



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 17**

**“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE
ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 17”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

JIMÉNEZ HERNÁNDEZ DIANA ANGÉLICA

DIRECTOR DE TESIS

DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ PÉREZ

**GENERACIÓN
2019-2022**

CIUDAD DE MÉXICO OCTUBRE 2021





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.

**“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS
QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 17”**

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ PÉREZ
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS QUIRÚRGICAS.
PROFESOR MÉDICO EN CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
FORMACIÓN DOCENTE.
MATRÍCULA: 9740708
ADSCRIPCIÓN: CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS**

**“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS
QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 17”**

Vo. Bo.

**DR. ISMAEL HERNANDEZ JAVIER
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2 IMSS.**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2 IMSS.**

**“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS
QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 17”**

Vo. Bo.

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

Vo. Bo.

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

Vo. Bo.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por permitirme llegar a este momento tan especial, por enviarme con la mejor familia del mundo, por protegerme durante todo mi camino y por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A MI HIJO ÁNGEL GABRIEL GONZÁLEZ JIMÉNEZ

Hijo eres mi orgullo y mi más grande motivación, mi fuerza para continuar en este camino de superación, tu alegría, tu voz, tus ojos me impulsan cada día, ojalá pueda llegar a ser un ejemplo para ti, y nunca olvides que con amor, esfuerzo y sacrificio siempre lograras lo que te propongas, eres grande mi amor. Nunca es tarde para empezar. Gracias por esperar a mamá. Te amo mi niño.

A MI ESPOSO ADRIAN I. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

Gracias por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y mi esfuerzo, por tu amor, paciencia y comprensión, tu apoyo fue fundamental para terminar este proyecto, Gracias por cuidar de nuestro hogar, mientras yo me encontraba ausente, pero sobre todo gracias por ser mi amigo y mi gran confidente, te amo con todo mi corazón y jamás dejare de agradecer a la vida el que te convirtieras en mi destino, porque desde que estas a mi lado, todo ha cambiado para mejor. ¡Juntos lo logramos!

A MIS PADRES ROSA HERNÁNDEZ Y GABRIEL JIMÉNEZ

A ti mamita linda por ser un ejemplo de amor, cariño, lealtad, por nunca dejarte vencer y por luchar por tu familia hasta el final, demostraste que eres y serás una guerrera por siempre, hoy sé que desde el cielo nos cuidas y guías nuestro camino, y estoy segura que compartes mi alegría, pues tú sabes lo difícil que fue, ahora juntas podemos repetir tu frase ¡Si se pudo! ¡Si se pudo! Iniciamos este camino juntas y así terminamos pues siento tu presencia dentro de mí, gracias por ser la mejor, ¡Te amo!

A ti papi gracias por todo tu esfuerzo y sacrificio para sacar adelante a tu familia, por enseñarme a luchar por mis sueños, por inculcarme el amor al estudio, por ser un ejemplo de trabajo, honestidad, amor, perseverancia, y por demostrarnos que el amor a la familia lo es todo, eres mi gran ejemplo tu estudiaste ya casado y con hijas y mira la historia se repite, espero ser grande como tú. ¡Te amo!

Y a los dos por siempre ser mis principales motivadores y los formadores de lo que ahora soy como persona sin ustedes, sin sus consejos, sin su ejemplo, sin su amor y su cariño no llegaría hasta donde estoy, por ustedes soy seré siempre Diana Angélica.

A MIS QUERIDAS HERMANAS GABRIELA Y LAURA JIMÉNEZ

Por siempre ser parte de mi vida, por su apoyo, sus consejos, su presencia, su respaldo, su amor y cariño me impulsan para seguir en este camino, gracias por cuidar a mamá y papá cuando yo no podía hacerlo, sé que mis logros también son los suyos. Debemos seguir trabajando en equipo. Las quiero mucho. Siempre juntas.

A MIS SOBRINAS ISABELLA Y MARÍA JOSÉ

Gracias por ser la luz de la familia Jiménez Hernández, y porque son y serán las compañeras de vida de mi hijo, nunca olviden que debemos luchar por nuestros sueños. Las quiero mucho.

A IAN, EDGAR Y CHARLIE

Gracias por ser parte de mi familia, por apoyarnos siempre y cada momento, pero sobre todo por sus muestras de cariño. Los quiero.

A MIS AMIGAS DE RESIDENCIA

Por ser parte de esta especialidad, por recorrer este camino juntas, por todas las veces que lloramos y reímos, por motivarnos cuando alguna quería desertar, por lo difícil que fue superar todas las guardias y los obstáculos, gracias por su valiosa amistad, ¡Cristina Trejo y Leonor Adaya siempre las llevare en mi corazón... Chicas lo logramos!

A MI AMADA FACULTAD DE MEDICINA. UNAM.

Gracias por permitirme ser parte de esta grandiosa Institución. Orgullosamente Universitaria.

ÍNDICE

TITULO.....	8
RESUMEN.....	9
INTRODUCCION.....	13
MARCO TEORICO.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
HIPOTESIS.....	25
OBJETIVOS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS	60
ANEXOS.....	65

“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 17”

Registro ante el comité: R-2020-3509-025

RESUMEN

“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 17”

Jiménez-Hernández D¹, Hernández-Pérez F²

1. Residente de tercer año Medicina Familiar UMF N°2 IMSS.
2. Especialista en urgencias médicas quirúrgicas. Profesor médico en centro de investigación educativa y formación docente

Introducción: La violencia en mujeres es un evento que puede representar un efecto traumático en las personas que la sufren. Existe una prevalencia de violencia contra la mujer a nivel mundial muy alta, que por consiguiente trae resultados perjudiciales para la salud, ya sea física y mental, que se puede presentar a corto y a largo plazo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de violencia en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Número 17.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de investigación de tipo observacional, analítico y transversal en la Unidad de Medicina Familiar No.17, mediante una entrevista directa a las pacientes que acudieron a control prenatal en dicha clínica. Se les aplicó un instrumento previamente validado DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE. Adicionalmente se identificaron los factores que intervienen en el diagnóstico antes mencionado: edad, estado nutricional, tabaquismo, alcoholismo, nivel educativo, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, comorbilidades. Para el análisis estadístico se realizaron frecuencias, proporciones y una X^2 con una $p \leq 0.05$ para la significancia estadística

Resultados: Los factores que mostraron diferencia significativa entre mujeres con violencia de pareja versus mujeres sin violencia de pareja fueron: escolaridad de bachillerato (31.0% vs 11.5%, $p=0.048$), escolaridad de licenciatura (52.9% vs 76.9%, $p=0.029$), y enfermedad inmunológica (0.0% vs 7.7%, $p=0.009$). Mostraron diferencia significativa mujeres con violencia física versus mujeres sin violencia física: escolaridad de licenciatura (53.3% vs 81.0%, $p=0.020$) y enfermedad del

pulmón (0.0% vs 4.8%, $p=0.036$); el único factor que mostró diferencia significativa con la violencia psicológica fue la edad de 40 a 49 años (37.2% vs 18.6%, $p=0.036$).

Conclusiones: La prevalencia de violencia en mujeres embarazadas es mayor del 31%, la escolaridad baja se presentó mayormente en mujeres víctimas de violencia de pareja, mientras que solo la edad mayor de 40 años, fue más frecuente entre las mujeres víctimas de violencia psicológica.

Palabras Clave: Violencia en la mujer, violencia de pareja, Embarazo, Control Prenatal, Nivel educativo.

ABSTRACT

"PREVALENCE OF VIOLENCE IN PREGNANT WOMEN WHO GO TO PRENATAL CONTROL AT FAMILY MEDICINE UNIT NUMBER 17"

Jiménez-Hernández D¹, Hernández Pérez F².

1.Resident of specialization in Family Medicine UMF N°2 IMSS.

2.Medical Researcher

Introduction: Violence in women is an event that can represent a traumatic effect on the people who suffer it. There is a very high prevalence of violence against women worldwide, which consequently brings harmful results to health, both physical and mental, which can occur in the short and long term.

Objective: To determine the prevalence of violence in pregnant women who attend prenatal care at Family Medicine Unit Number 17.

Material and Methods: An observational, analytical and cross-sectional research study was carried out in the Family Medicine Unit No.17, through a direct interview with the patients who attended prenatal care at said clinic. A previously validated DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE instrument was applied to them. Additionally, the factors involved in the aforementioned diagnosis were identified: age, nutritional status, smoking, alcoholism, educational level, socioeconomic level, occupation, marital status, comorbidities. For the statistical analysis, frequencies, proportions and an X^2 were performed with a $p \leq 0.05$ for statistical significance.

Results: The factors that showed a significant difference between women with intimate partner violence versus women without intimate partner violence were: high school education (31.0% vs 11.5%, $p = 0.048$), undergraduate education (52.9% vs 76.9%, $p = 0.029$), and immunological disease (0.0% vs 7.7%, $p = 0.009$). Women with physical violence versus women without physical violence showed a significant difference: undergraduate education (53.3% vs 81.0%, $p = 0.020$) and lung disease (0.0% vs 4.8%, $p = 0.036$); the only factor that showed a significant difference with psychological violence was age from 40 to 49 years (37.2% vs 18.6%, $p = 0.036$).

Conclusions: The prevalence of violence in pregnant women is greater than 31%, low schooling occurred mostly in women victims of intimate partner violence, while only the age over 40 years was more frequent among women victims of psychological violence.

Keywords: Violence against women, intimate partner violence, Pregnancy, Prenatal Control, Educational level.

INTRODUCCION

La violencia intrafamiliar, en especial la violencia de pareja es un problema de salud pública, la cual tiene implicaciones tanto físicas, emocionales y psicológicas, sin olvidar que se trata de un problema de salud pública que se viene dando en incremento durante la última década.

En un proceso normal de desarrollo y evolución de una familia, sus integrantes y el mismo sistema, es normal que surjan situaciones de conflicto y crisis que sobrepasen su capacidad de respuesta, y si agregamos un ambiente de interacción fundamentado en el estrés, la preocupación, la tensión del grupo familiar, se puede desencadenar conductas inadecuadas que traen como resultado la violencia intrafamiliar. De acuerdo a Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia se define como el uso intencional de la fuerza física o amenazas contra otra persona que tiene como consecuencia un traumatismo, daño psicológico, problemas de desarrollo o la muerte. Y reconoce como factores de riesgo para ser víctima de violencia los trastornos de la personalidad, consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, el bajo nivel de escolaridad, conducta dominadora de la pareja, múltiples parejas o sospecha de infidelidad, antecedentes de violencia, entre otros.

Se ha determinado en varias publicaciones tanto nacionales como internacionales que la violencia puede estar presente previo al embarazo e incrementarse durante el mismo. Los factores que favorecen la violencia de género reportadas son un nivel socioeconómico y cultural bajo, así como la dependencia a sustancias ilícitas y lícitas, entre otras.

Las embarazadas son una población vulnerable, y la violencia doméstica se reporta en un 20 al 35% de prevalencia. En México existen desde finales del siglo pasado algunas publicaciones donde se ha medido la violencia y embarazo. En especial durante el 2004 Castro y colaboradores, han utilizado escalas e índices validados para medir la violencia doméstica en mujeres con validación para la población latina y en el idioma español. Los reportes de dichas publicaciones han estimado que la

severidad de la violencia es ligeramente mayor en la esfera emocional y física, teniendo repercusión tanto en la salud mental y física del binomio.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en los años de 1998 y 1999, realiza una encuesta de violencia en mujeres de las principales ciudades del Estado de Morelos, donde se observa que el embarazo no es un factor de protección, pero no hay datos suficientes donde se demuestre su incremento durante el embarazo y posterior al alumbramiento.

Como observamos desde finales de la década de los noventas y a principios de este siglo, la violencia de género se ha ido incrementando, en especial en poblaciones marginadas en especial de los estados de Chiapas, Morelos y Guerrero. No hay publicaciones de la violencia doméstica o de género en mujeres de la Ciudad de México, ni publicaciones con resultados actuales. El incremento de la violencia de género ha ido aumento, como es observado en las primeras planas de varios tabloides nacionales.

Por lo tanto, la Unidad de Medicina Familiar¹⁷ presenta una población de mujeres embarazadas considerable. Y al presentarse en una zona geográfica de influencia de gran concentración humana, consideramos que es de suma importancia realizar un estudio donde se determine la prevalencia de mujeres embarazadas que presentaron y presentan previo y durante su embarazo algún tipo de violencia por parte de su pareja, además determinar los factores que se asocian a la misma.

MARCO TEÓRICO

La violencia hacia las mujeres es un evento que puede representar un efecto traumático y doloroso, para todas aquellas personas que la sufren o la han sufrido. No existe un límite, ni respeto sobre la edad, raza, sexo, religión, nivel socioeconómico, orientación sexual, estado civil, capacidad mental, física o emocional. Y puede llegar a ocurrir en cualquier lugar, en otoño, invierno, verano, a cualquier hora del día. Se ha señalado que la mayoría de los perpetradores de estas acciones son conocidos por la propia víctima.¹

En el año del 1975 en la Ciudad de México, se celebró la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer en donde se consideró por primera vez la violencia de género. Y a partir de ese momento es integrada en documentos y acuerdos internacionales, y es reconocida como un problema de salud pública y de derechos humanos. En los años noventa, las organizaciones de mujeres, los gobiernos comprometidos y los expertos internacionales con el fin de eliminar este problema consiguieron que un importante número de países se comprometiera a tratar de prevenir la violencia hacia las mujeres.

Desde el año de 1998 en México, se ha intentado medir la prevalencia de las agresiones hacia las mujeres, así mismo, buscar sus causas y consecuencias; y determinar cuáles son los factores de riesgo para prevenirlas e identificar cual es el tipo de violencia más frecuente. Dentro de los tipos de violencia de pareja contra las mujeres encontramos la violencia física, violencia sexual, violencia económica y violencia psicológica o emocional.²

Así que, la violencia de pareja y la violencia sexual son una evidencia de violencia contra la mujer que, por consiguiente, trae efectos nocivos para la salud, ya sea psicológica o mentalmente, problemas físicos, problemas sexuales y reproductivos, que se pueden presentar a corto y/o a largo plazo. Por tal motivo, ciertas mujeres que han sufrido algún tipo de agresión o violencia buscan ser atendidas por un profesional de la salud, y en la mayoría de los casos es difícil que confiesen la violencia o el abuso de que fueron objeto, y si deciden revelarlo el médico, este

puede otorgar apoyo y enviarla a otros servicios, para su atención integral , por tal motivo es de suma importancia que se encuentren bien capacitados para actuar de una forma correcta y segura para la pacientes que hayan sufrido violencia de pareja o agresión sexual. ³

De acuerdo a Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia se define como el uso intencional de la fuerza física o amenazas contra otra persona que tiene como consecuencia un traumatismo, daño psicológico, problemas de desarrollo o la muerte. Y reconoce como factores de riesgo para ser víctima de violencia los trastornos de la personalidad, consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, el bajo nivel de escolaridad, conducta dominadora de la pareja, múltiples parejas o sospecha de infidelidad, antecedentes de violencia, entre otros. Así como también es fundamental reconocer que los niveles altos de testosterona se han relacionado con actos violentos, los cuales se pueden expresar mediante, agresividad verbal, competencia, pensamientos, violencia física y comportamientos dominantes.⁴

En un estudio con diseño descriptivo, retrospectivo con abordaje cuantitativo, en donde, utilizando el instrumento de la OMS sobre violencia contra las mujeres, se reportó que los factores que se relacionaron con la presencia de violencia física durante el embarazo fueron: educación media o menos de la pareja, trabajo remunerado de la mujer en el hogar, ingesta de alcohol por parte de la pareja, participación de la pareja en peleas físicas con otro hombre, presencia de manifestaciones de violencia física leve y grave y lesiones producto de la violencia.⁵

Por otro lado, los derechos humanos son universales, indivisibles e intransferibles, por tal motivo, cada persona, sin interesar su religión, idioma, raza, preferencia política, origen, tiene derecho a la protección, respeto, ejercicio, y disfrute de todos los derechos humanos. En el caso de la violencia intrafamiliar y sexual, es predominante en entornos donde existe una gran falta de respeto hacia todo tipo de estos derechos. Las mujeres, las niñas y niños son quienes más sufren debido a la violencia intrafamiliar y por motivos de género, y son más vulnerables a los abusos en contra de los derechos humanos.⁶

La violencia contra las mujeres se considera también como una cuestión que afecta a la Salud Pública, ya que puede llegar a perjudicar la vida reproductiva, de hasta una quinta parte de los años vida saludable, y en este caso se puede agudizar o agravar durante el embarazo. La prevalencia de abuso en mujeres embarazadas fluctúa entre 4% y 25%. En nuestro país se ha mencionado una prevalencia de 33.5%, y aun no se conocen cifras si el embarazo protege a la mujer o aumenta el riesgo de sufrir agresiones por parte de su pareja. ⁷

Las Naciones Unidas dentro de su declaración definen violencia como “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sé que ocurra en la vida pública o privada, en embarazo o no”. En el año 2003 en México en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres se concluyó que el 25% de las mujeres encuestadas señaló que, durante su último embarazo, fue víctima de algún tipo de maltrato como, por ejemplo: un 6,3 % fueron obligadas a tener relaciones sexuales, en un 5.3 % recibió golpes y de estos el 25.8 % recibió traumatismo directo en abdomen, un 8,4% fue humillada, desafortunadamente el 88.9 % el atacante fue el papá del niño, por lo que demostró que el embarazo es un estado que no va a proteger o evitar que las mujeres continúen siendo violentadas. Dentro de las mujeres embarazadas el 48.6% que ya eran víctimas de violencia señaló que esta violencia se mantuvo igual durante su gestación, y que los tipos más frecuentes de violencia son la física en donde el principal agresores la pareja y es más frecuente en el abdomen, rostro, y piernas; la violencia emocional , psicológica o verbal, en donde el agresor puede ser la pareja, la familia y la sociedad; la violencia sexual en donde su principal agresor es la pareja; violencia por abandono ejercida principalmente por la pareja y la violencia por omisión de derechos ejercida por la pareja o la familia. ⁸

Como ya se mencionó anteriormente, la mujer embarazada puede sufrir diferentes formas de agresión, puede ser objeto de abuso físico en el 32 % de los casos, de maltrato psicológico el 6.7%y el abuso sexual en el 13%, El tipo de agresión más común durante el embarazo es el maltrato físico. En la Ciudad de México según

Lozano la violencia o agresiones contra las mujeres provocó la pérdida de 11 mil años de vida saludable, por homicidio y lesiones que se ocasionaron con la intención de dañar, de las cuales el 57% fueron los años vividos con alguna discapacidad, por muerte prematura 46 %, por violencia conyugal el 24.5%. En un informe se reportó que de dos a cinco millones de mujeres son víctimas de maltrato físico al año. Y aproximadamente 335.000 son mujeres embarazadas y la mitad de ellas indican que sufrieron más de tres agresiones durante el embarazo junto con maltrato psicológico. Dentro de las lesiones más frecuentes que se han detectado en los servicios de urgencias o en las citas de control prenatal son empujones o cachetadas en un 57.6 %, producidas por golpes con patadas y puños 39%. y/o lesiones más graves en el 42.4%, las mujeres que sufren fracturas o lesiones permanentes corresponden al 3 %. Las extremidades, cabeza/cuello, y tronco; son los lugares anatómicos donde reciben más lesiones, y las del abdomen son más frecuentes en los adolescentes. Así como el maltrato físico, el maltrato psicológico se encuentra muy presente, se estima que en el 96% de los casos, la forma más común es dejarlas en ridículo. De las mujeres agredidas, aproximadamente en un 17% tienen miedo al autor del maltrato psicológico, ya que las mujeres embarazadas no lo toman como un acto de violencia hacia ellas y por tal motivo no se cuenta como un antecedente negativo, y por consiguiente se debe investigar intencionadamente. La menos estudiada es el abuso sexual, algunos solo reportan que este tipo de violencia presenta variaciones en su patrón de expresión en el transcurso del embarazo. Dependiendo las semanas de gestación, la forma en que son maltratadas el tiempo y la frecuencia de exposición dependerán los efectos, pues estas mujeres sufren complicaciones y repercusiones en su salud mental física, así como su conducta reproductiva y el modo de relacionarse con los demás, y esto puede traer como consecuencia que no acudan a recibir atención médica o si lo hacen, lo harán en etapas ya avanzadas del embarazo, y que cursen con momentos de ansiedad, depresión, consumo de alguna sustancia nociva para el producto como son alcohol, drogas o tabaco. Cuando reciben atención se puede encontrar en la exploración física lesiones de distinta severidad y diferente localización como infecciones de vías urinarias, sangrados, hipertensión arterial, desnutrición, algunas

infecciones de transmisión sexual o anemia entre otras, lo que puede provocar aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, infección intra amnióticas, ruptura uterina e inclusive la muerte materna; en el producto, se puede provocar prematuridad (21.4%) bajo peso al nacer (17%) y dentro de las complicaciones tardías, muerte neonatal o fetal, maltrato infantil, riesgo elevado de muerte en el primer año, falta de lactancia materna, falta del vínculo madre-hijo, disminución en capacidades cognitivas, sociales, afectivas, falta de desarrollo y crecimiento adecuado.⁹

Hablando de los casos específicos de violencia física hacia la mujer embarazada, se ha reportado que puede provocar: ruptura de hígado o bazo, ruptura de útero, hemorragias y/o fractura de pelvis. Se presenta un riesgo que es dos veces mayor de abortar en las mujeres que han sufrido golpes, también pueden presentar corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta, precipitación del parto y complicaciones postparto y muerte. Sin embargo, no solo las lesiones físicas es lo único que pueden presentar, si no que pueden desarrollar un cuadro de estrés permanente que se acompaña de síntomas de ansiedad, depresión, angustia, fobias y pueden percibirse a sí mismas como enfermas. Presentan una actitud donde tienden a aislarse, desarrollando un alto riesgo de adicción a drogas, alcohol o ambos manifestando una baja autoestima. Hablando de los fetos, ellos también pueden manifestar una serie de complicaciones a consecuencia de la violencia, En algunos estudios se ha reportado que pueden presentar cuatro veces más de riesgo de tener bajo peso al nacer, hipovolemia fetal, anemia fetal, hipoxia aguda y crónica fetal, y acidosis fetal, por lo que son 40 veces más propensos a morir en los primeros 12 meses vida. Pueden sufrir diversos traumatismos durante la gestación, como fracturas o incluso muerte fetal.¹⁰

Los diferentes tipos de violencia contra las mujeres durante el embarazo es una violación a sus derechos humanos básicos y tiene consecuencias a corto y largo plazo como se ha expuesto. La depresión posnatal se incluye dentro de este rubro, esta se puede presentar en las primeras cuatro semanas del puerperio y perdurar

hasta más allá de un año de que ocurrió el embarazo, es una patología que contribuye significativamente a las estadísticas de la depresión mundial.¹¹

La violencia intrafamiliar es un problema al que no se le toma importancia, y es poco valorado como prioritario en la salud pública, sin importar que es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad femenina y que llega a significar la pérdida de uno de cada cinco días de vida saludable en la edad reproductiva de las mujeres. La violencia a la que son expuestas las mujeres en etapa de gravidez, trasciende directamente en los recién nacidos, ya que en diversos estudios se ha reportado productos con bajo peso al nacer, con afección en la etapa inicial de la vida. Esto permite que exista un incremento de la morbilidad-mortalidad, debido a los efectos de la violencia sobre el desarrollo de las capacidades físicas, sociales y cognoscitivas y limitan a los sobrevivientes. Durante un estudio de 35 mujeres embarazadas que sufrieron algún acto de violencia el 94.3 % el maltrato fue por su pareja, el 65.7% confirmó que la violencia sufrida, inicio antes de que se confirmara el embarazo tres o cuatros años antes, pero continuo en el embarazo, la violencia se inició en el primer trimestre que la pareja se enteró del embarazo en un 28.6%. el abuso psicológico y emocional incrementa en el segundo trimestre y en el puerperio.¹²

La violencia contra las mujeres va a traer como consecuencia a largo plazo, problemas para ellas, sus hijos, y su entorno social, tanto económico como emocional, ya que los agresores frecuentemente son sus propios compañeros de vida, por lo que se ha comprobado que las mujeres afectadas por el maltrato padecen mayor ansiedad, depresión y fobias que las mujeres no maltratadas. De acuerdo con la OMS, estas pacientes padecen mayor sufrimiento emocional, ideas suicidas e intentos de suicidios.¹³

Durante la gestación y en periodo inmediato posterior al nacimiento, el puerperio el apoyo de la pareja es muy importante para generar una relación de confianza, amor, respeto, apoyo, la cual es sumamente importante para la salud psicológica de la mujer. Las mujeres pueden llegar a sentirse más vulnerables física, emocional y económicamente, las que dependen de sus parejas durante el embarazo y después

del parto. Por lo que, las implicaciones de la violencia doméstica son las que tienen una repercusión más profunda durante el embarazo y el período posparto inmediato, esto debido a la amenaza que dicha violencia representa para la seguridad de la madre y el bebé.¹⁴

Las mujeres adolescentes embarazadas, son aún más vulnerables, esto es debido a que puede fomentar situaciones de disparidad con la familia, ya que puede existir rechazo, coraje, desilusión, crítica, que pueden terminar con violencia intrafamiliar. La frecuencia y el tipo de violencia hacia las mujeres, pueden incrementarse o presentarse con la llegada del embarazo, evidenciando algunas alteraciones físicas, emocionales, originando la violencia de cualquier índole.¹⁵

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y 2014, En México en los adolescentes entre 15 y 19 años de edad, la tasa específica de fecundidad se incrementó de 69.2 a 77 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad. Lo que indica que de los nacimientos una quinta parte que se presentan en México corresponden a embarazadas adolescentes, que representa el doble de la proporción a nivel mundial. La Organización Mundial de la salud indica que las mujeres adolescentes que han sido violentadas por su pareja presentan embarazos no deseados, en comparación con las mujeres que no han sido violentadas. En la actualidad en nuestro país una de cada tres mujeres ha sido violentada sexualmente, cinco de cada diez mujeres a vivido violencia emocional, cuatro violencias sexuales, y violencia física tres.¹⁶

Cuando las mujeres se presentan en los centros de salud, es muy difícil que mencionen la violencia, esto solo ocurre cuando se le hace un interrogatorio dirigido a este tema. Este grupo de pacientes son quienes lo sufren en silencio, ya que no tienen en quien confiar, con quien platicar, si lo comentan con sus familiares tienen miedo de ser rechazadas, y si no se busca intencionadamente si la paciente sufre algún tipo de violencia, solo se observarán en los casos que son muy vistosos, los casos de violencia física. Se intentará sensibilizar a todos los profesionales de la salud se formen, se oriente, se preparen en la detección y atención de la violencia intrafamiliar y así luchar por la erradicación de violencia de género.¹⁷

Se sabe que la violencia mitiga la facultad de la mujer para disfrutar sus libertades primordiales y por tal motivo es un inconveniente muy importante para la superación de la desigualdad entre mujeres y hombres de todas las sociedades, siendo muy independiente de los estratos religiosos, culturales, económico o culturales, sociales y religiosos.¹⁸

Los estudios que se han realizado referentes a violencia contra las mujeres, tienen una constante que es la victimización de las mujeres en países en vías de desarrollo, responde a una política sistemática que toma en cuenta a todos los involucrados colocando a las niñas y a las mujeres en circunstancias de mayor vulnerabilidad, sin que estos crímenes sea castigados, y se busca que se respete el cumplimiento de las obligaciones y los deberes contraídos en los acuerdos internacionales para prevenir, eliminar y sancionar todas las formas de violencia y discriminación contra la mujer.¹⁹

Es evidente que la violencia representa una situación compleja y su estudio exige un análisis cuidadoso de sus diferentes componentes. Aunque la diferenciación entre los distintos tipos de violencia la mayoría de las veces resultara complicado, ya que toda violencia física se asocia a violencia emocional. Según estudios es importante determinar que la violencia física y sexual se mantiene igual antes y durante el embarazo, sin embargo, la violencia emocional se incrementa. Es primordial señalar que la edad predispone a la violencia, entre las parejas más jóvenes el riesgo es mayor, así como el grado de escolaridad, y el número de hijos. El riesgo de violencia se incrementa cuando se tiene más hijos, de igual manera cuando la pareja no esperaba el embarazo, durante el embarazo es parte de un patrón de violencia de larga evolución, esto se refiere que hubo violencia durante la infancia, como la violencia que ejercen las parejas hacia sus hijos. Es necesario intervenir en los hombres que ejercen la violencia, de manera urgente si realmente se desea combatir y erradicar el problema de violencia contra las mujeres.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar es un problema serio que nosotros debemos atacar frontalmente. Esta situación de violencia tiene diversas manifestaciones y afecta la salud física, mental, la conducta social y reproductiva de la mujer. Y cuando la violencia ocurre durante el embarazo, el feto o el recién nacido puede verse afectado, puede incrementar considerablemente el riesgo de prematuridad, bajo peso al nacimiento, muerte neonatal, malformaciones congénitas, falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia. Esto es debido, a la violencia sobre la madre o por conductas negligentes o descuido por parte de ella.

Las mujeres acuden a los centros de salud, por los actos de violencia que puedan presentar, incluso a causa de las lesiones sufridas, sin embargo, aunque acuden a dichos servicios, es probable que no revelen el abuso ni la violencia. Por tal motivo la violencia contra la mujer embarazada requiere una evaluación y una intervención con sensibilidad y profesionalismo por el personal de salud, que debe ser capaz de identificar los efectos adversos en la madre y su producto.

El proveedor de servicios de salud es el contacto de confianza de las mujeres quienes han sufrido algún evento de violencia de acuerdo con encuestas realizadas.

Cabe decir que el problema de la violencia contra las mujeres durante el embarazo sigue siendo una cuestión apenas incipientemente explorada en México.

Es de suma importancia lograr indagar en la investigación sobre estos casos, de esta manera se logrará conocer el comportamiento de la prevalencia y severidad a la cual puedan estar expuestas las gestantes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Derivado de lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál fue la prevalencia de la violencia en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No? 17?

HIPÓTESIS GENERAL

Se espera que la violencia en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en Unidad de Medicina Familiar 17 sea alta.

H1: La prevalencia de violencia en las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 17 será $\geq 31\%$. (7) y la violencia emocional será $\geq 28\%$, la violencia física $\geq 15\%$ y sexual $\geq 12\%$ (13)

H0: La prevalencia de violencia en las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 17 será $\leq 30\%$. y la violencia emocional será $\leq 28\%$, la violencia física $\leq 15\%$ y sexual $\leq 12\%$.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la violencia en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No 17.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de las pacientes del estudio.
- Identificar las comorbilidades de las mujeres gestantes que sufren violencia del presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación de tipo observacional, analítico y transversal en la Unidad de Medicina Familiar No. 17.

Se realizó mediante una entrevista directa a las pacientes que acudieron a control prenatal en la UMF No. 17.

Se les aplicó un instrumento previamente validado DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE - Cuestionario ISA.

Adicionalmente se identificaron los factores que intervienen en el diagnóstico antes mencionado: edad, estado nutricional, tabaquismo, alcoholismo, nivel educativo, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, comorbilidades.

Para el análisis estadístico se realizaron frecuencias, proporciones y una X^2 con una $p \leq 0.05$ para la significancia estadística.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLÓGICA

TIPO DE DISEÑO:

De acuerdo al grado de control de la variable: Observacional.

De acuerdo al objetivo que se busca: Un análisis inferencial.

De acuerdo al número de veces que se miden las variables: Transversal

Lugar del estudio: El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 17.

Dirección: Calzada Legaria No. 354, Colonia Pensil, Alcaldía Miguel Hidalgo, CP 11470, Tel: 53993088

Muestra: Todas las pacientes mujeres embarazadas, que acudieron a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Número 17.

Población en estudio: Todas las pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 17, que acudieron a control prenatal.

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

De acuerdo a las características del estudio, se realizó el cálculo de tamaño de muestra para una población infinita, se tiene reportado por Castro R en su publicación del 2002, que en el embarazo la prevalencia de abuso varía de acuerdo con el tipo de definición de violencia utilizada, por esa razón se reportan prevalencias que fluctúan entre 4% y 25%.⁷

Por lo cual la proporción esperada para este estudio de investigación se estimó en 5%, con una precisión del 5%, y un nivel de confianza del 95%.

Derivado de lo anterior se realizó la siguiente fórmula para una población Infinita:

Si la población que deseamos estudiar es INFINITA , y deseamos saber cuántos individuos del total tendremos que estudiar, la respuesta sería:																			
Seguridad:	95%	Si no tuviéramos ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor de p=0.5 (50%), que maximiza el tamaño muestral.																	
Precisión:	5%																		
Proporción esperada al 10%:	0.05																		
Formula:	$\frac{Z \alpha^2 * p * q}{d^2}$																		
Donde:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Z α^2 =</td> <td style="width: 15%;">1.96²</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Ya que la seguridad es del 95%)</td> </tr> <tr> <td>p =</td> <td>0.05</td> <td>Proporción esperada, en este caso será:</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>q =</td> <td>0.95</td> <td colspan="2">En este caso sería 1-p</td> </tr> <tr> <td>d =</td> <td>0.05</td> <td>Precisión (en este caso deseamos un)</td> <td>5%</td> </tr> </table>			Z α^2 =	1.96 ²	(Ya que la seguridad es del 95%)		p =	0.05	Proporción esperada, en este caso será:	0.05	q =	0.95	En este caso sería 1-p		d =	0.05	Precisión (en este caso deseamos un)	5%
Z α^2 =	1.96 ²	(Ya que la seguridad es del 95%)																	
p =	0.05	Proporción esperada, en este caso será:	0.05																
q =	0.95	En este caso sería 1-p																	
d =	0.05	Precisión (en este caso deseamos un)	5%																
	$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.05} = ?$																		
	$n = \frac{3.8416 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.0025} = ?$																		
	$n = \frac{0.182476}{0.0025} = 72.99$																		

El tamaño muestral ajustado a las pérdidas:

En este estudio se estimó las posibles pérdidas de pacientes por razones diversas (pérdida de información, abandono, no respuesta, sesgos de selección, sesgos de información) por lo que se incrementó el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas.

El tamaño muestral ajustado a las pérdidas se pudo calcular de la siguiente forma:

Muestra ajustada a las pérdidas = $n (1 / 1-R)$

- n = número de sujetos sin pérdidas (72,99)
- R = proporción esperada de pérdidas (20%)

Así por ejemplo si en el estudio se esperó tener un 20% de pérdidas, el tamaño muestral necesario fue: $72,99 (1 / 1-0.2) = 91,23$ pacientes.

Se requirió de 91 pacientes que acudieron a control prenatal en la UMF No. 17, y que aceptaron participar en este estudio.

Tipo de muestreo

No probabilístico. -La probabilidad de selección de cada unidad de la población no es conocida. La muestra se escogió por medio de un proceso arbitrario. Se utiliza con frecuencia cuando no se conoce el marco muestral.

Por casos consecutivos. -Consiste en elegir a cada unidad que cumpla con los criterios de selección dentro de un intervalo de tiempo específico o hasta alcanzar un número definido de pacientes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

A. Violencia de pareja:

Definición conceptual: Se refiere a cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o puede causar daño físico, psíquico, o sexual, intimidación, amenazas, y un comportamiento crecientemente posesivo y controlador por parte del perpetrador.

Definición operativa: Presencia de violencia física, sexual o psicológica en mujeres embarazadas de la población de estudio, Para el presente estudio se tomó como violencia de pareja a la respuesta afirmativa del ítem 1 del DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE. Cuestionario ISA validado para población latina. En donde considera la siguiente pregunta: ¿En alguna ocasión ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?

Escala de medición: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

B. Violencia física:

Definición conceptual: Todo acto que resulte o pueda provocar un daño físico, sexual o psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad.

Definición operativa: Para el presente estudio se tomó como violencia física a la respuesta afirmativa de los ítems 2 y 3 del DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE. Cuestionario ISA validado para población latina. En donde consideran las siguientes preguntas: ¿En el último año ha sido golpeada, pateada o lastimada físicamente por alguien?, Desde el inicio de su embarazo ¿La han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente?

Escala de medición: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

C. Violencia psicológica:

Definición conceptual: Se designa como el uso deliberado del abuso mental, incluyendo maltrato verbal, acoso, aislamiento, y privación de los recursos físicos, financieros, y personales, para controlar y manipular a la pareja, se ataca la integridad emocional o espiritual de una persona.

Definición operativa: Para el presente estudio se tomó como violencia psicológica a la respuesta afirmativa del ítem 5 del DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE. Cuestionario ISA validado para población latina. En donde interroga ¿Tiene usted miedo de su pareja o de algunas de las personas nombradas en el ítem 4?

Escala de medición: Cualitativa, Ordinal, Escala de Likert.

D. Violencia sexual:

Definición conceptual: Es cualquier actividad o contacto sexual que ocurra sin su consentimiento, puede involucrar fuerza física o amenaza de fuerza para llevar a cabo una determina conducta sexual.

Definición operativa: Para el presente estudio se tomó como violencia sexual a la respuesta afirmativa de ítem 4 del DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE Cuestionario ISA validado para población latina. En donde considera la siguiente pregunta: en el último año ¿Alguien la ha forzado a tener relaciones sexuales?

Escala de medición: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

VARIABLES DE CONTROL				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión del expediente clínico de los pacientes.	Cuantitativa Discreta	1.Años cumplidos
Nivel educativo	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión del expediente clínico de los pacientes.	Cualitativa Ordinal Politómica	1.PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. PREPARATORIA 4. LICENCIATURA 5. POSGRADO
Nivel económico	Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona y sus actividades laborales.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión del expediente clínico de los pacientes y/o entrevista directa. Considerando los ingresos mensuales de la paciente.	Cualitativa Nominal Politómica	1.Menor a 5000 2.5000 a 10000 3.Mayor a 10000
Ocupación	Hace referencia a la actividad laboral que desempeña la paciente.	Esta variable se obtendrá por medio de la entrevista directa.	Cualitativa Nominal Politómica	1.Hogar 2.Empleada 3.Otro
Estado Civil	Hace referencia al estado civil que presenta la paciente.	Esta variable se obtendrá por medio de la entrevista directa.	Cualitativa Nominal Politómica	1.Casada 2.Unión Libre 3.Divorciada 4.Soltera
Comorbilidades	Hace referencia a la presencia de comorbilidades en el paciente.	Esta variable se obtendrá por medio de la revisión del expediente clínico de los pacientes.	Cualitativa Nominal Politómica	1.HAS 2.DM2 3.tabaquismo 4.IRC 5.uso de esteroides 6.Artritis 7.Alcoholismo

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que acudieron a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Número 17.
- Pacientes que se encontraron en estado de gravidez.
- Paciente embarazada de cualquier edad.
- Pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no decidieron participar en el presente estudio.
- Pacientes que se encontraron bajo algún tratamiento psiquiátrico.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que no respondieron la encuesta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para análisis estadístico de los resultados:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

- Para datos generales y demográficos, se utilizó reporte de medias y desviación estándar.

ANÁLISIS INFERENCIAL:

- Para comparación de medias en cuanto a las escalas cuantitativas: Se utilizó la t de Student para pruebas independientes, como la diferencia de edad.
- En caso de tener curva no normal, se realizará prueba la prueba de rangos de Wilcoxon.
- Para la comparación de porcentajes entre grupos independientes, se utilizó la X²(estado civil, nivel educativo,)
- Se considerará a una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se presentó el protocolo de tesis al Comité Local de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 17 de IMSS en la CDMX. Una cuanto se obtuvo la autorización se procedió a la recolección de datos.

- El investigador acudió a sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 17 del IMSS, identificó a las pacientes que se encuentran en estado de Embarazo, se les realizó la invitación a participar en el proyecto de información, previa firma de consentimiento informado.

- **INTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Se recopilaron los datos propios de la ficha de identificación de la paciente, se identificaron los casos con diagnóstico de violencia de pareja, mediante el uso del instrumento para determinar el grado de violencia contra la mujer. El instrumento que se empleo fue el DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE - Cuestionario ISA validado para población latina. Y su FINALIDAD es Identificar el abuso domestico en pacientes embarazadas, el cual fue diseñado para ser aplicado en servicios prenatales, y se trata de un cuestionario estandarizado y autoadministrado compuesto por preguntas relativas al maltrato físico y emocional, abuso sexual y a los sentimientos de miedo hacia la pareja. Las preguntas de maltrato se refieren tanto al último año como a la época de gestación y han de ser respondidas con “sí” o “no”. Este instrumento fue elaborado originalmente en inglés y en español. Y es un instrumento que solo fue validado ya que es solo un cuestionario de frecuencia. (21)

- El investigador responsable presento los Informes de Seguimiento, y que una vez que el estudio haya sido terminado presentará el Informe de Seguimiento Técnico final, así como los informes extraordinarios que se le requieran sobre

el avance de proyecto de investigación, hasta la terminación o cancelación del mismo.

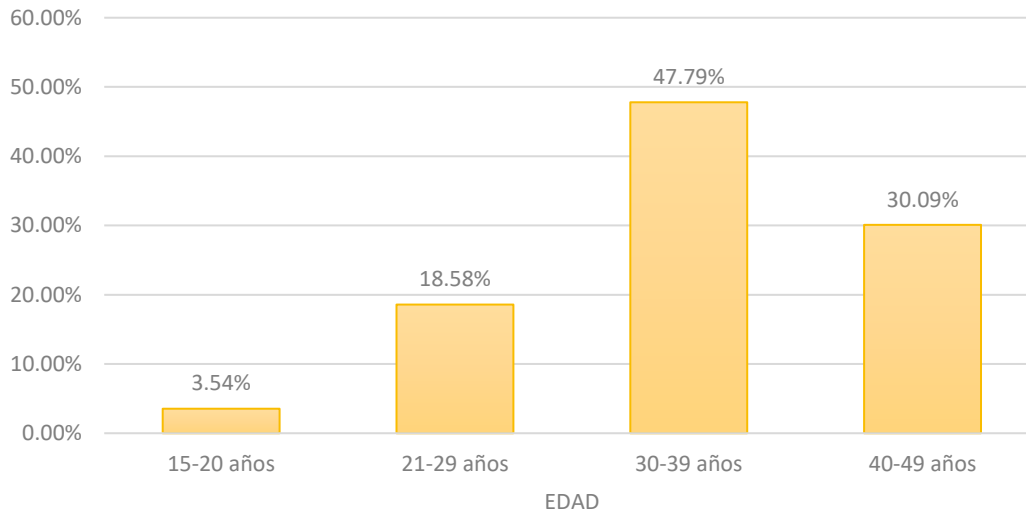
RESULTADOS

Se estudiaron a 113 mujeres que cumplieron con los criterios de selección. La edad más prevalente fue 30 a 39 años con el 47.79%, seguido de 40 a 49 años con el 30.09%, 21 a 29 años con el 18.58%, y por último 15 a 20 años con el 3.54%. La media de la edad fue de 35.12 ± 7.61 años. (**Cuadro 1 y Gráfica 1**).

Cuadro 1: Distribución de la edad en las pacientes estudiadas

Edad	N=113 n(%)
<i>15-20 años</i>	4 (3.54%)
<i>21-29 años</i>	21 (18.58%)
<i>30-39 años</i>	54 (47.79%)
<i>40-49 años</i>	34 (30.09%)

Gráfica 1: Distribución de la edad en las pacientes estudiadas

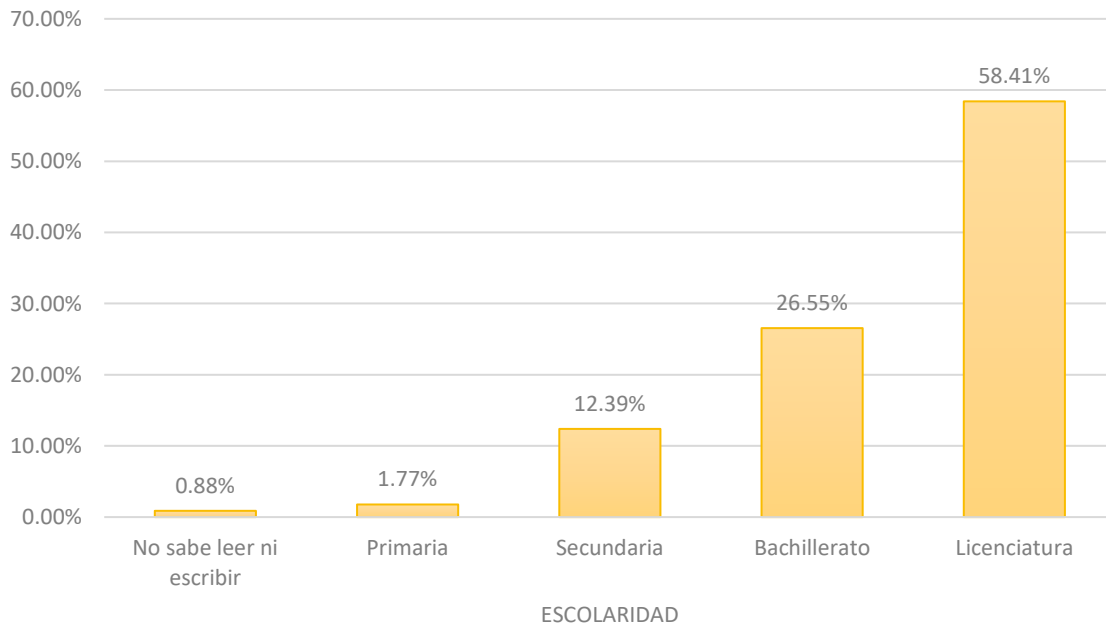


La escolaridad más frecuente fue licenciatura con el 58.41% (66 pacientes), seguido de bachillerato con el 26.55% (30 pacientes), secundaria con el 12.39% (14 pacientes), primaria con el 1.77% (2 pacientes) y por último no sabe leer ni escribir con el 0.88% (1 paciente). **(Cuadro 2 y Gráfica 2).**

Cuadro 2: Distribución de la escolaridad en las pacientes estudiadas

<i>Escolaridad</i>	N=113 n(%)
<i>No sabe leer ni escribir</i>	1 (0.88%)
<i>Primaria</i>	2 (1.77%)
<i>Secundaria</i>	14 (12.39%)
<i>Bachillerato</i>	30 (26.55%)
<i>Licenciatura</i>	66 (58.41%)

Gráfica 2: Distribución de la escolaridad en las pacientes estudiadas

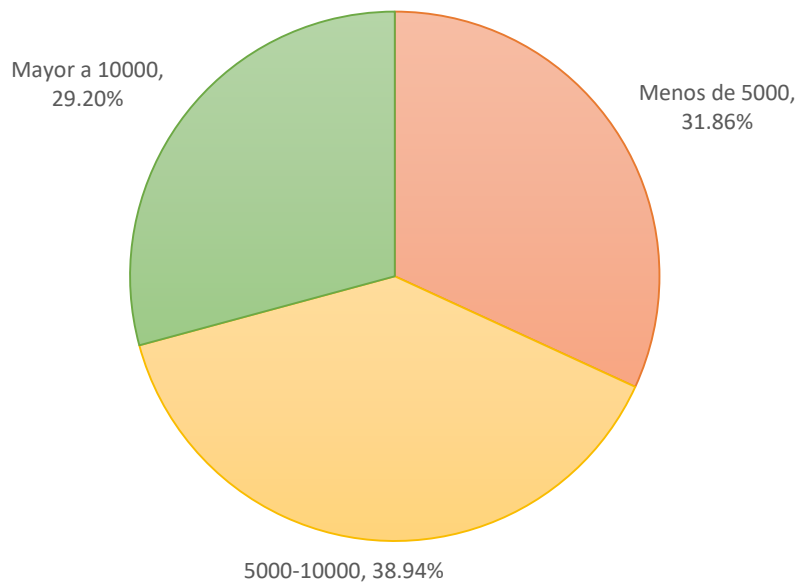


El ingreso mensual más prevalente fue 5000 a 10000 con el 38.94% (44 pacientes), seguido de menos de 5000 con el 31.86% (36 pacientes), y por último mayor a 10000 con el 29.20% (33 pacientes). (**Cuadro 3 y Gráfica 3**).

Cuadro 3: Distribución del ingreso mensual en las pacientes estudiadas

<i>Ingreso mensual</i>	N=113 n(%)
<i>Menos de 5000</i>	36 (31.86%)
<i>5000-10000</i>	44 (38.94%)
<i>Mayor a 10000</i>	33 (29.20%)

Gráfica 3: Distribución del ingreso mensual en las pacientes estudiadas

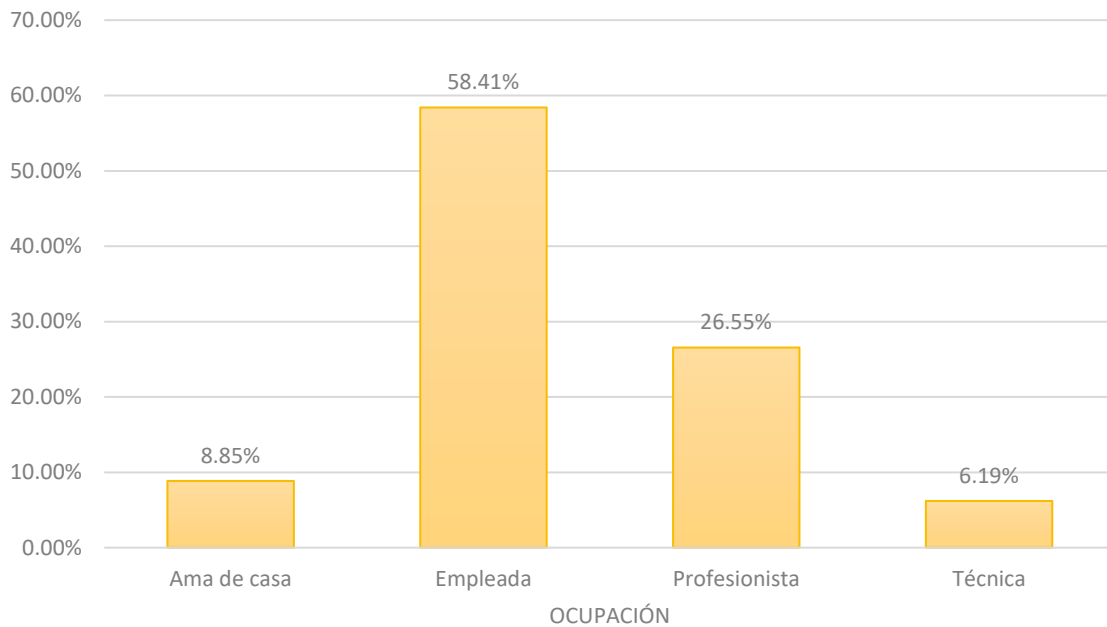


La ocupación más frecuente fue empleada con el 58.41% (66 pacientes), seguido de profesionalista con el 26.55% (30 pacientes), ama de casa con el 8.85% (10 pacientes), y por último técnica con el 6.19% (7 pacientes). (**Cuadro 4 y Gráfica 4**).

Cuadro 4: Distribución de la ocupación en las pacientes estudiadas

<i>Ocupación</i>	N=113 n(%)
<i>Ama de casa</i>	10 (8.85%)
<i>Empleada</i>	66 (58.41%)
<i>Profesionista</i>	30 (26.55%)
<i>Técnica</i>	7 (6.19%)

Gráfica 4: Distribución de la ocupación en las pacientes estudiadas

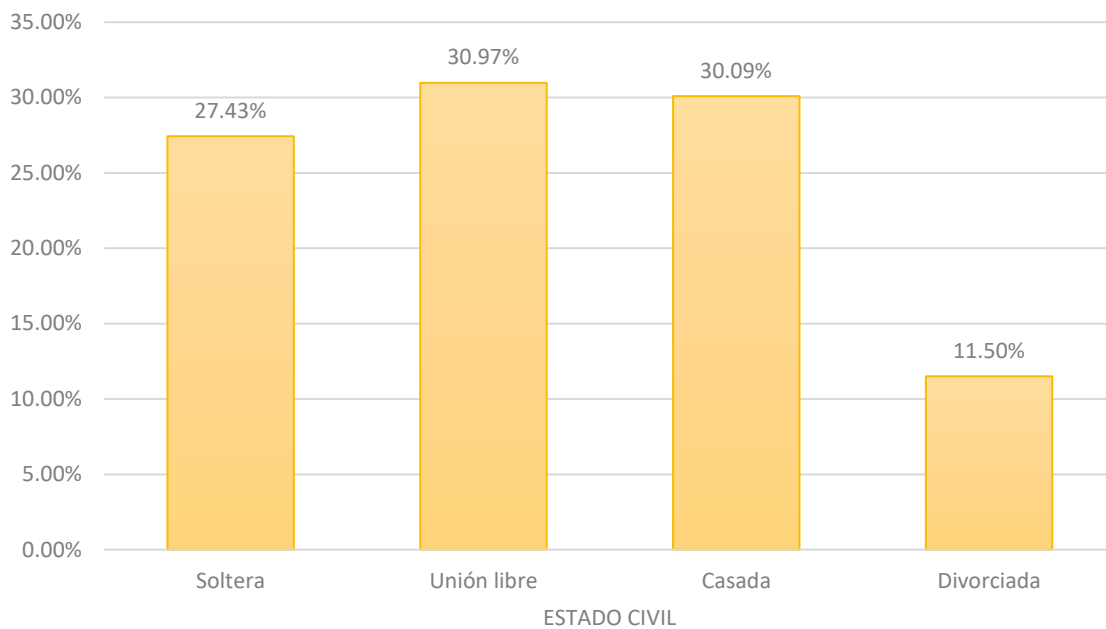


El estado civil más prevalente fue unión libre con el 30.97% (35 pacientes), seguido de casada con el 30.09% (34 pacientes), soltera con el 27.43% (31 pacientes), y por último divorciada con el 11.50% (13 pacientes). (**Cuadro 5 y Gráfica 5**).

Cuadro 5: Distribución del estado civil en las pacientes estudiadas

<i>Estado civil</i>	N=113 n(%)
<i>Soltera</i>	31 (27.43%)
<i>Unión libre</i>	35 (30.97%)
<i>Casada</i>	34 (30.09%)
<i>Divorciada</i>	13 (11.50%)

Gráfica 5: Distribución del estado civil en las pacientes estudiadas

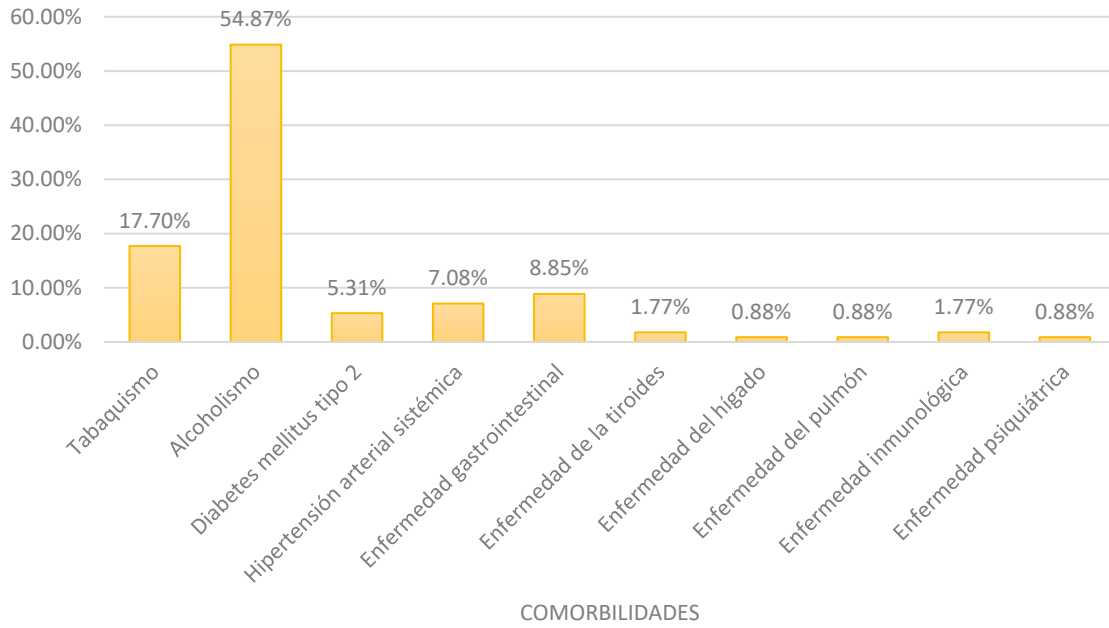


La comorbilidad más frecuente fue alcoholismo con el 54.87% (62 pacientes), seguido de tabaquismo con el 17.70% (20 pacientes), enfermedad gastrointestinal con el 8.85% (10 pacientes), hipertensión arterial sistémica con el 7.08% (8 pacientes), diabetes mellitus tipo 2 con el 5.31% (6 pacientes), enfermedad de la tiroides y enfermedad inmunológica con el 1.77% respectivamente (2 pacientes) y por último enfermedad del hígado, enfermedad del pulmón y enfermedad psiquiátrica con el 0.88% respectivamente (1 paciente). (**Cuadro 6 y Gráfica 6**).

Cuadro 6: Distribución de las comorbilidades en las pacientes estudiadas

Comorbilidades	N=113 n(%)
<i>Tabaquismo</i>	20 (17.70%)
<i>Alcoholismo</i>	62 (54.87%)
<i>Diabetes mellitus tipo 2</i>	6 (5.31%)
<i>Hipertensión arterial sistémica</i>	8 (7.08%)
<i>Enfermedad gastrointestinal</i>	10 (8.85%)
<i>Enfermedad de la tiroides</i>	2 (1.77%)
<i>Enfermedad del hígado</i>	1 (0.88%)
<i>Enfermedad del pulmón</i>	1 (0.88%)
<i>Enfermedad inmunológica</i>	2 (1.77%)
<i>Enfermedad psiquiátrica</i>	1 (0.88%)

Gráfica 6: Distribución de las comorbilidades en las pacientes estudiadas

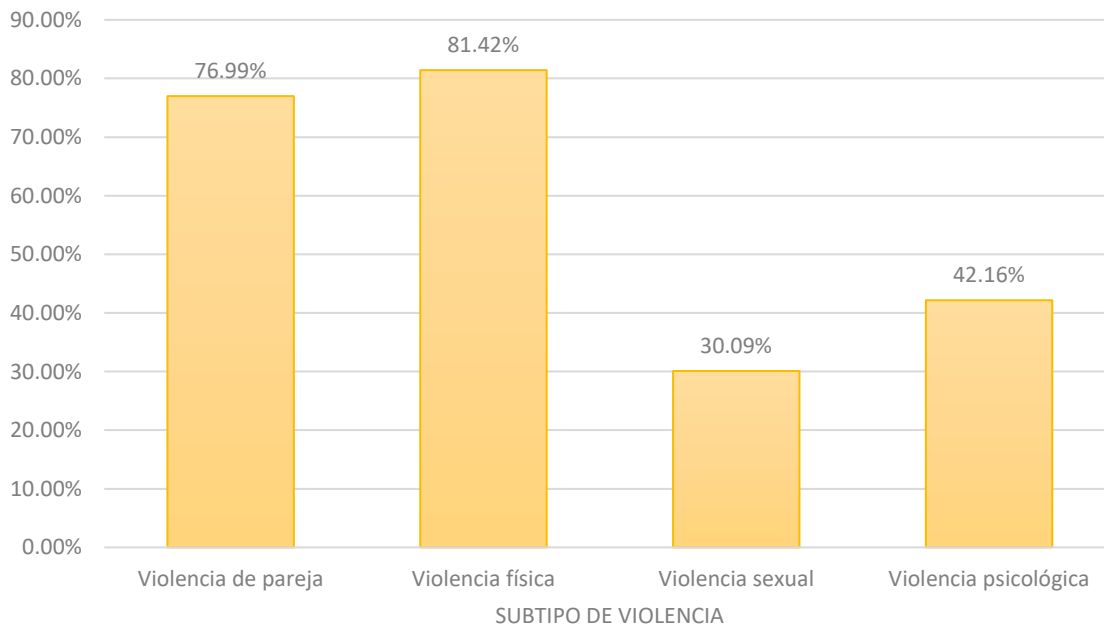


El subtipo de violencia más frecuente fue violencia física (81.42%), seguido de violencia de pareja (76.99%), violencia psicológica (42.16%), y por último violencia sexual (30.09%). (**Cuadro 7 y Gráfica 7**).

Cuadro 7: Distribución de la violencia de pareja en las pacientes estudiadas

<i>Subtipo de Violencia</i>	N=113 n (%)
<i>Violencia de pareja</i>	87 (76.99%)
<i>Violencia física</i>	92 (81.42%)
<i>Violencia sexual</i>	34 (30.09%)
<i>Violencia psicológica</i>	43 (42.16%)

Gráfica 7: Distribución de los subtipos de violencia de pareja en las pacientes estudiadas



Los factores que mostraron diferencias significativas entre mujeres con violencia de pareja y sin violencia de pareja fueron: escolaridad de bachillerato (31.0% vs 11.5%, $p=0.048$), escolaridad de licenciatura (52.9% vs 76.9%, $p=0.029$), y enfermedad inmunológica (0.0% vs 7.7%, $p=0.009$). Lo que demuestra que las mujeres víctimas de pareja tienen mayormente escolaridad de bachillerato, mientras que aquellas sin violencia de pareja tienen más frecuentemente escolaridad de licenciatura y enfermedad inmunológica. (**Cuadro 8**)

Cuadro 8: Comparativo de violencia de pareja con las características de las pacientes

	Con violencia de pareja	Sin violencia de pareja	
	N=87	N=26	Valor p*
	n (%)	n (%)	
Edad			
15 a 20 años	3 (3.40%)	1 (3.80%)	0.923
21 a 29 años	16 (18.40%)	5 (19.20%)	0.923
30 a 39 años	38 (43.70%)	16 (61.50%)	0.110
40 a 49 años	30 (34.50%)	4 (15.40%)	0.062
Escolaridad			
No sabe leer ni escribir	1 (1.10%)	0 (0.00%)	0.583
Primaria	2 (2.30%)	0 (0.00%)	0.435
Secundaria	11 (12.60%)	3 (11.50%)	0.881
Bachillerato	27 (31.00%)	3 (11.50%)	0.048
Licenciatura	46 (52.90%)	20 (76.90%)	0.029
Ingreso mensual			
Menos de 5000	29 (33.30%)	7 (26.90%)	0.538
5000 a 10000	34 (39.10%)	10 (38.50%)	0.955
Mayor de 10000	24 (27.60%)	9 (34.60%)	0.489
Ocupación			
Ama de casa	8 (9.20%)	2 (7.70%)	0.813

Empleada	51 (58.60%)	15 (57.70%)	0.933
Profesionista	23 (26.40%)	7 (26.90%)	0.961
Técnica	5 (5.70%)	2 (7.70%)	0.718
Estado civil			
Soltera	21 (24.10%)	10 (38.50%)	0.151
Unión libre	28 (32.20%)	7 (26.90%)	0.611
Casada	26 (29.90%)	8 (30.80%)	0.931
Divorciada	12 (13.80%)	1 (3.80%)	0.163
Comorbilidades			
Tabaquismo	15 (17.20%)	5 (19.20%)	0.816
Alcoholismo	49 (56.30%)	13 (50.00%)	0.570
Diabetes	5 (5.70%)	1 (3.80%)	0.704
Hipertensión arterial sistémica	4 (4.60%)	1 (3.80%)	0.870
Enfermedad gastrointestinal	7 (8.00%)	0 (0.00%)	0.135
Enfermedad de tiroides	2 (2.30%)	0 (0.00%)	0.435
Enfermedad del hígado	1 (1.10%)	0 (0.00%)	0.583
Enfermedad del pulmón	0 (0.00%)	1 (3.80%)	0.066
Enfermedad inmunológica	0 (0.00%)	2 (7.70%)	0.009
Enfermedad psiquiátrica	1 (1.10%)	0 (0.00%)	0.583

* Prueba de Chi Cuadrada

Los factores que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres con violencia física y sin violencia física fueron: escolaridad de licenciatura (53.3% vs 81.0%, $p=0.020$) y enfermedad del pulmón (0.0% vs 4.8%, $p=0.036$).
(Cuadro 9)

Cuadro 9: Comparativo de violencia física con las características de las pacientes

	Con violencia física N=92 n (%)	Sin violencia física N=21 n (%)	Valor p*
Edad			
15 a 20 años	3 (3.3%)	1 (4.8%)	0.737
21 a 29 años	18 (19.6%)	3 (14.3%)	0.575
30 a 39 años	40 (43.5%)	14 (66.7%)	0.055
40 a 49 años	31 (33.7%)	3 (14.3%)	0.080
Escolaridad			
No sabe leer ni escribir	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0.631
Primaria	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0.495
Secundaria	13 (14.1%)	1 (4.8%)	0.240
Bachillerato	27 (29.3%)	3 (14.3%)	0.158
Licenciatura	49 (53.3%)	17 (81.0%)	0.020
Ingreso mensual			
Menos de 5000	31 (33.7%)	5 (23.8%)	0.380
5000 a 10000	37 (40.2%)	7 (33.3%)	0.559
Mayor de 10000	24 (26.1%)	9 (42.9%)	0.127
Ocupación			
Ama de casa	8 (8.7%)	2 (9.5%)	0.904
Empleada	56 (60.9%)	10 (47.6%)	0.266
Profesionista	23 (25.0%)	7 (33.3%)	0.435
Técnica	5 (5.4%)	2 (9.5%)	0.483
Estado civil			
Soltera	22 (23.9%)	9 (42.9%)	0.079
Unión libre	31 (33.7%)	4 (19.0%)	0.190
Casada	27 (29.3%)	7 (33.3%)	0.719
Divorciada	12 (13.0%)	1 (4.8%)	0.283
Comorbilidades			
Tabaquismo	16 (17.4%)	4 (19.0%)	0.858
Alcoholismo	52 (56.5%)	10 (47.6%)	0.459

Prevalencia de violencia en embarazadas

Diabetes	5 (5.4%)	1 (4.8%)	0.901
Hipertensión arterial sistémica	4 (4.3%)	1 (4.8%)	0.934
Enfermedad gastrointestinal	7 (7.6%)	0 (0.0%)	0.192
Enfermedad de tiroides	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0.495
Enfermedad del hígado	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0.631
Enfermedad del pulmón	0 (0.0%)	1 (4.8%)	0.036
Enfermedad inmunológica	1 (1.1%)	1 (4.8%)	0.249
Enfermedad psiquiátrica	1 (1.1%)	0 (0.0%)	0.631

* Prueba de Chi Cuadrada

No se hallaron factores que mostraran diferencias significativas entre mujeres con violencia sexual y mujeres sin violencia sexual que se mostraran estadísticamente significativos. (**Cuadro 10**)

Cuadro 10: Asociación de violencia sexual con las características de las pacientes

	Con violencia sexual	Sin violencia sexual	
	N=34	N=79	
	n (%)	n (%)	Valor p*
Edad			
15 a 20 años	1 (2.9%)	3 (3.8%)	0.821
21 a 29 años	5 (14.7%)	16 (20.3%)	0.487
30 a 39 años	16 (47.1%)	38 (48.1%)	0.919
40 a 49 años	12 (35.3%)	22 (27.8%)	0.429
Escolaridad			
No sabe leer ni escribir	1 (2.9%)	0 (0.0%)	0.126
Primaria	1 (2.9%)	1 (1.3%)	0.536
Secundaria	5 (14.7%)	9 (11.4%)	0.624
Bachillerato	11 (32.4%)	19 (24.1%)	0.359
Licenciatura	16 (47.1%)	50 (63.3%)	0.108
Ingreso mensual			
Menos de 5000	13 (38.2%)	23 (29.1%)	0.340
5000 a 10000	11 (32.4%)	33 (41.8%)	0.346
Mayor de 10000	10 (29.4%)	23 (29.1%)	0.975
Ocupación			
Ama de casa	5 (14.7%)	5 (6.3%)	0.150
Empleada	17 (50.0%)	49 (62.0%)	0.234
Profesionista	10 (29.4%)	20 (25.3%)	0.651
Técnica	2 (5.9%)	5 (6.3%)	0.928
Estado civil			

Prevalencia de violencia en embarazadas

Soltera	7 (20.6%)	24 (30.4%)	0.285
Unión libre	10 (29.4%)	25 (31.6%)	0.814
Casada	11 (32.4%)	23 (29.1%)	0.731
Divorciada	6 (17.6%)	7 (8.9%)	0.179
Comorbilidades			
Tabaquismo	6 (17.6%)	14 (17.7%)	0.992
Alcoholismo	17 (50.0%)	45 (57.0%)	0.495
Diabetes	2 (5.9%)	4 (5.1%)	0.859
Hipertensión arterial sistémica	1 (2.9%)	4 (5.1%)	0.615
Enfermedad gastrointestinal	3 (8.8%)	4 (5.1%)	0.447
Enfermedad de tiroides	1 (2.9%)	1 (1.3%)	0.536
Enfermedad del hígado	1 (2.9%)	0 (0.0%)	0.126
Enfermedad del pulmón	0 (0.0%)	1 (1.3%)	0.510
Enfermedad inmunológica	0 (0.0%)	2 (2.5%)	0.349
Enfermedad psiquiátrica	1 (2.9%)	0 (0.0%)	0.126

* Prueba de Chi Cuadrada

El único factor que mostró diferencias significativas con la violencia psicológica fue edad de 40 a 49 años (37.2% vs 18.6%, $p=0.036$). (**Cuadro 11**)

Cuadro 11: Asociación de violencia psicológica con las características de las pacientes

	Con violencia psicológica	Sin violencia psicológica	
	N=43	N=59	Valor p*
	n (%)	n (%)	
Edad			
15 a 20 años	1 (2.3%)	2 (3.4%)	0.753
21 a 29 años	8 (18.6%)	12 (20.3%)	0.828
30 a 39 años	18 (41.9%)	34 (57.6%)	0.116
40 a 49 años	16 (37.2%)	11 (18.6%)	0.036
Escolaridad			
No sabe leer ni escribir	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0.391
Primaria	2 (4.7%)	0 (0.0%)	0.094
Secundaria	6 (14.0%)	7 (11.9%)	0.755
Bachillerato	13 (30.2%)	15 (25.4%)	0.591
Licenciatura	22 (51.2%)	36 (61.0%)	0.321
Ingreso mensual			
Menos de 5000	13 (30.2%)	18 (30.5%)	0.976
5000 a 10000	16 (37.2%)	25 (42.4%)	0.599
Mayor de 10000	14 (32.6%)	16 (27.1%)	0.552
Ocupación			
Ama de casa	2 (4.7%)	8 (13.6%)	0.135
Empleada	27 (62.8%)	32 (54.2%)	0.388
Profesionista	12 (27.9%)	15 (25.4%)	0.779
Técnica	2 (4.7%)	4 (6.8%)	0.652
Estado civil			

Prevalencia de violencia en embarazadas

Soltera	10 (23.3%)	17 (28.8%)	0.530
Unión libre	15 (34.9%)	18 (30.5%)	0.641
Casada	13 (30.2%)	17 (28.8%)	0.877
Divorciada	5 (11.6%)	7 (11.9%)	0.971
Comorbilidades			
Tabaquismo	9 (20.9%)	10 (16.9%)	0.610
Alcoholismo	20 (46.5%)	34 (57.6%)	0.267
Diabetes	3 (7.0%)	3 (5.1%)	0.688
Hipertensión arterial sistémica	3 (7.0%)	2 (3.4%)	0.407
Enfermedad gastrointestinal	1 (2.3%)	3 (5.1%)	0.478
Enfermedad de tiroides	0 (0.0%)	2 (3.4%)	0.223
Enfermedad del hígado	0 (0.0%)	1 (1.7%)	0.391
Enfermedad del pulmón	1 (2.3%)	0 (0.0%)	0.239
Enfermedad inmunológica	1 (2.3%)	1 (1.7%)	0.821
Enfermedad psiquiátrica	1 (2.3%)	0 (0.0%)	0.239

* Prueba de Chi Cuadrada

DISCUSIÓN

La violencia de pareja se presentó en el 76.99% de mujeres embarazadas, de los tipos de violencia se presentaron de mayor a menor frecuencia: violencia física (81.42%), violencia psicológica (42.16%) y por último violencia sexual (30.09%). Lo que representa porcentajes muy superiores a lo reportado en diversos estudios: Jungari et al. describió que el 15.6% de las mujeres encuestadas admitieron que se han enfrentado a la violencia de cualquier forma durante su último embarazo. Aunque el 9.2% dijo que era violencia física, el 1.8% informó violencia sexual, el 11.2% violencia psicológica y el 5% informó violencia de cualquier otra forma. Bajo el comportamiento de violencia psicológica por parte del esposo, el 8.6% de las mujeres reportaron insultos o acciones agonizantes, 5.6% de las mujeres dijeron que su esposo las humillaba, 2.6% dijo que su esposo las asustaba, 1.8% reportaron haber sido amenazadas y alrededor del 7.4% reportaron violencia psicológica de otras formas. Con respecto a la violencia física, el 4.6% de las mujeres encuestadas experimentó violencia física en forma de empujones. Alrededor del 7.8% experimentó bofetadas o que les arrojaron algo con la intención de que su marido les hiciera daño; el 3.8% de las mujeres recibió patadas, tirones o golpes; 1.6% de casos de empujones o quemaduras; 0.2% informó haber sido herida con cuchillo o pistola; y aproximadamente el 2.2% de las mujeres dijeron que enfrentaron violencia física de alguna manera diferente a las mencionadas anteriormente. En violencia sexual, el 1% de las encuestadas informó haber sido sometidas a relaciones sexuales por parte de su esposo sin consentimiento o sexo forzado, el 0.8% tuvo que tener relaciones sexuales con su esposo bajo la intimidación del esposo y el 0.2% dijo que su esposo les pidió que hicieran algo indecente. Se informó que un 0.8% de las mujeres también habían sufrido violencia sexual en otras formas.²²

La amplia diferencia en las frecuencias reportadas radica en el ambiente sociocultural donde se realizan los estudios, ya que existen diferencias muy marcadas entre países del primer mundo y los del tercer mundo como es el nuestro;

en nuestra cultura se promueve la superioridad masculina; lo que implica comportamientos violentos que son normalizados desde la infancia.

Los factores que mostraron asociación diferencia significativa entre mujeres con violencia de pareja y sin violencia de pareja fueron: escolaridad de bachillerato (31.0%, $p=0.048$), escolaridad de licenciatura (52.9%, $p=0.029$). Para los subtipos de violencia mostraron diferencia significativa con la violencia física fue: escolaridad de licenciatura (53.3%, $p=0.020$); el único factor que mostró diferencia significativa con la violencia psicológica fue edad de 40 a 49 años (37.2%, $p=0.036$). Respecto a lo cual existen estudios que han reportado hallazgos parecidos al del presente estudio. Los resultados descritos por Almeida et al. demuestran que las mujeres embarazadas que experimentan violencia doméstica pertenecen mayormente al grupo de edad más joven (≤ 30 años) (46.6%). La violencia física grave (9.1%) y la violencia psicológica grave (19.4%) ocurre principalmente en mujeres ≤ 30 años, mientras que la violencia física leve (12.2%) y la violencia psicológica leve (26.4%) ocurre principalmente con mujeres mayores de 30 años.²³

En otro estudio, Finnbogadóttir et al. encontró que las mujeres con un nivel educativo bajo tenían 3.1 veces más probabilidades de informar haber estado expuestas a la violencia doméstica durante el embarazo ($p = 0.016$). Las mujeres que vivían solteras o separadas tenían 17.9 veces más probabilidades de informar sobre la exposición a la violencia doméstica durante el embarazo ($p < 0.001$). Además, las mujeres en una situación de dificultades económicas tenían 3.7 veces más probabilidades de estar expuestas a la violencia doméstica durante el embarazo ($p = 0.014$).²⁴

A pesar de no hallarse en el presente estudio como factores con diferencias estadísticamente significativas a la violencia en la mujer embarazada, se hace mención de los hallazgos de Ashenafi et al. donde el hábito de beber alcohol de las mujeres durante el embarazo se asoció significativamente con todas las formas de violencia, excepto el tipo físico. Las mujeres que no tenían el hábito de beber alcohol experimentaron un 47% menos de violencia psicológica (tasa ajustada de prevalencia = 0.53; IC del 95%: 0.29, 0.99), un 75% menos de violencia sexual (tasa

ajustada de prevalencia = 0.25; IC del 95%: 0.12, 0.57) y un 45% menos violencia de pareja general (tasa ajustada de prevalencia = 0.55; IC del 95%: 0.35, 0.87) en comparación con las mujeres con un hábito frecuente de beber alcohol.²⁵

Fekadu et al reportó que la ocupación de la mujer fue uno de los factores asociados con la violencia. Por lo tanto, la probabilidad de violencia doméstica durante el embarazo fue tres veces mayor entre las amas de casa en comparación con las mujeres empleadas. Las posibles explicaciones podrían ser el hecho de que la mayoría de las amas de casa no completaron la educación superior y se quedaron en casa realizando actividades domésticas que las hicieron más dependientes de sus maridos. Prueba de ello es el hecho de que las mujeres sin educación tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir violencia durante el embarazo que las mujeres con más de educación secundaria. Mientras el marido sea la fuente económica de la familia, las amas de casa siguen siendo más vulnerables, menos autónomas y económicamente más dependientes de sus maridos, lo que genera desacuerdos y diferentes formas de violencia.²⁶

Como puede observarse aún no ha sido posible determinar factores que muestren diferencias significativas a la violencia en el embarazo, lo que queda claro que esta es una población altamente vulnerable que requiere de acciones concretas para disminuir las prevalencias altas de violencia de pareja. Bacchus, Bewley y Fernández encuestaron a clínicas de salud en Europa para obtener una "mejor respuesta clínica" a la violencia y encontraron varias características importantes de las mejores respuestas que incluían: 1) liderazgo comprometido, 2) capacitación regular con asistencia obligatoria que incluya a personal de la recepción así como a los proveedores de atención médica; 3) el uso del modelo de preparación de formadores para que personal capacitado en el lugar esté disponible para la formación continua y 4) una vía de derivación clara.²⁷

CONCLUSIONES

La violencia de pareja se presentó en el 76.99% de mujeres embarazadas, de los tipos de violencia se presentaron de mayor a menor frecuencia: violencia física (81.42%), violencia psicológica (42.16%) y por último violencia sexual (30.09%). Mientras que los factores que mostraron asociación significativa con la violencia de pareja fueron: escolaridad de bachillerato y de licenciatura. Para los subtipos de violencia mostraron diferencias significativas con la violencia física: escolaridad de licenciatura (53.3%, $p=0.020$); el único factor que mostró diferencia significativa con la violencia psicológica fue la edad de 40 a 49 años (37.2%, $p=0.036$).

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.

RECOMENDACIONES

La violencia intrafamiliar es un tema de difícil abordaje para el Médico Familiar, y la escasa o nula información que se tiene de cómo tratar, orientar, atender o ayudar a una paciente embarazada que se encuentre en esta situación, ha ocasionado que se tenga un bajo registro de los casos detectados; normalmente esta fuera del ámbito de las políticas educativas, y los planes de estudio no se adentran ni profundizan acerca del tema, por lo que se entiende que el médico actúe cuidadosamente y prefiera no involucrarse en cuestiones legales.

El Médico Familiar podría desempeñar un papel fundamental al detectar a las mujeres afectadas por esta situación, y esto conllevaría a facilitar la atención, el tratamiento y el apoyo necesario y oportuno, ya sea de forma institucional o buscar alguna ayuda externa para prevenir complicaciones en el embarazo, hasta la muerte perinatal. Por tal motivo la actuación pertinente del médico tendría un fuerte y valioso impacto sobre la calidad de vida de las mujeres que acuden a recibir un servicio de salud, disminución de complicaciones perinatales, y sobre todo se podría intervenir para la prevención y la transmisión generacional de la violencia intrafamiliar.

Por tal motivo, dentro de la atención prenatal, se recomienda detectar de forma oportuna la violencia durante el embarazo, al menos 4 veces: en la primera visita, en el segundo y tercer trimestre y en el puerperio. Se sugiere se realice el interrogatorio a solas, con la paciente, en un clima de confianza, y sobre todo asegurándole la confidencialidad de la información aportada, si en ese momento la paciente no desea responder, se debe de transmitir la posibilidad de reinterrogar y responder en cualquier otro momento del embarazo.

Se le sugiere al Médico Familiar que durante la entrevista a una mujer embarazada víctima de violencia favorezca una escucha activa, mostrarle empatía, respeto y neutralidad, aceptar su relato, favorecer a la paciente para que exprese sus experiencias, evitar actitudes de revictimización, no se debe de culpabilizar,

asegurarle la confidencialidad de la situación, no minimizar los hechos ni la importancia de la violencia, respetar sus decisiones, y transmitirle que la violencia de género es inaceptable y se convierte en un delito.

Se recomienda evitar presionar a la mujer para que hable, plantearle preguntas que la hagan sentir culpable o la bloquen, crearle falsas expectativas sobre una fácil solución del problema, realizarle preguntas sobre la violencia delante de otras personas.

Los profesionales sanitarios deben de estar atentos a los probables signos de sospecha ante una mujer embarazada que sufre violencia, actitudes como son: discordancia entre el relato del incidente y el tipo de lesión, retraso al solicitar asistencia médica, presencia de lesiones durante el embarazo o aborto espontáneo que no coincidan con el mecanismo de acción, que la embarazada se muestre temerosa con sentimientos de culpa o vergüenza, que las explicaciones que emite son confusas o contradictorias, actitud defensiva o evitar contacto visual, identificar situaciones como antecedentes de interrupciones de embarazo o abortos espontáneos, lesiones y complicaciones durante el embarazo sin explicaciones lógicas, antecedentes de bajo peso al nacimiento o partos pretérminos, infecciones vaginales, urinarias y de transmisión sexual.

Es fundamental identificar algunos hábitos como consumo de tabaco, alcohol o sustancias tóxicas, intento o autolisis durante el embarazo, control del embarazo tardío o deficiente, visitas frecuentes al servicio de urgencias, ingresos frecuentes hospitalarios, desnutrición, interrogar sobre embarazo no deseado o no planificado, dificultad para asumir el rol de madre, depresión, ansiedad. Observar cómo se comporta la pareja, la mayoría suele acompañar siempre a la víctima y mostrarse preocupado o de lo contrario menospreciar la situación, o es demasiado atento y responde al interrogatorio directo, controla los medicamentos, procura no dejar sola a la embarazada en ningún momento y sobre todo vigilar el lenguaje no verbal, que puede mostrar poder y control, sobre la mujer.

No olvidar que, en la atención, la aportación de información y recursos, así como la derivación oportuna en los casos necesarios, son funciones sumamente importantes del personal de salud que otorga la consulta médica para ofrecer la atención integral de mujeres que sufren violencia de género.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montero A. Violencia sexual y embarazo producto de violación. Universidad de Chile. [Internet] 2015 [citado en 2019 octubre 12]: 23. Disponible en:<http://web.uchile.cl/archivos/VEXCOM/ParirLasHablas/files/assets/common/downloads/page0024.pdf>
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Violencia sexual contra las mujeres en el seno de la pareja conviviente. Dirección de Estadística. [Internet] 2006 [citado en 2019 octubre 12]: 1 – 16. Disponible en:http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100790.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. OMS. [Internet] 2014 [citado en 2019 octubre 12]: 1 – 28. Disponible en:<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr1310/es/>
4. Cortés N. Violencia en gestantes en Colombia: evidencias de la vigilancia de la violencia de género, 2012 – 2017. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. [Internet] 2018 [citado en 2019 octubre 12]; 23 (7): 69 – 84. Disponible en:<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2023%202018%20num%207.pdf>
5. Estefó S., mendoza S., Sáez K. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. RevChilObstetGinecol. [Internet] 2014 [citado en 2019 octubre 12]; 79(5): 396 – 407. Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500007
6. Guía Para la Prevención y Respuesta. Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. [Internet] 2003 [citado en 2019 octubre 12]: 1 – 158. Disponible en:<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3667.pdf>

7. Castro R., Ruiz G., Arenas M., Juárez S., Martínez N. Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad. Papeles de Población. [Internet] 2002 [citado en 2019 octubre 12]; 8 (31): 243 – 266. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252002000100011
8. Villaseñor M., Laureano J., Mejía M., Valadez I., Márquez J., González J. Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet] 2014 [citado en 2019 octubre 12]; 32(2): 9 – 16. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a02.pdf>
9. Pérez M., López G., León A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediátrica de México. [Internet] 2008 [citado en 2019 octubre 12];29 (5): 267 – 272. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm085e.pdf>
10. Cuevas S., Blanco J., Juárez C., Palma O., Valdez R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Publica Mex. [Internet] 2006 [citado en 2019 octubre 12];48 (2):239 – 249. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800004
11. Castro F., Place J., Hinojosa N., Billings D. Violencia de pareja durante el embarazo y depresión postnatal: prevalencia y asociación en mujeres mexicanas. Instituto Nacional de Salud Pública. [Internet] 2014 [citado en 2019 octubre 12]; 13 – 22. Disponible en:https://www.researchgate.net/publication/280086687_Violencia_de_pareja_durante_el_embarazo_y_depresion_postnatal_prevalencia_y_asociacion_en_mujeres_mexicanas
12. Núñez H., Monge R., Gríos C., Elizondo A., Rojas A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. RevPanam Salud Publica/Pan

- Am J PublicHealth. [Internet] 2003 [citado en 2019 octubre 12]: 14(2): 75 – 83. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8338?locale-attribute=es>
13. Arrom c., Routi M., Samudio M., Orue E., Arrom C. Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.[Internet] 2015 [citado en 2019 octubre 12]; 13(3):82 – 87. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n3/v13n3a22.pdf>
 14. Mezey G., Bacchus L., Bewley S., White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Internet] 2005 [citado en 2019 octubre 12]; 112: 197 – 204. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663584>
 15. Santos R., Matias M., Camargo C., Pereira N., Freire N., Diniz A. Sexualidad, embarazo y violencia doméstica: Experiencias de adolescentes brasileñas. IndexEnferm (Gran).[Internet] 2014 [citado en 2019 octubre 12]; 23(3):139 – 143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200005
 16. Flores K. Violencia sexual y embarazo infantil en México: Un problema de salud pública y derechos humanos. Ipas México. [Internet] 2017 [citado en 2019 octubre 12]: 1 – 60. Disponible en: <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf>
 17. Gómez M., Goberna J., Paya M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. Matronas Prof. [Internet] 2015 [citado en 2019 octubre 12]; 16(4): 124 – 130. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibl-deteccion-de-la-violencia-embarazo.pdf>
 18. Rodríguez A., Fuentes Y. Detección de violencia y factores asociados en embarazadas en primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis. [Internet] 2015 [citado en 2019 octubre 12]: 1 – 31. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Angelica.pdf>

19. Afanador M., Caballero M. La violencia sexual contra las mujeres. Un enfoque desde la criminología, la victimología y el derecho. Reflexión Política. [Internet] 2012 [citado en 2019 octubre 12]: 14 (27): 122 – 133. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11023066009>
20. Castro R., Ruiz G., Arenas M., Juárez S., Martínez N. Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad. Papeles de Población. [Internet] 2002 [citado en 2019 octubre 12; 31: 243 – 266. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252002000100011
21. Ruiz I., Bermudez C., Plazaola J. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Unidad de apoyo a la investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública Universidad. [Internet] Disponible https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/pla_nCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf
22. Jungari S, Chinchore S. Perception, Prevalence, and Determinants of Intimate Partner Violence During Pregnancy in Urban Slums of Pune, Maharashtra, India. Journal of Interpersonal Violence 2020; 10.1177/0886260520914548. Disponible: <https://doi.org/10.1177/0886260520914548>
23. Almeida FSJ, Coutinho EC, Duarte JC, et al. Domestic violence in pregnancy: prevalence and characteristics of the pregnant woman. J Clin Nurs 2017; 26(15-16):2417-2425. Disponible: <https://doi.org/10.1111/jocn.13756>
24. Finnbogadóttir H, Dykes AK, et al. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. BMC Pregnancy and Childbirth 2016; 16:228. Disponible: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>
25. Ashenafi W, Mengistie B, et al. Prevalence and Associated Factors of Intimate Partner Violence During Pregnancy in Eastern Ethiopia. International Journal of Women's Health 2020; 12:339–358. Disponible: <https://doi.org/10.2147/ijwh.s246499>

26. Fekadu E, Yigzaw G, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Women's Health 2018; 18:138. Disponible: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0632-y>
27. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE. Intimate Partner Violence and Pregnancy: Screening and Intervention. Am J Obstet Gynecol 2017; 217(2):145-149. Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043>

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de Identificación



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Prestaciones Medicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 17
Cedula de Recolección de datos

“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDENA CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 17”

Nombre o
Iniciales:

FOLIO: Edad: años

Escolaridad.

No sabe leer Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura
ni escribir

Ingresos mensuales: Menor de 5000 a Mayor a
5000 10000 10000

Ocupación:

Estado Civil: Soltera Casada Unión libre Divorciada

Tabaquismo:
Edad de

Alcoholismo.
Edad de

inicio y cuantos cigarros al día.	<input type="text"/>	inicio, cada cuanto, ¿y llega a la embriaguez?	<input type="text"/>			
Comorbilidades:	Diabetes, Edad de inicio, y tratamiento actual.	<input type="text"/>	Hipertensión arterial, Edad de inicio y tratamiento.	<input type="text"/>	Otra, Edad de inicio y tratamiento actual	<input type="text"/>

Dra. Diana Angélica Jiménez Hernández
Médico Residente de Medicina Familiar

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°	Cuestionario V.E.	VALOR
1.	<p>En alguna ocasión ¿Ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para Usted?</p> <p>1. SI 2. NO</p>	
2.	<p>En alguna ocasión ¿Le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o le han causado algún daño emocional?</p> <p>1. SI 2. NO Si la respuesta es sí:</p> <p>¿Quién lo hizo?:</p> <p>1. Marido/pareja masculina 2. Ex marido/Ex pareja masculina 3. Novio 4. Exnovio 5. Otro Especifique:</p> <p>¿Cuándo?</p> <p>1. Durante el embarazo 2. En el último año antes del embarazo 3. Otro, Especificar....</p> <p>¿Con que frecuencia?</p> <p>1. Raras veces 2. Algunas 3. Frecuentemente 4. Muy frecuente</p>	
3.	<p>En alguna ocasión ¿Le ha empujado, golpeado, abofeteado, dado patadas, o causado algún daño físico?</p> <p>1. SI 2. NO Si la respuesta es sí:</p> <p>¿Quién lo hizo?:</p> <p>1. Marido/pareja masculina 2. Ex marido/Ex pareja masculina 3. Novio 4. Exnovio 5. Otro, Especificar</p> <p>¿Cuándo?</p> <p>1. Durante el embarazo 2. En el último año antes del embarazo 3. Otro, especificar.....</p> <p>¿Cuántas veces?.....</p> <p>¿En qué parte del cuerpo?.....</p> <p>Severidad.....</p> <p>Valorar Severidad</p> <p>1.- Bofetadas. Empujones sin heridas ni dolor permanente.</p> <p>2.- Puñetazos, patadas, magulladuras, heridas o dolor prolongado.</p> <p>3.- Dar una paliza, contusiones severas, quemaduras, fractura de huesos.</p> <p>4.- Heridas en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes.</p> <p>5.- Uso de armas, heridas con arma.</p>	
4.	<p>En alguna ocasión ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?</p> <p>1. SI 2. NO Si la respuesta es sí:</p> <p>¿Quién lo hizo?:</p> <p>1. Marido/pareja masculina 2. Ex marido/Ex pareja masculina 3. Novio 4. Exnovio 5. Otro, Especificar</p> <p>¿Cuándo?</p>	

1. Durante el embarazo 2. En el último año antes del embarazo 3. Otro, Especificar.... ¿Cuántas veces?
5. Si ha respondido Si a una de las 3 preguntas anteriores ¿Tiene Usted miedo de su pareja o de algunas de las personas nombradas arriba? 1. SI 2. NO

A continuación, se rellena el cuestionario ISA. Si responde que si a una de las tres primeras preguntas, o en el cuestionario ISA se identifica que sufre maltrato, conteste las siguientes preguntas del cuestionario sobre la persona que ejerce violencia.

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTE
1.- Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo, me hace sentir que no valgo para nada o que no hago nada bien).	1	2	3	4	5
2.- Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3.- Mi pareja se enfada o se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	1	2	3	4	5
4.- Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con lo que no disfruto.	1	2	3	4	5
5.- A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que debería estarlo.	1	2	3	4	5
6.- Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo, vecinos o personas de trabajo).	1	2	3	4	5
7.- Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
8.- Mi pareja dice que soy fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
9.- Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mi sin él.	1	2	3	4	5
10.- Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
11.- Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
12.- Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
13.- Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo, un cuchillo).	1	2	3	4	5
14.- Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
15.- Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo, en ropa, teléfono, etc.).	1	2	3	4	5

Prevalencia de violencia en embarazadas

16.- Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo, me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.).	1	2	3	4	5
17.- Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
18.- Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	1	2	3	4	5
19.- Mi pareja cree que no debería de trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
20.- Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
21.- Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo, mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).	1	2	3	4	5
22.- Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
23.- Mi pareja me chila o me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
24.- Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
25.- Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	1	2	3	4	5
26.- Mi pareja es mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
27.- Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
28.- Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
29.- Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5
30.- Mi pareja me trata como si quisiera matarme.	1	2	3	4	5



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 17”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Unidad de Medicina Familiar No. 17
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La finalidad de realizar este estudio es poder determinar si las mujeres que se encuentran embarazadas sufren de violencia.
Procedimientos:	La información se obtendrá por medio de la entrevista directa del investigador, y la revisión de su expediente clínico. Solo tendrá que llenar unas simples preguntas.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Aportar información para identificar la existencia de violencia en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal, en caso de que se identifique usted podrá tener asesoría psicológica con un psicólogo(a) clínico(a) y/o legal a través del acompañamiento por una trabajadora social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse en el momento que le desee, sin que repercuta en su evolución clínica ni el tratamiento de su embarazo. Al mismo tiempo acepta participar sin fines de lucro.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos son confidenciales, y su uso es estrictamente para la investigación, los cuales no se usarán ni se publicarán en ningún medio físico y/o electrónico. En caso de que usted manifieste que sí hubo o hay violencia por parte de algún integrante de su familia hacia usted durante el tiempo que lleva embarazada, se le podrá canalizar para apoyo psicológico y legal, solamente si usted desea proceder.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo participar en este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica por el tipo de estudio,
Beneficios al término del estudio:	Aportar información para la identificación de los casos de mujeres embarazadas que sufren de violencia

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

Investigador Responsable: Dra. Diana Angélica Jiménez Hernández *

Colaboradores: Dr. Francisco Hernández Pérez**

*Unidad de Medicina Familiar. UMF No. 17. Dirección: Calzada Legaria 354 Colonia Pensil Miguel Hidalgo CP 11470. Tel: 53993088. Correo electrónico: dradianajimenez@hotmail.com

** Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. CMN SIGLO XXI. Dirección: Avenida Cuauhtémoc S/N Colonia Doctores Cuauhtémoc CP 06720, Tel:5543438657. Correo electrónico: francisco.hdez@imss.gob.mx

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013