una red de apoyo durante el periodo perinatal. Es recomendable incluir el folleto mencionado a las instancias de la CDMX, que ven a mujeres embarazadas, ya que cuenta con información que les es de bastante utilidad en el caso de situaciones que requieran ayuda.

- Existen bastantes estudios que evidencian la relación que existe entre la violencia infligida por la pareja y el desarrollo de preeclampsia, sin embargo son pocos aquellos que demuestran intervenciones que sean eficaces para disminuir la violencia asociada a preeclampsia, por lo que se hace un énfasis en recomendar la continuación de este tema de investigación sobre las intervenciones que disminuyan la presencia de violencia en las mujeres embarazadas y por ende el riesgo de preeclampsia.
- Resulta necesario contar en la consulta con material informativo sobre la violencia de género, aún existen muchas cosas que son necesarias para combatir o prevenir la violencia de género en el embarazo, la educación médica sobre temas de derechos sexuales y reproductivos deben incluirse dentro de los programas informativos.
- También se exhorta al personal de enfermería a inmiscuirse más en el tema de la problemática de esta investigación, pues se encontró que los profesionales de enfermería son el eje de la salud que participa más de cerca en el proceso del embarazo así como el desarrollo del mismo, y deben de ser partícipes de estudios con esta problemática para lograr mejorar sus habilidades y por ende mejorar la atención y la calidad del cuidado en el ámbito biopsicosocial de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.


1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. DOF: 04/04/2016
2. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF: 16/04/2009
3. Guía de Práctica Clínica. Atención integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. CENETEC SALUD 2008
4. Bisquera R. 2013 Educación Emocional. Propuesta para educadores y familias.
5. Benites-Cóndor Y. Bazán-Ruiz S. Valladares-Garrido D. 2011 Factores asociados al desarrollo de Preeclampsia en un hospital de Pirua, Perú.
6. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. 2006 La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. Salud Pública México.
7. Cédulas de Información Municipal (SCIM), Unidad de Microrregiones Municipio: San José del Rincón, Estado de México, Clave: 15124, SEDESOL
8. Cepeda-Silva A, Morales-Carmona F, Henales-Almaraz M, Méndez-Cabello S. 2016 Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo.
9. Collado Peña Susana Patricia. 2004 Impacto de la violencia intrafamiliar durante el embarazo sobre el resultado materno y perinatal. TESIS para obtener grado de especialista. FacMed UNAM
10. Cuevas, Sofía, Blanco, Julia, Juárez, Clara, Palma, Oswaldo, & Valdez-Santiago, Rosario. 2006. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Pública de México.
11. Fleites Santana, Niurka, Álvarez González, Yosmel, González Duque, Iván, & Díaz Díaz, Jayce. (2015). Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela.
12. Frías Navarro Dolores. 2014 Análisis de fiabilidad de las puntuaciones de un

- instrumento de medida. Alfa de Cronbách: Un coeficiente de fiabilidad. Universidad de Valencia.
13. Juárez, F., Villatoro, J. A., & López, E. K. 2011. Apuntes de estadística inferencial. México, DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
 14. Kú, Elia, 2014 Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012 Revista Peruana de Epidemiología.
 15. Martínez, M.A, Sánchez, A.V, Faulin F.J. Bioestadística Amigable. Segunda edición. España: Editorial Díaz de Santos; 2009.
 16. Morales Camargo J. 2015 Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Enero – Julio,
 17. Morales Ruiz C. 2011 Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010.
 18. Naranjo Naranjo Doris. 2013 Violencia de género y Embarazo. Revista ecuatoriana de ginecología y obstetricia. Vol. XIX
 19. Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-De Jesús L, Andersson N. 2005 Violencia Intrafamiliar contra la embarazada: Un estudio con base poblacional en Ometepe Guerrero, México.
 20. Sánchez-Chávez N, Galván Espinoza H, Reyes-Hernández U, Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández K 2013. Factores asociados al maltrato durante el embarazo. Oaxaca
 21. Sánchez S. 2016 Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Revista de contenido científico Scielo.org.pe.
 22. Solís-Flores L, Hernández-Rosas J, Quintero-Estudillo P, Pérez-Garmendia J, Cortés-Poza D, López-Alvarenga J. 2016 La consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas disminuye el riesgo de complicaciones secundarias a hipertensión.
 23. Torres Lagunas, María De Los Ángeles. 2013 Cotidianidad y cuidado de las mujeres que presentan pre-eclampsia. Enfermería universitaria
 24. Torres Lagunas, María de los Ángeles, Luna Victoria, Flor Marlene, & García


- Jiménez, María Alberta. 2012. Trastocamiento de la salud en la cotidianidad de las mujeres embarazadas con pre-eclampsia.
25. Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo. 2015 Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia,
26. Van Parys A., Verhamme A., Temmerman M., Verstraelen H. 2014 Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions University, Ghent, Belgium.
27. Vargas, Víctor Manuel, Acosta, Gustavo, & Moreno, Mario Adán. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista chilena de obstetricia y ginecología
28. Vega-Morales, EG, Torres-Lagunas, MA, Patiño-Vera, V, Ventura-Ramos, C, & Vinalay-Carrillo, I. (2016). Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Enfermería universitaria, 13(1), 12-24.
29. Velasco, Casilda, Luna, Juan D, Martin, Aurelia, Caño, Africa, & Martinde-las-Heras, Stella. (2014). Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica.
30. Walker Leonor. 2014 Protocolos para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Medicina Legal. Estados Unidos.

ANEXOS Y APÉNDICES.

Anexo 1. Datos Sociodemográficos y del RN



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Cuestionario para evaluar factores de riesgo Psicosociales durante el embarazo

Instrucciones: Llene por escrito o marque con una X cada uno de los espacios según corresponda, conforme vaya realizando la entrevista.

I. DATOS GENERALES

Nombre de la entrevistada: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Edad: _____ Expediente #: _____ Seguridad social: Si ___ No ___ Especificar: _____

Peso: _____ Talla: _____ No. De Hijos: _____

Domicilio: _____

Teléfonos: Casa _____ celular _____ Trabajo _____

Nombre del Tutor o responsable: _____

Nombre de la Institución de Salud donde se entrevista: _____

Clinica de la cual fue referida: _____

II. FACTORES DE RIESGO

Semanas de Edad Gestacional al momento del diagnóstico de pre-eclampsia: _____

Semanas de Edad Gestacional al momento de la Entrevista: _____

Número de consulta prenatal al momento de la Entrevista: _____

Número de horas que dedica a descansar al día: _____

Número de horas de ejercicio a la semana: _____

III. DATOS DEL RECIEN NACIDO

El recién nacido fue obtenido por vía: Vaginal _____ Cesárea _____

Apgar a los 5 minutos: 7-10 _____ 4-6 _____ 1-3 _____

Servicio fue trasladado el recién nacido: Neonatos _____ Habitación conjunta _____ Defunción _____

Sexo: Mujer _____ hombre _____

Edad Gestacional (capurro) 37-41 _____ 33-36 _____ 32 o menor ó 42 o mayor _____

Peso: 2.500-3.499 kg _____ 2.000-2.499 kg _____ 3.500-3.999 kg _____ < 2.000 o > 4.000 Kg

Talla: _____

Inicio de la lactancia: Si _____ No _____ Inicio Vínculo con la madre: Si _____ No _____

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia | 27/01/2014

Fuente: Instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia. Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I 2015

Anexo 2. Estudio socioeconómico Graffar



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
 Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
 Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Cuestionario No. 5 Estudio socioeconómico (Graffar)

Entrevista # _____

Fecha de la Entrevista _____

I. DATOS GENERALES

Nombre de la entrevistada: _____

Nombre del Tutor o responsable _____

Número de Expediente _____

II. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA

PUNTEO	ÍTEMS
1	Profesión universitaria, Ingeniero, Agrónomo, Médico, Auditor, Administrador de empresas, Abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria.
2	Profesión técnica superior (Nivel diversificado), Bachilleres, Maestros, Perito, Contador, Secretarías, Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajadores con primaria completa albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
5	Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.

III. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE

1	Educación universitaria
2	Nivel diversificado, Secretaria, Maestra, Bachiller, Perita, Contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

IV. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA

1	Fortuna heredada o adquirida.
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
3	Sueldo mensual.
4	Sueldo semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios.
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

TENENCIA	PISO	PAREDES	TECHO	CALIDAD
Propia	Tierra	Madera	Lámina	Buena
Alquilada	Ladrillo	Adobe	Madera	Regular
Prestada	Losa	Block	Teja	Mala
Posada		Ladrillo	Duralita	
Amortizada			Terraza	

VII. SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA

Agua	Letrina	
Luz	Fosa séptica	
Teléfono	Inodoro	
Drenaje	Extracción de basura	
	Otros:	

VIII. SALUD

¿A dónde acude cuando se enferma?

Enfermedades más frecuentes en su grupo familiar

IX. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Estrato al cual corresponde la familia: _____
 Interpretación y análisis de la realidad de la familia de acuerdo al estrato al que pertenece la familia: _____

OBSERVACIONES GENERALES _____

X. PUNTUACIÓN



RUBROS	PUNTAJE
OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA	
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE	
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA.	
CONDICIONES DE LA VIVIENDA.	
TOTAL	

XI. INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE



ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO	DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO
I	4-6	Población con las mejores condiciones de vida.
II	7-9	Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
III	10-12	Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
IV	13-16	Es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
V	17-20	Es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

Fuente: Instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia.
 Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I 2015

Anexo 3. Escala de Violencia e índice de severidad.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana

Escala de violencia e índice de severidad (Valdez y Cols.)

Señala con una "X" la respuesta que más refleje tu situación en los últimos 12 meses.



	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	6	12	18
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	6	12	18
3. ¿Le ha pateado?	0	8	16	24
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	6	12	18
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?	0	5	10	15
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	7	14	21
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	9	18	27
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	4	8	12
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	4	8	12
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	7	14	21
11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	9	18	27
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	5	10	15
13. ¿Le ha torcido el brazo?	0	6	12	18
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	9	18	27
15. ¿Le ha insultado?	0	4	8	12
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	9	18	27
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	5	10	15
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	4	8	12
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	5	10	15
TOTAL	0	118	236	354

- Sin Violencia
- De 1 a 117 Violencia leve
- De 118-235 Violencia moderada
- De 236-354 Violencia severa o grave

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia | 27/03/2016

Fuente: Instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia. Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I 2015


Anexo 4. Instrumento de Valoración: Carta de consentimiento informado

 	<p>Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana</p>	 
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
<p>Investigadores responsables: Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas (ENEO-UNAM), Dra. Eisy Guadalupe Vega Morales (UADY-SSY) y Dra. <u>Ilsia Vinalay Carrillo</u> (IMSS)</p>		
<p>Lugar y Fecha: _____</p>		
<p>Por este medio doy mi autorización para participar en el protocolo de investigación <u>“Intervención integral de Enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a pre-eclampsia”</u> cuyo objetivo es: Analizar el impacto que tiene la intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales para pre-eclampsia en un hospital público de la República Mexicana.</p> <p>Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que soy libre de negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que eso afecte la asistencia médica que recibo en el hospital donde me encuentro ingresada; en caso de aceptar, mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas derivadas del instrumento de recolección de datos y las escalas que el encuestador aplicará.</p> <p>Me han explicado que no existen riesgos ni molestias asociados a mi participación; así mismo el beneficio que recibo al participar en el estudio es la contribución al estudio para poder hacer predicciones acertadas durante la práctica de enfermería, para brindar cuidados especiales y oportunos, ofrecer información, asesorías y educación para la salud durante el control prenatal y con ello coadyuvar a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal, así como también, para formar estrategias que contribuyan a reducir los indicadores que conducen a este problema a través de medidas de prevención y detección oportuna, ya que en el Estado de México no se ha llevado a cabo investigaciones acerca del tema.</p> <p>Me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que proporcione serán manejados con privacidad y confidencialidad; de igual forma los resultados de esta investigación me serán informados de manera verbal en caso de ser solicitados.</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas. Tel 5517563577 angelestorres2007@gmail.com</p>		
<p>_____ Nombre y firma del participante</p>		
<p>_____ Nombre y firma de quien se obtiene el consentimiento</p>		
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma del testigo</p>		

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia | 27/03/2014


Fuente: Instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia. Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I 2015

Anexo 5. Folleto de Plan de seguridad



GOBIERNO FEDERAL
SALUD

Comité Nacional de Seguridad de Comarcas y Salud Reproductiva



Embarazo saludable..... para vivir mejor

Plan de seguridad

Embarazo, parto y cuarentena

Nombre: _____



REGISTRO DE EMBARAZADA

FOLIO: _____

Embarazo saludable..... para vivir mejor

Si requiere apoyo de transporte o cualquier otro tipo de ayuda, pudiese consultarla con:

Miembros del Comité Local de Salud: _____ _____ _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	Encargados en la Presidencia Municipal: _____ _____ _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	Personal de la Jurisdicción Sanitaria: _____ _____ _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
Otro: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Tienes derecho a recibir servicios de salud sin costo durante tu embarazo, parto y cuarentena.

Recuerda que cualquier mujer embarazada o en la cuarentena se puede complicar, por eso es importante que el personal de salud te ayude a elaborar un **Plan de Seguridad**.

Responde con el médico, la enfermera o la trabajadora social las siguientes preguntas:

¿Cuál es la fecha probable de tu parto? _____

¿Quién va a atender tu parto? _____

¿En dónde van a atender tu parto? _____

Si tienes otros hijos ¿quién los va a cuidar? _____

En caso de que tuvieras alguna complicación o urgencia:

¿A quién le vas a avisar? _____ y a _____

¿A dónde vas acudir? _____ y a _____

¿Quién te va a acompañar? _____

¿Qué transporte vas a utilizar? _____

¿Sabes quién te puede ayudar? _____

DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y CUARENTENA:

Acude inmediatamente a:


Centro de salud: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Contactos: _____

Si se te hinchán la cara, las manos o los pies, te duele la cabeza, escuchas susurridos, ves luceros, tienes calentura y escalofríos...



Acude inmediatamente a:

Hospital: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Contactos: _____

Si no se mueve el bebé por más de 6 horas, tu parto tarda más de 12 horas y no nace el bebé, pierdes mucha sangre, tienes ataques, te sale líquido por la vagina, o la placenta no sale después de media hora de que nació el bebé...



Fuente: Folleto titulado "Plan de seguridad, embarazo, parto y cuarentena", otorgado en los Centros de Salud, Unidades móviles y Hospitales del Estado de México, 2012.

Anexo 6. Cartel de Derechos Sexuales y Reproductivos



Fuente: Derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos 2014. Fundación para estudio e investigación de la mujer

Anexo 7. Teoría de Leonor Walker: Ciclo de la Violencia



Fuente: Walker Leonor. 2014 Protocolos para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Medicina Legal. Estados Unidos

Apéndice 1. Díptico informativo para las participantes del grupo de intervención

MODELO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO BIOPSIOSOCIALES PARA PREECLAMPSIA

Dr.ª María de los Angeles Torres Lagunas
Dr.ª Ely Guadalupe Vega Morales
Dr.ª Ilián Virabay Carrillo

PAPIIT IN008B14-3, ENEC-LINAM OBT

ISEM
INSTITUTO DE SALUD MATERNO INFANTIL

CTHORA

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA.

Ejercicio 1

1. Tape el orificio izquierdo de su nariz con el dedo pulgar.
2. Meta aire lento y profundamente en el orificio nasal libre.
3. Retenga el aire contando mentalmente y lentamente hasta 4... mil uno, mil dos, mil tres y mil cuatro...
4. Ahora tape el orificio derecho con el anular, al mismo tiempo que quita el otro dedo de la nariz izquierda y saque todo el aire lentamente.

Observe la imagen

Repita de cinco a diez veces o hasta lo más que aguante, pero sin agotarse.

Ejercicio tensión-relajación

1er Ejercicio

Estire el brazo derecho y apriete el puño cerrando la mano con fuerza. Luego de 15 segundos abra la mano

Repita 5 veces en cada mano

Estando sentada

2do Ejercicio

Coloque las manos dobladas hacia atrás, empuje ambos codos contra respaldo de la silla con fuerza, cuente hasta 15, relaje y nuevamente colóque las manos sobre las piernas

Repita 10 veces

Parada o sentada

3er Ejercicio.

Eleve ambas cejas tratando de arrugar la frente, cuente hasta 15 y relaje las cejas

4o Ejercicio.

Arrugue la nariz y los labios; cuente hasta 15 y relaje

Realice estos ejercicios 10 veces cada uno



5^{to}. Ejercicio.

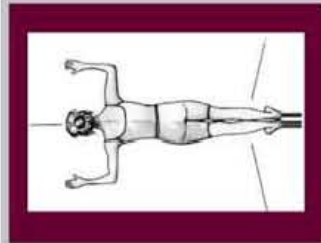
Ahora apriete los dientes y haga una sonrisa forzada, luego cuente hasta 15 y deje de sonreír.



6^{to}. Ejercicio.

Trate de tocar su pecho con la barbilla, cuente hasta 15 y nuevamente levante la barbilla.

Repita 10 veces cada ejercicio



7^{mo}. Ejercicio.

Estando de pie, lleve ambos brazos hacia cada costado con los codos flexionados y mantenga ambas manos abiertas.

Ahora trate de unir ambos codos con la espalda; cuente hasta 15 y baje los brazos.

Realice este ejercicio 10 veces.

8^{vo}. ejercicio.

Nuevamente sentada, meta la barriga y cuente hasta 15 y saque la barriga.



Realizar este ejercicio 10 veces

9^{no}. ejercicio.

Continúe sentada, estire la pierna derecha y tire de su pie hacia su rodilla con fuerza, cuente hasta 15 y relaje. Luego lleve su pierna hasta la posición inicial.



Repita 10 veces por cada pierna

ES NECESARIO REALIZAR LOS EJERCICIOS UNA O DOS VECES AL DÍA O CADA QUE SE SIENTA ESTRESADA O DEPRIMIDA

10^{mo}. ejercicio.

Permanezca sentada. Ahora estire una pierna y extienda el pie haciendo punta con fuerza, luego cuente hasta 15 y relaje nuevamente.



Repita 10 veces con cada pie

11^{vo}. ejercicio.

Continúe sentada, trate de tocar el suelo con la punta del dedo del pie derecho y seguidamente eleve los dedos hacia la rodilla.



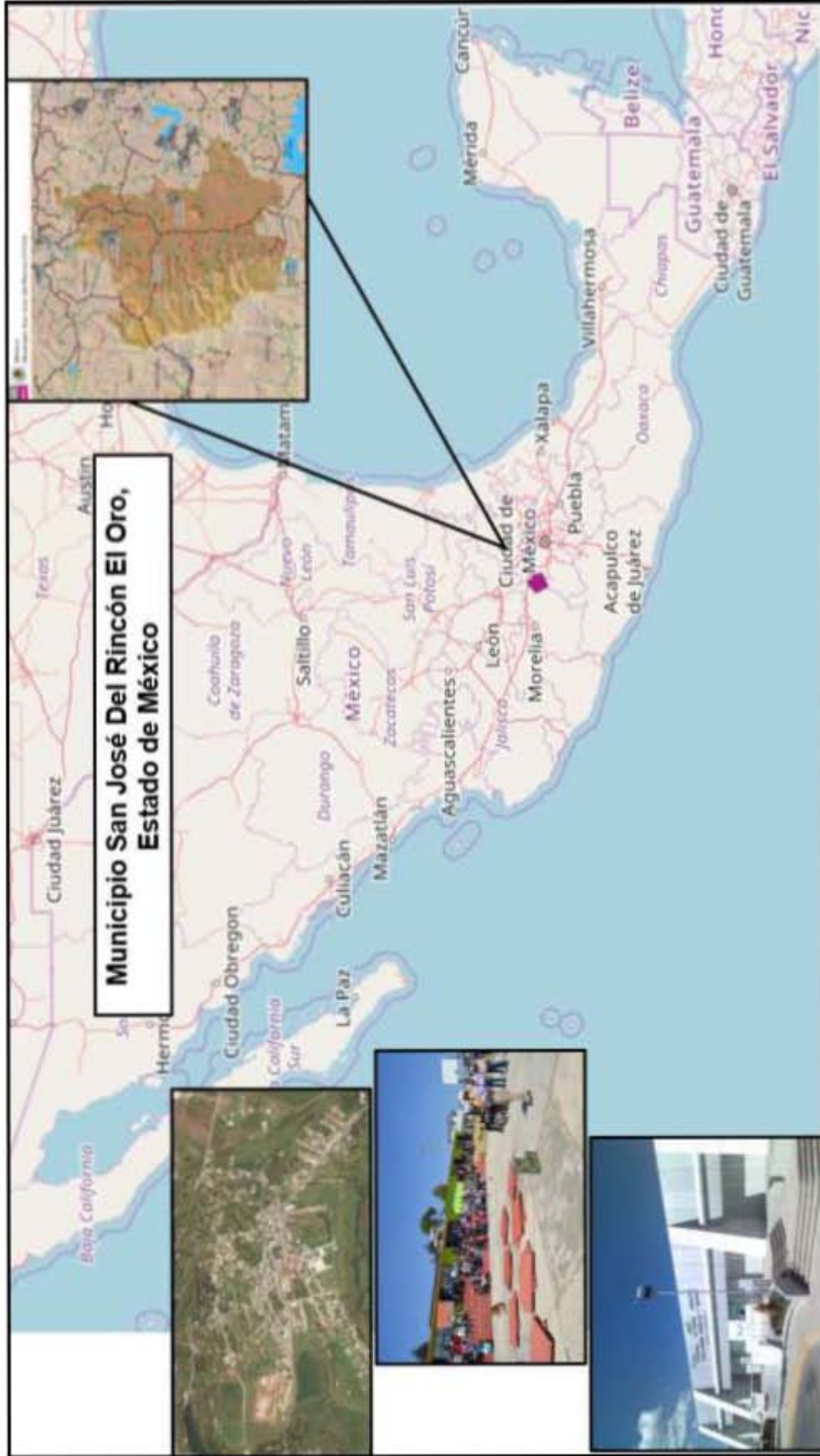
Se recomienda hacer cada ejercicio una vez al día o cada vez que usted se sienta estresada o deprimida.

Realice este ejercicio 10 veces con cada pie

PLEO Caraveo Maldonado Ana Lilia
PLEO Castillo Falcón Juan Carlos
PLEO García Agustín Diana Laura

Fuente: Derivado del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia.
Elaborado por Caraveo Maldonado A., Castillo Falcón J., García Agustín D., 2017

Apéndice 2. Mapa de Localización del Municipio de San José del Rincón, Estado de México



Fuente: Caraveo Maldonado Ana Lilia 2017 Elaboración propia.
Imágenes recabadas de Cédulas de Información Municipal (SCIM) SEDESOL

Apéndice 3.

Portada de Disco de Contenido del Taller



Portada de Disco de Música



Fuente: Derivado de proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia. Caraveo Maldonado A., Castillo Falcón J., García Agustín D., 2017