



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DETECTADA CON USO DEL
CUESTIONARIO HITS APLICADO A MUJERES EMBRAZADAS QUE RECIBEN
ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL
GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR DRA. MARICRUZ PUENTE HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JESUS RAYMUNDO GONZALEZ DEL MOTTE

CIUDAD DE MÉXICO 2020



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DETECTADA CON USO DEL
CUESTIONARIO HITS APLICADO A MUJERES EMBRAZADAS QUE RECIBEN
ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL
GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR DRA. MARICRUZ PUENTE HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JESUS RAYMUNDO GONZALEZ DEL MOTTE

CIUDAD DE MÉXICO

"PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DETECTADA CON USO DEL
CUESTIONARIO HITS APLICADO A MUJERES EMBRAZADAS QUE
RECIBEN ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS
DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA"

DRA. MARICRUZ PUENTE HERNÁNDEZ

Vo. Bo.



DR. JESUS RAYMUNDO GONZÁLEZ DEL MOTTE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Vo. Bo.



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ DE ARELLANO
DIRECTORA DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN,
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

"PORCENTAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DETECTADA CON USO DEL
CUESTIONARIO HITS APLICADO A MUJERES EMBRAZADAS QUE
RECIBEN ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS
DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA"

DRA. MARICRUZ PUENTE HERNÁNDEZ

Va. Bo.



DR JESUS RAYMUNDO GONZÁLEZ DEL MOTTE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA

AGRADECIMIENTOS

“Cada mujer dañada, agredida, asesinada, es el testimonio mudo e indefenso de lo peor que encierra el ser humano: del triunfo de la fuerza bruta, ciega, salvaje, enferma, sobre cualquier sentimiento, sobre todo lo que nos hace dignos. Gritemos basta”

-David del Puerto.

Agradezco a mi madre y mi hermano, por su apoyo en este reto que inició hace 4 años, por permanecer a mi lado y nunca dejar que me detuviera en el camino.

Índice	Página
Resumen.....	1
Introducción.....	4
Marco Teórico y antecedentes.....	5
Planteamiento del problema.....	26
Justificación.....	27
Hipótesis.....	28
Objetivo General y Objetivos específicos.....	29
Metodología.....	30
Resultados.....	41
Análisis y discusión de resultados.....	56
Conclusiones.....	59
Implicaciones éticas.....	61
Bibliografía.....	62

Resumen

La violencia contra las mujeres está presente en todos los países, atravesando indistintamente todas las culturas, clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos. En el ámbito doméstico, la violencia por lo general es cometida por los hombres que tienen o han tenido con las víctimas relaciones de confianza, intimidad y poder: maridos, novios, padres, suegros, padrastros, hermanos, tíos, hijos u otros parientes. El propósito de este trabajo de tesis fue Evaluar cual es el porcentaje de detección de violencia doméstica en los servicios de urgencias obstétricas a través del uso de la herramienta de detección de violencia doméstica con el uso del cuestionario HITS, con el fin de publicitar su uso en todas las consultas de atención prenatal y así poder realizar la oportuna identificación de pacientes víctimas de violencia doméstica.

Durante este estudio se realizó la aplicación del cuestionario validado HITS (Hurt-Insult-Threaten-Scream), a 160 pacientes embarazadas que acudieron al servicio de urgencias de maternidad en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera. Dicha herramienta de detección de violencia está compuesta por cuatro cuestiones relativas a agresión física, insultos, amenazas y gritos. Estas preguntas indagan por la frecuencia con la que la pareja ha provocado estos sucesos violentos en los últimos doce meses y han de ser respondidas en una escala de frecuencia de cinco puntos (de nunca a frecuentemente). La puntuación final puede oscilar desde un mínimo de 4 puntos a un máximo de 20.

A las variables edad (años), consultas prenatales, semanas de embarazo, número de embarazos y puntuación de HITS se les obtuvo sus estadísticas descriptivas de media, desviación estándar o típica y los valores máximo y mínimo. (Van Belle et al, 2004).

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Excel, de Microsoft, y el análisis estadístico se realizó con el paquete computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.

De los datos más relevantes obtenidos con este trabajo de tesis se obtiene que :

- En la evaluación de violencia doméstica de acuerdo a el número de pacientes estudiadas a quienes se les aplicó el cuestionario HITS un total de 28 pacientes cuentan con el puntaje que las clasifica como víctimas de violencia doméstica (puntuación mayor de 10 en el cuestionario HITS) , lo cual representa el 18% de la población estudiada comparado con las 132 pacientes que no clasifican como víctimas de violencia doméstica , las cuales representan el 83% del total de las pacientes estudiadas.
- En referencia a el grupo etario más afectado son aquellas entre los 21-30 años con 21 casos registrados
- Con relación a la escolaridad ,las pacientes más afectadas son aquellas que cursan el bachillerato con un total de 15 casos registrados, es interesante resaltar que se presentan dos casos de violencia en aquellas con grado académico de licenciatura .
- Según el lugar de origen, las más afectadas son residentes de la ciudad de México con 23 casos , seguidas de las originarias del Estado de México con 4 casos.
- Con respecto a la religión que profesan se encuentra que aquellas más afectadas practican la religión católica con 23 casos , seguidas de las que no profesan religión alguna con 4 casos
- Según su estado civil se encuentra que aquellas más afectadas viven en unión libre con 23 casos

Con este estudio se encuentra que la herramienta utilizada, cuestionario HITS, se considera una herramienta sencilla, de rápida aplicación en el ámbito hospitalario para poder identificar a las pacientes que son víctimas de violencia doméstica, de aquí surge la importancia de su uso rutinario en las consultas prenatales con el fin de poder detectar a tiempo a aquellas pacientes afectadas por este tipo de situaciones.

Se demuestra así mismo que es necesaria su aplicación desde el primer contacto que se tenga con la paciente con el fin de prevenir complicaciones maternas y fetales asociadas a la violencia doméstica en el embarazo tales como : aborto, amenaza de parto pretérmino, recién

nacidos de bajo peso, muerte fetal; maternas como : abuso de drogas, alteraciones de la alimentación, infecciones maternas , trastornos psiquiátricos y aquellas fatales como suicidio y homicidio.

Introducción

La violencia contra las mujeres y las niñas es una calamidad mundial que sigue provocando muertes, torturas y mutilaciones, a nivel físico, psicológico, sexual y económico. Representa una de las violaciones de los derechos humanos más difundidas, que niega a mujeres y niñas la igualdad, la seguridad, la dignidad, la autoestima y el derecho a gozar de las libertades fundamentales

La violencia contra las mujeres está presente en todos los países, atravesando indistintamente todas las culturas, clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos.

Determinados grupos de mujeres son particularmente vulnerables frente a la violencia, como aquéllas que pertenecen a grupos minoritarios o indígenas, las inmigrantes y refugiadas, las que se encuentran en situaciones de conflicto armado, las reclusas y detenidas, las discapacitadas, las niñas y las ancianas.

Según la acepción adoptada en el presente el término “violencia doméstica” comprende la violencia cometida contra mujeres y niñas por una persona con quien tienen una relación íntima, incluido el compañero con que conviven, y por otros miembros de la familia, ya sea que dicha violencia se produzca dentro o fuera del hogar.

La violencia contra las mujeres a menudo constituye un ciclo de abusos que se manifiesta de muchas maneras en el transcurso de su vida

Los factores que influyen en estas relaciones desequilibradas de poder comprenden: los mecanismos socioeconómicos; la institución de la familia, en la cual encuentran expresión, precisamente, dichas relaciones de poder; el temor de la sexualidad femenina y el control que se ejerce sobre ella; la creencia en la superioridad innata del varón; y las sanciones legales y culturales que tradicionalmente niegan a mujeres y niños una condición de independencia legal y social.

Marco Teórico y Antecedentes

Glosario

- Género: una categoría analítica que hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca de lo que son los hombres y las mujeres, y que se usan para justificar este tipo de desigualdad.
- Violencia de género: violencia que ejercen los hombres en contra de las mujeres, apoyados en el conjunto de normas y valores que les dan privilegios e impunidad

Antecedentes históricos

“A lo largo de la historia se ha tolerado y estimulado la violencia como una forma de resolver las tensiones y los conflictos. Todas las mujeres vivimos en mayor o menor intensidad formas de violencia. Sufrimos violencia cuando no reconocen ni valoran nuestro trabajo, cuando nos hacen callar haciéndonos creer que nuestra opinión no es importante, cuando se utiliza un lenguaje sexista que no nombra a las mujeres, cuando nos pagan menos que a los hombres por realizar las mismas funciones, cuando tenemos que convivir con mensajes publicitarios que nos tratan como objetos sexuales, cuando sentimos miedo por caminar solas...” [2]

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Beijing (China) [3], en septiembre de 1995, se reconoce que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos, impidiendo que las mujeres disfruten de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

El artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas, considera que la violencia contra las mujeres es: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada” [4].

El proceso de socialización a través del cual las personas asumimos reglas y normas de comportamiento se produce, fundamentalmente, en dos ámbitos: la familia y la escuela,

intervienen, además, las instituciones políticas, religiosas y administrativas, así como el medio laboral.

Origen de violencia

La violencia está incorporada en la identidad masculina. Desde pequeños los niños aprenden a responder agresivamente y se entrenan en aspectos activos como ganar, luchar, competir, apoderarse, imponer, conquistar, atacar, vencer, etc. Mientras que las niñas aprenden a ceder, pactar, cooperar, entregar, obedecer, cuidar... aspectos que no llevan al éxito ni al poder y que son considerados socialmente inferiores a los masculinos. Los hombres han dominado el espacio público y han ejercido también su poder en el privado, sobre toda su familia. Este poder ha dado origen a un sistema de jerarquías que se conoce como patriarcado. De acuerdo con la organización patriarcal de la sociedad, ambos sexos hemos desempeñado siempre papeles sociales diferentes. Así, los hombres han predominado en todas las esferas de la vida, quedando las mujeres reducidas al espacio doméstico de la familia.

Hasta hace pocos años, no se consideraba como un delito la violencia física o psíquica ejercida dentro del ámbito familiar o de pareja, sino como “asuntos privados” de las parejas o “cosa de dos”. La violencia contra las mujeres no se da únicamente dentro de la pareja. Las mujeres, también sufrimos violencia por parte de otros hombres: parientes, jefes y compañeros, vecinos, amantes, extraños.

La cultura militarista y bélica trae consigo formas de violencia especialmente dirigidas a las mujeres: Tortura y violaciones sexuales, persecución, presión emocional, desapariciones, encarcelamiento e incluso la muerte son prácticas usuales en los conflictos armados.

La violencia contra las mujeres, en particular la que es infligida por la pareja, es frecuentemente explicada por razones individuales, es decir por características específicas tanto de la persona que agrede como de la que es agredida. También existe la percepción, muy generalizada, de que la violencia contra las mujeres en el contexto familiar es un fenómeno exclusivo de las familias o comunidades pobres. Estas creencias son erróneas. El

abuso de alcohol y drogas son factores que influyen o que favorecen el surgimiento de la violencia, pero no son su causa. De igual manera, la pobreza, el desempleo, la falta de acceso a la educación, el hacinamiento, la falta de disponibilidad de bienes y servicios y la carencia de recursos, no son por sí mismos causas de la violencia, son factores que configuran condiciones de vida y situaciones que la propician y la favorecen; sin embargo, la violencia afecta a las personas, hogares y comunidades de todas las condiciones sociales y niveles de ingreso. La diversidad de situaciones sociales y de historias personales configura los factores de riesgo de violencia que requieren explicaciones que no se limiten al campo de acción y conocimientos de los distintos profesionales que pueden poner mayor énfasis, ya sea en las patologías individuales o en aspectos del entorno social. La atención integrada de la violencia contra las mujeres requiere que el problema sea comprendido de manera integral e integrada, es decir, que se refiera a las características de las personas involucradas en el problema, agresores y quienes viven situaciones de violencia, al contexto en el que se desenvuelven, para identificar las necesidades y las capacidades de atención en los diferentes servicios que se requieren.

La violencia que se ejerce contra las mujeres ha sido considerada por mucho tiempo como algo “natural” y de carácter privado. No ha sido sino hasta muy reciente cuando el movimiento de mujeres, aunado a la preocupación y acción de los gobiernos, ha hecho visible el problema y lo han posicionado en la agenda pública.

El origen de la violencia contra las mujeres se encuentra enraizado en las creencias que tiene la sociedad sobre las mujeres y los hombres. En México, como en casi todo el mundo, persisten las creencias sobre lo que deben ser los comportamientos femeninos y masculinos con base en estereotipos muy marcados: a esto se le llama roles o construcción de género. Se suele pensar que las mujeres son por naturaleza dulces, sumisas, sentimentales, pasivas, y que los hombres son fuertes, activos, agresivos y dominantes.

Como resultado, estas desigualdades limitan la posibilidad de las mujeres para desarrollar y ejercitar sus capacidades, para su propio beneficio y para el conjunto de la sociedad. Por ello,

la atención a la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de género implica reconocerla como un problema que se explica por la posición de desventaja social de las mujeres frente a los hombres.

En nuestra sociedad prevalece una imagen idealizada de familia a la que se percibe como el núcleo básico indivisible (madre, padre, hijos e hijas) que convive en armonía y amor. Sin embargo, esta imagen contrasta con la realidad cotidiana de un espacio en el que se expresan, simultáneamente, relaciones de colaboración y conflicto y en el que con frecuencia el poder se ejerce por cualquier medio, aun en contra de los derechos individuales. La experiencia muestra que justamente en el ámbito familiar es donde se registra la mayor prevalencia de violencia contra las mujeres y que es un hombre afectivamente cercano, generalmente la pareja, quien la inflige.

El ejercicio de la autoridad se convierte comúnmente en generador de violencia como mecanismo de control de los hombres hacia los demás integrantes de la familia, particularmente hacia las mujeres. La rigidez de las jerarquías y el apego a las creencias respecto a lo que deben ser los comportamientos de mujeres y hombres son elementos que se deben considerar para evaluar el riesgo de violencia contra las mujeres en la familia

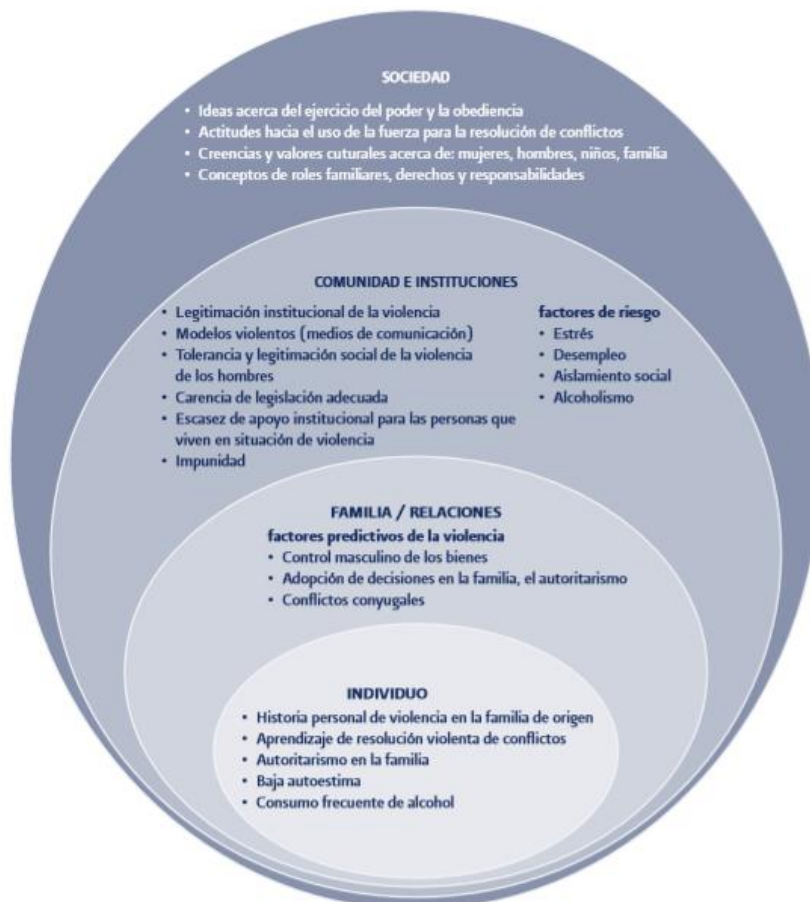
Es necesario enfatizar que existe una doble moral sobre la violencia en el ámbito doméstico que a la vez la rechaza socialmente y la justifica o tolera porque ocurre entre las cuatro paredes de la vivienda. Esta visión de la violencia dentro del hogar como un asunto privado sustenta la idea de que no se debe intervenir y contribuye al agravamiento del problema

Entender origen de la violencia

La violencia contra las mujeres no se puede atribuir a una sola causa, es un problema que obedece a factores sociales, psicológicos, legales, culturales y biológicos. El modelo denominado ecológico enfoca el problema desde la perspectiva de los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, y ayuda a identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores.

A continuación, se explica, en la figura tomada de; Manual Operativo, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud [9].

Figura 1. Modelo Ecológico De Factores Asociados A La Violencia Contra Las Mujeres



Fuente: Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual: Manual Operativo. México: Secretaria de Salud; 2004.

Documentos internacionales

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 [3], marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada de forma unánime por 189 países, constituye un programa en favor del empoderamiento de la mujer y en su elaboración se tuvo en cuenta el documento clave de política mundial sobre igualdad de género. La Declaración y Plataforma

de Acción de Beijing establece una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en 12 esferas cruciales:

- La mujer y la pobreza
- Educación y capacitación de la mujer
- La mujer y la salud
- La violencia contra la mujer
- La mujer y los conflictos armados
- La mujer y la economía
- La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones
- Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
- Los derechos humanos de la mujer
- La mujer y los medios de difusión
- La mujer y el medio ambiente
- La niña

La conferencia de Beijing se basó en los acuerdos políticos alcanzados en las tres conferencias mundiales sobre la mujer celebradas anteriormente y consolidó cinco decenios de avances jurídicos dirigidos a garantizar la igualdad de las mujeres y los hombres tanto en las leyes como en la práctica. Participaron en las negociaciones más de 6.000 delegadas/os gubernamentales y más de 4.000 representantes acreditadas/os de organizaciones no gubernamentales. Un foro de ONG celebrado en Huairou de forma paralela atrajo a cerca de 30.000 participantes.

1975: La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer instó a organizar la primera conferencia mundial sobre la mujer en ocasión del Año Internacional de la Mujer. Posteriormente se celebró la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer en Ciudad de México; participaron en ella representantes de 133 gobiernos, al tiempo que 6.000 representantes de ONG asistían a un foro paralelo, la Tribuna del Año Internacional de la Mujer. En la Conferencia se definió un plan de acción mundial para la consecución de los

objetivos del Año Internacional de la Mujer, que incluía un amplio conjunto de directrices para el progreso de las mujeres hasta 1985.

1980: Un total de 145 Estados Miembros se reunieron en Copenhague con motivo de la celebración de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. La Conferencia tenía por objetivo examinar los avances realizados hacia el cumplimiento de los objetivos de la primera conferencia mundial, especialmente de los relacionados con el empleo, la salud y la educación. El programa de acción que se aprobó hacía un llamado a favor de adoptar medidas nacionales más firmes para garantizar la apropiación y el control de la propiedad por parte de las mujeres, así como a introducir mejoras en el ámbito de la protección de los derechos de herencia, de custodia de los hijos y de nacionalidad de la mujer.

1985: La Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer tuvo lugar en Nairobi. En la conferencia se aprobó un mandato consistente en establecer medidas concretas para superar los obstáculos al logro de los objetivos del Decenio. Participaron en ella 1.900 delegadas/os de 157 Estados Miembros. Un foro paralelo de ONG atrajo a cerca de 12.000 participantes. Los gobiernos adoptaron las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de mujer, que esbozaban las medidas que deberían adoptarse para lograr la igualdad de género a nivel nacional y promover la participación de las mujeres en las iniciativas de paz y desarrollo.

El derecho de las mujeres a vivir sin violencia está consagrado en los acuerdos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas.

Puntos importantes en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [11]:

- Recordando que la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica

y cultural de su país, que constituye un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia y que entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de la mujer para prestar servicio a su país y a la humanidad

- La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.
- Afirmando que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades, y preocupada por el descuido de larga data de la protección y fomento de esos derechos y libertades en casos de violencia contra la mujer

Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Datos estadísticos

Se estima que el 35 por ciento de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental o violencia sexual por parte de otra persona

distinta a su compañero sentimental (estas cifras no incluyen el acoso sexual) en algún momento de sus vidas. Sin embargo, algunos estudios nacionales demuestran que hasta el 70 por ciento de las mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida. Los hechos demuestran que las mujeres que han sufrido violencia física o sexual por parte de un compañero sentimental presentan tasas más altas de depresión y más posibilidades de tener un aborto o de contraer el VIH que las que no han experimentado este tipo de violencia [12].

Se estima que de las 87,000 mujeres que fueron asesinadas globalmente en el 2017, más de la mitad (50,000-58 por ciento) fueron matadas por sus parejas o miembros familiares. Lo que quiere decir que 137 mujeres alrededor del mundo son asesinadas a diario por un miembro de su familia. Más de un tercio (30,000) de las mujeres asesinadas en el 2017 fueron exterminadas por su actual o expareja [13].

El matrimonio infantil suele dar lugar a embarazos precoces y al aislamiento social, interrumpe la escolarización, limita las oportunidades de las niñas y aumenta su riesgo de sufrir violencia doméstica [14].

Unos 15 millones de muchachas adolescentes (de entre 15 y 19 años) de todo el mundo han sido obligadas a mantener relaciones sexuales forzadas (coito u otras prácticas sexuales forzadas) en algún momento de sus vidas. En la inmensa mayoría de los países, el principal riesgo para las adolescentes es verse obligadas a mantener relaciones sexuales por su pareja o expareja, ya sean novios, compañeros sentimentales o maridos. Según los datos recogidos en 30 países, solamente el 1 por ciento de ellas ha buscado ayuda profesional [15].

En la mayoría de los países donde existen datos, menos del 40 por ciento de las mujeres que sufren violencia buscan algún tipo de ayuda. Entre las mujeres que lo hacen, la mayoría recurre a la familia y a amistades y muy pocas confían en instituciones y mecanismos oficiales, como la policía o los servicios de salud. Menos del 10 por ciento de aquellas mujeres que buscaron ayuda tras haber sufrido un acto de violencia lo hicieron recurriendo a la policía [16].

De acuerdo con La Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia [17] se toman en cuenta las definiciones de violencia, por lo que se definen:

- **Violencia contra las Mujeres:** 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
- **Modalidades de Violencia:** Las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres
- **Víctima:** La mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia
- **Agresor:** La persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres
- **Derechos Humanos de las Mujeres:** Refiere a los derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia
- **Empoderamiento de las Mujeres:** Es un proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.

En la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia [17] específicamente en el artículo 6 se mencionan los tipos de violencia contra las mujeres que a continuación se describen:

I. La violencia psicológica: es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a

la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

II. La violencia física: es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

III. La violencia patrimonial: es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

IV. Violencia económica: es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

V. La violencia sexual: es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Citando la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia [17] se pueden exponer modalidades de violencia, las cuales son:

Violencia familiar	Es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo Agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad,
--------------------	--

	de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.
Violencia Laboral y Docente	Se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad. Puede consistir en un solo evento dañino o en una serie de eventos cuya suma produce el daño. También incluye el acoso o el hostigamiento sexual.
Violencia laboral	La negativa ilegal para contratar a la Víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas
Violencia docente	Aquellas conductas que dañen la autoestima de las alumnas con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros
Hostigamiento sexual	Sexual es el ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas

	verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.
Acoso sexual	Es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.
Violencia en la Comunidad	Violencia en la Comunidad: Son los actos individuales o colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público
Violencia Institucional	Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia

Ciclo de Violencia

Es importante conocer este ciclo, para entender en qué estado psicológico se encuentran las mujeres que están sufriendo malos tratos habituales.

El maltrato suele comenzar con conductas de abuso psicológico, difíciles de identificar porque están enmascaradas en apariencia de cariño y afecto. Estos comportamientos

restrictivos y controladores van socavando la capacidad de decisión y autonomía de las mujeres. Los celos, la censura sobre la ropa que usa habitualmente, las amistades, las actividades, los horarios y las salidas de casa, son ejemplos [18].

Estas conductas van produciendo dependencia y aislamiento, no siendo percibidas como agresivas, sino como pruebas de amor

Fases:

- Fase de acumulación de tensión: el maltratador inicia su estrategia mostrándose irascible, cualquier comportamiento de la mujer le molesta y le causa enfado. La víctima, que no entiende lo que está pasando habla con esta persona para solucionar el inconveniente, de dónde procede el problema, cuál es el motivo de esta actitud, pero lo que consigue es que el hombre se enfade. El sentimiento de culpabilidad va mermando la capacidad de percepción de la realidad de las mujeres
- Fase de explosión violenta: En esta fase es cuando se producen los malos tratos físicos: golpes, patadas puñetazos; insultos e incluso agresión sexual. Se darán también, amenazas tanto para su vida e integridad física como la de sus hijos e hijas. En este período la mujer puede morir. Ha entrado en la llamada “indefensión aprendida”. Es en esta etapa cuando suelen pedir ayuda, porque han visto peligrar su vida o la de sus hijos/as, pero él la buscará, le pedirá perdón, con lo que volverá al inicio.
- Fase de “luna de miel” o conciliación: El maltratador intenta de nuevo reconciliarse con su víctima adoptando el rol de hombre bueno y generoso, arrepentido del mal causado, y manifestando que nunca más volverá a realizar una cosa parecida. Cambia de tal manera, que la mujer cree que es cierto.
- Escalada de la violencia Conseguida la confianza de su víctima comenzará de nuevo este ciclo de la violencia, con una tremenda característica que lo diferencia de la primera vez que se inició, en este caso la violencia será cada vez mayor

El maltratador para conseguir el control de la mujer, así como causarle miedo dependencia, recurre a las siguientes tácticas:

- Aislamiento de toda relación social, familiar, amistades, redes de apoyo, etc. para evitar que la mujer pueda tener otros criterios, comparar comportamientos, pedir y recibir ayuda
- La desvalorización personal, las humillaciones, producen en la mujer baja autoestima, inseguridad, sentimientos de incapacidad, impotencia
- Demandas triviales para polarizar su atención, impidiendo que pueda dedicar su energía a sus propios proyectos o a buscar salidas, este tipo de macabras estrategias son denominados “micromachismos”,
- Mediante los golpes, amenazas, gritos, romper cosas, intimida a la víctima, crea un estado de pánico y terror
- Culpar a la mujer, minimizar la violencia, hacerse la víctima, provocar pena, chantajes emocionales que hacen dudar a la mujer de su responsabilidad y paralizan sus intentos de terminar con la relación
- Pequeñas concesiones, que crean una gran dependencia emocional, al no tener la mujer otras fuentes de afecto y relación

Es importante saber que la violencia suele agravarse cuando la mujer determina poner fin a la relación, hacer una denuncia o iniciar los trámites de divorcio, ya que, al enfrentar la pérdida de control y sometimiento de la mujer, el agresor adopta actitudes extremas. Otros factores como el embarazo, el uso de anticonceptivos, el aborto –ya sea espontáneo o provocado–, el nacimiento de hijos no deseados o del sexo femenino y la decisión de la mujer de buscar un trabajo pueden también ser factores para que los niveles de la violencia aumenten. Las percepciones de riesgo de las mujeres que acuden a solicitar apoyo deben ser consideradas con mucha seriedad para el diseño de las medidas de protección y seguridad que deban tomarse.

Violencia Doméstica: Magnitud del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) [21], por su parte, reportó que 40 estudios cuantitativos llevados a cabo en 24 países durante el año 2000 revelaron que entre 20 y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de su pareja y que por lo menos una de cada cinco sufre violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Otro dato relevante es que el tipo más común de abuso es la “violencia doméstica” o el maltrato físico, emocional o sexual de las mujeres por parte de sus parejas íntimas.

En 1993, un estudio de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) [20], estableció que de 45 a 60% de los homicidios contra mujeres se perpetran dentro de la casa y que la mayoría de estos homicidios son cometidos por el marido o el conviviente. Asimismo, los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que sufrieron violencia que entre las que no la padecieron.

El primer estudio sobre la violencia doméstica realizado por la Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto que la ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o simples conocidos.

En este estudio titulado Women's Health and Domestic Violence Against Women (Salud femenina y violencia doméstica contra las mujeres) [22] se basa en entrevistas con más de 24 000 mujeres de zonas rurales y urbanas de 10 países: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania.

El estudio revela que entre una cuarta parte y la mitad de las mujeres físicamente agredidas por su pareja afirmaron haber sufrido lesiones físicas a consecuencia directa de ello. Además, la probabilidad de que una mujer padeciera mala salud o problemas físicos o mentales era dos veces superior en las mujeres maltratadas, aun cuando los episodios de violencia se remontaran a varios años atrás. Entre dichos problemas de salud figuran las ideas o tentativas de suicidio, los trastornos mentales y síntomas físicos como dolores, mareos o leucorrea.

Se sabe que la violencia doméstica influye en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y puede entrañar un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.

Las mujeres física o sexualmente maltratadas aludieron a la promiscuidad de su pareja y a su negativa a utilizar preservativos con más frecuencia que las mujeres que no padecían malos tratos.

Las probabilidades de haber tenido al menos un aborto, espontáneo o provocado, eran más elevadas entre las mujeres que decían sufrir violencia física o sexual a manos de su pareja.

Aunque suele pensarse que el embarazo es un periodo en que la mujer debe estar protegida, en la mayoría de las localidades del estudio entre un 4% y un 12% de las mujeres que habían estado embarazadas declararon haber sido golpeadas durante ese periodo, en más del 90% de los casos por el padre del niño por nacer, y entre un cuarto y la mitad de ellas habían recibido puntapiés o puñetazos en el abdomen [22].

Panorama en México

Para contar con una estimación con representatividad nacional y estatal de la magnitud del fenómeno, la Secretaría de Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó la primera Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en el año 2003. Posteriormente se actualizó en agosto y octubre de 2006 [23].

Los resultados a destacar:

1. Entre los resultados más relevantes del estudio se encuentra que 33.3% de las mujeres viven en violencia de pareja actual, 42.9% ha sido agredida alguna vez en su vida por su pareja, y 60.0% ha sufrido violencia alguna vez en su vida, ya sea por su pareja o por familiares
2. El embarazo es una etapa de notable riesgo para las mujeres. El 38.9% de las mujeres encuestadas informó que durante alguno de sus embarazos sufrió algún tipo de maltrato; el tipo más frecuente fue la expresión de humillaciones (12.74%) y golpes 9.41%; el ser obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales, (8.4%).

Detección de violencia

El sistema de salud representa un espacio de oportunidad único para la detección y atención debido a que las mujeres y, en general, las familias acudirán cuando menos una vez en su vida a centros de salud, clínicas u hospitales, mientras que difícilmente lo harán al sistema de justicia; además, la detección oportuna posibilita acciones de prevención, atención, referencia y seguimiento.

Según lo establecido en la NOM-046 SSA2 2005 [25] las y los prestadores de servicios de salud deben realizar tamizajes de manera rutinaria para detectar casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, y en los casos probables, llevarán a cabo procedimientos necesarios para su confirmación.

En cualquiera de estos ámbitos laborales es posible detectar casos de violencia a través de la identificación de signos y síntomas de alarma o a través del interrogatorio dirigido mediante la aplicación de la herramienta de detección.

Para realizar la detección en las y los usuarios de los servicios de salud antes y durante el interrogatorio se recomienda poner especial cuidado en algunos signos y síntomas de alarma que pueden ser indicadores precisos de violencia. De acuerdo con el tipo de abuso, los “signos y síntomas” que pueden presentar las mujeres en situación de violencia son diversos y pueden catalogarse en las dimensiones física, sexual y psicológica incluyendo el abandono. Pese a lo anterior, es necesario resaltar que estas tipificaciones son artificiales, ya que las usuarias son personas integrales y la experiencia violenta daña la totalidad de su persona.

Uno de los temores más generalizados por parte del personal de salud es el supuesto de que la mujer que experimenta violencia, “tarde o temprano entrará en una crisis desbordante y el personal de salud no contará con las herramientas suficientes para brindarle el apoyo que se requiere.” Resulta fundamental subrayar que para otorgar el apoyo inicial a una mujer (intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos) no se requiere de un especialista o un profesional específico de la salud mental (psicólogo o psiquiatra), sino de

personal sensible y entrenado adecuadamente. En este caso, intervenga de acuerdo con los elementos básicos descritos en el apartado referente al impacto psicológico de la violencia.

La o el prestador de servicios debe tener en cuenta que la respuesta común de las mujeres que viven en situación de violencia es de retraimiento, silencio y las diferencias las marcará el tipo de impacto, las circunstancias, historia personal de cada mujer, fortalezas personales y redes de apoyo social.

Las manifestaciones de daño y síndromes estudiados que se presentan con mayor frecuencia ante el impacto de la violencia en las mujeres son:

Indefensión Aprendida	Es la obediencia pasiva al entorno cuando todos los esfuerzos por transformarlo no logran causar ningún efecto ni la situación se modifica. Los resultados son resignación, desgaste, depresión culpa, entre otros, que se reflejan en cansancio físico y emocional
Síndrome de Estocolmo	Se caracteriza por la relación afectiva de las personas en contextos de violencia con el agresor. Los indicadores del Síndrome de Estocolmo en el comportamiento son: <ul data-bbox="633 1249 1451 1845" style="list-style-type: none">• Agradecer intensamente las pequeñas amabilidades del abusador• Negar o racionalizar la violencia recibida• Negar la propia rabia hacia el agresor• Estar en constante estado de alerta para satisfacer las necesidades del agresor• Dificultad para abandonarlo aún cuando se tenga alguna posibilidad• Tener miedo al regreso del agresor, aún cuando esté muerto o en la cárcel

	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar síntomas de estrés postraumático
Síndrome de la Mujer Maltratada	<p>Se caracteriza por los sentimientos de abatimiento, miedo, vergüenza, culpa desaliento; todo ello en detrimento de los aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales y conductuales de la vida de las mujeres en situación de violencia</p>
Síndrome de Trauma por Violación	<p>Se reconocen dos momentos en este síndrome y hay un periodo de dos a tres semanas entre una y otra a partir de la violación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La fase aguda inicia inmediatamente después de un ataque y puede durar desde unas horas hasta dos o tres semanas. Se caracteriza por una desorganización en todos los aspectos de la vida. Se manifiesta en: ansiedad, pánico, ira, inseguridad, incredulidad, llanto incontrolado, sollozos, risas, insomnio, tensión muscular, irritabilidad, desconfianza y temor hacia todo lo que le rodea. También sentimientos de humillación, vergüenza, fuertes deseos de venganza, impotencia, auto culpabilidad, vulnerabilidad e indefensión. ○ La fase de reorganización consiste en un visible aumento de actividad motora, sentimientos y necesidades de cambio, búsqueda de alternativas que le permitan a la persona reiniciar su vida en condiciones de mayor seguridad. Hay una tendencia a buscar ayuda profesional, o al menos la retroalimentación de alguien de su confianza capaz de escucharle y de disminuir sus sentimientos de culpa.

<p>Trastorno de Estrés Postraumático</p>	<p>Este trastorno se caracteriza por la experimentación persistente del acontecimiento traumático a través de una o más de las siguientes formas:³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes o percepciones. • Sueños recurrentes sobre el acontecimiento. • Sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. • Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. • Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
<p>Crisis Emocional</p>	<p>Es el estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas</p>

Planteamiento del problema

Cuando se habla de violencia doméstica se infiere que muchos de los datos recabados son poco confiables ya que los estudios que se realizan son poco estructurados y tienen múltiples dificultades para comparar los resultados por la falta de homogeneidad en cuanto a la definición del término violencia doméstica, otro aspecto que impide aclarar los términos del acerca de la magnitud del fenómeno es el hecho de que la violencia doméstica es un delito insuficientemente documentado y contra el cual no se registran acusaciones. Es por ello que con este trabajo de investigación se busca un objetivo claro: la validez de una herramienta de fácil aplicabilidad para la detección temprana de los problemas de violencia contra las mujeres embarazadas en los servicios médicos de primer contacto, para que se logre una primera respuesta urgente a las pacientes que sufren algún tipo de violencia

Justificación

A nivel internacional, la violencia contra la mujer, especialmente la ejercida por su pareja, constituye un grave problema de salud pública. Estimaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja, o por terceros, en algún momento de su vida.

En países donde se ha estudiado sobre la relación entre violencia doméstica y embarazo, se ha descubierto que las mujeres embarazadas que son violentadas están en mayor riesgo de abortar espontáneamente, son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso y sus hijos tienen 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida. En México, los datos que existen en materia de maltrato a mujeres embarazadas son prácticamente nulos, investigaciones realizadas en otros países señalan que las mujeres que sufren de violencia doméstica muestran mayor propensión a utilizar el sistema médico de salud, solicitar atención a las salas de urgencias, automedicación, farmacodependencia, intento suicida y requerir tratamiento psiquiátrico. Uno de los aspectos importantes del problema de la violencia durante el embarazo se relaciona con la detección y respuesta de los servicios de salud ante el problema, ya que está documentado que las mujeres embarazadas que sufren algún tipo de violencia demoran o no asisten a la consulta prenatal, lo cual obstaculiza la vigilancia adecuada de los embarazos y dificulta la detección y el tratamiento óptimo de posibles complicaciones.

Los datos destacan dos características de la violencia contra las mujeres en nuestro país. Primero, no se trata de una realidad que se ubique solo en algún lugar de la República, por el contrario, los datos indican una problemática extendida en todo el país. Segundo, los datos indican que se trata de un patrón general ya que, en todas las entidades federativas, más de la mitad de las mujeres ha experimentado agresiones de tipo emocional, sexual, físico o económico.

Hipótesis

Si se aplica el cuestionario HITS en la población de pacientes embarazadas que acuden a el servicio de urgencias maternidad del hospital Enrique Cabrera entonces se comprobara que el porcentaje de mujeres que son víctimas de violencia doméstica alcanza cifras mayores del 70% .

Objetivo general

- Evaluar que el uso de la herramienta de detección de violencia doméstica (cuestionario HITS) en los servicios de urgencias obstétricas detecta un porcentaje elevado mujeres que sufren esta condición

Objetivo específicos

- Conocer el porcentaje detectado de violencia doméstica en las mujeres embarazadas de un hospital general Dr. Enrique Cabrera .
- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes embarazadas que sufren de violencia doméstica .
- Comprobar que la detección de violencia doméstica durante el embarazo se encuentra infradiagnosticada por el personal de salud
- Verificar la fácil aplicación de un cuestionario de detección de violencia doméstica en los servicios de urgencias obstétricas

Metodología

8.1 Tipo de estudio	Modelo cuantitativo Acción de observación Estudio observacional Estudio retrospectivo Estudio transversal Estudio descriptivo
8.2 Población de estudio (definición de universo)	Criterios de inclusión : <ul style="list-style-type: none">• Mujeres embarazadas del tercer trimestre de embarazo que acuden a servicio de urgencias maternidad del hospital Enrique Cabrera durante los tres turnos• Mujeres embarazadas en un rango de edad de 18-40 años• Mujeres Primigestas y multigestas Criterios de no inclusión <ul style="list-style-type: none">• Mujeres con diagnóstico de aborto• Mujeres solteras (sin pareja actual)• Mujeres embarazadas de 2 y 3 trimestre Criterios de interrupción : <ul style="list-style-type: none">• Cuestionarios incompletos• Pacientes que ameritaron activación de código mater durante el interrogatorio Criterios de eliminación

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios incompletos • Mujeres con diagnóstico de trabajo de periodo expulsivo • Mujeres con criterios de urgencia obstétrica (preeclampsia, hemorragia obstétrica, desprendimiento de placenta) • Pacientes que ameritaron activación de código mater
8.3 Muestra	<p>Tiempo: periodo de 15 diciembre 2019- 31 marzo 2020</p> <p>Tamaño de muestra : finita</p>
8.4 Tipo de muestreo y estrategia de reclutamiento	Tipo de muestreo: no probabilístico-por cuota
8.5 Variables	<ul style="list-style-type: none"> • Variables de identificación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Colonia /delegación 3. Lugar de nacimiento 4. Ocupación 5. Religión 6. Estado civil 7. Estado socioeconómico • Variables <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad gestacional 2. Número de consultas prenatales

	3. Número de gestas
--	---------------------

VARIABLE/CONSTRUCTO	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Control	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa /continua	Años cumplidos
Colonia/delegación	Control	Grupo de viviendas semejantes o construidas con una idea urbanística de conjunto	Cualitativa/nominal	Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa de Morelos, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco

Escolaridad	Control	Educación formal	Cuantitativa /nominal	-Sin Instrucción -Preescolar -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura -Posgrado
Origen	Control	Patria, país donde alguien ha nacido o donde tuvo principio su familia, o de donde algo proviene	Cualitativa /nominal	Estado de nacimiento (32 estados)
Ocupación	Control	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Cualitativa /nominal	Oficio
Religión	Control	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta	Cualitativa /nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Atea • Católica • Cristiana • Judaísmo o • Hinduismo o • Bahaísmo o • Islam

		individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto		<ul style="list-style-type: none"> • Budismo
Estado civil	Control	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales	Cualitativa /nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Unión libre • Casada • Viuda • Divorciada
Estado socioeconómico	Control	Medida total económica y sociológica que combina la	Cualitativa /ordinal	

		preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo		
Edad gestacional	Independiente	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.	Cuantitativa/con tinua	0-41

Número de consultas prenatales	Independiente	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal	Cuantitativa/disc ontinua	0-5 consultas
Número de gesta	Independiente	Número de embarazos que ya tenido el paciente, independientemente si termino con parto, aborto, o cesárea	Cuantitativa/disc ontinua	0-42 semanas

8.6 Mediciones e instrumentos de medición Cuestionario HITS , a través de este cuestionario que se aplicara a las pacientes se recolectara la información

En relación con la escala utilizada en este estudio contamos con los siguientes antecedentes
Método de HITS (Hurt-Insult-Threaten-Scream)

Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E. y Shakil, A. (1998)

- Finalidad: Detectar situaciones de violencia doméstica, física y verbal, por parte de la pareja. Está diseñada como una herramienta simple y breve para su utilización en atención primaria.
- Descripción: El contenido de este cuestionario se sustenta en los resultados de unos grupos de discusión realizados entre médicos de familia. Está compuesto por cuatro cuestiones relativas a sendos aspectos diferenciados: agresión física, insultos, amenazas y gritos. Estas preguntas indagan por la frecuencia con la que la pareja ha provocado estos sucesos violentos en los últimos doce meses y han de ser respondidas en una escala de frecuencia de cinco puntos (de nunca a frecuentemente). La puntuación final puede oscilar desde un mínimo de 4 puntos a un máximo de 20.
- Ha sido adaptado a la población hispanohablante de Estados Unidos por Chen et al (2005).
- Validez: Ha sido validado en una muestra de 160 mujeres pacientes de medicina de familia (Sherin, Sinacore, Li, Zitter y Shakil, 1998) y, posteriormente en una muestra de hombres por Shakil, Donald, Sinacore y Krepcho (2005).
- HITS no es la primera escala breve de cribado de violencia doméstica, sin embargo, es considerablemente más reducida que otras parecidas (sólo tiene 4 ítems), abarcando además dos dimensiones: agresión física y verbal. Además, la simplicidad para recordar su acrónimo facilita su aplicación por parte de los y las profesionales sanitarios. Este cuestionario puede ser administrado tanto a mujeres como a hombres y al no especificar el género del agresor puede ser aplicado tanto en relaciones de pareja homosexuales como heterosexuales.

El cuestionario HITS

se compone de 4 preguntas: (1) “¿con qué frecuencia su pareja le provoca daño físico?”, (2) “¿con qué frecuencia su pareja le insulta o le habla con un tono paternalista” ?, (3) “¿con qué frecuencia le amenaza con que le va a hacer daño?”, (4) “¿con qué frecuencia su pareja le grita o le dice palabrotas?”. Éstas se responden según la frecuencia con la que se produjo la situación, desde nunca (1 punto) a con frecuencia (5 puntos).

La puntuación total puede variar en un rango de 4 a 20 puntos y 10 o más puntos se considera víctima de violencia. El tiempo de administración es de 1 minuto

Anexo 1. Cuestionario de Recopilación De Variables Sociodemográficas Y Cuestionario Hits



PROTOSCOLOS DE MÉDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD
CON RIESGO MÍNIMO Y MENOR QUE EL MÍNIMO

Agradezco su participación y libre colaboración en este estudio que busca la mejora en la detección temprana de violencia doméstica en la mujer embarazada. Toda la información que proporcione será anónima y confidencial, si usted está de acuerdo en participar le pido responda al cuestionario que a continuación se le presenta:

Favor de contestar las siguientes preguntas:

1. Cuál es su edad:
2. ¿Hasta qué año estudio?
3. ¿En donde nació?
4. ¿Cuál es su religión?
5. ¿Cuál es su estado civil?
6. ¿Cuántas consultas prenatales ha tenido?
7. ¿Cuántas semanas tiene de embarazo?
8. ¿Cuántas veces se ha embarazado, en total?

De las siguientes opciones encierre en un círculo lo que más frecuentemente le pasa a usted con relación a su pareja actual en los últimos 12 meses:

(1) “¿Con qué frecuencia su pareja le provoca daño físico?”

Nunca (1) rara vez (2) a veces (3) bastante frecuente (4) muy frecuente (5)

(2) “¿Con qué frecuencia su pareja le insulta o la humilla verbalmente?”

Nunca (1) rara vez (2) a veces (3) bastante frecuente (4) muy frecuente (5)

(3) “¿Con qué frecuencia le amenaza con que le va a hacer daño?”

Nunca (1) rara vez (2) a veces (3) bastante frecuente (4) muy frecuente (5)

(4) “¿Con qué frecuencia su pareja le grita o le dice palabrotas?”

Nunca (1) rara vez (2) a veces (3) bastante frecuente (4) muy frecuente (5)

Proceso Estadístico

A las variables edad (años), consultas prenatales, semanas de embarazo, número de embarazos y puntuación de HITS se les obtuvo sus estadísticas descriptivas de media, desviación estándar o típica y los valores máximo y mínimo. (Van Belle et al, 2004).

A las variables grupos etarios, escolaridad, lugar de origen, escolaridad, estado civil, religión y grado de violencia se les calculó su distribución por frecuencia absoluta y relativa, medida esta última en porcentaje.

Para el análisis gráfico se utilizó el histograma para las variables cuantitativas y la de barras para las variables nominales.

Con el objeto de detectar alguna asociación entre grado de violencia y grupos etarios, lugar de origen, escolaridad, estado civil, y religión se les obtuvo su tabla de contingencia y en el caso de que el número de casos en cada celda supere el valor de 5 se aplicaría la prueba de Ji-cuadrada de Pearson. (Van Belle et al, 2004).

Se compararon las medias de edad (años), número de embarazos y número de consultas con grado de violencia utilizando el estadístico t de Student. Previamente se utilizó la gráfica cuantil- cuantil para evaluar distribución normal de las tres variables mencionadas y se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene. (Van Belle et al, 2004).

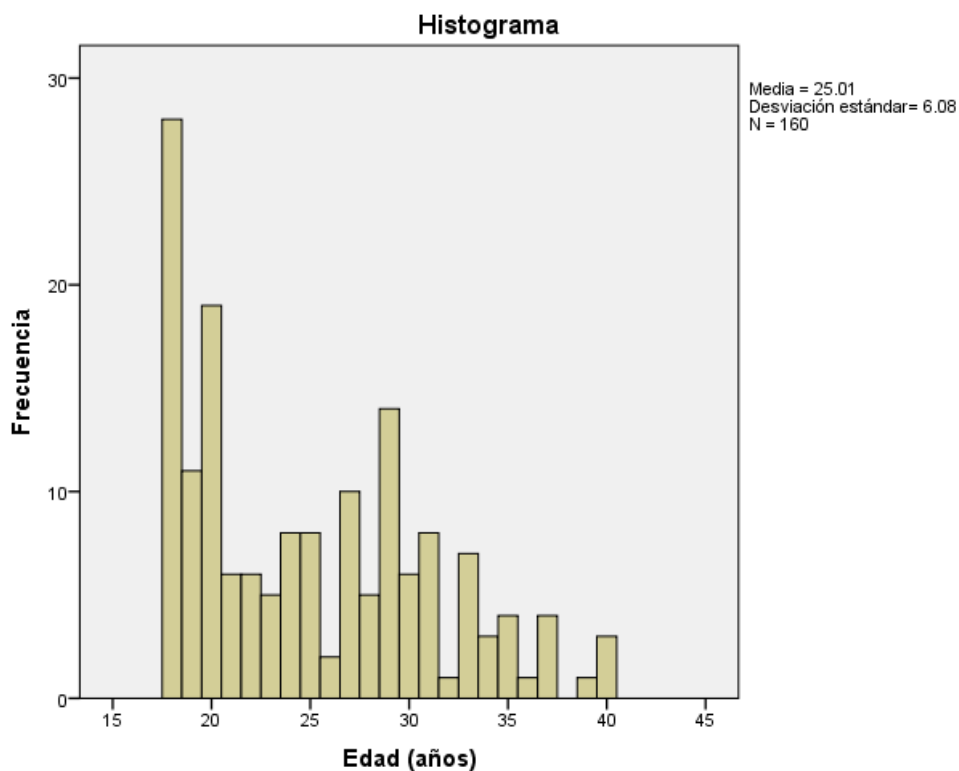
Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Excel, de Microsoft, y el análisis estadístico se realizó con el paquete computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.

Resultados

En este trabajo se entrevistaron 160 pacientes que concurrieron al servicio de urgencias de la Unidad de Toco cirugía se realizó esta entrevista a un total de 160 pacientes quienes cursaban embarazo único del tercer trimestre. Se encuentra que la media de la edad fue de 25 años con una desviación estándar de 6.08, la edad mínima correspondió a los 18 años y la máxima fue de 40 años.

En la gráfica 1 se presenta el histograma de la distribución de las edades en años de las pacientes participantes.

Gráfica 1. Histograma de la distribución de la variable edad (años).

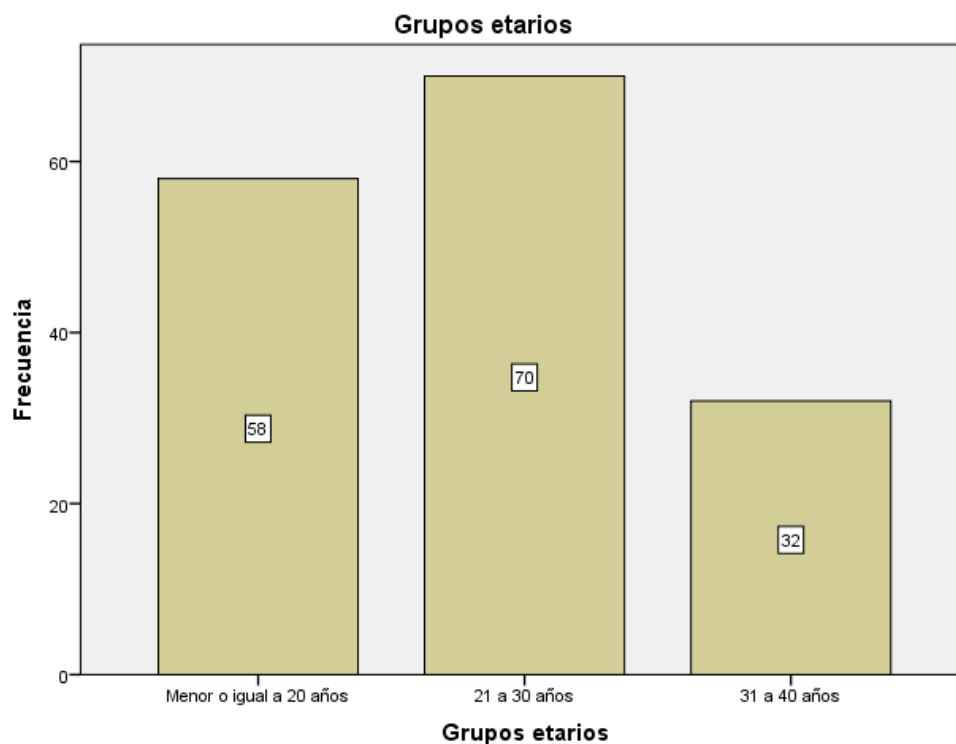


Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre- febrero 2020 .

En cuanto a la edad por grupos etarios la Tabla 1. Se muestra las frecuencias de cada intervalo de edad, en la que se observa que el grupo de 21 a 30 años es el más numeroso representando 70 casos (43.8%), seguido por el grupo de pacientes menores de 20 años representando 58 casos (36.3%) y finalmente el grupo de 31 a 40 años representando 32 casos (20%)

Tabla 1. Grupos etarios distribuidos por frecuencia/porcentaje			
		Frecuencia	Porcentaje
Grupos etarios	Menor o igual a 20 años	58	36.3
	21 a 30 años	70	43.8
	31 a 40 años	32	20.0
	Total	160	100.0

Gráfica 2. Distribución de las pacientes en frecuencias por grupos etarios



Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020.

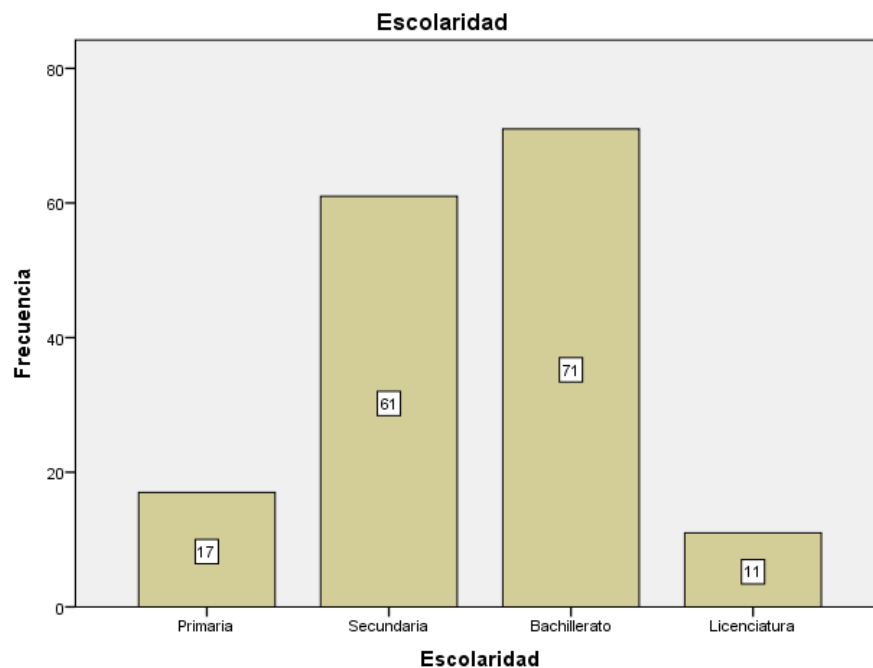
De acuerdo con la escolaridad, esta se presenta en la tabla 2, se muestra que las escolaridades con mayor frecuencia en orden descendente son bachillerato con 71 casos (44.4%), seguida de secundaria con 61 casos (38.1%). Es interesante notar que se consignan 11 casos con nivel de licenciatura (6.9%).

Tabla 2. Distribución por Escolaridad de las pacientes participantes

Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Primaria	17	10.6
	Secundaria	61	38.1
	Bachillerato	71	44.4
	Licenciatura	11	6.9
	Total	160	100.0

En la gráfica 3 se presenta la distribución por escolaridad de las pacientes participantes

Gráfica 3. Distribución por escolaridad de las pacientes participantes



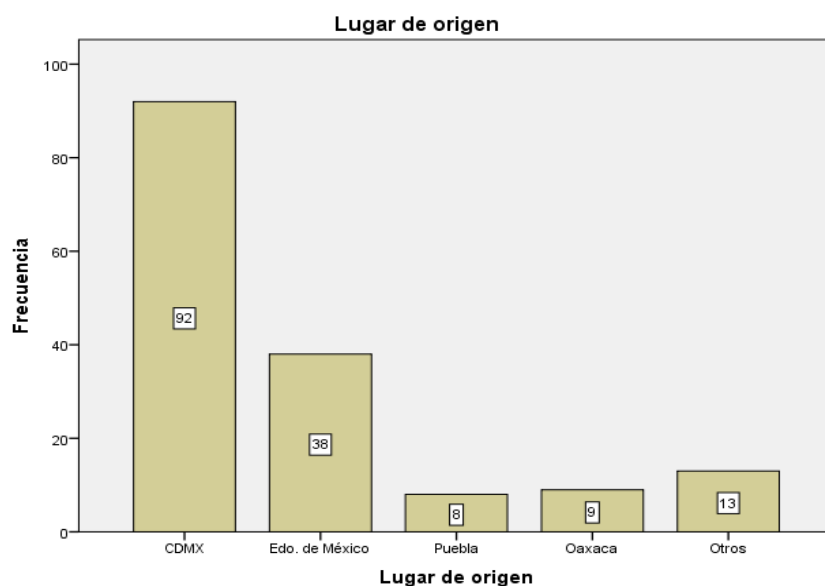
Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

En lo referente al lugar de origen (nacimiento) de las participantes se presenta en la Tabla 3, que la mayor proporción de pacientes participantes son originarias de la Ciudad de México con un total de 92 casos lo que representa un 57.5% de la muestra estudiada, seguido del grupo originario del Estado de México con 38 casos (23.8%).

Tabla 3. Lugar de origen			
		Frecuencia	Porcentaje
Lugar de origen	Ciudad de México	92	57.5
	Estado de México	38	23.8
	Puebla	8	5.0
	Oaxaca	9	5.6
	Otros	13	8.1
	Total	160	100.0

En la gráfica 4 se presenta la distribución por lugar de origen de las pacientes participantes.

Gráfica 4. Distribución por lugar de origen de las pacientes participantes



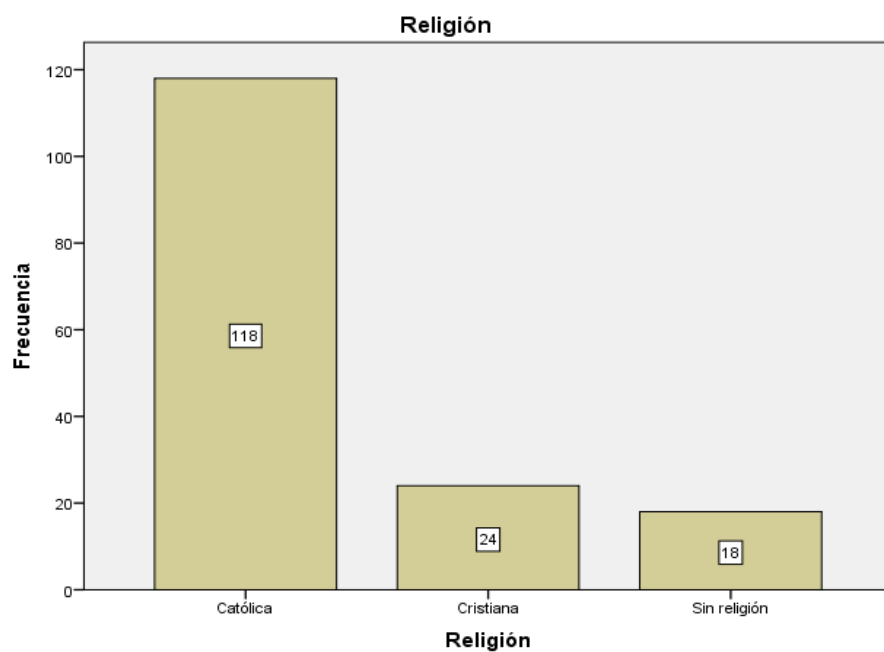
Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

Con respecto a la variable demográfica estudiada de religión se muestra en la Tabla 4 que del total de las pacientes participantes 118 casos (74%) profesan el catolicismo, seguido de las iglesias cristianas con 24 casos (15%). En esta muestra de pacientes solo se presentaron 18 casos (11%) quienes no profesan religión alguna.

Tabla 4. Distribución por frecuencia/porcentaje de la variable Religión			
		Frecuencia	Porcentaje
Religión	Católica	118	73.8
	Cristiana	24	15.0
	Sin religión	18	11.3
	Total	160	100.0

En la Grafica 5. Se muestra la distribución por frecuencia de casos de la variable religión de las pacientes participantes

Grafica 5. Distribución por religión de las pacientes participantes



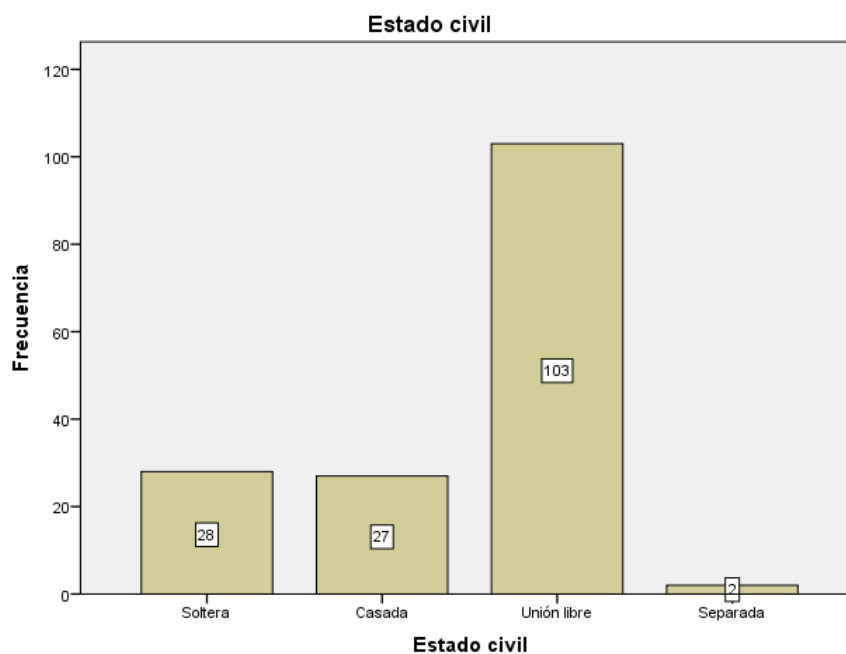
Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

En relación con los resultados encontrados sobre la distribución de las pacientes por la variable estado civil se encuentra que la mayoría de ellas viven en unión libre, con 103 casos reportados (64.4%), seguido de dos grupos con resultados similares los cuales son casada, con 27 casos (16.9%) y soltera con 28 casos (17.5%).

Tabla 5. Distribución en frecuencia /porcentaje de la variable Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Soltera	28	17.5
	Casada	27	16.9
	Unión libre	103	64.4
	Separada	2	1.3
	Total	160	100.0

En la Gráfica 6. Se muestra la distribución de las pacientes participantes por la variable estado civil.

Gráfica 6. Distribución de las pacientes participantes por estado civil

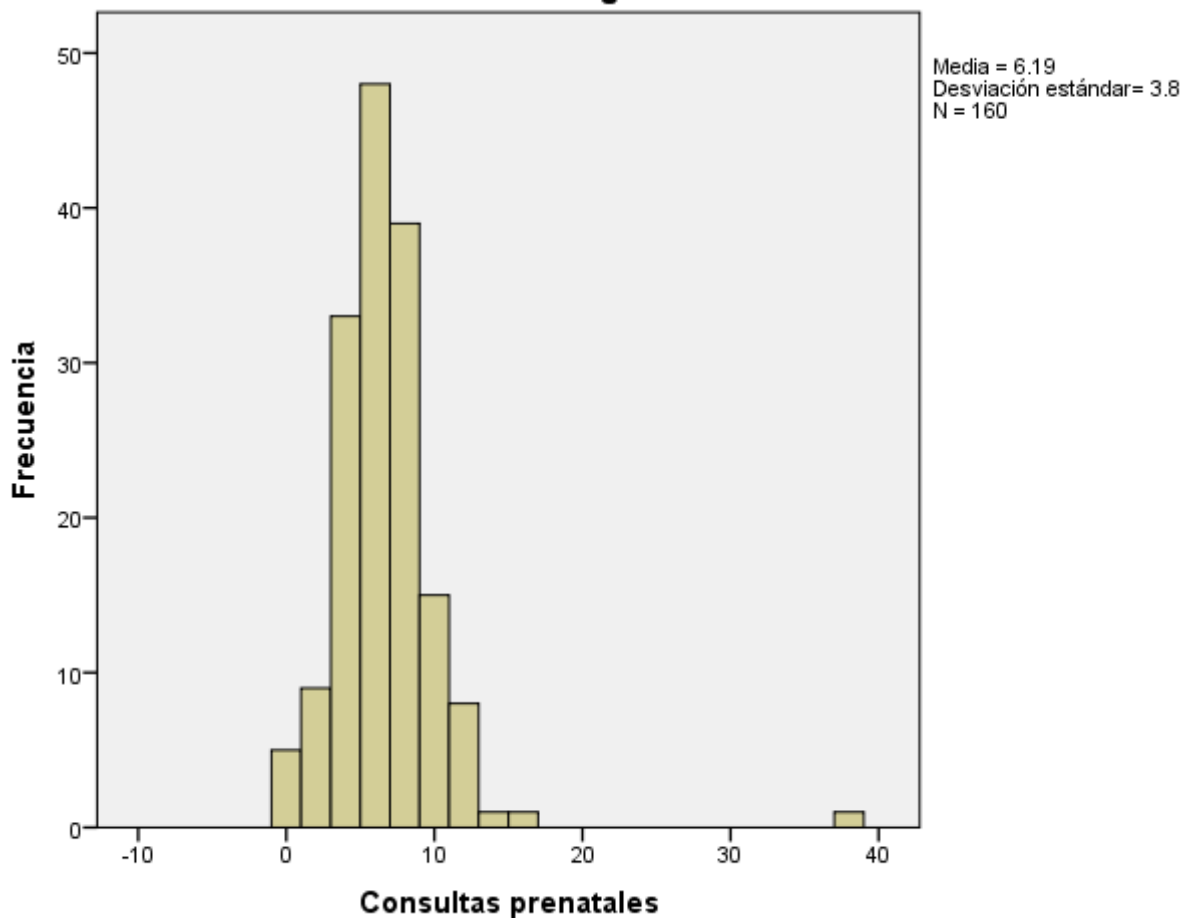


Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

Referente a lo encontrado sobre el número de consultas prenatales que las pacientes tuvieron, en la tabla 6 se encuentra que el mínimo de consultas fue de 0 y el máximo de 38, con una media de 6 consultas y una desviación estándar de 3.8.

En la gráfica 7 se muestra la distribución del histograma de frecuencias del número de consultas prenatales.

Gráfica 7. Distribución de histograma de frecuencias del número de consultas prenatales.

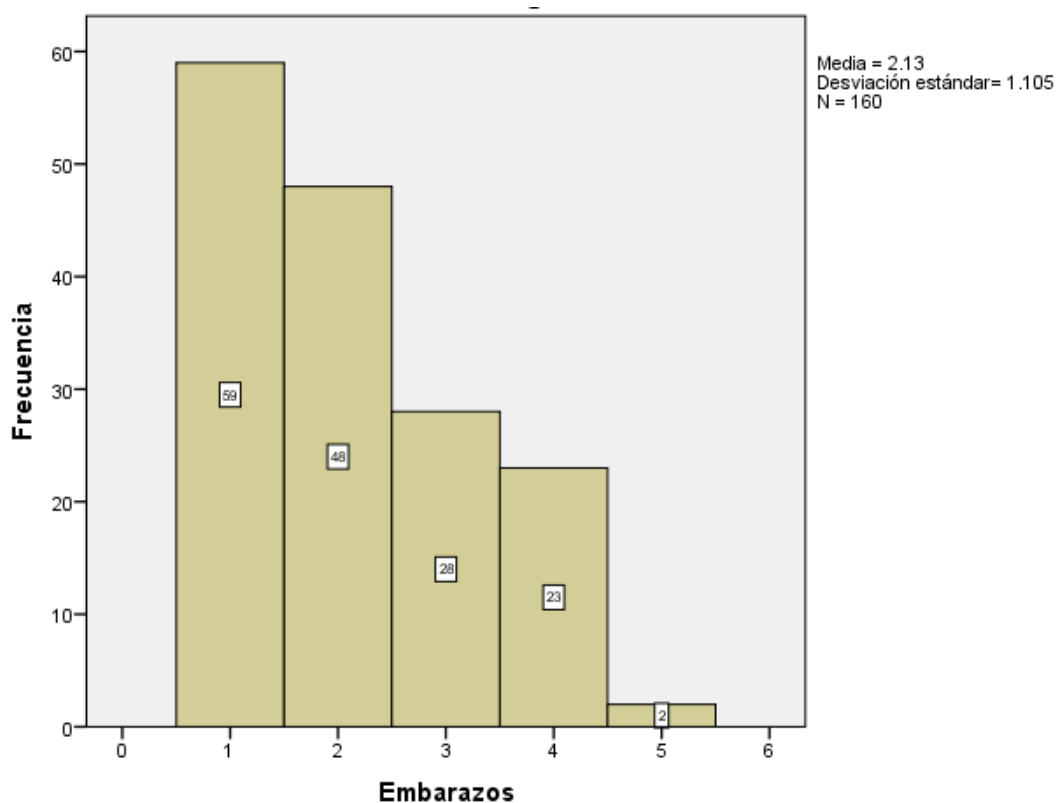


Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

De los resultados obtenidos con relación al número total de embarazos que las pacientes habían tenido se obtiene que de las 160 pacientes la media de embarazos es de 2 con una desviación estándar de 1, el mínimo correspondió a 1 embarazo y la máxima fue de 5 embarazos.

En la gráfica 8 se presenta el histograma de la distribución de las frecuencias del número de embarazos de las pacientes entrevistadas

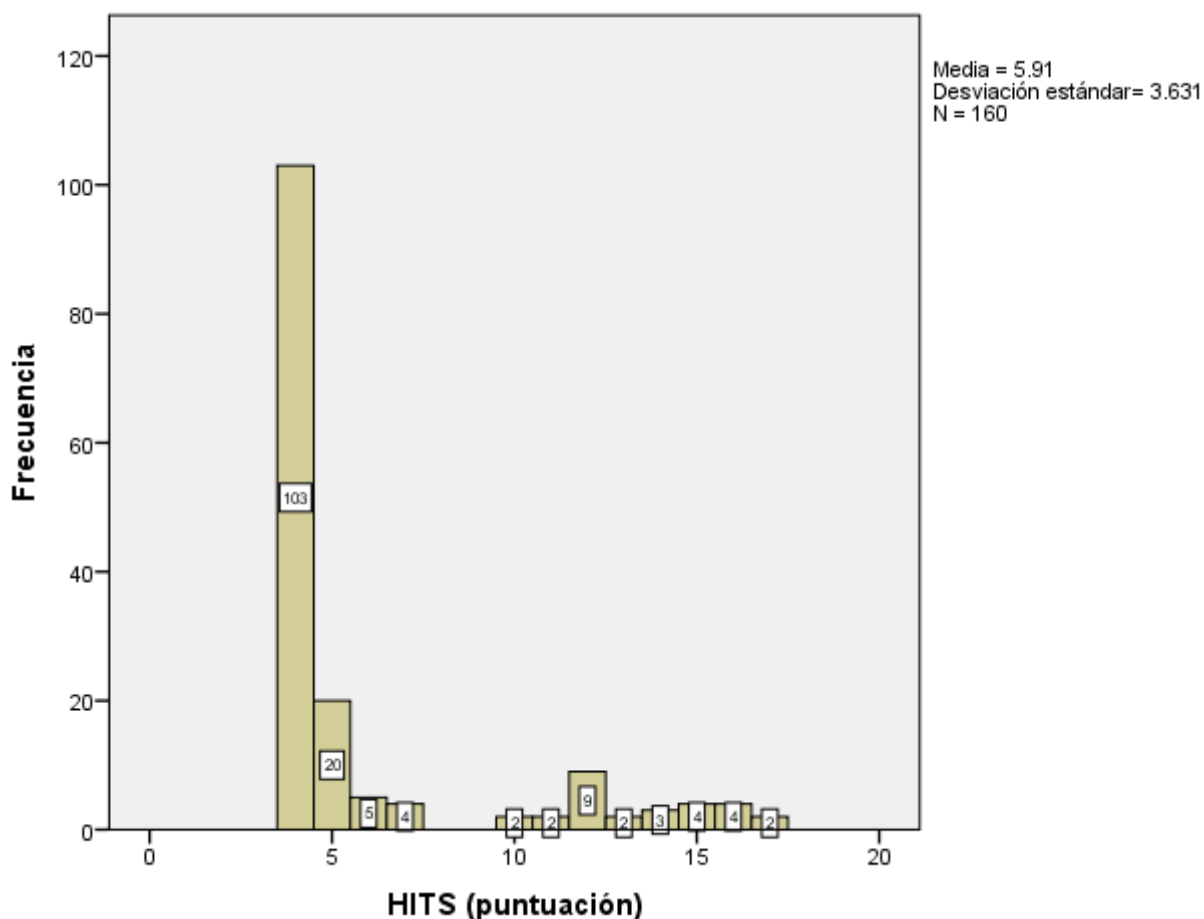
Gráfica 8. Histograma de la distribución de las pacientes por el número de embarazos



Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

En relación con los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la encuesta HITS, la cual categoriza a las pacientes como víctimas de violencia con una puntuación total mayor o igual a 10, la puntuación media obtenida es de 5 puntos, con un puntaje máximo de 17 y un mínimo de 4; con una desviación estándar de 3.6

Grafica 9. Histograma de los resultados de la puntuación obtenida utilizando la encuesta HITS

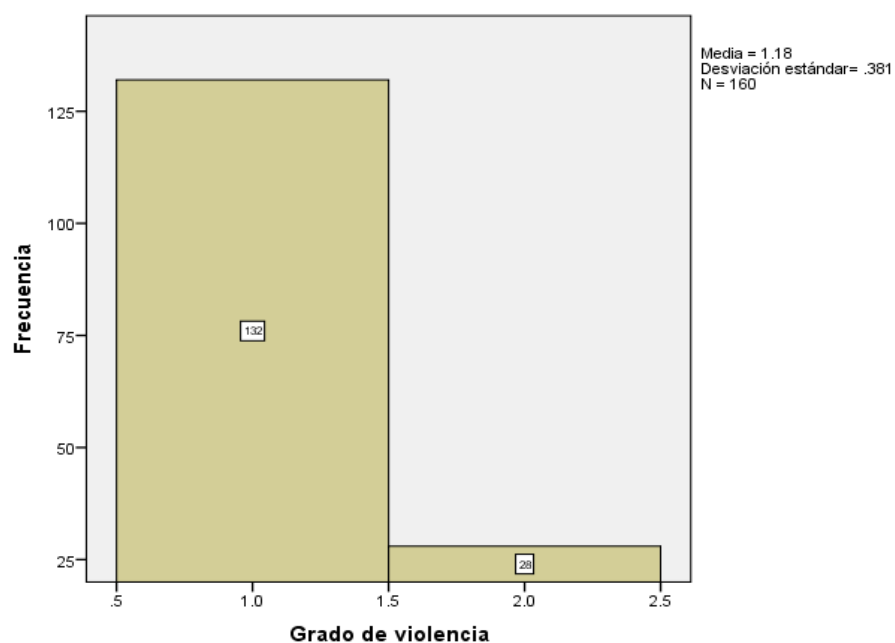


Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre- febrero 2020

En la evaluación de violencia doméstica de acuerdo a el número de pacientes estudiadas a quienes se les aplicó el cuestionario HITS , se obtiene los resultados que se muestran en la Tabla 6 , un total de 28 pacientes cuentan con el puntaje que las clasifica como víctimas de violencia doméstica (puntuación mayor de 10 en el cuestionario HITS) , lo cual representa el 18% de la población estudiada comparado con las 132 pacientes que no clasifican como víctimas de violencia doméstica , las cuales representan el 83% del total de las pacientes estudiadas, lo cual se representa en la gráfica 12

Tabla 6. Distribución de la frecuencia del grado de violencia			
		Frecuencia	Porcentaje
Grado de violencia	Nunca o con frecuencia	132	82.5
	Víctima de violencia	28	17.5
	Total	160	100.0

Gráfica 10. Histograma de la distribución por frecuencia total de pacientes acorde a la clasificación de violencia de género detectada a través del cuestionario HITS



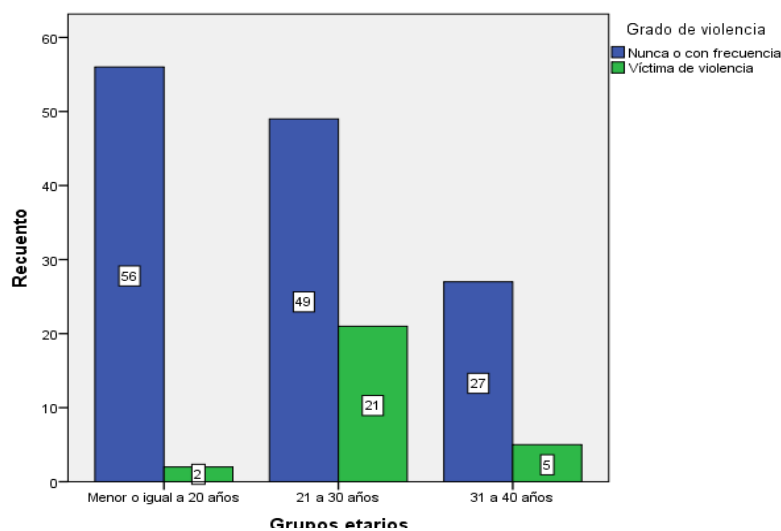
Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020.

En relación a los resultados obtenidos y realizando la comparación entre el grupo de las pacientes clasificadas como víctimas de violencia y aquellas que no lo son por medio del cuestionario HITS, se encuentra que en referencia a el grupo etario más afectado son aquellas entre los 21-30 años con 21 casos registrados, seguidas del grupo etario de los 31-40 años con 5 casos

Tabla 7. Tabla de contingencia de grupos etarios y grado de violencia.

		Grado de violencia		Total
		Nunca o con frecuencia	Víctima de violencia	
Grupos etarios	Menor o igual a 20 años	56	2	58
	21 a 30 años	49	21	70
	31 a 40 años	27	5	32
Total		132	28	160

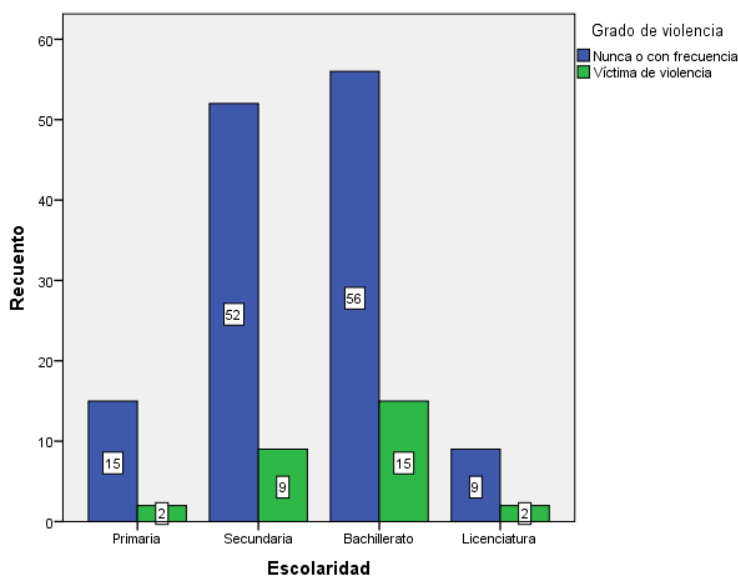
Gráfica 11. Distribución de la frecuencia total de la variable “víctima de violencia” de acuerdo al grupo etario según los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta HITS.



Con respecto a la tabla 8 se muestra que realizando la comparación entre el grupo de las pacientes clasificadas como víctimas de violencia y aquellas que no lo son por medio del cuestionario HITS , en referencia a el grado de escolaridad , las pacientes más afectadas son aquellas que cursan el bachillerato con un total de 15 casos registrados, seguidas de aquellas que tienen la escolaridad de secundaria con 9 casos. Es interesante que se presentan dos casos de violencia en aquellas con grado académico de licenciatura .

		Grado de violencia		Total
		Nunca o con frecuencia	Víctima de violencia	
Escolaridad	Primaria	15	2	17
	Secundaria	52	9	61
	Bachillerato	56	15	71
	Licenciatura	9	2	11
Total		132	28	160

Gráfica 12. Distribución de las pacientes víctimas de violencia de acuerdo con la variable escolaridad

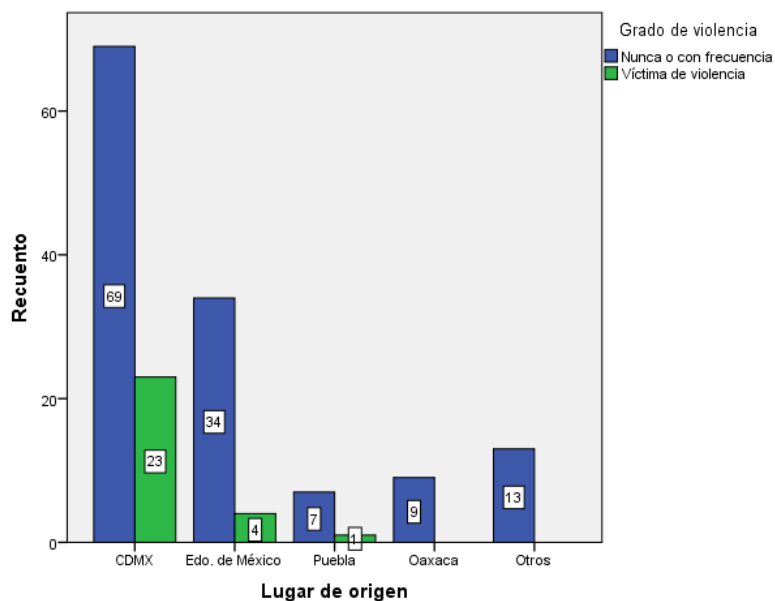


Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

Con respecto a la Tabla 9 se muestra que realizando la comparación entre el grupo de las pacientes clasificadas como víctimas de violencia y aquellas que no lo son por medio del cuestionario HITS, en referencia a el lugar de origen, aquellas más afectadas son residentes de la ciudad de México con 23 casos, seguidas de las originarias del Estado de México con 4 casos.

Tabla 9. Tabla de contingencia de lugar de origen y grado de violencia.				
		Grado de violencia		Total
		Nunca o con frecuencia	Víctima de violencia	
Lugar de origen	CDMX	69	23	92
	Edo. de México	34	4	38
	Puebla	7	1	8
	Oaxaca	9	0	9
	Otros	13	0	13
Total		132	28	160

Gráfica 13. Distribución por frecuencia de pacientes clasificadas como víctimas de violencia por lugar de origen

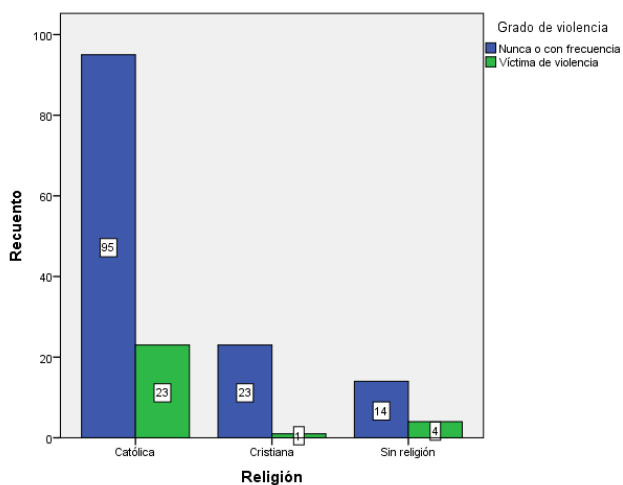


De acuerdo a la Tabla 10 se muestra que realizando la comparación entre el grupo de las pacientes clasificadas como víctimas de violencia y aquellas que no lo son por medio del cuestionario HITS , en referencia a la religión que profesan se encuentra que aquellas más afectadas practican la religión católica con 23 casos , seguidas de las que no profesan religión alguna con 4 casos.

Tabla 10. Tabla de contingencia de religión y grado de violencia

		Grado de violencia		Total
		Nunca o con frecuencia	Víctima de violencia	
Religión	Católica	95	23	118
	Cristiana	23	1	24
	Sin religión	14	4	18
Total		132	28	160

Grafica 14. Distribución por frecuencia de pacientes clasificadas como víctimas de violencia por religión



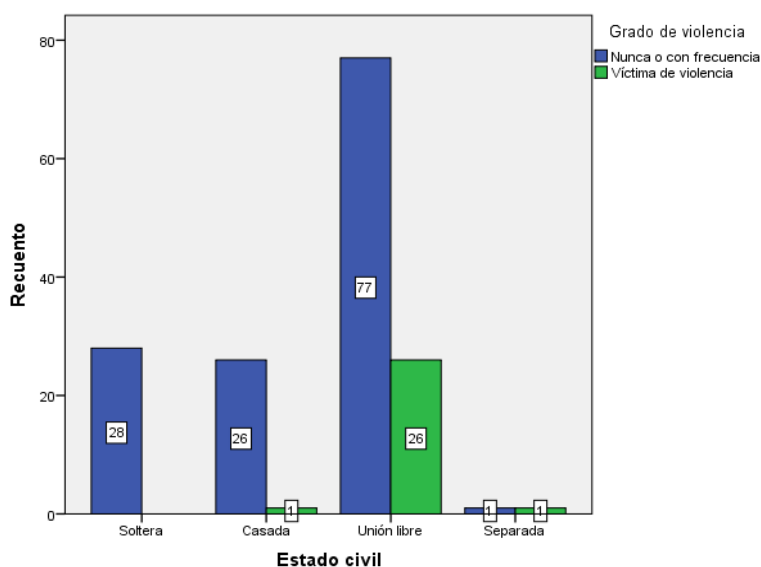
Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

De acuerdo a la tabla 11 se muestra que realizando la comparación entre el grupo de las pacientes clasificadas como víctimas de violencia y aquellas que no lo son por medio del cuestionario HITS, en referencia al estado civil se encuentra que aquellas más afectadas viven en unión libre con 23 casos, con la mismo proporción de 1 caso en aquellas que están casadas y separadas.

Tabla 11. Tabla de contingencia de estado civil y grado de violencia

		Nunca o con frecuencia	Víctima de violencia	Total
Estado civil	Soltera	28	0	28
	Casada	26	1	27
	Unión libre	77	26	103
	Separada	1	1	2
Total		132	28	160

Grafica 15. Distribución por frecuencia de pacientes clasificadas como víctimas de violencia por estado civil



Fuente : Encuesta aplicada a 160 pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera del área de tococirugía en los meses de diciembre-febrero 2020

Discusión

“La violencia es un problema social y de salud naturalizado que se reproduce a través de la ideología, de las instituciones, del imaginario social y grupal. Las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales son dos de sus causas lo que explica por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia. La violencia entre los miembros de las familias es un fenómeno muy extendido que debe visibilizarse a través del personal de salud sensibilizado y capacitado para su detección, con el apoyo de actores comunitarios; a través de acciones de promoción que permitan que las mujeres identifiquen las diversas formas de la violencia familiar, violencia sexual y de género para promover alternativas de solución al problema”(28)

Al discutir los resultados de este estudio se encuentra que la herramienta utilizada, cuestionario HITS, se considera una herramienta sencilla, de rápida aplicación en el ámbito hospitalario para poder identificar a las pacientes que son víctimas de violencia doméstica, de aquí surge la importancia de su uso rutinario en las consultas prenatales con el fin de poder detectar a tiempo a aquellas pacientes afectadas por este tipo de situaciones. Se considera la importancia de su uso ya que la violencia doméstica es un problema de salud pública que tiene la característica de ser repetitiva, de incrementar con el paso de el tiempo y de resultar en daño físico irreversible.

A comparación con lo registrado en el comunicado de prensa número 592/19 del INEGI, “Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre)” se encuentra que el principal grupo etario afectado son aquellas mujeres entre los 30-49 años mientras que en nuestro estudio el grupo etario clasificado como víctima de violencia de género se encuentra entre los 21-30 años es decir en la etapa adulta temprana. Otra característica demográfica encontrada es que de la población estudiada y detectada como víctima de violencia de género más de la mitad (53%) cuentan con un grado de escolaridad de bachillerato completo, cifras comparables con los resultados de la última encuesta intercensal registrada en el 2015 por el INEGI en donde solo el 31% de las personas

asisten a la escuela , esto retoma importancia ya que se debe de finalizar con todas las costumbres y prejuicios que han obstaculizado que la mujer pueda tener acceso a el mismo nivel de educación que los hombres. Esta cifra de alfabetización de la mujer se encuentra en aumento desde el año 2008 ya que para el 2014 según datos del INEGI el 50% de las mujeres accedieron a un nivel de educación de media superior.

En cuanto a la distribución por entidad de residencia y origen se encuentra que la población identificada como víctima de violencia de género reside en la ciudad de México (82%) y solo un pequeño porcentaje son originarias del estado de México (14%) y solo el 3% de la ciudad de Puebla. Se comparan los datos antes comentados ya que se encuentra en los reportes que la violencia es un problema de gran dimensión ampliamente extendido en el país, contando con reportes que hasta 66 de cada 100 mujeres han experimentado al menos un acto de violencia de cualquier tipo. Los datos registrados para ciudad de México son 79.8 de cada 100 mujeres han sido víctimas de violencia, para el estado de puebla :64 de cada 100 mujeres y 75 de cada 100 mujeres para el Estado de México.

En la variable demográfica que relaciona la violencia doméstica con la religión de la muestra de pacientes encuestadas se demuestra que la religión predominante es la católica, en donde una proporción del 73 % de las pacientes la profesan y de estas la proporción de pacientes identificadas como víctimas de violencia hasta un 82%. Se comenta que muchas ocasiones la religión influye en la violencia ya que obliga de cierta forma a aceptar las conductas de abuso, violencia o maltrato como prueba de fe y entrega a los principios religiosos. Contrario a esto se encontró en una fuente bibliográfica: Estudio Nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres Tomo I, Volumen I: “se reporta que uno de los factores relacionados con la presentación de algún grado de violencia intrafamiliar es que las mujeres profesen una religión diferente a la católica”.

Destaca característicamente en relación con la variable, estado civil, del total de las pacientes estudiadas se encuentran en unión libre; de estas aquellas identificadas como víctimas de violencia el 92% se encuentran en unión libre. De acuerdo con un estudio realizado por la

Organización Mundial de Salud “violencia contra la mujer infligida por su pareja “se encontró que las mujeres que estaban separadas o divorciadas declararon que habían sido víctimas de muchos más actos de violencia infligida por su pareja a lo largo de su vida que aquellas que estaban casadas. También se dieron mas casos de violencia por la pareja entre las mujeres que cohabitan sin estar casadas. Comparando los datos registrados en el INEGI en donde se comenta que la violencia se presenta mayormente en las mujeres que se casaron o se unieron antes de los 18 años (48%) y hasta en un 37.7% en aquellas que lo hicieron en edades más avanzadas.

De acuerdo a la 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 en su apartado 5.2.1.15 cita lo siguiente “ Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:1^a consulta: entre las 6 - 8 semanas;2^a consulta: entre 10 - 13.6 semanas;3^a consulta: entre 16 - 18 semanas;4^a consulta: 22 semanas;5^a consulta: 28 semanas;6^a consulta: 32 semanas;7^a consulta: 36 semanas; y 8^a consulta: entre 38 - 41semanas” . Positivamente se encontró en nuestro estudio que mas de la mitad del total de la población estudiada contaba con 5 o más consultas prenatales en una proporción del 70%.

Finalmente, uno de los datos más importantes de este estudio fue el porcentaje de detección de violencia con el uso de la herramienta diagnóstica HITS, se encuentra que de nuestra población total el 17 % de las pacientes cumplen con el puntaje que las clasifica como víctimas de violencia doméstica (puntaje mayor de 10), comparado con los estudios antes descritos en donde se utilizó la misma encuesta.

Conclusiones

Para comprender el fenómeno de la violencia doméstica se tiene que reconocer que en el contexto de nuestra sociedad diariamente existen genocidios, feminicidios, corrupción, que el mundo en el que vivimos aún existe la creencia de un modelo de vida en donde predomina la dominación, el control, la asimetría en las relaciones haciéndolo un modelo patriarcal.

A través de este trabajo se demuestra que aún existe ese desequilibrio de pareja en donde aún predominan los estereotipos como el machismo, escenarios en donde la mujer sigue siendo víctima de agresiones de todo tipo, como personal médico debemos de estar conscientes que para combatir la violencia es necesario entender que es un problema que inicia en el hogar, que es una situación que se debe detectar tempranamente ya que las consecuencias a corto y largo plazo pueden ser fatales.

Lamentablemente muchos de los médicos no nos damos cuenta de los casos de violencia hacia la mujer, ya que no tenemos el conocimiento de las herramientas para su detección aunado a la problemática de que nuestras pacientes pocas veces se atreven a denunciar que son víctimas de violencia por temor a las represalias que se puedan presentar en contra de ellas, existe así una doble moral sobre la violencia doméstica que la justifica o la tolera por el simple hecho de que ocurre en el hogar convirtiéndole en un asunto “privado” que genera la idea de que no se debe de intervenir

Es necesaria la acción médica para el cese de esta problemática, inicialmente identificando a las mujeres en situación de violencia con el fin de se les pueda brindar los servicios de apoyo médico, legal, psicológico, de seguridad y protección. Es aquí donde se destaca la importancia de la implementación de herramientas simples y de fácil aplicación para la detección de violencia doméstica, tal como se demuestra en este trabajo con el uso de un cuestionario de 4 preguntas, de fácil aplicabilidad y con un tiempo estimado de aplicación menor de 1 minuto, siendo una excelente herramienta de apoyo médico, se demuestra así mismo que es necesaria su aplicación desde el primer contacto que se tenga con la paciente con el fin de prevenir complicaciones maternas y fetales asociadas a la violencia doméstica en el embarazo

tales como : aborto, amenaza de parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, muerte fetal; maternas como : abuso de drogas, alteraciones de la alimentación, infecciones maternas , trastornos psiquiátricos y aquellas fatales como suicidio y homicidio.

Con los resultados de este estudio se busca enfatizar las siguientes acciones médicas de los servicios de salud pública:

- La incorporación de una herramienta de detección de violencia como parte fundamental de la consulta prenatal , y que se realice en todos los niveles de atención médica
- Promover la rápida canalización de la paciente detectada como víctima de violencia a un servicio para la Atención de la Violencia de Género (SEPAVIGE) en las unidades médicas
- Dar seguimiento a las pacientes que son detectadas como víctimas de violencia doméstica con el fin de prevenir complicaciones maternas y fetales asociadas
- Realizar campañas médicas para la concientización y erradicación de la violencia doméstica en la mujer embarazada
- Concientizar a todo el personal médico que este tipo de problema afecta a todos los estratos sociales.

Aspecto Ético

Se cita que de acuerdo con la declaración de Helsinki (1964), se declara lo siguiente: “la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad”.

Se cita el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual señala que las investigaciones con riesgo mínimo son: “estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.”.

Bibliografía

1. Castro Pérez R. Violencia contra mujeres embarazadas: tres estudios sociológicos. México: UNAM; 2004. 436 p.
2. Gobierno de España, Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Violencia contra las mujeres. 1a Edición. España: Madrid; 2013. 48 p.
3. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China; 1995.
4. Naciones Unidas, Alto Comisionado de los Derechos Humanos (ACNUDH). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. 1993 [citado 5 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
5. Linero CC, Carrillo RG. Programa de Prevención de la Violencia de Género en el Contexto Educativo. Carlos Casaleiz; 2018. 109 p.
6. Quintana VM. Problemas sociales de género en el mundo global. Editorial Universitaria Ramon Areces; 2006. 616 p.
7. García-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia infligida por la pareja. 2013.
8. Cruz JMD, García-Horta JB. Igualdad, Equidad de Género y Feminismo, una mirada histórica a la conquista de los derechos de las mujeres. Revista CS. (18):107-58.
9. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual: MANUAL OPERATIVO. México: Secretaria de Salud; 2004.

10. ONU Mujeres. Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. ONU Mujeres. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
11. Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos (ACNUDH). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
12. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013. 51 p. (pág. 2)
13. ONU Mujeres, Promundo. Understanding masculinities: results for the International Men and Gender Equality Survey: Egypt, Lebanon, Morocco, and Palestine. UN Women: Romundo; 2017. 292 p.
14. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). GLOBAL STUDY ON HOMICIDE: Gender-related killing of women and girls. Vienna; 2018. 64 p.
15. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Global report on trafficking in persons. 2018. 90 p.
16. Child marriage around the world [Internet]. [citado 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/stories/child-marriage-around-world>
17. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación. 2007; 38 p.

18. Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Violencia en el noviazgo: no es amor, no es amistad [Internet]. gob.mx. [citado 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/sipinna/es/articulos/violencia-en-el-noviazgo-no-es-amor-no-es-amistad?idiom=es>
19. García AJY. Prevención y Atención integral a las víctimas de la Violencia de Género en la Comunidad Valenciana. 2018; 278 p.
20. López García, E. La Figura Del Agresor En La Violencia De Género: Características Personales e Intervención. Papeles Del Psicólogo. Consejo General de Psicología. Vol. 25 (88); 2004.
21. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington; 2002. 62 p.
22. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Program for Appropriate Technology in Health, World Health Organization, Department of Gender W and H. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
23. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2006). México: Secretaría de Salud; 2006 p. 125.
24. Zamudio Sánchez FJ, Ayala Carrillo M del R, Arana Ovalle RI. Mujeres y hombres: Desigualdades de género en el contexto mexicano. Estudios sociales (Hermosillo, Son). Diciembre de 2014;22(44):251-79.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. 2009;(16):19.
26. México. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual: OPERACIÓN. México: Secretaria de Salud; 2004.

27. Secretaría de Salud. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. Programa Sectorial de Salud. 2018;84.

28. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con Mujer y Medio Ambiente A.C: Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual • Manual Operativo, Primera Edición 2004