



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

TITULO

**“FACTORES DE RIESGO PARA LA VIOLENCIA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

IMELDA TÉLLEZ LÓPEZ

CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FACTORES DE RIESGO PARA LA VIOLENCIA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. IMELDA TÉLLEZ LÓPEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ DÍAZ RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**“FACTORES DE RIESGO PARA LA VIOLENCIA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA

DRA. IMELDA TÉLLEZ LÓPEZ

AUTORIZACIONES:



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA EN
SALUD.

INDICE:

DEDICATORIA.....	1
INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
JUSTIFICACIÓN.....	23
OBJETIVOS.....	24
METODOLOGIA.....	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
RESULTADOS	34
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	41
CONCLUSIONES.....	43
ANEXOS	45
BIBLIOGRAFÍA.....	49

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familiar, por apoyarme en cada decisión. A mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en que me encuentro.

En este momento no entiendes mis palabras, pero para cuando seas capaz, quiero que te des cuenta de los significas para mí, como en todos mis logros, en este has estado presente. Y a quien ha sido mi mano derecha en todo este tiempo, agradezco tu desinteresada ayuda, sencillo no ha sido el proceso.

Gracias por los buenos momentos en los que convivimos.

1.- INTRODUCCION

Estamos en un mundo que invita a crear un sistema de convivencia acorde a las necesidades de cada uno, en un contexto de diversidad, invitándonos a crear formas de convivir, en el cual la legitimización hace que cada uno exista en el espacio del otro y en la aceptación mutua. No obstante, en la historia de nuestros ancestros, hemos vivido varios estatus de destrucción de unos contra otros y de uno mismo, como el suicidio de distintos modos, incluso los culturales.¹

En ese transcurrir histórico del hombre y la mujer, como seres bio-psico-sociales, en los ámbitos de persona, familia y comunidad, se han naturalizado algunos modos violentos que se dan en lo interpersonal, familiar e institucional.

Se considera que la violencia es un importante problema de salud y la principal causa de muerte de mujeres, niños y ancianos en América Latina y el Caribe (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Tanto en nuestro país, como en Latinoamérica, las muertes violentas por homicidio son la principal causa de muerte (Organización Panamericana de la Salud, 2012). En ese sentido, cada día miles de personas, principalmente mujeres y niños, son víctimas de violencia mortal o no mortal, cuyas lesiones físicas, psicológicas y sociales requieren tratamiento en servicios de urgencias. En este contexto, muchas víctimas de maltrato físico, sexual o psicológico, no solicitan ayuda del personal de salud ni de otras autoridades, en un marco de silencio cultural.¹

MARCO CONCEPTUAL

Definir violencia es una tarea difusa y compleja y es difícil tener una exactitud científica. La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.² Existen diversos tipos de violencia: física, psicológica, sexual y por trato negligente o abandono.³ Tanto la violencia física como psicológica

contra los adultos son un problema social con un alto impacto en la salud de los mismos. Sus consecuencias en la salud mental son considerables y tienen gran trascendencia en el desarrollo de trastornos mentales.

La violencia es un problema social y de salud pública, por su magnitud ocasiona consecuencias negativas, en los individuos y las familias, depende de la frecuencia, intensidad y severidad con que se infringe. Teniendo efectos inmediatos, acumulativos e irreversibles sobre el bienestar y la salud física, mental, sexual y reproductiva, por lo que repercute en la calidad de vida y afecta el desarrollo de quienes la padecen. ⁴

La expresión “violencia doméstica” es utilizada para referirse a la violencia de pareja, pero en la actualidad abarca el maltrato contra niños y ancianos o el maltrato infligido por cualquier integrante de la familia hacia otro. La Norma Oficial Mexicana, propone que la violencia intrafamiliar es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en una relación de poder, en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, independientemente del espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.³ Se estima que el 35% de las mujeres en el mundo ha sufrido violencia de pareja o violencia sexual en algún momento de su vida. En América Latina, alrededor de 80.000 niños y niñas pierden la vida anualmente como consecuencia de la violencia doméstica. Nuestro continente es una de las regiones que posee las mayores tasas de maltrato, siendo las mujeres y los niños los más afectados. ¹

Una característica de la violencia de género que dificulta enormemente su erradicación es el alto grado de invisibilización y tolerancia que la rodea. Debido a complejas razones históricas y culturales, muchas mujeres son educadas en la creencia de que su valor se vincula con el de los hombres que hay en sus vidas, ya se trate de padre, hermanos, esposos o hijos. Este aprendizaje las hace verse reducidas al aislamiento si no complacen a dichos hombres, o si los desobedecen, y las hace vincular su autoestima a su capacidad de ofrecer satisfacción a los demás. No resulta difícil, en consecuencia, comprender la tendencia que muestran

algunas mujeres de culparse a sí mismas por la violencia que experimentan de parte de los hombres que las rodean, y de desarrollar complejos vínculos emocionales que les hace muy difícil separarse de quien las agrede de manera sistemática.⁵

Dentro de este contexto, surgen una serie de términos que aparentemente se sobreponen y que plantean permanentes dudas en relación a la congruencia de su aplicación: así, en la literatura especializada coexisten denominaciones tales como violencia de género, violencia intrafamiliar, violencia familiar, violencia doméstica, que nos lleva a sufrir una violencia social, ya que se conocen como conductas que se transmiten y vinculan entre sí; sostenido esto por lo que menciona el Banco Internacional de Desarrollo, cuando afirma que la violencia es en gran parte una conducta aprendida y una de las primeras oportunidades en las que un individuo observa y aprende la violencia es en el hogar; ya que las conciben como piezas fundamentales de un todo, y que puede haber una posibilidad alta de que una persona violentada desde la infancia la ejerza posteriormente en la adultez, dentro de su hogar o en el medio social donde se mueve. Por lo tanto, antes de plantear la cuestión central de este trabajo, resulta necesario detenernos en algunas definiciones que aclaren este panorama, sin pretensión de cerrar el contenido.⁶

PREVALENCIA

La organización mundial de la salud, publicó el informe mundial sobre la violencia y la salud, en el cual se establecen los criterios generales para comprender y abordar el problema de la violencia desde una perspectiva de salud pública. En dicho informe dedica un capítulo a la violencia de pareja, en donde se reportan datos de encuestas realizadas en diferentes países y que encontraron entre el 10 y 69% de las mujeres reportaron haber vivido violencia física.⁷

En México la ENVIM 2006 (Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres) reportó que el 33.3% de las mujeres presentó violencia de pareja actual, 42.9% violencia de pareja de por vida y el 60% violencia alguna vez en la vida. Según la ENVIM 2006, se puede apreciar que las prevalencias para cada uno de los tipos de

violencia actual: psicológica 28.5%, física 16.5%, sexual 12.7% y económica 4.42%.⁸

En el estado de México el 53.7% de las mujeres del medio urbano y el 44.1% del medio rural han tenido un incidente de violencia hacia ellas por parte de su pareja.⁹

La Agencia de Seguridad Estatal reportó un promedio mensual durante el 2011 de 26 órdenes de protección a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar a solicitud del ministerio público o de a autoridad judicial. Otras instancias de gobierno como la Secretaria General de Gobierno y el DIF no cuentan con estadísticas estatales actuales.

CONSECUENCIAS

Emociones y conflictos en la esfera de la reproducción han sido sugeridos como los factores fundamentales de varios problemas y alteraciones en la salud de la madre y el niño. La violencia doméstica contra la mujer es reconocida como uno de estos factores y es por esta razón que la OMS lo ha definido como un problema de salud pública importante y prioritaria.

Dada la naturaleza de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, su acaecimiento y repercusiones se suelen “ocultar”, lo cual da origen a una subestimación considerable de la magnitud real del daño causado. Sin embargo, las encuestas poblacionales realizadas indican que estas formas de violencia son frecuentes. Por ejemplo, el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (García-Moreno et al., 2005) reveló que entre 15% y 71% de las mujeres han sufrido violencia física o violencia sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas.⁸

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual afectan a una proporción considerable de la población, la mayoría de las personas que sufren directamente esta violencia son mujeres y la mayoría de quienes la cometen son hombres. El daño que causan estas agresiones puede durar toda la vida y repercutir en varias generaciones, con graves consecuencias sobre la salud, la educación y el empleo.⁹

La violencia es un factor de riesgo en el embarazo, ya que define un contexto multifactorial de situaciones adversas como embarazo no deseado, inadecuado acceso al cuidado prenatal, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, una mala historia obstétrica, abortos espontáneos, nutrición materna deficiente, infecciones, anemia, parto prematuro y disminución del crecimiento fetal.⁹

Según la OMS, las mujeres presentan mayor probabilidad de notificar una violencia física infligida por la pareja y las lesiones que los hombres, además de ser la población que más busca servicios de salud mental en respuesta a haber padecido violencia física infligida por la pareja y comunicó (promedio de 6 consultas más consultas que los hombres) en los servicios de urgencias, y hospitalización, mayor probabilidad de tomar tiempo libre del trabajo, del cuidado de los niños o de las responsabilidades domésticas a causa de sus lesiones.

Además, el costo promedio por persona por haber sufrido al menos una vez la violencia física infligida por la pareja fue mayor para las mujeres que para los hombres. Cuando se tiene en cuenta el costo de las personas que no alcanzan todo su potencial productivo, los costos globales para la sociedad son aún mayores.¹⁰

En la mujer embarazada al estar en un estado de gestación, donde las conductas violentas podrían ser: (a) activas, en el uso de la fuerza física o psicológica que, por su intensidad y frecuencia, provocan daños; o lenguaje verbal el cual provoca humillación, denigrando, rechazando amenazando su individualidad; (b) pasivas, por omisión que consisten en conductas de evitación ignorando la existencia de la otra persona. Provocando un desgaste emocional y psicológico lo que crea una baja autoestima.¹¹

1 TIPOS DE VIOLENCIA

La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales:¹²

1. La violencia auto infligida (comportamiento suicida y autolesiones)

2. La violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco)
3. La violencia colectiva (social, política y económica).

Dentro de estas se encierran

Violencia verbal. Incluye insultos, gritos, palabras hirientes u ofensivas, las descalificaciones, humillaciones, amenazas y piropos que causan, molestias etc...

- ❖ Violencia psicoemocional. Son todas aquellas actitudes que dañan la estabilidad emocional, disminución o afectación de personalidad: son muy difíciles de medir sin haber realizado un estudio minucioso en el desenvolvimiento de la persona afectada y pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, acciones devaluatorias, acciones de abandono, entre otras.

La violencia se manifiesta siendo todo acto que cause daño moral. Provoca ansiedad y angustia siendo irreparables.

- ❖ Violencia económica. Es una de la forma más sutil de violencia, que consiste en el castigo a través del control del dinero o de los bienes materiales.
- ❖ Violencia física. Son aquellos actos de agresión intencional en la que se utiliza cualquier parte del cuerpo algún objeto arma o sustancia con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de otra persona. Incluye bofetadas, empujones, puñetazos patadas etc... este tipo de violencia deja cicatrices, enfermedades graves incluso puede causar la muerte.
- ❖ Violencia sexual. Son conductas cuyas formas de expresión dañan a la intimidad de la persona no importando su edad y sexo se realiza contra cualquier persona sin su consentimiento, vulnerando la libertad y dañando su desarrollo psicosexual generando inseguridad sometimiento y frustración, y pueden ser prácticas sexuales no deseadas o que generan dolor, exhibición

de genitales sin consentimiento del espectador, roses eróticos sin consentimiento de la persona. Penetración sin consentimiento.

- ❖ Violencia de género. Es un acto violento que incluye una relación asimétrica de poder, donde se discrimina a una persona por su sexo. Se ejercen amenazas, coerción o privaciones arbitrarias de la libertad (ya sea que ocurra en la vida privada o pública), que tengan como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer y hombre por el solo hecho de serlo. Los sectores mayormente maltratados son: grupos vulnerables; niños, ancianos, mujeres con y sin embarazo etc...
- ❖ Violencia familiar o doméstica. El publicitado mito del “hogar dulce hogar”, impidió que se socialmente se tomara conciencia acerca de un grave problema social que siempre ha estado presente: la violencia que se ejerce dentro o fuera del hogar.

Sin embargo a pesar de la clasificación antes mencionada diversificada, a finales de las últimas décadas se ha estudiado en países del tercer mundo, con el impacto económico, la violencia social.

- ❖ Violencia social: Es aquella que a primera vista no se percibe, se disfraza en la cotidianeidad de la vida de las personas a través de expresiones populares que dimensionan el lugar que ocupan las personas dentro del espacio social, crea estereotipos, restringe el acceso al espacio público etiquetando a partir de la validación de las apariencias socialmente aceptables, dictadas por lo general por los grupos dominantes de la sociedad. Todo aquel acto con impacto social que atenta a la integridad física, psíquica o relacional de una persona o un colectivo, siendo dichos actos llevados a cabo por un sujeto o por la propia comunidad.⁶

Pero en general, podemos determinar que el objetivo de la violencia social como tal es la obtención o mantenimiento de poder y estatus social.

Tipos de violencia social

Existen múltiples formas de violencia social, siendo algunas de ellas la violencia doméstica, las agresiones racistas y/u homófobas, los ataques terroristas, los secuestros, asesinatos u homicidios, las agresiones sexuales, el vandalismo, el acoso escolar o laboral o cualquier tipo de actuación que pretenda alterar el orden público mediante el ejercicio de la violencia.

Sin embargo, este tipo de violencia no abarca sólo actos criminales realizados de forma directa, sino que también entran dentro de dicha consideración aspectos como los valores, estereotipos, prejuicios y calumnias transmitidos culturalmente o a través de los medios que puedan incitar al odio o menosprecio a una persona o colectivo. Ejemplos claros de ello lo constituyen la promulgación y expansión de creencias que incitan al machismo, la homofobia o el racismo.⁶

Ciclo de la violencia

Toda violencia puede ser manifiesta en forma Cíclica y Creciente y se agudiza o no precisamente; ya que aparece de repente, y no necesita ni justificación ni ritmo. Este ciclo de la violencia ha sido estudiado y descrito por varios autores, en este estudio se habla del modelo de la doctora Leonore Walker que lo describe en 1989, por fases que son:



Ciclo de la violencia de L. Walker.

Fases de la violencia	Características
1.- Acumulación de la tensión o tensión creciente:	La tensión se va construyendo a partir de pequeños incidentes o conflictos. Resultado de frustraciones del agresor, que se comporta de forma tiránica con su pareja, esperando que su pareja satisfaga todos sus deseos y caprichos, incluso los que no expresa y solo piensa para él. La mujer comienza a sentir frustración y vive en un estado de constante confusión. Esto da lugar a episodios violentos leves, caracterizados por insultos, menosprecios, sarcasmos, indiferencia. Además, el agresor achaca a la víctima la tensión existente, con lo que ella recibe el mensaje de que su percepción de la realidad es incorrecta y comienza a culpabilizarse por lo que sucede.

<p>2.- Explosión de la violencia o agresión física:</p>	<p>Es la pérdida total del control y el comienzo de las agresiones no sólo verbales y psicológicas, sino también físicas y sexuales. La mujer se muestra incapaz de reaccionar, porque la desigual balanza que se ha establecido en la pareja a lo largo del tiempo la paraliza.</p>
<p>3.- Remisión, de calma, 'luna de miel' o 'interludio amoroso':</p>	<p>Representa el refuerzo que el agresor da a la víctima para mantenerla junto a él. Para ello, el agresor se muestra arrepentido, pide perdón, llora y promete que no se volverá a repetir la agresión y que va a cambiar. Todo consiste en compensar a la víctima de modo que ésta no tome decisiones como denunciarle o abandonarle, reforzando así la dependencia emocional de la mujer con respecto a su agresor y consiguiendo que la mujer recobre la esperanza en la relación y en las posibilidades de cambio del agresor.</p>
<p>4.- Inicio de un nuevo ciclo:</p>	<p>La falsa ilusión que constituye la 'luna de miel' le sucede un nuevo ciclo de tensiones. Surge de nuevo la irritabilidad, se inicia un nuevo ciclo en el que el agresor intenta de nuevo crear miedo y obediencia más que respeto e igualdad. Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo dependiendo de cada pareja, pero las fases tienden a ser cada vez más cortas y la violencia cada vez más intensa.</p>

FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA

Los factores que se ven asociados a la violencia fueron: baja escolaridad, violencia previa en la infancia, abortos, consumo de alcohol de la pareja, autoestima baja y la presencia de estereotipos de género rígido y tradicional.

Al hablar de factores individuales: hay antecedentes de violencia en la infancia.¹³ Percepción de falta de apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja, madre soltera.

Factores en base a su perfil del agresor y agredida¹⁴

En los factores de riesgo se encuentra el perfil de la mujer agredida el cual incluye, experiencias de maltrato en la niñez, baja autoestima, falta de asertividad, culpa, diversos grados de depresión, temor o miedo constante, sentimientos de vergüenza y humillación.

El perfil del agresor se encuentra escolaridad inferior, baja autoestima, haber presentado violencia conyugal durante la niñez, el consumo de alcohol.¹⁵

EMBARAZO

La violencia familiar afecta a las mujeres de todas las edades y clases sociales donde su ideología tampoco segrega a las mujeres embarazadas. Si bien este dato parece ir en contra del supuesto social, varios estudios señalan a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria.

Comenzaremos hablar del embarazo; etapa considerada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: el comienzo al terminar la implantación, que es el proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.¹⁷

El embarazo es un estado fisiológico con múltiples modificaciones, con cambios en las funciones endocrinas, de adaptación: cardiovascular, hematológica, sistema urinario, digestivo, con modificaciones metabólicas, ajustes y cambios emocionales que experimenta la mujer embarazada, encontrándose en un estado vulnerable. Y al ser víctima de violencia intrafamiliar esta puede llegar a trascender en forma grave sobre su salud tanto física como mental.¹⁸

La madre puede presentar complicaciones durante y posterior al embarazo. Cuando la agresión ocurre antes del embarazo es probable que la gestación no sea deseada. Si ocurre durante el embarazo, Esta puede provocar ruptura de útero, hígado o bazo, fractura de pelvis y hemorragias, presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, presentar oligohidramnios, parto prematuro y complicaciones post-parto infecciones, mala alimentación, desnutrición, anemia y metrorragias y muerte. Lo que repercute en una adecuada evolución obstétrica. Las mujeres depresión posparto, estrés, ansiedad, fobias, angustia. Aislándose, presentan una baja autoestima, pueden desarrollar adicción a drogas, tabaco, alcohol o ambos.

Donde los niños y niñas en el futuro pueden ser más violentos y tienen mayor riesgo de morir antes de los cinco años.¹⁹

Por lo anterior la evolución del embarazo y el desarrollo del feto es una situación de mayor vulnerabilidad para sufrir las consecuencias del maltrato, con repercusiones a corto, medio y largo plazo

La violencia en el embarazo puede englobar, agresión por la pareja, familiar o cualquier otra persona, antes, durante y hasta un año posterior del nacimiento del producto, por su dimensión y las consecuencias negativas que ocasiona en los individuos, las familias; suponiendo que la gestación puede ser un factor asociado positiva o negativamente con mayor violencia intrafamiliar.²⁰

La violencia en la mujer embarazada incluye 4 aspectos: a) el control de las acciones, difícil acceso a la información, la asistencia (no se permite estudiar, trabajar, hay un control económico, etc.), poca comunicación con su familia o

amigas/os, se evitan las relaciones sociales; *b*) las relaciones sexuales forzadas; *c*) maltrato psicológico, provocando una desvalorización, la intimidación, el desprecio y la humillación haciendo en público incluso en lo privado, *d*) actos físicos presentando agresión (empujones, pellizcos, bofetadas, golpes, patadas, palizas, etc.).²¹

VIOLENCIA, FAMILIA Y EMBARAZO

El Consejo Nacional de las Mujeres define la violencia intrafamiliar o domestica como el “abuso que acontece entre los miembros de un grupo familiar originado en el matrimonio o uniones de hecho, sean convivientes o no, y en el parentesco siempre que sean convivientes. Puede incluir violencia física, sexual, psicológica y comportamientos cuya finalidad sea ejercer coerción.

Según estadísticas del Banco Mundial: “las mujeres entre 15 y 44 años de edad, son vulnerables. En esta investigación se tomara en cuenta a las mujeres entre 20 y 39 años de edad (ya que cumplen con el perfil del rango de embarazo saludable) que entran en el rango de las que corren mayor riesgo de ser violadas o maltratadas en casa que de sufrir cáncer, accidentes de vehículos.

La violencia familiar o doméstica afecta a las mujeres de todas las edades y clases sociales y su transversalidad tampoco discrimina a las mujeres embarazadas. Si bien este dato parece ir en contra del imaginario social, numerosos estudios señalan a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria. No hay estudios o estadísticas publicadas a nivel local sobre el binomio violencia familiar-embarazo, pero si existen indicios, y bibliografía internacional que permiten avistar la problemática.¹⁶

Si bien en el siglo XXI nuestra sociedad sigue reproduciendo una cultura machista donde convivimos con una visible desigualdad de poder entre varones y mujeres, aún existen algunos aspectos de dicha desigualdad que no muy frecuentemente son puestos sobre el tapete. La cosmovisión social sigue reproduciendo la idea de mujer-madre como binomio inseparable y a la vez se le otorga virtudes y

responsabilidades aparentemente innatas, que fluyen desde que se conoce la “feliz” noticia del embarazo. La cosmovisión sostiene la idea de una madre amorosa responsable que en la “dulce espera” recibe los cuidados y el acompañamiento de su entorno. Pero como planteaba anteriormente el imaginario social no siempre es una copia de la realidad. Para poder ahondar en la violencia familiar que tiene como víctima a la mujer embarazada, debemos primero entender la violencia basada en el género. Cuando hablamos de género nos referimos a “las creencias y valores que toda cultura tiene acerca del comportamiento que corresponde a varones y mujeres, de sus características por pertenecer a uno u otro sexo y de cómo deben ser las relaciones entre ellos. En todas las sociedades conocidas subyacen a estas creencias sistemas de valoración en términos de jerarquía y prestigio. Es bastante evidente que las mujeres y sus atributos revisten menores jerarquías sociales.

La violencia sobre la mujer puede ser ejercida de manera manifiesta, violencia física; o de una manera invisible, es decir aquellos que se encuentran naturalizados, llámese descalificación, exclusión, discriminación, o como la clasifican algunos autores: violencia psicológica, violencia económica o patrimonial y violencia sexual. Estos tipos de violencia son los que irrumpen en contra del imaginario social ya que afectan a las mujeres sin exceptuar, en muchos más casos de los que creemos, a las mujeres embarazadas. Uno de los factores fundamentales que fomentan la invisibilidad de la violencia es la diferenciación entre un contexto público y vida privada. Ya que los roles establecido por género son muy distintos. El hombre por su condición de proveedor se ve comprometido con el proceso de producción y consumo, en la toma de decisiones se lo posiciona en la esfera pública, en cambio la mujer debido a su condición de “madre” y cuidadora, se ve relegada al ámbito privado o doméstico que “se caracteriza básicamente por las actividades de producción y consumo cotidiano de alimento y otros bienes y servicios de subsistencia, así decir, tener hijos, cuidarlos y socializarlos.”²²

Esta relegación al contexto privado, acompañada de mecanismos que desarrollan en la mujer sentimientos de culpa, responsabilidad, vergüenza y aislamiento son los principales aliados en la reproducción invisibilizada de la violencia sobre la mujer.

Otro autor explica que “la violencia intrafamiliar es considerada como un problema social y político, relacionado con la distribución de poder entre los géneros en una sociedad patriarcal. Esta desigualdad en el ámbito familiar se expresa mayoritariamente en las relaciones desiguales de poder. Éste es ejercido generalmente por el hombre, quien siente más derecho de intimidar y controlar. Las desigualdades de género y edad son los principales determinantes de la relaciones violentas en este ámbito, razón por la cual, son mayormente los hombres adultos los victimarios, y las mujeres, los niños, y luego los ancianos y los discapacitados, las víctimas más frecuentes.

Si bien la violencia doméstica reflejada en el contexto social está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer, todavía quedan baches en el análisis y la investigación de esta pandemia. Sería de gran importancia y utilidad detectar a mujeres afectadas por la violencia para entender la multiplicidad de causas que la ocasionan, identificar las características de la violencia, optimizar recursos, desarrollar mecanismos de ayuda y prevención para los diferentes grupos de víctimas identificables dentro de la población femenina. Donde las mujeres embarazadas víctimas de violencia constituyen un grupo importante y poco visible dentro de dicho grupo.

Diversas investigaciones como: “Los Centros de Control Prevención de Enfermedades de los EE.UU. definen la violencia durante el embarazo como violencia o amenaza de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada”. La Oficina regional de la OMS de Panamá, brinda algunas estadísticas específicas sobre la violencia a la mujer embarazada: “Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega a ser 4 veces más probable.” Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser el resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos. “La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no solo una sino dos vidas. Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van

dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”. Consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo: Infecciones vaginales, cervicales o renales , Sangrado vaginal, Trauma abdominal, Hemorragia, Exacerbación de enfermedades crónicas, Complicaciones durante el parto, Retraso en el cuidado prenatal, Aborto espontáneo, Bajo peso al nacer, Ruptura de membranas, Placenta previa, Infección uterina, Magulladuras del feto, fracturas y hematomas, Muerte. Además de los daños físicos mencionados, la Organización Panamericana de la salud plantea que la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir: - Estrés -Depresión - Adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto en el embarazo como después del parto.

No está demás decir que las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. En un estudio realizado por el Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Autónoma de México se estima una prevalencia* de violencia contra mujeres embarazadas de entre el 20% y el 50%. Estos datos surgen de una investigación que toma como muestra a 400 mujeres embarazadas, cursando el tercer mes de embarazo, que buscan atención prenatal en los centros de salud de los municipios de Cuernavaca y Cuautla. Uno de los datos de más interés revelados por dicha investigación nos muestra que “el 27% de las mujeres que tuvieron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo.”²³

Este dato parece apoyar la hipótesis de que el embarazo es un disparador de la violencia que sufren muchas mujeres. Sin embargo, hay que considerar también que para una proporción semejante a la anterior 24% el embarazo funciona como factor protector frente a la violencia. Ese porcentaje de mujeres que tuvieron

violencia antes del embarazo dejaron de tenerla durante el mismo. Aun así hubo un 32 % hombres y mujeres que sufrieron violencia después y de estos un 33.6 % sufrió desde un año previo. El estudio también deja en claro que es la violencia emocional durante el embarazo la que predomina por encima de la violencia física (15%) y sexual (cerca del 12%). En término de cambio de estatus son equivalentes las proporciones de mujeres que con el embarazo comienzan a sufrir violencia y de mujeres que con el embarazo dejan de sufrir violencia. Y en términos de severidad, es la violencia emocional o psicológica, y no la violencia física ni la sexual, la que se incrementa de manera significativa. Otro aspecto alarmante de nuestra problemática tiene que ver con la muerte de las mujeres en manos de algún familiar. El homicidio contra las mujeres maltratadas es una de las causas fatales de la violencia doméstica. Ya que las mujeres corren 4 veces más riesgo que los hombres de ser asesinadas por un miembro de su propia familia. Un aspecto explotado por dicho estudio, y de vital importancia es “el riesgo de morir asesinadas era más alto en las mujeres a quienes maltrataban sus parejas estando embarazadas, que en las que maltrataban y no estaban embarazadas”. Este dato surge de un estudio realizado a 86 mujeres hispanas en el estado de Texas.²³

El embarazo es una situación que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres con respecto a la violencia. Otros datos publicados por investigadores mexicanos reportan que las mujeres que han sufrido alguna forma de violencia por parte de su cónyuge corren un riesgo 4 veces mayor de sufrir depresión que aquellas que no han sido victimizadas; cuando el maltrato ocurre durante el embarazo, el riesgo es 8 veces mayor.

Según se publica en 2005 en otra investigación desarrollada en México, “la violencia física en la mujer embarazada tiene consecuencias directas sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales y maternas.”²⁴

Algunos estudios revelan mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos y muerte fetal en víctimas de violencia. El bajo peso al nacer del producto es otra complicación documentada como consecuencia de la violencia física a la embarazada. En relación a daños en la salud de la mujer, como consecuencia de

golpes, encontramos asociación entre maltrato físico y sangrado transvaginal durante el embarazo, así como violencia física y parto pretermo, aunque este efecto se encontró solo en mujeres indígenas”. También se ha presentado la asociación entre el hecho de ser golpeada durante el embarazo y la reacción agresiva hacia los hijos si se negaran a obedecer a la madre.

Otra investigación realizada en la sala de un Hospital Universitario, en la ciudad de Medellín, Colombia, revela datos importantes que refuerzan la hipótesis acerca de la estrecha, pero oculta, relación entre embarazo y violencia. “Se aplicó una encuesta a las gestantes que ingresaron a la sala entre el 25 de octubre y el 17 de diciembre de 1999. La encuesta incluía datos sociodemográficos, exposición al maltrato durante el embarazo y en el año anterior a éste, complicaciones maternas y resultado de la gestación. 229 mujeres fueron encuestadas: 88 (38,6%) reportaron maltrato durante la gesta, 59 (25,9%) violentadas psicológicamente, 26 (11,4%) física y psicológicamente y 3 (1,3%) exclusivamente abuso físico. Los principales agresores fueron los familiares y el compañero.

Otro estudio asocia la violencia intrafamiliar en la población obstétrica con problemas de salud tales como: Incremento del parto prematuro, bajo peso al nacer, daño y muerte fetal, dependencia al alcohol o drogas, intentos de suicidio, depresión y ansiedad, cuidados prenatales inadecuados. Lo cual nos lleva a tener mayores consultas al médico; también se muestra que: “la mayoría (77,6%) de las mujeres maltratadas psicológicamente en el año anterior, continuaban siéndolo durante el embarazo; con respecto al abuso físico más de la mitad tenía el antecedente (51,7%).

Estos datos confirman que el antecedente del maltrato es un factor de riesgo para la continuación de éste durante la gestación. En México por medio del Comité Promotor por una Maternidad Segura, han tratado preocupado por mejorar la salud de las mujeres durante la maternidad y evitar la mayoría de las muertes prematuras de mujeres que fallecen a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Determinando que el recién nacido proveniente de un hogar con violencia

tiene 40 veces más riesgos de morir en el 1er. año de vida, debido a las agresiones físicas y los efectos negativos del ambiente para la embarazada”.

Como se ha visto, existen sobradas evidencias de que la mujer embarazada tiene un riesgo de maltrato más alto que la mujer no embarazada, afectando su capacidad reproductiva. Los servicios de salud, que tienen la ventaja de tener contacto con casi la totalidad de las embarazadas, debido a que estas recurren a controlar sus embarazos o por diferentes enfermedades o dolencias, no juegan el rol de importancia que deberían. Como verían que éste mismo sistema contribuye, por omisión, a la reproducción y perpetración de las situaciones de violencia que sufren sus pacientes en el ámbito cotidiano, ya que no se detecta en forma oportuna o se puede llegar a omitir.

Violencia y aspectos Culturales en México

Los patrones cultura les establecen que la violencia es “normal” en las relaciones de pareja, por lo cual las víctimas y agresores no consideran que la relación sea violenta. ¹⁵

En la ciudad de México en el 2007 participaron 123 embarazadas el 42 % (52), experimento uno o más tipos de violencia conyugal durante el embarazo, la baja autoestima fue componente de riesgo tres veces más alto, hubo dos casos (3.8%) con nacimiento prematuro y ocho (15%) con peso bajo al nacer el 21% y el 5.6 % sufrió violencia durante su último embarazo.

En la investigación en el instituto de perinatología, se contó con información de 498 familias con un total de personas, se encontró que la amenaza, es la tercera causa la violencia intrafamiliar con un 88.15%. El porcentaje de familias amenazadas de alto riesgo fueron nucleares con el 60%, lo contrario de las extensas con bajo riesgo (50%).

Realiza un estudio observando la consecuencia grave en la mujer embarazada cuando es víctima de violencia, el tipo de violencia del agresor y complicaciones en el feto. Hay un incremento en la prematurez, bajo peso al nacimiento, muerte

neonatal, malformaciones congénitas, falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia en mujeres con violencia antes durante y posparto. Se observó violencia familiar en el 19.6% de los casos. Un 72% fue agredida por su pareja, con consecuencias en un 57% por muerte prematura, 24.5% con bajo peso al nacer, en cuanto a la violencia física en un 32%, abuso sexual 13% y maltrato psicológico 6.7%.

Se obtuvieron resultados de la encuesta ENVIM 2003. Aplicada por la Secretaria de Salud a las usuarias de sus servicios. Observando que una de cada cinco mejores padeció algún tipo de violencia por su pareja en los 12 meses previos a la entrevista, y dos de cada tres vivieron situaciones de violencia en alguna etapa de su vida. El 20% presentó violencia psicológica en los 12 últimos meses, el 10% violencia física 7% violencia sexual y 5.1% violencia económica. El 14.1% mujeres embarazadas fueron violentadas en esta etapa.

Entrevistaron a 1.120 mujeres para atención de parto, tomando 333 (29.7%) quienes presentaron maltrato fetal, con un control prenatal inadecuado en 284 (69.7) casos, consumo de drogas en 100 (24.5%) y agresión física a la mujer embarazada en 23 (5.6%). Un grupo de 69 (20.7) realizó combinación de maltrato fetal, de 666 casos y controles, 203 fueron adolescentes y 463 adultas.

En cuanto a la violencia masculina en contra de las mujeres, en la mayoría presenta la violencia psicológica y física, con consecuencias graves en la salud en un 78% de los recién nacido son de bajo peso con trastornos alimenticios, la violencia por el cónyuge es un factor principal.

Se presenta la violencia de pareja en la Ciudad de México, de 120 mujeres (31.1%) presentaron violencia psicológica y/o sexual por su pareja durante el embarazo actual, el 10% violencia combinada y el 21% violencia aislada. La violencia psicológica se presentó (93%), y el 20% tenían conocimiento sobre lugares de atención a víctimas de violencia. Los factores asociados fueron ser conviviente 95% y estar sometidas a los maltratos del hogar.

Diversos reportes científicos, reconocen que el embarazo no es protector de violencia; la violencia incrementa durante el embarazo. Los investigadores a nivel internacional reconocen que el embarazo es muy beneficioso para consultar y pesquisar violencia.²⁵

A todo lo anterior el médico es el profesional, con quien la mayor parte de las pacientes prefiere comentar el maltrato familiar, encontrándose así en una posición única, para detectar situaciones abusivas, inclusive, esta puede ser la única oportunidad de intervenir para intentar solucionar el problema.

Enfocando nuestro papel como personal médico es importante entender que nuestro papel es evitar estas complicaciones, haciendo uso del equipo de salud como una unidad preventiva de primer contacto contribuyendo a la detección temprana de la violencia, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivando a los servicios idóneos para la atención. Proporcionando seguridad, respeto, donde reciban información necesaria y apoyo. Evitando este tipo de abuso en contra de la mujer, así como disminuir ciertas complicaciones en el producto. Es importante dar una respuesta integral ante este problema. Orientando a las mujeres maltratadas a buscar ayuda.²⁶

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia de género por su elevada magnitud, tanto en morbilidad como en mortalidad es un hecho que supone un grave problema social y de salud pública. La violencia que se ejerce dentro de la pareja, pretende sobre todo, ejercer poder y control sobre la víctima; podemos considerarla como un fenómeno en el que intervienen varios factores personales, socioculturales y situacionales. Consciente de las dimensiones del problema y de la cantidad de personas a las que afecta, la OMS considera la violencia de género como una epidemia.

A nivel mundial la atención a la salud materna es una prioridad que determina la calidad del sistema de salud de cada nación. Muchas de las acciones del personal de salud determinan la calidad de atención que reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, acciones que a su vez repercuten en la salud individual de cada mujer que pisa una institución de salud, tanto a nivel físico como mental. Puede comenzar o aumentar en el embarazo y tiene importantes consecuencias para la mujer, el feto y los hijos. La violencia producida antes del embarazo, puede llevar a un incremento de embarazos no deseados, mientras que la infligida en las primeras etapas de la gestación tiende a provocar conductas negativas.

Es de vital importancia el abordaje de la violencia contra las mujeres por los profesionales de la salud, sobre todo en Atención Primaria, dado que es un medio cercano para la detección temprana de los casos. El Médico de Familia por su formación y por su contacto directo con las mujeres, pueden actuar en la detección precoz y en la atención integral en las situaciones de violencia de género y tienen un papel crucial en la realización de un cribado sistemático sobre todo en la consulta prenatal y posparto, de tal manera que sería recomendable tener el conocimiento de su población que aspectos de riesgo maneja que podrían dar origen o este tipo de evento. De ahí que surja la siguiente interrogante:

¿Qué factores de riesgo presentan las mujeres embarazadas para la violencia en el hospital regional Nezahualcóyotl?

3.- JUSTIFICACIÓN

La ONU determina que el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen. En todos los entornos estudiados entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el embarazo. En todos los entornos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación. En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión.

Y aunque la mayoría de las mujeres que habían sido golpeadas durante el embarazo había sido víctima de violencia física anteriormente, entre el 13% y aproximadamente el 50% afirmó haber sido golpeada por primera vez durante el embarazo. La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo en todos los entornos declararon que, en el último embarazo durante el cual sufrieron malos tratos, el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo. Los resultados confirman las conclusiones obtenidas tanto en los países en desarrollo como en los industrializados de que el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas.

De ahí la importancia del presente estudio de concientizar a la sociedad, autoridades y al personal de salud de la relevancia de su participación, ya que son el primer contacto donde debe ser detectado y detener la progresión de violencia en el embarazo y poder evitar complicaciones futuras de la madre-hijo.

4.- OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo para la violencia en las mujeres embarazadas en el Hospital Regional Nezahualcóyotl.

Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas en la mujer embarazada
- Identificar la violencia social (emocional y física) en la mujer embarazada
- Identificar la autoestima en la mujer embarazada

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

5.2 Diseño de la Investigación

Es un estudio observacional, de tipo descriptivo, trasversal y prospectivo con una muestra de 134 mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym, se les realizó abordaje y llenado de consentimiento informado para la aplicación de la escala de Rosenberg para evaluar grado de autoestima y la vez el cuestionario de violencia de Caceres 2001, para determinar la escala de violencia física y emocional.

5.3 Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se realizara en pacientes del sexo femenino de 20 a 39 años de edad del hospital regional Nezahualcóyotl. durante los meses de Noviembre de 2017 a Febrero de 2018.

5.4 Tipo y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue obtenido por la fórmula: En población infinita, cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran o la población es menor a 10,000:

$$n = Z^2 pq N / E^2 + Z^2 pq$$

n= tamaño de muestra

Z= nivel de confianza (1.96)

p y q= variabilidad del fenómeno (0.5 y 0.5)

N= universo de estudio (3247)

E= precisión o error (0.05)

SUSTITUCIÓN

$$n = (1.96)^2 [(0.5)(0.5)](3247) / (0.05)^2 + (1.96)^2 [(0.5)(0.5)]$$

n= 132

5.5 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 39 Años de edad de la consulta externa
- Que sepan leer y escribir
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio previa lectura y firma de consentimiento informado.
- Sea de primera vez o subsecuente

Criterios de exclusión:

- Embarazada que este en tratamiento mental
- Embarazadas de alto riesgo
- Embarazadas con adicciones

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.
- Que no acepten participar en el momento.
- Que abandonen la evaluación.

5.5 Definición conceptual de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE	TIPO	ITEM
Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la última consulta.	Es el tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el momento de la recolección de datos, la referida por la paciente.	Cuestionario	Cuantitativa nominal	Años cumplidos
Estado Civil	Condición de unión social de pareja	Es la condición de la mujer referida con los derechos y deberes civiles, en la relación a su pareja, se medirá a través de los siguiente niveles	Cuestionario	Cualitativa nominal	1.- Casada 2.-Soltera 3.-Unión libre 4.- Separado 5.-Divorciado
Ocupación	Hace referencia a la situación actual de ocupación, actividad o trabajo	Se refiere al rol que cumple la mujer dentro de la sociedad, se medirá de la manera siguiente.	Cuestionario	Cualitativa nominal	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Empleada
Escolaridad	Grado hasta el cual adquirió conocimientos. Periodo de tiempo de estudios clasificado por años	Se refiere al nivel de preparación educativo de la mujer en estudio. Se medirá de la siguiente manera.	Cuestionario	Cualitativa Ordinal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Bachillerato 4.Licenciatura

Nivel socioeconómico	Es la medida económica y sociológica total combinada de la experiencia de trabajo de una persona y de la posición económica y social de un individuo o familiar en relación con los demás, basada en el ingreso, educación y la ocupación.	Es la cantidad total de ingresos económicos familiar que percibe la mujer, se medirá a través de los siguientes niveles: 1)Media alta con un ingreso \$ 35.000.00 a 84.999.00 mensual. 2) Media con un ingreso de \$11.600.00 a 34.999.00 mensual. 3) Media baja con ingreso \$ 6.900.00 a 11.599.00 mensual 4) Pobre con ingreso de \$2.700.00 a 6,799.00 \$0.00 a 2.699.00 mensual 5) Pobreza extrema de 0.00 a 2, 699.00 mensual	Clasificación de México AMAI	Cualitativa Ordinal	1. Media Alta 2. Media 3. Media Baja 4. Pobre 5. Pobreza extrema
Antecedente de violencia	Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien.	Se refiere a los antecedentes de violencia que ha tenido la mujer a lo largo de su vida, se medirá a través de los siguiente indicadores: -Con antecedentes de violencia: cuando la mujer en estudio refiere haber sufrido violencia en su niñez o con su pareja -Sin antecedentes: cuando la mujer en estudio refiere no haber sufrido violencia	Cuestionario De Caceres 2001	Cualitativa Nominal	Emocional 1. Ninguna 2. Leve 3. Moderada 4. Severa Física 1. Ninguna 2. Leve 3. Moderada 4. Severa
Número de parejas	Es el número de personas a la cual se le ha elegido y con la cual se decidió compartir la vida.	Se refiere a la cantidad de parejas que tuvo la mujer anterior a la actual relación, se medirá a través de los siguientes indicadores: -Menor número de parejas; cuando la mujer en estudio refiere tener solo una pareja -Mayor número de parejas; cuando la mujer en estudio refiere tener de dos a mas parejas anteriores a la unión actual	Cuestionario	Cuantitativa nominal	-Menor número de parejas 1 () . Mayor número de parejas 2 o más ()

Control Prenatal	Periodo de 3 meses en el cual inicio acciones y procedimientos destinados a prevenir diagnosticar y tratar factores que pueden condicionar morbilidad y mortalidad materna perinatal	Es la edad gestacional la que registre la embarazada al responder a la pregunta que anexa el investigador y describe.¿ en qué mes del embarazo actual acudió a su primera consulta médica?	cuestionario	Cualitativa nominal	1.Primer trimestre 2.Segundo trimestre 3. Tercer trimestres
Número de Hijos	Es el número total de hijos que ha tenido la mujer hasta el momento en que registra su último hijo.	Se refiere a la cantidad de hijos que tuvo la mujer, se medirá a través de los siguientes indicadores: -Menor número de hijos: Cuando la mujer en estudio refiere tener un solo hijo. -Mayor número de hijos: Cuando la mujer en estudio refiere tener de 2 a más hijos.	cuestionario	Cualitativa nominal	-Menor número de hijos. -Mayor número de hijos
Autoestima	Es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo; y refleja el juicio que cada persona hace respecto a sus habilidades para enfrentar los desafíos de su vida, para comprender y superar los problemas, para conocer sus derechos de vivir y manifestarse el derecho de ser feliz, esto es de respetar y defender sus intereses y necesidades	Es la capacidad de valorarse, aceptarse y confiar en sí mismo. Comprende básicamente el auto concepto (que pienso de mí mismo), autoimagen (que tanto me gusto) y autoeficacia (que tanta confianza tengo en mi misma). Se medirá a través de los siguientes indicadores. 1. Autoestima baja con 15 puntos indica una autoestima baja, 2. Autoestima normal, entre los 15 y los 25 puntos. 3. Autoestima elevada con una puntuación de 30 es la mayor puntuación posible	Escala de Rosenberg	Cualitativa ordinal	1.Autoestima Baja 2.Autoestima Media 3 .Autoestima Elevada

Uso de toxicomanías por la pareja	Habito y necesidad patológica de consumir drogas o sustancias toxicas, naturales o sintéticas, que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor	Para fines del presente estudio se tomara como uso de toxicomanías por la pareja a la respuesta que anote la embarazada a la pregunta anexa a investigar y que se describe. Consume su pareja actual alguna droga		Cualitativa Nominal	1-Si 2.No
--	--	--	--	------------------------	--------------

5.6 Instrumento para la recolección de datos

Mediante cuestionario se obtuvo las variables sociodemográficas y posteriormente la aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg del cual es un cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Consiste en una escala de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia, es de autoadministración.

Interpretación: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a la D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a la D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

La escala ha sido traducida y validada en castellano: La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87, fiabilidad es de 0.80.

Además se utilizó el cuestionario violencia de Cáceres 2001, en donde se encuentran ítems que forman la escala “Violencia Psicológica” y la escala “Violencia

Física”. Debe seguirse una serie de sumatorias y mediante una consta obtenida de 387 el cual es el divisor: se realiza la suma total de los factores correctores. Se trata, con ello, de obtener una puntuación entre el 0 y el 100, que, de manera cuasi gráfica, nos refleja la gravedad de la violencia sufrida, y no solo la frecuencia. Graficándose en ninguna, leve, moderada, severa tanto de la violencia emocional como de la violencia física.

La escala de Violencia CÁCERES 2001, es una escala de violencia valoramos el grado de abuso que se sufre durante la relación de pareja. Por lo que no existen respuestas buenas o malas. 1. Nunca, 2. Raramente, 3. Ocasionalmente, 4. Con frecuencia, 5. Casi. Los ítems marcados con negro, forman la escala “Violencia Psicológica”. El resto de los ítems marcados en rojo, forman la escala “Violencia Física”. La puntuación total violencia física. Para obtenerla se multiplíquese el factor corrector correspondiente ((P): 15, 50, 75, 82). Por la frecuencia marcada por el paciente ((F): 1, 2, 3, 4, 5). Divídase ese resultado entre 682. A este cociente réstesele 1, multiplíquese por 25, el resultado constituye la puntuación final. La puntuación total de violencia psicológica, se siguen los mismos pasos que en el caso de la Violencia Física, pero esta vez con los ítems y multiplicadores de Violencia Psicológica. El divisor debiera ser 387: la suma total de los factores correctores. Se trata, con ello, de obtener una puntuación entre el 0 y el 100, que, de manera cuasi gráfica, nos refleja la gravedad de la violencia sufrida, y no solo la frecuencia.

5.7 Método para la recolección de datos

- Se solicitó previamente la autorización de las autoridades del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym, se identificaron a pacientes femeninos que acudieron a la consulta, solicitando el llenado adecuado del consentimiento para participar en el presente estudio.

- Los resultados se concentraron en una base de datos la cual fue analizada para emitir el comportamiento de los factores de riesgo más importantes en nuestra población y posteriormente tabulados en una base de datos tipo Excel, representado en gráficas y tablas.

5.8 Recursos.

Recursos Humanos

La aplicación del instrumento así como previa autorización de los pacientes fue realizada por el investigador principal contando con el apoyo del personal de la consulta externa.

Recursos Físicos

Consultorios de la clínica de consulta externa del Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMyM.

Financiamiento

A cargo del investigador principal.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

DECLARACIÓN DE HELSINKI

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

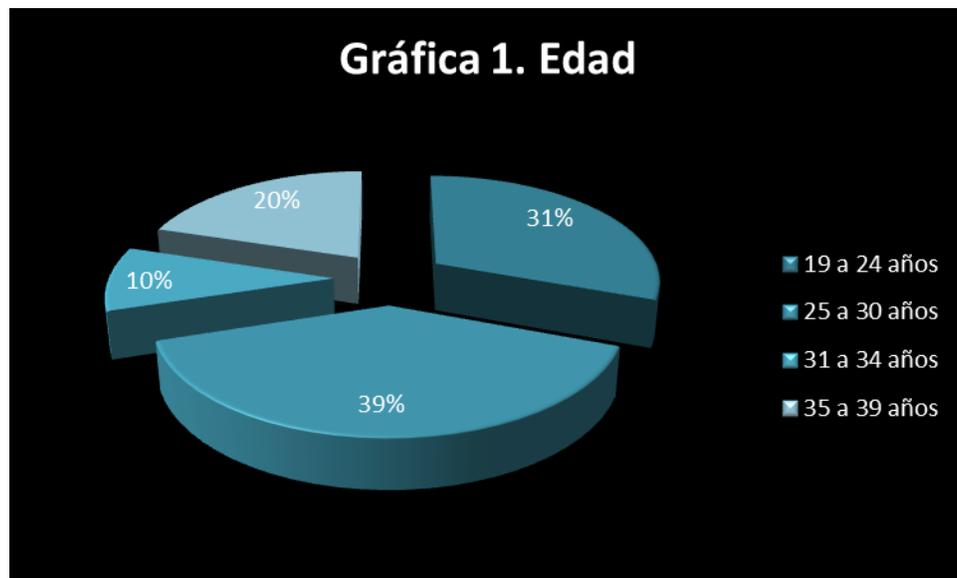
El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

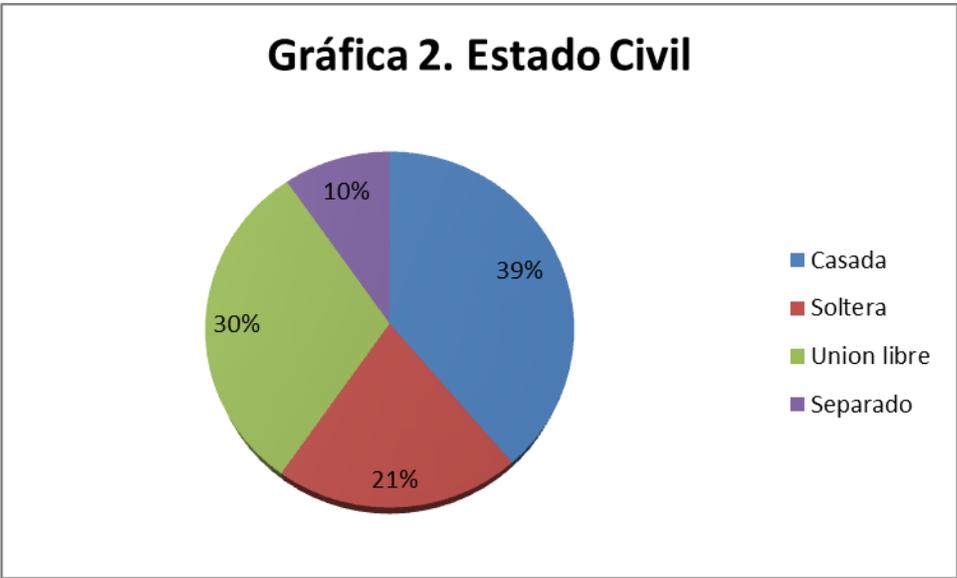
7.- RESULTADOS

Finalmente de la muestra obtenida de 134 mujeres, que se seleccionó mediante los criterios de inclusión de 19 a 24 años de edad fueron el 31%, de los 25 a 30 años de edad fueron el 39% de los 31 a 34 años de edad solo el 10% y de 35 a 39 años de edad el 20%. Gráfica 1



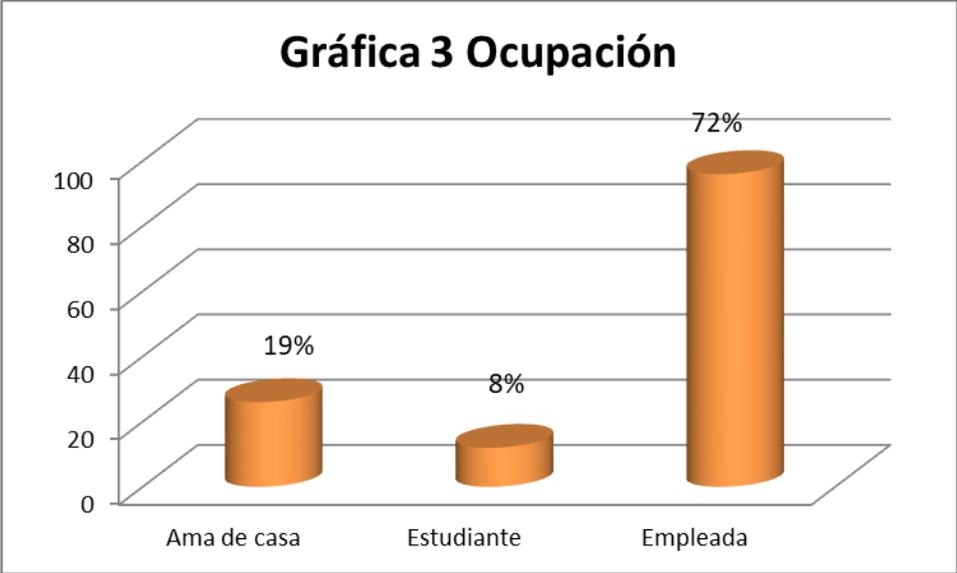
Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

El estado civil que se observó en la mujeres fue que el 39% de ellas estaban casadas en ese momento, el 30% estaban en unión libre, 21% de las mujeres se encontraban solteras y solo el 10 % separadas. Gráfica 2



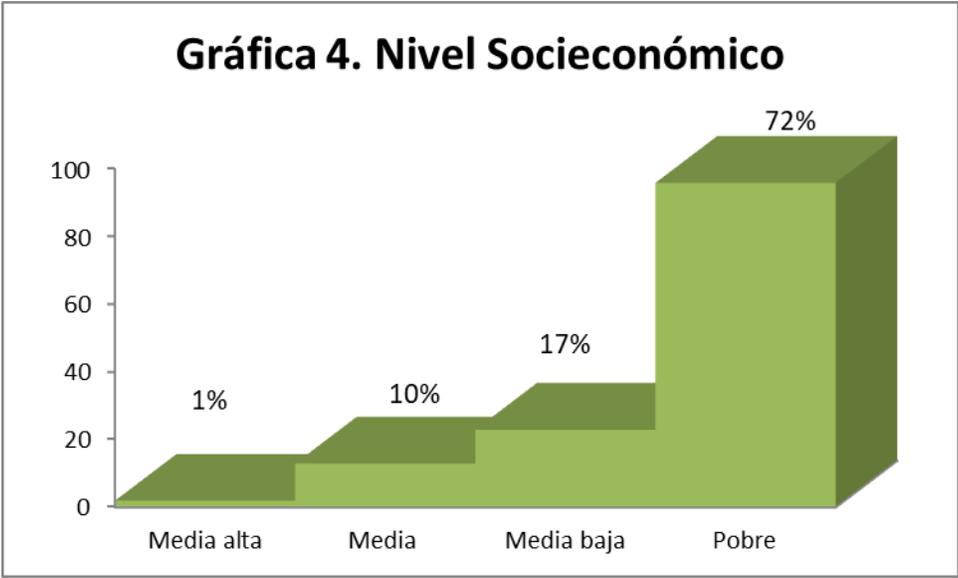
Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

En la cuestión de la parte laboral se observó el 72% tenía un actividad laboral, 19% se dedicaba al hogar y 8% eran estudiantes. Gráfica 3



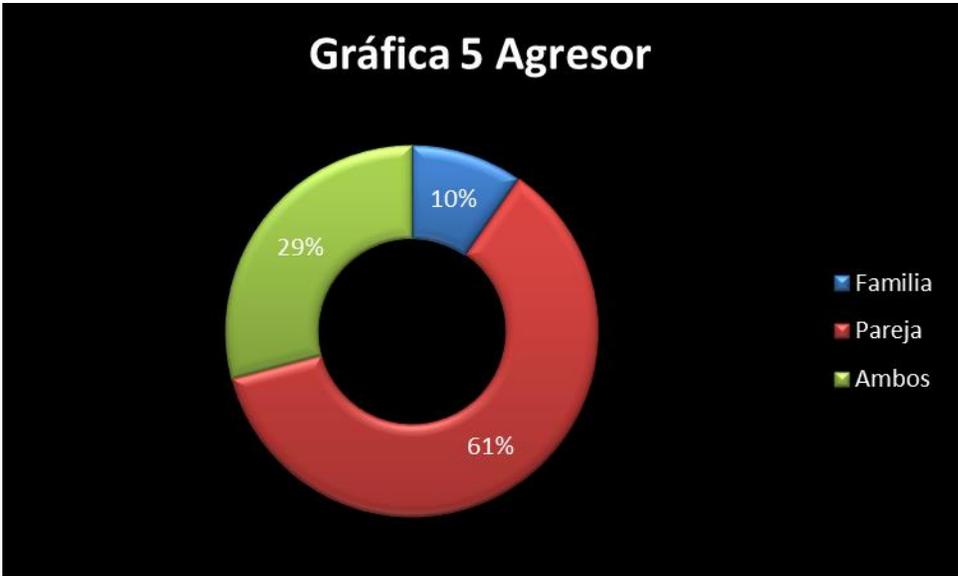
Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

Tomando en cuenta el grado socioeconómico de las mujeres de acuerdo a la clasificación de México AMAI, el 72% refirieron pobreza, el 17% media baja, 10% media y el 1% media alta, ninguna de las mujeres se encontraba en pobreza extrema. Gráfica 4



Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

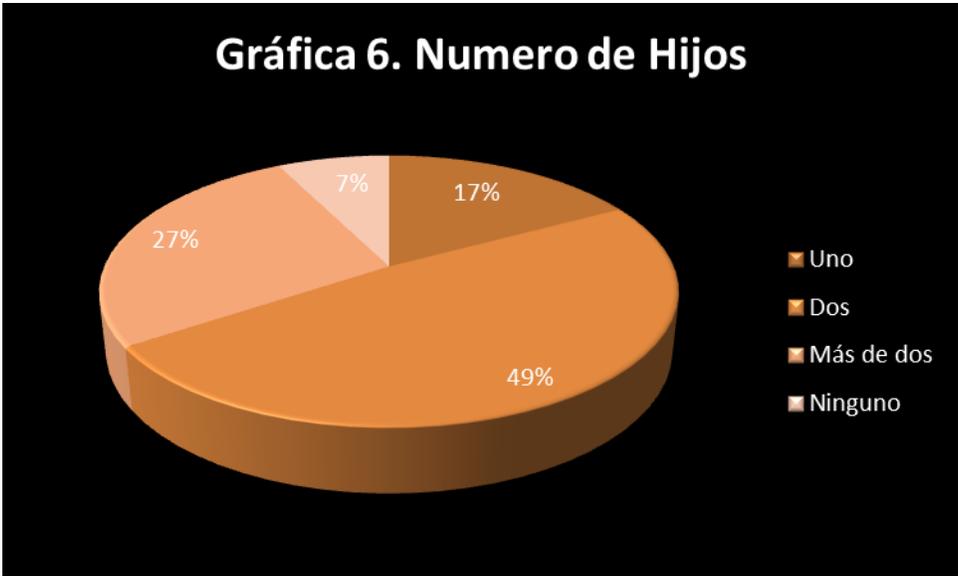
Dentro de los aspectos generales si había presentado antecedente de violencia quien había sido su agresor las mujeres refirieron que la familia en el 10%, la propia pareja en 61% y ambos el 29%. Gráfica 5



Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

De estas 134 mujeres cuantas parejas han tenido 26 de ellas solo una pareja, 30 mujeres dos parejas en la vida y 78 mujeres más de dos parejas. Además el 100% negó que su pareja consumo alguna droga o toxicomanía alguna.

Con relación al número de hijos el 17% de las mujeres tenía un hijo, 49% de ellas dos hijos, 27% de las mujeres más de dos hijos y 7% de las mujeres no tenían ningún hijo. Gráfica 6



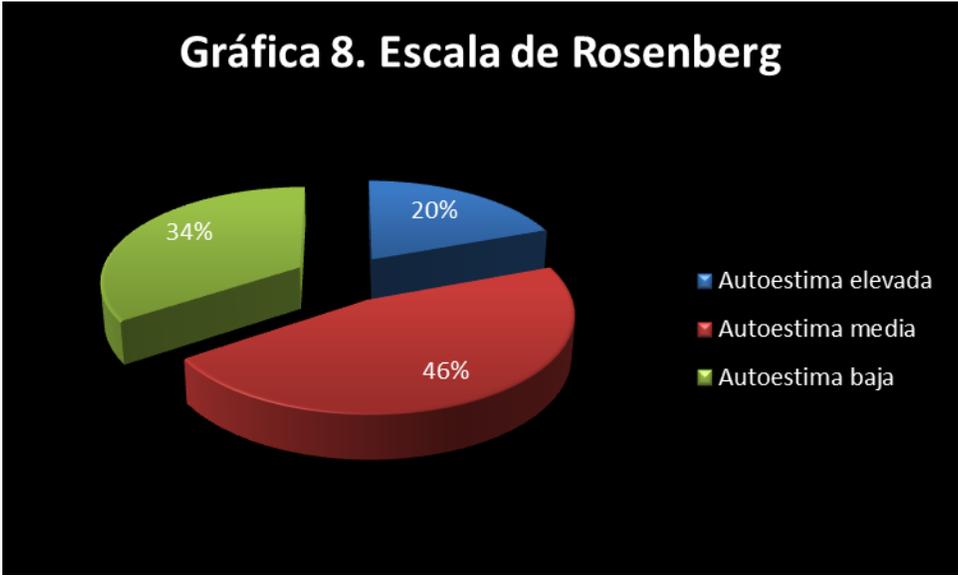
Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

De las mujeres que habían tenido algún embarazo refirieron control prenatal en el primer trimestre el 61%, en el segundo trimestre 10% y ya en el tercer trimestre el 29% de ellas. Gráfica 7



Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

Finalmente al realizar la evaluación de la autoestima por la escala de Rosenberg de las 134 mujeres, se obtuvo que el 20% de ellas tenía un autoestima elevada, 46% de las mujeres con autoestima media y el 34% con autoestima baja. Gráfica 8

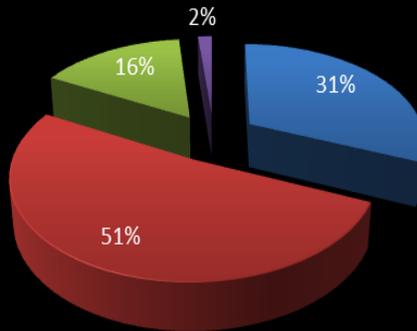


Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

Al realizar la evaluación de la gravedad de violencia emocional las mujeres encuestadas registraban que el 31% no padecían violencia emocional alguna, el 51% de ellas presentaban una violencia emocional leve, 16% de las mujeres un nivel de violencia emocional moderada y 2% de ellas con una violencia emocional severa. Gráfica 9

Gráfica 9. Gravedad de violencia emocional

■ Ninguna ■ Leve ■ Moderada ■ Severa

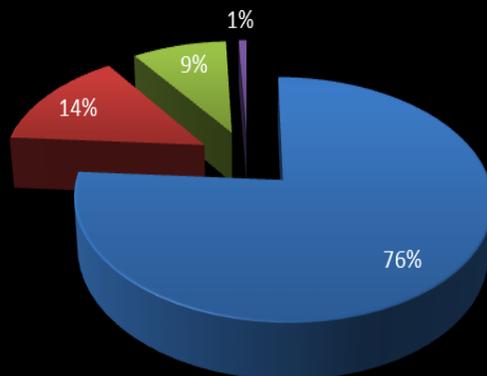


Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

En cuanto a la gravedad de violencia física, el 76% no presentaban violencia física alguna, 14% refieren una violencia física leve, 9% con una violencia física moderada y con el 1% una violencia severa. Gráfica 10

Gráfica 10. Gravedad de violencia física

■ Ninguna ■ Leve ■ Moderada ■ Severa



Fuente: Cuestionario de Rosenberg y Caceres

8.- ANALISIS DE RESULTADOS

Dentro de los resultados del presente trabajo destaca que la edad predominante de las mujeres encuestadas se encontraba entre los 19 a 30 años de edad hasta con el 70% de ellas, además que el perfil sociodemográfico demuestra que el 69% de ellas tenían una pareja actualmente, ya sea en estado civil de casadas o bien en unión libre, con estrato socioeconómico bajo en el 72% de ellas, con antecedente de violencia tanto de la pareja como de la propia familia, que de alguna forma habrían tenido en su mayoría (61%) control prenatal en el primer trimestre, que concuerda con resultados del estudio del Dr. Paulo Fernando Brum Rojas, que refiere que los episodios de violencia pueden cesar, disminuir o ser más recurrentes cuando la mujer está embarazada, de acuerdo a su trabajo denominado Violencia de pareja en la gestación y el perfil del autor de la agresión, el cual refiere que más de la mitad tenían una edad entre 20 y 30 años (55.7%), baja escolaridad y estaban empleadas (92.8%). También poco más de la mitad de las parejas (54.1%) consumían alcohol y 7.8% hacían uso de drogas ilícitas. En cuanto al comportamiento violento, cerca de dos tercios no participaron de peleas, y 58.6% de las parejas pelean hasta un máximo de tres veces al mes.

Otro factor de riesgo detectado en el presente estudio es que las mujeres presentaban algún grado de baja autoestima hasta en un 80% de ellas, lo que la dominancia hacia ellas era más importante recordando además que la frecuencia de violencia que mayor destaca es de tipo emocional hasta 69%, y de tipo físico el 24%.

Concordante con el Dr. Paulo Fernando Brum Rojas, en donde la violencia durante el embarazo mostró una prevalencia de 17.8%, siendo la psicológica la predominante (17.5%). Las situaciones más frecuentes fueron los insultos (15%) y los temores provocados por alguna circunstancia amenazadora (4%), seguidas por la violencia física (5.4%).

Finalmente el aspecto socioeconómico en nuestra muestra refleja un estrato socioeconómico bajo y ya que se han hecho breves observaciones sobre la relación entre violencia y sector socioeconómico, de acuerdo al estudio de Juan Carlos Ramírez Rodríguez; La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana Se ha documentado una relación inversa entre estrato socioeconómico y grado de maltrato (con un componente de violencia física importante), esto es, maltrato bajo en mujeres de nivel socioeconómico alto y viceversa; de manera similar, entre nivel de escolaridad y la calificación en el empleo femenino con la violencia. De igual forma, se ha observado que la violencia es mayor en mujeres con trabajos de baja calificación y que, además, son la principal fuente de manutención de los hijos. La percepción sobre la violencia de mujeres pertenecientes a distintos sectores socioeconómicos presenta variaciones. Mientras en el sector bajo se considera como un aspecto más de la vida cotidiana, en el sector alto se encubre y soslaya; en cambio, en el medio tiene un carácter lesivo que tiende a denunciarse., en donde además refiere la prevalencia de la violencia relacionada con estados de alcoholización o con el consumo de alcohol, presenta variaciones importantes que oscilan entre 14 y 26%, dependiendo del otros estudios. El alcohol se ha identificado como un elemento detonador de la violencia y también se le ha considerado como motivo de la misma, aquí contrasta con el presente estudio puesto que el 100% de las mujeres negó algún consumo de sustancias.

9.- CONCLUSIONES

El presente estudio demostró que efectivamente existe un grado de violencia y no precisamente la física que sería más evidente, es hablar sobre la emocional y por tanto en los cursos de capacitación de los profesionales de salud en temas relacionados a la violencia en la embarazada, sería de mayor énfasis, así como también la dificultad de lidiar con estos asuntos debido a los propios problemas personales, legales y culturales que potencian los puntos débiles de estos profesionales principalmente en el proceso de identificación e intervención en los casos de los servicios de salud. Las dificultades que los profesionales de la salud tienen para identificar e intervenir frente a situaciones de violencia es la dificultad se acentúa cuando se agregan los prejuicios y los valores morales de estos profesionales. Además, algunos profesionales realizan una atención centrada en métodos de trabajo que hacen hincapié en los aspectos biológicos del sujeto y no identifican las necesidades de salud de forma integral. Uno de los aspectos que se deben estar señalado por los profesionales y que contribuye a la atención integral para satisfacer las necesidades que involucran a mujeres embarazadas es el establecimiento de vínculos con la familia, la adolescente y la mujer embarazada con el equipo de consulta prenatal. Este tipo de atención podría contribuir al proceso de identificación e intervención de profesionales de la salud en casos de violencia. Se debe realizar una preparación del conocimiento y la comprensión de las prácticas de trabajo de los profesionales específicamente en el caso del trabajo médico y de enfermería que forman parte de la Estrategia de Salud de la Familia, que aún centran su práctica en el aspecto biológico y la evidencia de la invisibilidad del fenómeno de la violencia, cabe destacar que el proceso de trabajo de los profesionales de la salud necesita una reformulación en relación a la coherencia de los objetivos de la Estrategia de Salud dentro de la Familia, por lo tanto, las instituciones formadoras, los servicios y los propios profesionales necesitan pensar en nuevas estrategias para fortalecer los principios de atención integral del médico familiar, y llevar a la práctica una atención integral y de calidad para todos las

mujeres embarazadas enfocado en el riesgo. Finalmente, es también deber de las instituciones repensar la formación de los futuros profesionales de salud y la capacitación de los trabajadores en diferentes esferas de la salud y es deber del Estado elaborar e implementar políticas públicas destinadas a mejorar la atención de las mujeres víctimas de la violencia, que incluye una intervención legal legítima.

10.- ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICACION.

1.- ¿Qué edad tiene usted? _____ Años
2.- ¿Cuál es su estado civil? 1.- Casado 2.- Soltero 3.- Unión libre 4.- Separado 5.- Divorciado
3.- ¿Cuál es la ocupación? 1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Trabajadora
4.- ¿Cual es su grado escolar? 1.Primaria 2.Secundaria 3.Bachillerato
5.- ¿Cual es su ingreso mensual? 1) Media alta con un ingreso \$ 35.000.00 a 84.999.00 mensual. 2) Media con un ingreso de \$11.600.00 a 34.999.00 mensual. 3) Media baja con ingreso \$ 6.900.00 a 11.599.00 mensual 4) Pobre con ingreso de \$2.700.00 a 6,799.00 \$0.00 a 2.699.00 mensual 5) Pobreza extrema de 0.00 a 2, 699.00 mensual
6.- ¿Quién ha sido su agresor? 1) Familia 2) Pareja 3) Ambos 4) Todos
7.- ¿Cuántas parejas ha tenido usted? 1) Una pareja 2) Dos parejas o mas
8.- ¿Cuándo inicio su control prenatal? 1) Primer trimestre 2) Segundo trimestre 3) Tercer
9.- ¿Consume su pareja actual alguna droga? 1) Si 2) No
10.- ¿Cuánto hijos tiene usted? 1) Uno 2) Dos o mas

ANEXO 2

**ESCALA DE VIOLENCIA (Versión V)
(CÁCERES 2001)**

1 = Nunca. 2 = Raramente 3 = Ocasionalmente 4 = Con frecuencia. 5 = Casi siempre.

Mi pareja:

- 1.- Me humilla. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 2.- Me exige que obedezca a sus caprichos. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 3.- Se irrita si le digo que fuma, come o bebe demasiado. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 4.- Me fuerza a hacer actos sexuales que no me gustan. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 5.- Se enfada mucho si pequeños arreglos de la casa, no se hacen cuando o como ella quiere.----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 6.- Se muestra celosa y suspicaz con mis amistades. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 7.- Me golpea o araña. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 8.- Me repite que soy poco atractivo. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 9.- Me repite que no podría valerme sin ella. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 10.- Se cree que soy su esclavo. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 11.- Me insulta o avergüenza delante de otros. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 12.- Se enfada mucho si me muestro en desacuerdo con sus puntos de vista. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 13.- Me amenaza con un arma o cuchillo. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 14.- No me da suficiente dinero para los gastos del mes. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 15.- Me repite que soy tonto. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 16.- Me obliga a permanecer en casa siempre para cuidar a los niños.----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5

- 17.- Me ha llegado a golpear tan fuerte que llegué a necesitar asistencia médica. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 18.- Cree que no debiera salir de casa o asistir a reuniones, cursos--- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 19.- No es amable conmigo ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 20.- No quiere que salga con mis amigos. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 21.- Me exige relaciones sexuales, aunque esté cansado. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 22.- Me chilla y grita continuamente. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 23.- Me da golpes en la cara y en la cabeza. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 24.- Se vuelve agresiva cuando bebe. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 25.- Está siempre dando órdenes. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 26.- Me dice cosas que no se pueden aguantar. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 27.- Actúa como una cobarde conmigo.----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 28.- La tengo miedo. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 29.- Me trata como si fuera basura. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 30.- Actúa como si quisiera a matarme. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5

ANEXO 3

Escala de Rosemberg

A continuación encontrara una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene usted, marque con una "X"				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos tanto como los demás				
2. Siento que tengo cualidades positivas.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de los demás.				
5. Siento que no tengo mucho de lo que enorgullecerme.				
6. Adopto una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En conjunto, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a.				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a.				
9. A veces me siento ciertamente inútil.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada				

11.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arron C, Routi M, Samudio y otros. Sintomatología depresiva en Embarazadas Víctimas de Abuso Sexual. Revista Paraguaya de Psiquiatría 2015; 3 (1):42-9
- 2.- KRUG EG, Mercy JA, Dahlberg LL, The Word reporto on Violence an health. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo. Mayo-junio 2003; 45(3)
- 3.- Norma Oficial Mexicana. Diario oficial de la Federación. DOF. 11/08/2004. Secretaria de Salud.
- 4.- Jean Cortes C. violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. Acta de investigación Psicologica.Facultad de Psicología UNAM. 2015: Pag.2225-2226
- 5.- Instituto Nacional de las Mujeres. Diario Oficial. Reformas y Adicciones al Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Mujeres. DOF.12/06/2012
- 6.- Corsi Jorge. La Violencia Hacia las Mujeres como Problema Social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. En internet: http://www.berdingune.euskadi.net/u89congizon/es/contenidos/información/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf
- 7.- Julio F, Enrique R, Roberto C y otros. Violencia Familiar. Secretaria de la Salud. Pág. 26
- 8.- Gustavo O, Patricia U, Aurora R, Encuesta nacional sobre la violencia contra las mujeres. Centro Nacional de Género y Salud Reproductiva. 2009
- 9.- Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias. 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789275316351_spa.pdf
- 10.-Organización Mundial de la Salud. Manual de Operación. Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva. 2ª Ed. 2009.

- 11.- Saravia A, Juan C, Violence on Women During Pregnancy: Prevalence and Associated Factors. ISSN 1609-7211, pág. 1-2.
- 12.- Secretaria de salud México 1999. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Norma oficial mexicana nom-190 SSA.
- 13.- Stella V. Violencia de Pareja en Mujeres Embarazadas en la Ciudad de México pág. 3/08/ 2007.
- 14.- Vázquez P. Disfuncional familiar y violencia familiar como Factor de Riesgo de Depresión Puerperal Hospital Regional de Cajamarca Perú, Perú 2014. Pág. 3
- 15.- González Alexander E, Ponce Rosas E R. Frecuencia Factores, de Riesgo y Tipos de Violencia Intrafamiliar en la Ciudad de México. Aten Fam 2013; 20 (3): 86-90
- 16.- Danie D. La Cultura Crítica en América Latina. Rev. Contrat. No 2.
- 17.- Menéndez G. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cubana. Julio 2012: 38 (3).
- 18.- Plazaola Castaño J, Ruiz Pérez I, Hernández Torres E. Gac sanit. 2008; 22(5): 415-420 Validación de la Versión Corta del Woman Abuse Screening Tool para su Uso en Atención Primaria en España. 2008
- 19.- Martínez G, Juan M. Detección y Atención a la Violencia de Género en el Embarazo. 2011; 10 (2) 24
- 20.- González I, Romero I, Samaro R, Torres J, Sánchez G, Chávez M. Muerte Materna desde una Perspectiva de Violencia de Género. Perinatol Reproduc Hum 2010:24 (1).
- 21.- Claudia I, Jaen C, Sofía R y otros. Violencia de Género Durante el Embarazo: Prevalencia, Riesgos y Prevención. 2015: pag 2224-2239
- 22.- Jelin, E. Familia y unidad doméstica: Mundo público y vida privada. El Centro de Estudios de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). 13/06/2008

23.- Michel O. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. Para cambiar el mundo hay que cambiar la manera de nacer. Revista Saúde Pública (2004). México.

24.- Paredes-Solís, S.; Villegas Arijón, A. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud Pública de México. 2005; 47 (5): setiembre/octubre.

25.- Ana M. Jana D. Características Psicométricas del Cuestionario de Abuso en Contra de la Mujer; 2013; .31 (3)

26.- Martínez G, Juan M. Detección y Atención a la Violencia de Género en el Embarazo. 2011;10 (1). 24.