

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**TESIS**

**ASOCIACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA Y DAÑOS DE SALUD EN  
EMBARAZADAS**

**Que para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud con  
énfasis en Salud Pública e Investigación presenta:**

**M. C. NORA ELENA SOSA BERMÚDEZ**

DIR. DE TESIS: D en C SERGIO MUÑOZ JUÁREZ

ASESORA: M en C ROSA MA. ORTÍZ ESPINOSA  
M en C ROSARIO VALDÉZ SANTIAGO

MARZO 2011

## **AGRADECIMIENTOS**

**Quiero agradecer a mi esposo e hijos por impulsarme a continuar en el camino del aprendizaje y apoyarme en cumplir mis sueños.**

**A mis padres porque me enseñaron el valor de la tenacidad y la constancia para no dejar de luchar hasta lograr los objetivos y metas que me voy trazando en la vida.**

**A mis compañeros de trabajo que me brindaron la facilidad para cumplir con el programa, a los que me proporcionaron la información y me acompañaron durante todo el proceso hasta cumplir con los objetivos del mapa curricular.**

**A mis compañeros de aula y académicos por compartir sus conocimientos y experiencias, gracias a ello pude profundizar en el redescubrimiento de la medicina sanitaria tomada de la mano con la investigación.**

ÍNDICE	6
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>2. ANTECEDENTES</b>	8
2.1. Panorama Epidemiológico Mundial	10
2.2. Panorama Epidemiológico Nacional	14
2.3. Panorama Epidemiológico Estatal	15
<b>3. MARCO CONCEPTUAL</b>	17
3.2 Violencia de Pareja y Embarazo	20
3.3 Convenios y Tratados Internacionales en Pro de la Erradicación de la Violencia hacia las mujeres	22
3.4 Legislación Nacional	24
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	26
<b>5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	26
5.1 Enunciado del problema	27
5.2 Pregunta de Investigación	28
5.3 Justificación	29
5.4 Objetivos	30
5.5 Hipótesis	31
<b>6. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	33
6.1 Diseño del estudio	33
6.2 Ubicación espacio – temporal	34
6.3 Selección de la población de estudio: criterios de elegibilidad, de exclusión y eliminación	35
6.4 Muestra: determinación del tamaño muestral	36
6.5 Muestreo: diseño muestral	37
6.6 Fuentes, técnicas e instrumentos de obtención de información	38
6.7 Operacionalización de las variables, definición conceptual y operacional	39
6.8 Ruta Crítica	40
6.9 Plan de Análisis	41
<b>7. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD</b>	42
<b>8. CRONOGRAMA</b>	43
<b>9. RECURSOS SEGÚN TIPO</b>	44
	44

	39
<b>10. RESULTADOS</b>	67
<b>11. DISCUSION</b>	68
<b>12. LIMITACIONES</b>	69
<b>13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	72
<b>14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	75
<b>15. ANEXOS</b>	

## ASOCIACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA Y DAÑOS DE SALUD EN EMBARAZADAS

### RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la asociación entre la violencia de pareja y los daños a la salud de las embarazadas que asistieron a control prenatal en el primer nivel de atención en 12 municipios de los Servicios de Salud de Hidalgo en el período noviembre del 2008 a abril del 2009. **Material y Métodos.-** Se realizó estudio epidemiológico transversal analítico con muestreo probabilístico aleatorio sistemático. Se llevó a cabo en los Centros de Salud de los Servicios de Salud, en 12 municipios. El análisis de información se inició con la obtención de estadísticos descriptivos para estimar prevalencias y variables de resultado. Se exploró la asociación entre las variables de exposición de significancia estadística (Chi cuadrado de Pearson). Las medidas de asociación que se obtuvieron son la Razón de Prevalencia, con intervalos de confianza al 95% **Resultados.-** El 31.5% de la población de estudio fue de 15 a 19 años, 39.5% contaba con secundaria completa, 91% estaba casada o en unión libre. 80% se dedicaba al hogar. 29% de las mujeres informaron que fueron violentadas en su niñez, 30% de las parejas fueron golpeados en su infancia. 53% declararon que en los últimos 12 meses fueron víctimas de algún tipo de violencia ejercida por su pareja: Psicológica 53%, Física 10%, Económica 8.0% y Sexual 5.1%. Mientras que durante el embarazo se encontró: Psicológica 52.6%, Física 16.5%, -Sexual 5.1% y Económica 25.4%. De la asociación de la psicológica con daños a la salud física y mental, se encontró que todas tuvieron significancia estadística ( $p < .001$ ), la asociación con depresión fue de 25 veces más de probabilidad (RP 1.25; IC95% 1.18-1.32), problemas nerviosos 16 veces más (RP 1.16; IC95% 1.10-1.21), falta de apetito 15.5 veces más (RP 1.15; IC95% 1.09-1.21) y han pensado quitarse la vida 9 veces más (RP 1.09; IC95% 1.04-1.14). En la psicológica se encontró asociación con amenaza de aborto 13.7% más probabilidad (RP 1.13; IC95% 1.08-1.18) en el resto no hubo asociación. En la física la asociación fue con depresión 28 veces más (RP 1.28;

IC95%1.21-1.35), problemas para dormir 20 veces más (RP1.20; IC95% 1.13-1.26), angustia 19% más de probabilidad (RP1.19.; IC95%1.13-1.25) y han pensado quitarse la vida 11 veces más (RP 1.11; IC95%1.06-1.16). Además se encontró asociación con: moretones 3 veces más (RP 1.03;IC95%1.00-1.05), amenaza de aborto 2 veces más (RP 1.02; IC95%.99-1.04) para el resto de los daños a la salud no hubo asociación. En la Sexual tuvo asociación con depresión 31 veces más (RP 1.31;IC95%1.24-1.39), problemas para dormir 22 veces más (RP 1.22;IC95%1.15-1.29), angustia 22 veces más (RP1.22;IC95%1.15-1.29), ha intentado quitarse la vida 12 veces más (RP1.12;IC95%1.08-1.16); así mismo se encontró: moretones 6 veces más (RP1.06%;IC95%1.02-1.10), amenaza de aborto 4 veces más (RP1.04; IC95%1.01-1.07) y sangrado transvaginal 3 veces más (RP 1.03;IC95%1.00-1.05). **Conclusiones:** La violencia de pareja en las mujeres embarazadas estuvo presente en los 4 tipos (psicológica, física, sexual y económica). La asociación estuvo presente en los daños a la salud emocional. No se encontró asociación con los daños a la salud física comúnmente identificadas en las embarazadas.

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia familiar es un problema social que involucra diversas esferas como son los derechos humanos, la justicia social, la legal y la de salud pública, afecta los espacios vitales de hombres y mujeres que deriva de un aprendizaje que se da en el hogar, en la escuela a través de los medios de comunicación y en la calle; ocurre en todas las culturas, en todas las clases sociales, en cualquier edad y en todas las etapas de la vida.

La violencia de pareja es reconocida como un problema de salud pública en el mundo, en México y en el estado de Hidalgo al igual que en muchos países su incorporación en la agenda pública ha sido producto de un largo recorrido que parte de la denuncia, sobre todo la realizada por parte de las organizaciones civiles, sin embargo después de muchos tropiezos jurídicos, legales y socioculturales se ha logrado que la población vea en la violencia un problema que afecta la salud.

Es un problema muy complejo de gran magnitud. Está mediada por relaciones entre los géneros que se constituyen y materializan en formas de ejercicio de poder, siempre en contextos sociales de desigualdad que atentan contra la integridad de las mujeres y favorecen la subordinación y control por parte de los varones.

Las mujeres son con frecuencia víctimas de golpes y abusos sexuales a manos de sus parejas, familiares, vecinos y desconocidos. Sin embargo, se destaca que la mayor parte de los actos violentos no son mortales, sino que tienen como consecuencia inmediata, lesiones físicas y emocionales que pueden transformarse en trastornos mentales, problema de salud

reproductiva, entre los que destacan las infecciones de transmisión sexual. El patrón de maltrato continuo puede producir discapacidades físicas o mentales permanentes.

El embarazo no resguarda a las mujeres contra la violencia de pareja, por el contrario constituye un período de alto riesgo para que aparezca o se incremente en una relación ya abusiva<sup>1</sup>.

Este estudio pretende llenar uno de los tantos vacíos, buscando determinar la asociación entre la violencia de pareja y los daños a la salud de las mujeres embarazadas que acuden a los Servicios de Salud de Hidalgo.

## **2. ANTECEDENTES**

La violencia es un fenómeno social que está crecientemente presente en las preocupaciones y actividades de diversos actores sociales. Sin embargo la sociedad civil ha sido, pionera en la lucha contra la violencia en el mundo entero. El movimiento de las mujeres fue el primer denunciante de la violencia familiar y de género, empeñadas en visibilizar la magnitud y la crueldad del abuso silenciado por el simple hecho de que ocurre en el ámbito de lo “privado”, pero en realidad esconde la discriminación hacia las mujeres, los niños y niñas sometidos en un mundo patriarcal al abuso de los hombres y los adultos.<sup>2</sup>

En México se han realizado crecientes esfuerzos desde la academia, la sociedad civil, y más recientemente, desde el quehacer público, para darle al problema de la violencia la relevancia que tiene y para buscar en conjunto soluciones que permitan en el corto y mediano plazos reducir su prevalencia y atender integralmente las consecuencias que produce en las distintas esferas de la vida de las personas afectadas, y en el largo plazo, eliminarla como forma de relación social entre los integrantes de la comunidad nacional.<sup>2</sup>

Es importante destacar que no puede atribuirse la violencia a las mujeres en las relaciones de pareja a patologías individuales o desórdenes psíquicos; ni al alcoholismo, el desempleo,



la pobreza o el hacinamiento son causas directas de la violencia, sino únicamente condiciones asociadas a su ejercicio, aparición, mantenimiento o intensidad.<sup>3</sup>

## 2.1. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL

El Banco Mundial estimó que anualmente hay nueve millones de dólares de vida saludable perdidos en el mundo por concepto de violaciones y violencia de pareja.<sup>4</sup> En una revisión realizada por la OMS (2005) de los estudios entre las diferentes naciones sobre mujeres que declaran haber sido agredidas físicamente por una pareja íntima, se mostraron cifras del 5.1% de las mujeres en Filipinas, 12.6% en Suiza, 19.3% en Colombia, 20.8% en los Países Bajos, 22.1% en EE.UU, 29% en Canadá, 34.4% en Egipto, 47% y 67% respectivamente en poblados de Bangladesh y Papúa Nueva Guinea.<sup>5</sup> La tasa de mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquellas de 20 a 29 años<sup>6</sup>.

Para las mujeres europeas de 16 a 44 años, la violencia en el ámbito familiar es la primera causa de lesiones y muerte, entre el 25% y el 50% son víctimas de esta violencia, más letal que los accidentes de tráfico y el cáncer,. En Portugal el 52.8% dicen que han sido tratadas con violencia por sus esposos o parejas, en Alemania, tres mujeres de cada cuatro mueren en manos de hombres con los que vivían, mientras que en Gran Bretaña, una mujer muere en circunstancias semejantes cada tres días, en España la razón es de una a cuatro. En Francia seis mujeres mueren por esta causa al mes, de las cuales 33% son heridas por arma blanca, 33% mueren por arma de fuego, 20% por estrangulamiento y 10% por golpes.<sup>5</sup>

Un equipo internacional durante 8 años ha entrevistado a 24,000 mujeres de 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Perú, Namibia, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República de Tanzania) encontraron que en la mayoría de los casos los maridos y los compañeros sentimentales son los principales agresores.

De las consultas médicas proporcionadas a mujeres en Japón el 13% y en Perú el 61% de las consultas sufrieron abusos a manos del hombre con el que convivían, la cifra aumenta al 75% cuando se alude a vejaciones emocionales y psicológicas, cuyos efectos, según muchas víctimas, son aún más difíciles de superar. Entre el 55% y el 94% de las mujeres maltratadas jamás reciben ningún tipo de ayuda.<sup>7</sup>

En Estados Unidos entre el 8% y 20% de las mujeres son víctimas de violencia, el maltrato físico es el más frecuente en las mujeres blancas, con tasas de malos tratos de 3.5 veces más con respecto a las de raza negra o hispanoamericanas. El lugar de las lesiones más comunes se producen en zonas tales como cabeza, cara, abdomen y región genital, las cuales pueden llevar a complicaciones graves y potencialmente mortales como contusiones, fracturas, ruptura de bazo, de hígado o de útero<sup>8</sup>

En un estudio realizado en México por International Projects Assistance Services (IPAS México) encontraron que la violencia durante el embarazo produce consecuencias entre el 3.9% al 26% de los nacimientos y provoca complicaciones en las mujeres.

La violencia producida antes del embarazo, puede llevar a un incremento de embarazos no deseados, mientras que la infringida en las primeras etapas de gestación tiende a provocar conductas negativas tales como fumar o ingerir alcohol, de las embarazadas maltratadas tuvieron 2.7 veces más probabilidad de presentar infecciones renales y 1.5 veces más de llegar a cesárea, de los resultados entre las mujeres maltratadas comparadas con las no maltratadas se observó relación significativa entre el bajo peso de nacimiento y la violencia con porcentajes entre 9 y el 22%. Los hallazgos de este estudio indican que la violencia doméstica cumple un papel sustancial en los resultados del embarazo, muestran una relación significativa entre violencia conyugal y las complicaciones durante el embarazo.<sup>8</sup>

La prevalencia de violencia en la mujer embarazada fluctúa entre 0.9 y 33.5% según el tipo de población estudiada. En la India la cifra es de 28.4%, en los Estados Unidos el 6.6%; en Canadá va de 0.9 al 21.1%. Se ha sugerido que la violencia durante el embarazo puede ser más común que la diabetes o la placenta previa.<sup>9</sup>

La OPS señala que el 19% de las mujeres embarazadas en México sufre violencia sobre todo en el tercer trimestre del embarazo<sup>10</sup> En encuestas realizadas en México durante el 2003 se encontró que el 13% de las mujeres entrevistadas informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos.<sup>5</sup>

## **2.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL**

Las investigaciones en México reportan que la mayor prevalencias de agresión hacia las mujeres ocurre entre los 15 y 29 años, y durante el embarazo. A las graves consecuencias que siempre tiene el maltrato, en el caso de las embarazadas se suman las específicamente derivadas de su propia condición de embarazo<sup>11</sup>.

Por otro lado en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer (ENVIM 2003) se exploró la violencia durante el embarazo, 25% refirió que durante su embarazo sufrió algún tipo de maltrato, éstos fueron con mayor frecuencia las humillaciones (8.4%), y el ser obligadas a tener relaciones sexuales por su pareja (6.3%), y golpes (5.3%). Así mismo la prevalencia de violencia con la pareja en el nivel nacional fue de 34.5%, las cinco entidades con mayor prevalencia fueron Quintana Roo, 10 puntos por arriba de la prevalencia nacional; le siguieron Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca mientras que el estado con menor prevalencia fue Aguascalientes con 9.4%. Hidalgo obtuvo una prevalencia del 16.3% (ocupando el lugar 24) por debajo de la nacional.<sup>12</sup>

El embarazo no protege a las mujeres de la violencia, ya que 48.6% de las mujeres maltratadas antes del embarazo señaló que la violencia se mantuvo igual durante el período de gestación, y para 25.8% de ellas, ésta incluso empeoró. Llama la atención que un 4.4% de mujeres, del total de entrevistadas, refirió haber sido pateada y golpeada en el abdomen mientras estuvo embarazada.<sup>12</sup>

La violencia contra las mujeres embarazadas conlleva diversos peligros que elevan la morbi mortalidad materna-infantil. En investigación hecha en el Hospital General de Iztapalapa se encontró que hubo violencia física en el 5% de las mujeres embarazadas; no existieron partos prematuros y los recién nacidos tuvieron un peso promedio de 3,400 grs.<sup>13</sup>

Otra investigación sobre muertes maternas, utilizaron la metodología de “autopsias verbales” entrevistó a personas cercanas a las mujeres fallecidas, en la que se analizaron todas las muertes maternas ocurridas en Guerrero, San Luis Potosí y Querétaro durante 1995-, los resultados indican que en alrededor del 16% de ellas se encontraba presente la violencia doméstica.<sup>14</sup>

En el proyecto Muerte Materna en los altos de Chiapas y Chenalhó se hallaron diferencias notables respecto a los datos registrados en los certificados de defunción y las declaraciones de las personas entrevistadas, cercanas a las fallecidas. Un ejemplo es lo observado en la determinación de la causa de muerte de una mujer de 25 años: Según acta de defunción: diarrea y vómito; según familia política: alimentos, enfermedad del alma; según familia y amigos: asesinato, violencia doméstica y según testimonios médicos: embarazo ectópico y maltrato doméstico, lo que demuestra como la percepción de cada uno de los actores es distinto, lo que comprueba lo complejo que son los problemas relacionados con el proceso salud- enfermedad vista desde diferentes aristas de la sociedad.<sup>15</sup>

Las relaciones de género pueden ser resignificadas por la pertenencia a una etnia, clase o generación; el género, como una interpretación sociocultural del ser mujer o del ser hombre, cruza toda la vida de las personas. Esta posición que las mujeres adquieren de acuerdo con su etnia y su pertenencia generacional, está muy relacionada con la forma en que se padece y se manifiesta la enfermedad y con el acceso a las distintas alternativas de atención, incluyendo la forma en que se toman decisiones en casos de complicaciones durante la maternidad. La violencia es otro elemento que aparece en la relación entre géneros, en el que intervienen los riesgos para la salud de las mujeres durante la maternidad en particular – o solamente la subordinación por razones de género y la manera en que se establecen las relaciones de poder como elementos de riesgo materno, sino que también exploró si en estas relaciones se empleó la violencia como medio de coerción. La violencia en forma de negligencia es factor que contribuye a la muerte de las mujeres durante la maternidad, cuando los familiares o maridos deciden no otorgar los cuidados que de acuerdo a su capital cultural están a su disposición.<sup>15</sup>

Las parteras y las mujeres reconocen que a menudo el aborto o la muerte fetal son inducidos por los golpes que el marido le propina a su mujer en el abdomen. La violencia doméstica juega un papel fundamental en la constitución del riesgo materno, no sólo por el efecto físico que puede producir en el cuerpo de la embarazada, sino por lo que se configura en el cuerpo y en el psique cuando se es víctima de violencia desde la niñez hasta la juventud, las mujeres indígenas no manifiestan el dolor como lo refieren los textos de medicina (queja, llanto o facies característica) en casos de extrema gravedad.<sup>15</sup>

Un estudio transversal, donde se incluyeron 1949 mujeres entre 15 y 50 años de edad, que alguna vez estuvieron embarazadas y que demandaron atención en los servicios de primer y segundo nivel de atención de la SSA, IMSS e ISSSTE de los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas, 13% informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen, 72% padeció más de un tipo de violencia en el mismo lapso antes de la entrevista. Al igual que en el nivel internacional el 91.4% el agresor fue el cónyuge.<sup>5</sup>

Otro estudio sobre la prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas realizado en mujeres atendidas en consulta prenatal en su tercer trimestre de embarazo por los servicios de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos, se reportó una prevalencia de violencia total (combinándose tres tipos la física, emocional y sexual), tanto antes como durante el embarazo fue superior a 30%, la prevalencia de la violencia física varió del 17.5% antes del embarazo al 15% durante el embarazo; la violencia sexual por su parte, también disminuyó al pasar del 13.7% antes del embarazo al 11.8% durante el mismo. La violencia emocional, en cambio, se incrementó al pasar del 23.5% antes del embarazo al 28% durante el mismo. El 9.2% del total de las mujeres tuvo un aumento en la violencia, pues pasaron de no tener violencia antes del embarazo a tenerla durante el mismo. 7.7% tuvieron una disminución de la violencia pues siendo mujeres que sufrían abuso antes del embarazo dejaron de sufrirlo durante el mismo (24%).<sup>11</sup>

Este mismo estudio concluye que hay menor probabilidad de que una mujer embarazada sufra violencia, cuando la pareja no sufrió violencia durante su infancia, ni ella la presencié en su hogar.<sup>11</sup>

Otro estudio en Morelos demostró que 33.5% de mujeres usuarias del servicio de maternidad fueron maltratadas durante el embarazo la mayoría por parte de sus parejas, se demostró que las mujeres maltratadas tienen 3 veces más complicaciones durante el parto y pos parto inmediato, que las mujeres no maltratadas, además de tener cuatro veces más riesgo de tener productos de bajo peso al nacer.<sup>16</sup>

Estudio realizado en Ometepepec, Guerrero cuyo objetivo era estimar la ocurrencia de violencia física intrafamiliar contra la embarazada, factores asociados y percepción de daños a la salud, 21% declaró ser víctima de violencia física y 5.6% reportó maltrato físico intrafamiliar durante el último embarazo, también encontraron una asociación entre violencia física en la embarazada y sangrado transvaginal durante el embarazo. Stewart definió las características de las mujeres golpeadas durante la gestación con tres factores de riesgo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con embarazo no planeado), estilo de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desórdenes emocionales) y problemas de salud (males físicos de salud y uso de drogas prescritas). Entre los resultados obtenidos en este estudio fueron: 81% tuvo control prenatal en el último embarazo y 15% dijo estar embarazada, 19% de los partos se atendió en el domicilio de la mujer, 13% de los partos fue asistido por partera, 1% por familiares y en 1% de los casos el parto fue sin asistencia.<sup>17</sup>

El 18% refirió ser golpeada cuando no estaba embarazada, 22% dijo recibir golpes durante su embarazo, mientras que las mujeres que no habían sido golpeadas sólo 2% declaró maltrato físico en el último embarazo. Aquí el agresor señalado fue el esposo en el 75% de las veces, los padres o suegros en 15% de los casos, los hermanos del esposo en 5% y en 5% de los casos no mencionaron quien fue el agresor. Una de cada cinco mujeres dijo que estuvo en peligro de perder su embarazo.<sup>17</sup>

En México han encontrado que entre 7.4 y 26% de las mujeres que sufren violencia sexual se embarazan como resultado de una violación <sup>18</sup>. Por otro lado, un estudio realizado en la ciudad de Durango con 384 mujeres casadas o unidas, reportó que durante el embarazo, 13% recibieron golpes, ocasionando que 44% de ellas presentara amenaza de aborto, 12% aborto, y 2% muerte fetal. <sup>19</sup>

### **2.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO ESTATAL**

En el año 2003 se llevó a cabo una Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares cuyo objetivo fue conocer las dimensiones, caracterización y prevalencia de la violencia de pareja, en donde se reporta que en el estado de Hidalgo 41.5% de las mujeres sufren al menos un incidente de violencia, esta situación refleja el grado de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres.<sup>20</sup>

En cuanto a la prevalencia reportada 33.6% corresponde a la violencia psicológica, 22.7% a violencia económica, 10% la violencia física y 9.1% refirió violencia sexual. <sup>20</sup> Sin embargo es conocido que en muchas ocasiones la violencia es también precursora de mayores daños a la salud de las mujeres llegando a la muerte y que el estar embarazada no las protege.

La tasa de mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquellas de 20 a 29 años de edad. <sup>1</sup>

En un estudio transversal realizado en el Estado (2004) sobre la violencia de pareja, dieron algunos resultados significativos para contar con algunos antecedentes por ejemplo el grupo de edad que refirió vivir más violencia de pareja fue el de 31 a 40 años con una prevalencia del 46.4%, seguido por el de menos de 30 años con un 31%, en cuanto al estado civil las casadas obtuvieron un 52.6% de prevalencia, en cuanto al número de hijos las que tuvieron entre 1 y 2 hijos respondieron con un 52% a comparación de las que no tienen hijos cuya prevalencia fue del 6%, el tiempo que ha durado la relación varió de 1 a 5 años con una prevalencia del 23%, de 6 a 10 años con un 30.4%, de 11 a 15 años y de 16 a 24 con un 20% y lo que llama la atención cómo cuando se tiene más de 25 años la violencia disminuye

hasta un 7.6%. La escolaridad no fue muy significativa ya que osciló entre 16 y 20.1%, yendo desde las que no saben leer ni escribir hasta la licenciatura. Tampoco el trabajo fue un factor protector ya que 63% de las mujeres tenían un trabajo remunerado; 60% tenían el antecedente de que en su infancia había vivido violencia familiar.<sup>21</sup>

En cuanto a los tipos de violencia encontrados, la psicológica representó 75.2%, la física 50.6%, la sexual 43.4% y la económica 41.8%. Un antecedente muy significativo es que desde el noviazgo se había iniciado la violencia esto lo contestaron 7%. En esta investigación encontraron como factores asociados a la violencia de pareja el desempleo y el consumo de alcohol.<sup>21</sup>

En el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) 2003 de Hidalgo se registraron 217 casos de violencia intrafamiliar, en el 2004 fueron 236 en mujeres mayores de 15 años, en el 2005 se registraron 1790 casos y para el cierre del 2006 se registraron 1246 casos de mujeres maltratadas.<sup>22</sup>

En el Programa Estatal de Salud de la Mujer de Hidalgo marca como parte de sus objetivos específicos “Promover un enfoque de atención integral para combatir la violencia contra la mujer en todas las etapas y circunstancias de su vida” e “Incorporar la visión de género en la percepción de la situación de salud de las mujeres, en el análisis de la accesibilidad, utilización y en la prestación y calidad de los servicios”, a través de la intensificación de esquemas psicoeducativos referentes a la violencia en todas sus formas de expresión (abandono, física, psicológica, sexual y económica) y promoviendo sinergias sectoriales a favor de la prevención, detección y atención de la violencia hacia las mujeres<sup>23</sup>

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

Existen diferentes formas de clasificar las manifestaciones de la violencia familiar contra las mujeres:<sup>24</sup>



- Abandono: se refiere al incumplimiento de obligaciones por parte de quien está comprometido a proveer cuidados y protección. Puede reflejarse en la alimentación, higiene, control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y del desarrollo psicológico o en necesidades médicas atendidas tardíamente o no resueltas.
- La Violencia Física comprende un amplio rango de agresiones que van desde un empujón o un pellizco hasta lesiones graves con secuelas físicas permanentes, o la muerte misma. Incluye acciones tales como jaloneo, bofetadas, jalar los cabellos, torcer el brazo, golpear con el puño, patear, arrojar objetos, provocar quemaduras, apretar el cuello o ataque con algún tipo de arma. Las consecuencias implican diferentes tipos de lesiones.
- La Violencia Emocional o Psicológica engloba una serie de comportamientos dirigidos al menoscabo de la autoestima de la mujer. Comprende acciones de menosprecio a su persona o sus ideas, insultos, amenazas, celos y posesividad, críticas a lo que hace y la forma en que lo hace, burlas, comparaciones desfavorables con otras personas, dejar de hablarle, resaltar defectos, poner sobrenombres ofensivos, tratarla como menor de edad, destruir objetos personales o muebles de la casa, proferir amenazas verbales contra ella o los hijos e impedirle frecuentar a familiares y amigos.
- En la Violencia Sexual obligan a la mujer a la realización del acto sexual sin su consentimiento ni deseo explícito, hostigamiento sexual, críticas a su comportamiento sexual, comparación denigrante con otras mujeres, uso de objetos en la vagina y violación. Incluye forzarla a relaciones sexuales sin protección contra el embarazo y/o infecciones de transmisión sexual, obligarla a ver películas o revistas pornográficas o exigirle observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra persona.
- Violencia Económica o Patrimonial: es el ejercicio abusivo del poder que incluye el control y manejo por parte del hombre de dinero, propiedades y, en general, de los recursos de la familia. Algunas de sus manifestaciones son: exigir a la mujer todo tipo de explicaciones cada vez que requiere dinero, dar menos de lo necesario a pesar de contar con el recurso económico para hacerlo; inventar falta de dinero, gastar sin consulta previa cantidades importantes, disponer del dinero de ella; tener a su nombre propiedades derivadas del matrimonio; privar de vestimenta, comida, transporte o casa a la familia.<sup>24</sup>

Aunque posiblemente predomine alguno de estos tipos de maltrato, lo más frecuente es que una mujer violentada sufra en mayor o menor grado simultáneamente, todo ellos, ya que ninguno es excluyente de los demás.

### **3.1. VIOLENCIA DE PAREJA Y EMBARAZO**

Se define al Embarazo normal como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término; es el momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses.<sup>25</sup>

Edad gestacional es la duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio y se expresa en semanas y días completos y se divide en 3 etapas trimestrales.<sup>25</sup>

Para un buen control del embarazo, es indispensable además de corroborar el aumento de peso y de los signos vitales junto con el desarrollo del bebé, practicar exámenes de rutina como lo son biometría hemática, glucosa y examen general de orina, y en casos especiales coombs indirecto (en pacientes con Rh negativo), perfil tiroideo y pruebas de coagulación.<sup>26</sup> Es importante practicar la higiene física e higiene mental durante el embarazo. Se entiende por higiene mental la preparación psicológica positiva, esperanzada y optimista ante su embarazo, aceptando las limitaciones de su estado y colaborando conscientemente en todos los aspectos del mismo hasta llegar al parto.

Durante el embarazo conviene rechazar las situaciones conflictivas, los disgustos, depresiones de ánimo, exceso de trabajo ó preocupaciones, situaciones que en algún caso, podrían llegar a provocar un aborto <sup>27</sup>. El más positivo estímulo que puede recibir la embarazada es la comprensión, delicadeza y esperanza confiada de la pareja, responsable como ella del acontecimiento que se aproxima. El marido o compañero es, sin duda, la

persona que más y mejor puede ayudar a la embarazada, no sólo animándola, sino ayudándole en muchas de las tareas cotidianas del hogar que en los últimos meses quizás resulten más pesadas para ella.<sup>26</sup>

Una situación que debe de estar siempre presente es el riesgo obstétrico considerado esto como toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto por lo que un embarazo se convierte en un embarazo de mediano o alto riesgo dependiendo de la presencia de (repercusiones en la salud), éste último es cuando se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto. El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétricos, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, pre eclampsia, infecciones cervico-vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento uterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo como es la violencia.<sup>24</sup>

Las mujeres embarazadas no están exentas de la violencia sexual y varios estudios documentan la magnitud y los resultados de los actos de violencia de la pareja durante el embarazo <sup>31</sup>. Además del sufrimiento físico y mental derivado de los abusos, las víctimas pueden también sentirse silenciadas – incapaces de hablar de su experiencia con otros familiares o con cuidadores- por miedo o porque se culpan a sí mismas de la violencia, o pueden verse limitadas en sus posibilidades de cambiar la situación a causa de su dependencia económica, del estigma social o por sentirse impotentes. <sup>28</sup>

Los golpes y el maltrato a las mujeres embarazadas tienen como resultado desde las amenazas de aborto hasta la interrupción del embarazo, así como bebés de bajo peso al nacer <sup>29</sup>. La violencia psicológica puede afectar el comportamiento de la mujer de tal manera que cree dependencia emocional hacia su pareja, o que no asista a la atención médica prenatal.<sup>30</sup> En el caso concreto de la violencia física, se ha documentado que puede provocar ruptura de útero, hígado o bazo, fractura de pelvis y hemorragias. Las que han sufrido golpes

presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, presentar corioamnionitis, precipitación del parto y complicaciones post – parto y, como consecuencia fatal la muerte. Así mismo pueden desarrollar un cuadro de estrés permanente que se acompaña de síntomas de depresión, ansiedad, fobias, angustia y se perciben a sí mismas como enfermas, tienden a aislarse, presentan una baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas o alcohol.<sup>30</sup>

El embarazo, al estar relacionado con la sexualidad y la reproducción, puede ser un factor de riesgo para la mujer, debido a que muchas veces durante este período aparece la violencia o se agudiza.

Un estudio realizado en el estado de Morelos señala la prevalencia de la violencia en mujeres embarazadas, en el cual del total de mujeres entrevistadas 13.7% sufría violencia sexual antes del embarazo, mientras que durante el embarazo, la proporción disminuyó a 11.8%. En este estudio se observa que el tipo de violencia que se incrementa en el embarazo es la emocional, de 23.5% a 28%. Algunos factores que ponen en riesgo a la mujer de sufrir algún tipo de violencia son que el embarazo no haya sido deseado por ninguno de los dos integrantes de la pareja, que haya tenido otras parejas previas a la actual, que tenga un hijo de otro hombre, que la pareja tenga hijos de otra mujer, que tenga antecedentes de violencia doméstica en su familia de origen, o bien que su pareja sea el que haya sufrido que la pareja haya ejercido cualquier tipo de violencia en los 12 meses previos al embarazo, que el hombre castigue físicamente a sus hijos o abuse de ellos; y que el hombre presente un alto consumo de alcohol <sup>11</sup>

Tratando de explicar la violencia hacia las mujeres se han encontrado diversas razones por las cuales la pareja ejerce la violencia particularmente durante el embarazo: Él no quiere que ella lleve a término el embarazo, sospecha que otro hombre es responsable del embarazo, considera el embarazo una carga económica, ya sea porque su pareja embarazada trabaja menos en el hogar, o fuera de éste, o porque el nacimiento inminente de un hijo acarreará nuevas demandas económicas en un hogar de pocos recursos, se pone celoso al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos o él ve

que la mujer es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse<sup>5</sup>

Es difícil encontrar información y estadísticas sobre la contribución de la violencia física y sexual a la pérdida del embarazo, por un lado, la falta de datos puede ser atribuida a la renuencia de la mujer a denunciar el abuso cuando ella procura tratamiento de las lesiones. Por otro lado, muchos profesionales de la salud no tratan este asunto, ya sea porque simplemente no lo consideran o porque desean evitar discutir un tema “sensible”<sup>6</sup> No toda la violencia sufrida por las mujeres embarazadas lleva a la pérdida del embarazo. Sin embargo, las investigaciones muestran que el tipo de violencia habitual sufrida por las mujeres puede cambiar durante el embarazo en vez de recibir golpes en la cabeza, ellas sufren golpizas dirigidas al abdomen y el pecho.<sup>5</sup>

### **3.2. CONVENIOS Y TRATADOS INTERNACIONALES EN PRO DE LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES.**

La epidemia de violencia contra las mujeres y niñas constituye una vergüenza terrible para la causa de los derechos humanos y una crisis de la salud pública<sup>31</sup>, los efectos que produce en la salud de las mujeres van mucho más allá de las contusiones, de los huesos rotos e incluso de la muerte. Es por ello que la Organización de las Naciones Unidas, ha hecho diferentes llamados a las naciones para que juntas pueden dar un ataque frontal a la violencia, su costo de desde el punto de vista humano es enorme y tiene también una gran dimensión económica.<sup>28</sup>

En México los artículos 76 y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y el establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.<sup>24</sup>

De este contexto, se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles (en función del sexo, la edad y la condición física), que se manifiesta cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso de poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que socialmente son más vulnerables: las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física y mental discapacitante o en desventaja física, económica o cultural.<sup>24</sup>

En el siglo pasado se establecieron diversos Tratados Internacionales en el contexto de las Naciones Unidas, con la finalidad de exhortar a los países a ratificar su compromiso en beneficio de la mujer:<sup>32</sup>

- Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1948), la importancia de los derechos humanos radica en que su finalidad es proteger la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la integridad de cada persona frente a la autoridad. Se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad como atributo común a todos los seres humanos. Entre los derechos humanos reconocidos están: Derecho a la Igualdad de Género, Derecho a la Educación, Derecho a la Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, Derecho a una vida libre de violencia, Derecho al trabajo, Derecho al Desarrollo, Derecho a la Participación Política, Derecho a un ambiente sano y Derecho a la información.<sup>32</sup>
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Artículo 2 “ Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer.....”<sup>32</sup>
- La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) exige a los Estados que condenen la violencia contra la mujer y que no invoquen ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar

eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer <sup>32</sup>

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW) aprobada en 1979, exige a los Estados Partes que actúen para proteger a las mujeres contra toda tipo de violencia en el ámbito familiar, en el lugar de trabajo o en cualquier otra esfera de la vida social. <sup>32</sup>
- Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, señala que "...subraya en especial la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, a eliminar todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres...." <sup>32</sup>
- El Programa de Acción de El Cairo (1994) concluye que "... promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar a violencia de todo tipo contra la mujer (..) son la piedra angular de los programas de población y desarrollo" <sup>32</sup>
- La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) concluyó "La violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. La violencia contra la mujer viola y menoscaba o impide su disfrute de los derechos y las libertades fundamentales" <sup>32</sup>
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994) "Convención de Belém do Pará", establece "Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado" <sup>32</sup>
- Plataforma de Acción derivada de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en Pekín en 1995, "Pekín + 5), El Gobierno de México se comprometió internacionalmente a llevar a cabo acciones tendientes a prevenir y eliminar la violencia contra la mujer... <sup>32</sup>

### 3.3 LEGISLACIÓN NACIONAL

Ya en el terreno técnico la Ley General de Salud nos dice en el artículo 23, 24 y 25 (Prestación de Servicios de Salud) "Para los efectos de esta ley se entiende por servicios de

salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Los Servicios de salud se clasifican en tres tipos: Atención médica, de salud pública y de asistencia social... se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables <sup>33</sup> Así mismo con la Norma Oficial Mexicana 190, el Gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer.<sup>24</sup>

En el apartado 6.7 dice que se debe valorar en el caso de maltrato en mujeres embarazadas el retraso considerable en los cuidados prenatales, la historia previa de embarazos no deseados, amenazas de aborto, abortos, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer, lesiones durante el embarazo: dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante la gestación. El diagnóstico estará apoyado cuando sea posible en exámenes de laboratorio y gabinete, estudios especiales y estudios de trabajo social.<sup>24</sup>

En el 2009 surge una nueva Norma Oficial Mexicana que viene a suplir a la anterior, relativa a la prestación de servicios de salud en la situación de violencia familiar y sexual:

Así mismo México estableció en el 2006 la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que establece “ la coordinación entre la Federación, las entidades federativas y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.<sup>34</sup>

En esta ley se hace una definición conceptual de la violencia contra las mujeres “Cualquier acto u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público<sup>10</sup> es un problema social que afecta los espacios vitales de hombres y mujeres y que deriva de un aprendizaje que se da en el hogar, en la escuela, a través de los medios de comunicación y en la calle.



#### 4. MARCO TEÓRICO

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades pero a menudo no es reconocida como un problema social y se acepta como parte del orden establecido en el cual la mujer juega el rol de subordinación – sumisión y el hombre el que mantiene el ejercicio del poder y del control, diversas investigaciones han dado evidencias que indican que su alcance social, económico y en daños a la salud es mucho mayor de lo que se suponía.<sup>4</sup>

Debido a la existencia del patriarcado como una forma social cuasi universal la violencia está presente, los hombres pueden ejercer el recurso del poder más básico como es la fuerza física para establecer su control. Una vez que el patriarcado se posesiona como una forma social aceptada de organización, los otros recursos de poder – económico, ideológico, legal y emocional – también pueden ejercerse para mantenerlo. La violencia física siempre constituye su última arma de defensa y tanto en las relaciones interpersonales como en las intergrupales. La violencia existe allí donde un grupo o persona controla en su propio interés la vida, las oportunidades, los entornos, las acciones y las percepciones de otro grupo ó persona.<sup>35</sup>

Se define a la violencia entre seres humanos como una forma de relación social, cuyo objetivo es la dominación y el control que se expresa a diferentes niveles de la realidad social, en múltiples expresiones, causa daño físico y emocional e impacto en las condiciones de vida de quien o quienes la viven en forma directa o son testigos de ella. Como dice Foucault, “pareciera que la violencia ha sido regulada y no prohibida, y el cuerpo humano ha sido objetivo del poder..”<sup>36</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) ha definido la violencia en su sentido más amplio como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privación” y en su Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, se admite que la violencia es “un creciente problema de salud pública, hecho que se demuestra por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y

discapacidad secundarios a violencia, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales” OPS, 1994 <sup>37</sup>

A lo largo de los últimos años, la investigación sobre la violencia contra las mujeres ha llegado al nivel de las encuestas nacionales, donde pone de manifiesto que es más frecuente la violencia ejercida por compañeros íntimos que por desconocidos. También que la violencia se presenta en todas las clases sociales; que la pobreza puede ser un factor de riesgo adicional, pero no es su causa<sup>10</sup>. Las mujeres han sufrido al menos una vez en su vida, violencia por parte de algún familiar, seguramente durante su infancia, pero también por parte de su pareja o familia política, o quizá por todos aquellos en diferentes momentos de su vida, la violencia al interior de las familias es una práctica habitual, cotidiana, que incluso forma parte de las prácticas sociales toleradas y naturalizadas <sup>38</sup> Lo mismo cabe decir del consumo de alcohol: se sabe que ese hábito se asocia a una exacerbación de la violencia, pero tampoco puede ser considerado como la causa de la misma. Se sabe que las parejas con violencia tienden a desarrollar vínculos emocionales complejos, lo que, aunado a la dependencia económica de muchas mujeres respecto de su pareja, explica que muchas de ellas encuentren tan difícil salir de la relación y del ambiente de violencia. <sup>10</sup>

Se ha observado que las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja tienden a romper sus lazos afectivos y amistosos, en parte porque así se lo exige su pareja, como un mecanismo de control sobre ellas, y en parte porque ellas se sienten crecientemente avergonzadas por lo que les pasa y prefieren aislarse para evitar tener que dar explicaciones <sup>10</sup> En casos extremos la violencia de pareja puede llegar a producir la muerte de las mujeres.

<sup>39</sup>

Amnistía Internacional señaló en el lanzamiento de su campaña para combatir la violencia contra las mujeres: “Desde que nacen hasta que mueren, tanto en tiempo de paz como en la guerra, las mujeres se enfrentan a la discriminación y la violencia del Estado, la comunidad y la familia. Cada año, millones de mujeres sufren violaciones y abusos sexuales a manos de familiares, hombres ajenos a la familia, agentes de seguridad y combatientes armados. Algunas formas de violencia, como los embarazos y abortos forzados, la “quema de novias”

y los abusos relacionados con la dote, son específicos de las mujeres, así mismo en el ámbito familiar.<sup>2</sup>

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **5.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

Diversos estudios realizados sobre violencia han demostrado que es una amenaza importante contra la salud y el bienestar de las mujeres <sup>(5,11,40)</sup>. Un aspecto que ha llamado la atención recientemente de los especialistas de la salud en México es la expresión de la violencia contra las mujeres embarazadas.

La prevalencia y las características varían dependiendo de la población estudiada y de la metodología utilizada: En Morelos 33.5% de mujeres usuarias de un hospital público sufrieron violencia, quienes tuvieron cuatro veces más riesgo de parir productos de bajo peso al nacer <sup>11</sup>. En Guerrero encontraron una asociación entre violencia física en la embarazada y sangrado transvaginal <sup>17</sup>

En Hidalgo, <sup>12</sup> del total de mujeres participantes en la encuesta nacional 13% informó haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos, una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen. Sin embargo la morbilidad que se ha venido registrando oficialmente desde abril de 2005 maneja como causantes directas de reporte inmediato de embarazadas con mediano o alto riesgo, no registra la asociación con la violencia lo que sugiere que no se está haciendo un interrogatorio exhaustivo dirigido en las embarazadas. El 70.6% correspondió a hemorragia obstétrica, 13.8% a infección y sepsis puerperal, 5.5% a inminencia de eclampsia y 10.1% a eclampsia.<sup>23</sup>

Otras causas de morbilidad no consideradas para el reporte inmediato de embarazo de mediano y alto riesgo, de los cuales se recibieron 322 registros (74.7% del total); de éstos 20.5% correspondió a pre eclampsia, 14% a pre eclampsia leve, 11.5% a pre eclampsia severa, 9.3% a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo y 2.2% a

síndrome de Hellp, llama la atención que 38.5% correspondió a otras causas que no pudieron ser agrupadas.<sup>23</sup>

En el Estado de Hidalgo no se tiene identificada la actual asociación violencia/embarazo, violencia/muerte materna y aún se continúa creyendo que la violencia familiar (incluida la de pareja) es un asunto “privado”, donde no se debe intervenir porque es “natural” que pasen esas cosas entre las parejas, está legitimado que un varón someta a su mujer por la fuerza. Es por ello que la violencia es un factor de riesgo, una enemiga “oculta” y que puede estar dando repercusiones graves en la salud de las mujeres hidalguenses, pero sobre todo en las mujeres embarazadas.

Estos resultados sustentan la necesidad de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo y hacer búsqueda intencionada de aquellas mujeres que presentan daños a la salud para que sean clasificadas como de mediano o alto riesgo para demostrar que esas repercusiones son identificadas durante el proceso de atención prenatal en los servicios de salud. Es momento oportuno para poder evitar o prevenir muertes maternas, muertes perinatales ó secuelas que pueden ser irreversibles. Si se identifican los daños a la salud secundarios a la violencia de manera temprana en el embarazo se puede intervenir de manera oportuna.

#### ▪ **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe asociación entre la violencia de pareja y los daños a la salud de las mujeres embarazadas?

#### ▪ **JUSTIFICACIÓN**

Considerando que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, es necesario darle un abordaje donde se analicen los tres componentes básicos como son la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Hablando de la magnitud podemos reflexionar

sobre algunos resultados que nos dicen que 4 de cada 10 mujeres con pareja sufrieron un episodio de violencia en el último año en Hidalgo, así mismo una de cada tres mujeres ha sufrido, por lo menos en una ocasión, alguna forma de violencia durante su relación de pareja<sup>20</sup>. Si revisamos la trascendencia podemos decir que los daños que sufren las mujeres como consecuencia de la violencia de pareja son tanto físicos como sexuales, reproductivos y emocionales las cuales pueden llevarla hasta la muerte, además de tener consecuencias económicas y afectar el patrimonio de las mujeres. Sin embargo la vulnerabilidad de éste fenómeno social es muy complejo ya que tiene que ver con múltiples causas, entre las que destacan las condiciones socioculturales que la generan; por una parte, la división sexual del trabajo y, por otra, aspectos ideológicos y culturales adquiridos en el proceso de la socialización diferencial y en el aprendizaje cotidiano de los roles y atributos psíquicos estereotipados que se otorgan a hombres y mujeres.

La Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, da la pauta a la necesidad de continuar investigando sobre la violencia contra las mujeres, para contribuir a conocer cada vez más, el contexto que rodea a este problema social y estar en condiciones de generar políticas públicas basadas en evidencias y diseñar estrategias que permitan dar respuesta a una necesidad sentida en la población.

Se considera que hay factibilidad ya que como trabajadora de la salud, puedo apoyarme con la propia estructura para llevar a cabo el levantamiento de la información, se llevó a cabo coordinación con las áreas pertinentes para garantizar las condiciones de realización conjunta.

Se busca llenar un vacío de conocimiento en el estado de Hidalgo y definir perfiles de morbilidad en mujeres embarazadas que pongan en peligro su vida o la de su producto

#### ▪ **OBJETIVO**

Determinar la asociación entre la violencia de pareja y los daños a la salud de las embarazadas que asistieron a control prenatal en el primer nivel de atención en 12

municipios de los Servicios de Salud de Hidalgo en el período noviembre del 2008 a abril del 2009

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la frecuencia de la violencia de pareja en las embarazadas que acuden a control prenatal en el primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Hidalgo.
- Caracterizar los tipos de violencia de pareja que prevalecen en las embarazadas participantes.
- Determinar la asociación entre los indicadores de violencia de pareja y los daños a la salud de las embarazadas.

## **5.5. HIPÓTESIS**

Considerando los resultados de estudios realizados acerca de la violencia y sus consecuencias en la salud de las personas, las siguientes hipótesis:

- Existe asociación entre la violencia de pareja (psicológica, física, sexual y económica) y los daños a la salud de las embarazadas.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó estudio epidemiológico transversal analítico en 17 municipios priorizados a través de indicadores epidemiológicos para la salud materna, en unidades de primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Hidalgo.

### **6.2 UBICACIÓN ESPACIO – TEMPORAL**

La Unidad de Observación son las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en los Centros de Salud de los Servicios de Salud, en 12 municipios de 7 Jurisdicciones Sanitarias Pachuca: Pachuca y Mineral de la Reforma; Tula: Tlahuelilpan, Tula de Allende, Tlaxcoapan y Tezontepec de Aldama; Zimapán: Zimapán; Metztlán: Metztlán; Molango: Tepehuacán de Guerrero; Huejutla: Huejutla y Yahualica y Otomí –Tepehua: San Bartolo Tutotepec (Anexo 5.1)

El período del proyecto fue de Julio de 2008 a Abril de 2009.

### **6.3. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD, DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

#### Criterios de inclusión

- Se incluirán a las embarazadas que acudan a solicitar servicios de salud a los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención durante los meses de julio – noviembre del 2008 a abril del 2009 en los 12 municipios seleccionados.
- Mujeres que acepten se les aplique la “Encuesta para determinar el estado de salud de la mujer embarazada”.
  - Casos: Mujeres que manifiesten daños a la salud
  - No casos: Mujeres que no manifiesten daños a la salud
- Mujeres que acepten se les aplique el “Explorador para Identificar rasgos de Violencia de Pareja ”
  - Casos: mujeres que presenten rasgos de violencia durante su embarazo
  - No casos: mujeres que no presenten rasgos de violencia durante su embarazo.

#### Criterios de exclusión

- Se excluirán las mujeres que no tengan embarazo confirmado.

- A todas las embarazadas que no deseen participar en el estudio

#### Criterios de eliminación

- Embarazadas que no acepten se les aplique la “Encuesta para determinar el estado de salud de la mujer embarazada”
- Embarazadas que no acepten se les aplique el “Explorador para identificar rasgos de Violencia de Pareja”.
- Instrumentos en que no se cumpla con el 90% de respuesta en los ítems.

### 6.4 MUESTRA: DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para la estimación del tamaño de muestra de una proporción, con 1091 mujeres embarazadas según el registro por municipio con una proporción esperada de violencia del 35% con un nivel de confianza del 95% y con una precisión del 6%, el tamaño mínimo muestral es de 199.

$$n = \frac{N * Z^2 \alpha * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 \alpha * p * q}$$

N= 1091 mujeres embarazadas

$Z^2 \alpha = 1.96^2$  (ya que el nivel de confianza es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 35%=.25)

q= 1-p (en este caso 1-0.35=0.65)

d= precisión (en este caso deseamos un 6%)

### 6.5 MUESTREO: DISEÑO MUESTRAL

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio sistemático, donde se determinó el listado final por municipio de embarazadas para el levantamiento de la información.

Se consideró llevar a cabo reemplazo de las embarazadas, sino se encontraba el expediente clínico o no se podía localizar su domicilio, el remplazo se llevó en el mismo Centro de Salud con usuarias que estuvieran en ese momento esperando consulta prenatal y cumpliera con los criterios de elegibilidad. Para llegar a la muestra se partió de un número aleatorio i, que es un número elegido al azar los elementos que integran la muestra son los que ocupa



los lugares  $i, i+k, i+2k, i+3k, \dots, i+(n-1)k$ ; es decir se tomó la población de  $k$  en  $k$ , siendo el resultado de dividir el tamaño de la población entre el tamaño de la muestra  $k=N/n$ . El número  $i$  que se empleó como punto de partida fue un número al azar entre 1 y  $k$  ( $k=5$ ).

## 6.6 FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

La fuente de información fue prospectiva utilizando dos encuestas para el levantamiento de la información, la primera denominada “Encuesta para determinar el estado de salud de la mujer embarazada” (anexo 5.2) se llevó en el Centro de Salud tomando como base los expedientes clínicos.

El cuestionario sobre violencia de género en mujeres embarazadas cuenta con cinco escalas para medir la violencia, de tal manera que, en nuestro caso se calcularon cinco índices de validez interna (Anexo 5.3) para evaluar las siguientes escalas del instrumento:

- ⊙ “las cosas que pasan cuando la pareja se enoja con la embarazada”,
- ⊙ “la embarazada se enoja con su pareja por diferentes razones”
- ⊙ “diferentes tipos de maltratos de la pareja hacia la mujer embarazada”,
- ⊙ “consecuencias físicas y de otra índole producto del maltrato” y
- ⊙ “consecuencias psíquicas como resultado del maltrato”

La segunda herramienta utilizada fue el “Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja” (anexo 5.4), la cual se llenó entrevistando a cada una de las embarazadas, las cuales fueron localizadas en su hogar. (Anexo 5.2 y 5.4) cuyo propósito fue identificar la violencia de pareja física, emocional, sexual ó económica en la mujer embarazada. La encuesta inicia con datos de identificación, datos socio demográficos que permitieron conocer el entorno en el cual vive la mujer, posteriormente se exploraron los antecedentes de embarazos previos, la vida en pareja donde se buscó identificar la presencia de otras parejas en la vida de la mujer y las posibles causas que la obligaron a dejarla, Antecedentes de la Dinámica familiar de origen donde se pretende conocer si ella o su pareja vivieron violencia o fueron testigos de ella durante su infancia y por último conocer la Dinámica Familiar Actual donde se buscó identificar la presencia de la violencia de pareja durante el

embarazo actual del tipo física, emocional, sexual y/o económica y las consecuencias en la salud de ella que esta situación conlleva. Previo al levantamiento de esta información se le solicitó firmara la “Carta de Consentimiento informado”, se le leyó y se recabó su firma en caso de no saber firmar se le colocó la huella digital. (Anexo 5.5)

## **6.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES, DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL**

La mayoría de las variables consideradas en este estudio están tomadas de la literatura citada en los antecedentes y el marco teórico (Anexo 5.6)

1. Daños a la Salud: Variable Dependiente donde se identificaron los efectos a la salud de las embarazadas físicos y mentales. Edad, escolaridad, agente de lesión, antecedentes obstétricos, tipo de lesión.
2. Violencia: Variable Independiente, se tomará en cinco niveles de carácter categórica: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, abandono y económica.

## **6.8. RUTA CRÍTICA**

La muestra reflejó las características de la población base que se investigó. Durante el mes de Julio del 2008 se solicitó a los Jefes Jurisdiccionales la información de las embarazadas registradas en sus censos, se seleccionaron aquellas cuya fecha probable de parto estuviera dentro del período noviembre 2008 a abril 2009, posteriormente se integró un registro nominal.

Las mujeres seleccionadas para la investigación fueron embarazadas que acudieron a control prenatal en los Centros de Salud de los Servicios de Salud. Los casos fueron las mujeres embarazadas que respondieron que durante su embarazo vivieron violencia física, emocional, económica o sexual por parte de su pareja actual y además presentaron síntomas de daños a la salud tanto físicos como emocionales. Para llevar a cabo la detección de violencia en las mujeres embarazadas se realizó a través de una cédula de tamizaje, la cual es una herramienta que se compone de tres secciones con reactivos para

búsqueda de violencia psicológica, física, sexual ó económica <sup>31</sup> que hiciera sospechar la presencia de daños en la salud: física o mental y que pusiera en peligro la vida de ella o del producto.

Para el control y calidad de los datos se llevó a cabo una capacitación al 100% del personal de los equipos modulares de apoyo a la operación, en cuanto al llenado de la encuesta para identificar rasgos de de violencia de pareja y las consecuencias en la salud física y mental de las embarazadas. Así mismo, para el llenado de la encuesta con respecto al estado de salud de la mujer embarazada, se ofreció un curso-taller sobre violencia hacia las mujeres, género y masculinidad.

Para identificar los Centros de Salud de las 84 cabeceras municipales a trabajar se desarrolló un ejercicio de priorización tomando tres indicadores epidemiológicos:

- Razón de muerte materna del 2000-2006 (elaborada en la Subdirección de Atención Integral), con la siguiente calificación **1**. si la razón es de 1 a 4; **2**. si es de 5 a 9 y **3**. si es mayor de 10.
- Morbilidad 2007: Es el reporte que hacen todos los Centros de Salud cada mes, de las usuarias embarazadas que cursan con riesgo obstétrico, con el criterio: **1** a los municipios que se manejan como “silenciosos” (o sea que no tuvieron ningún reporte durante todo el año de embarazadas con riesgo) y **0** a los municipios que sí reportaron. (no importó el número de reportes que realizaron, los cuales van desde 1 hasta 90)
- Mortalidad Materna 2007: se tomaron en cuenta todas las muertes maternas registradas en el Estado, excluyendo aquellas que no eran residentes del mismo. Los criterios fueron **0** donde no hubo muertes maternas, **1** donde se presentó una muerte materna y **2** donde se presentaron dos muertes maternas o más.

Se sumaron los puntajes, el más alto fue 4 y los municipios que lo obtuvieron fueron: Tezontepec de Aldama, Tlahuiltepa y Xochicoatlán. Los municipios con 3 puntos fueron: Pachuca, Mineral de la Reforma, Singuilucan, Tlahuelilpan, Tlaxcoapan, Tetepango, Tula de Allende, Zimapán, Metztlán, Metzquititlán, Tepehuacán de Guerrero, Yahualica, Huejutla de Reyes y San Bartolo Tutotepec.

Este estudio supuso riesgos mínimos para las participantes, cuyo objetivo fue evaluar los aspectos de la salud de una población, o probar las hipótesis acerca de las posibles complicaciones durante el embarazo o presuntos factores de riesgo.

- Previo a la entrevista el personal de salud solicitó la firma o la huella digital al consentimiento informado a las entrevistadas.
- Se entrevistará a todas las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal con personal de salud previamente capacitado y siempre dentro de un área cerrada, asegurando confidencialidad y la privacidad dentro de las instalaciones de salud o en el domicilio de la participante.
- Se requisitará la “Encuesta para determinar el estado de salud de la mujer embarazada” por el personal de salud a través del expediente clínico de las embarazadas donde se identificaron daños a la salud en el actual embarazo.
- Se midieron los diferentes tipos de violencia a través del: “Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja”
- Se proporcionó a la mujer repetidas oportunidades, a lo largo de la entrevista para revelar la violencia que ha sufrido;
- Se incluyeron preguntas directas para cada tipo de violencia.

## **6.9 PLAN DE ANÁLISIS**

El análisis de información se inició con la obtención de estadísticos descriptivos para estimar prevalencias y variables de resultado. Se exploró la asociación entre las variables de exposición de significancia estadística (Chi cuadrado de Pearson). Las medidas de asociación que se obtuvieron son la Razón de Prevalencia, con intervalos de confianza al 95% de la selección de mujeres se obtuvo de la población en general, se realizó un control de variables confusoras y se realizó un análisis multivariado, se usó regresión logística y multinomial. Se calcularon los modelos de regresión logística y riesgos ajustados por los potenciales confusores o modificadores del efecto. Lo cual permitió identificar y valorar las variables que predijeran cada uno de los diferentes tipos de violencia.

## 7. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado un informe titulado Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres, coordinado por García Moreno (2001), donde se plantea claramente que las investigaciones han de tener en cuenta a las mujeres, escucharlas, analizar su situación, los problemas concretos a que se enfrentan en el momento de participar en la investigación y saber si necesitan ayuda de manera inmediata.

En dicho informe se proponen algunas de las siguientes recomendaciones para la investigación:

- La seguridad de las entrevistadas y del equipo de investigación es esencial y debe guiar las decisiones del proyecto.
- Los estudios de prevalencia necesitan ser metodológicamente acertados y basados en la experiencia actual de investigación sobre la manera de reducir a un mínimo la sub notificación del maltrato.
- Es esencial proteger la confidencialidad, a fin de garantizar la seguridad de las mujeres y la calidad de los datos.
- Todos los miembros del equipo de investigación deben seleccionarse cuidadosamente y recibir adiestramiento y apoyo continuos.
- El diseño del estudio debe incluir acciones diferentes, encaminadas a reducir toda posible dificultad que la investigación ocasione a las participantes.
- Las(os) trabajadoras de campo deben recibir adiestramiento para derivar a las mujeres que soliciten asistencia a los servicios de apoyo disponibles. De haber pocos recursos, a partir del estudio debiera generarse mecanismos de apoyo a corto plazo.
- Investigadoras y donantes tienen la obligación ética de ayudar para que se garantice que sus resultados se interpreten adecuadamente y se usen para impulsar el desarrollo de políticas e intervenciones.

La Ley General de Salud en el **Título Quinto, Investigación para la Salud en su Capítulo Único**, también contempla en sus artículos 100, 101 y 102 lo relacionado a la ética en las investigaciones con humanos:

Art. 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto de experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación y
- VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Art. 101.- quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Art. 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente: solicitud por escrito.

Esta investigación se realizó de acuerdo con los principios anteriores recomendados por la OMS y los establecidos en la Ley General de Salud, resaltando los cuatro principios éticos básicos<sup>14</sup>: el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Así mismo dentro del respeto a las personas incorpora al menos otros dos principios éticos fundamentales a saber:

- El de Autonomía, que exige que las personas que estén en condiciones de deliberar acerca de sus metas personales se les respete su capacidad de autodeterminación y
- El de Protección de las personas cuya autonomía está menoscabada o disminuida (en las mujeres que viven violencia, ya que presentan autoestima baja o si son menores de edad y fueron violadas), lo que requiere que a quienes sean dependientes o vulnerables se los proteja contra daños o abuso.
- Consentimiento informado, es el que se otorga cuando la persona entiende el propósito y la naturaleza del estudio, lo que se va a preguntar y qué beneficios se desea lograr como resultado del estudio, en este caso el proporcionársele atención médica y/o psicológica (Artículo 102)

Así mismo se consideraron los principios de la Declaración de Helsinki, la cual dice que en “la investigación médica con seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses”. “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida” en sus puntos 6 y 9 respectivamente.

## **8. CRONOGRAMA O GRÁFICA DE GANT**

Anexo: 5.7

## **9. RECURSOS SEGÚN TIPO**

**HUMANOS:** Para el levantamiento de la información se contó con el apoyo de los equipos modulares de apoyo a la operación, conformados por 2 médicos, 3 enfermeras y 3

trabajadoras sociales, quienes fueron capacitados por la investigadora, quienes fueron a 10 municipios. El municipio de Pachuca y Mineral de la Reforma fueron visitados por la investigadora y una licenciada en trabajo social capacitada previamente.

**MATERIALES:** De acuerdo al tamaño muestral se reprodujeron las dos encuestas para el levantamiento de la información y la carta de consentimiento informado 1,200 copias, lápices 12, gomas 12, tablas de apoyo 12.

**FINANCIEROS:** Los gastos de traslado de los equipos modulares de apoyo a la operación fueron absorbidos por la Subsecretaría de Prestación de Servicios de Salud y los de los municipios de Pachuca y Mineral de la Reforma por la investigadora, para lo cual se consideran 72 gastos de camino, 55 viáticos y 1990 litros de gasolina. (anexo: 5.8).

## **10. RESULTADOS**

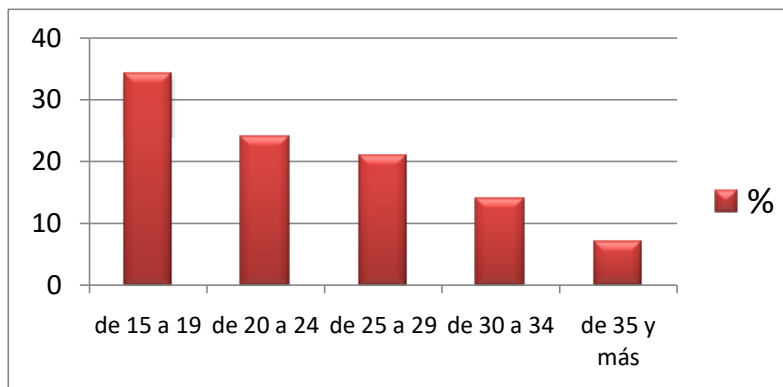
### **Descripción de la población en estudio**

Las 200 mujeres seleccionadas se distribuyeron por jurisdicciones sanitarias cuyo riesgo de muerte materna es muy alto de acuerdo a sus antecedentes epidemiológicos, quedando de la siguiente manera: 173 (86.5%) corresponde a la Jurisdicción Pachuca; 9 (4.5%) a Jurisdicción Tula; 1 (0.5%) Jurisdicción Zimapán; 2 (1.0%) Jurisdicción Metztlán; 5 (2.5%) Jurisdicción Molango y 10 (5.0%) Jurisdicción Huejutla.

En la figura 1 se puede observar que el promedio de edad de las mujeres fue de 24 años con una desviación estándar de  $\pm 6$  años. El rango de edad con mayor frecuencia fue de 15 a 19 años (34%), seguido por el rango de 20 a 24 (24%) y el de 25 a 29 fue de 21.0%, del de 30 a 34 años fue 14% y de 35 y más fue de 7%.



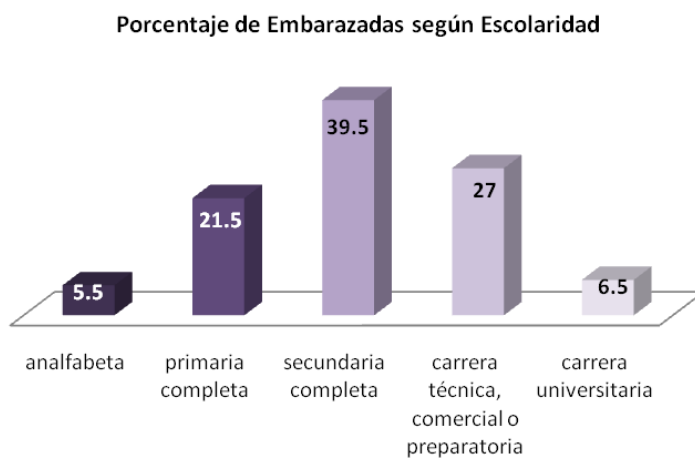
**Figura 1: Distribución por rangos quinquenales de edad de las embarazadas participantes**



Fuente: Encuesta “Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja”

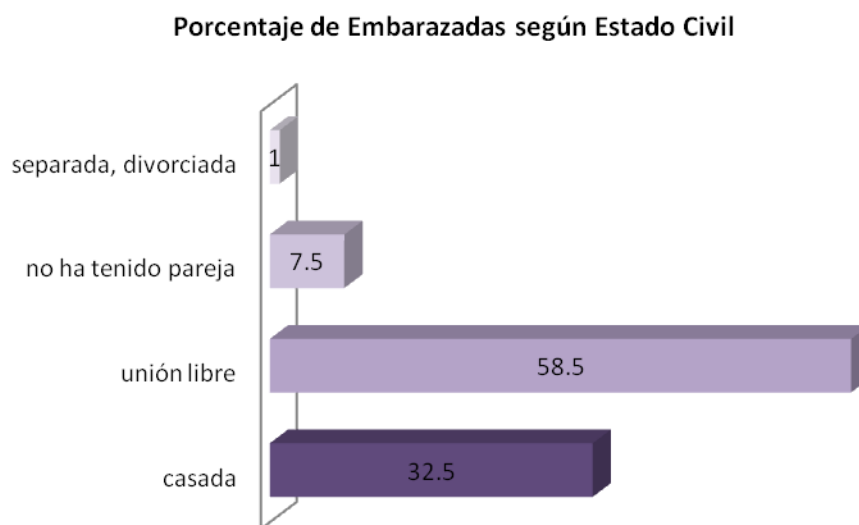
En cuanto a la escolaridad, 39.5% contaban con secundaria completa y solo 33.5% tuvieron estudios superiores a la secundaria. La mayoría (91.0%) estaba casada o en unión libre (figura 2 y 3 respectivamente).

**Figura 2:**



Fuente: Encuesta “Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja”

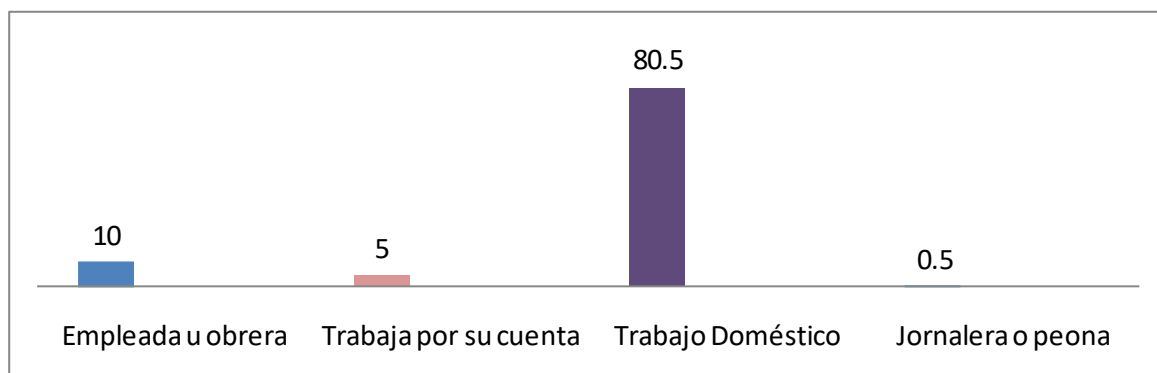
Fig. 3



Fuente: Encuesta "Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja"

En la semana previa a la entrevista más del 80% de las mujeres se dedicaron exclusivamente al hogar, mientras que 15.5% indicaron tener algún tipo de empleo (Fig. 4). No percibieron ingresos 84.5% de las mujeres. Respecto a la derecho-habiciencia el 100% son de población de responsabilidad de los Servicios de Salud.

**Figura 4: Actividad o Trabajo que desempeñó la embarazada durante la semana anterior**

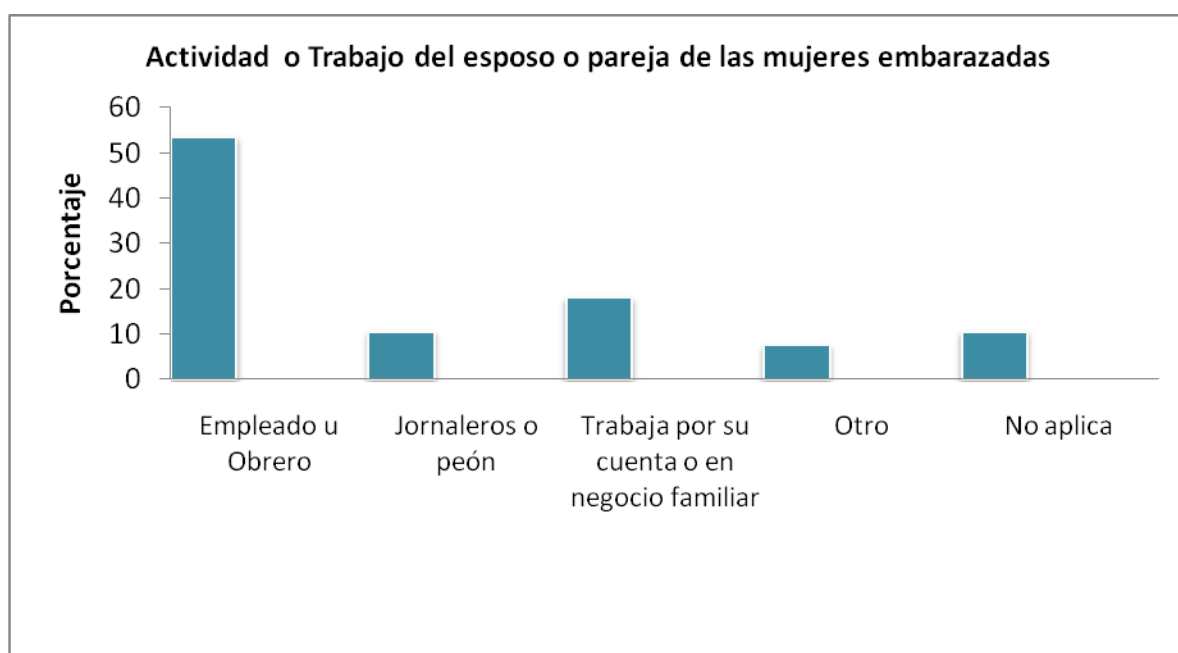


Fuente: Encuesta "Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja"

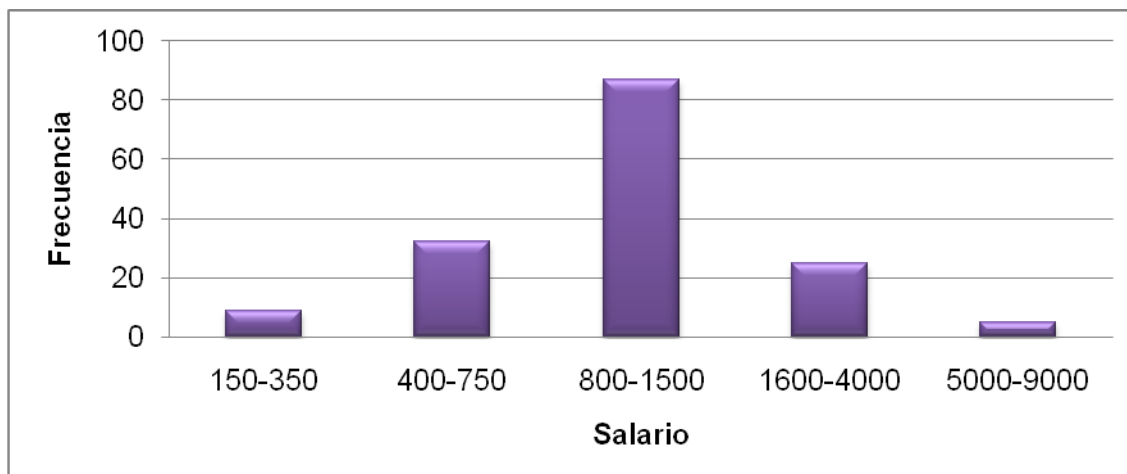
En lo referente al consumo de alcohol, la mayoría (99.5%) de las mujeres informó no haber consumido nunca bebidas alcohólicas.

La información sobre las características de la pareja fue proporcionada por las propias mujeres, la mayor parte tenía estudios superiores a secundaria. En la semana previa a la encuesta, la mayor parte de los hombres (88 %) realizaron alguna actividad laboral (Fig.5), 85% recibe pago por el trabajo que desempeña; 4.5 % percibió menos de dos salarios mínimos diarios (Fig.6).

**Figura 5:**



Fuente: Encuesta "Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja"

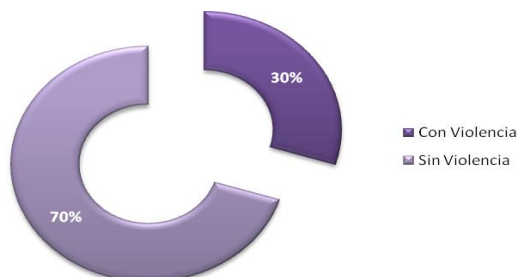
**Figura 6:****Salario semanal percibido por el esposo o pareja de las mujeres embarazadas**

Fuente: Encuesta "Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja"

**Caracterización de la violencia**

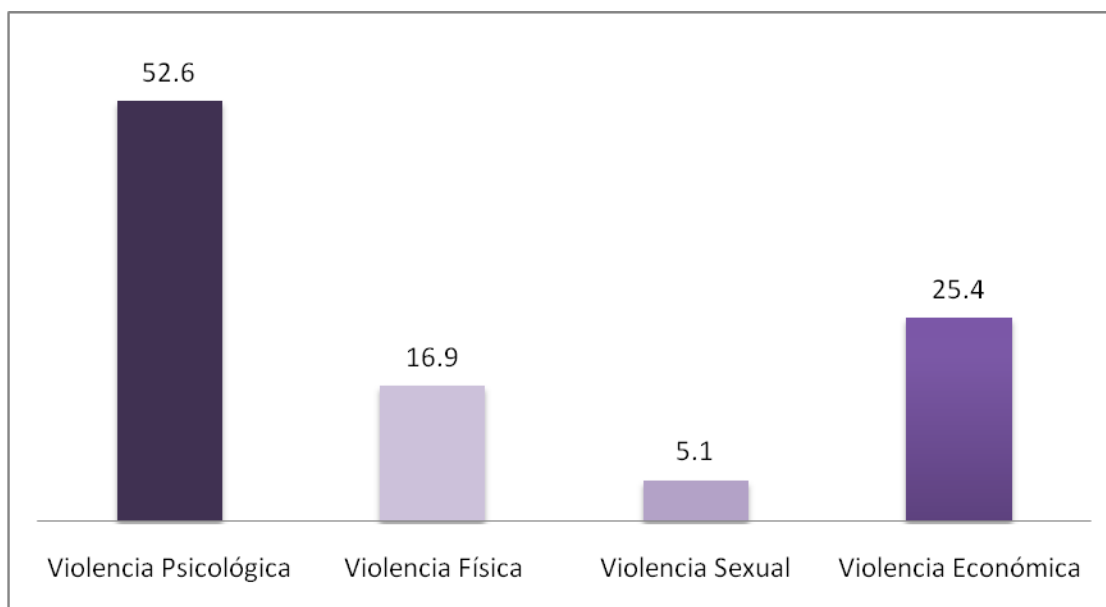
De las 200 mujeres, 59 (30.0%) informaron recibir diferentes tipos de violencia (Fig.7); 10 de esas mujeres (16.5%) indicaron que recibieron violencia física (empujones o jalones de cabello, patas, tratado de ahorcar o asfixiar y golpes con el puño en el abdomen); 31 mujeres (52.6%) indicaron que recibieron violencia psicológica (amenazas con arma, dejado de hablar, le prohibió trabajar o estudiar, se han sentido ignoradas o no tomadas en cuenta, han sido avergonzadas o menospreciadas); 3 mujeres (5.1%) indicaron haber recibido violencia sexual (le han exigido relaciones sexuales y obligado a actos sexuales no deseados) y 15 mujeres (25.8%) refirieron haber recibido violencia económica cuando se les preguntó si su pareja le reclama como gasta el dinero y respondió de manera afirmativa (Fig.8)

**Figura 7: Presencia de Violencia de Pareja en las mujeres embarazadas participantes**



Fuente: Encuesta “Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja”

**Figura 8: Distribución porcentual por tipo de violencia recibida por las mujeres embarazadas participantes.**

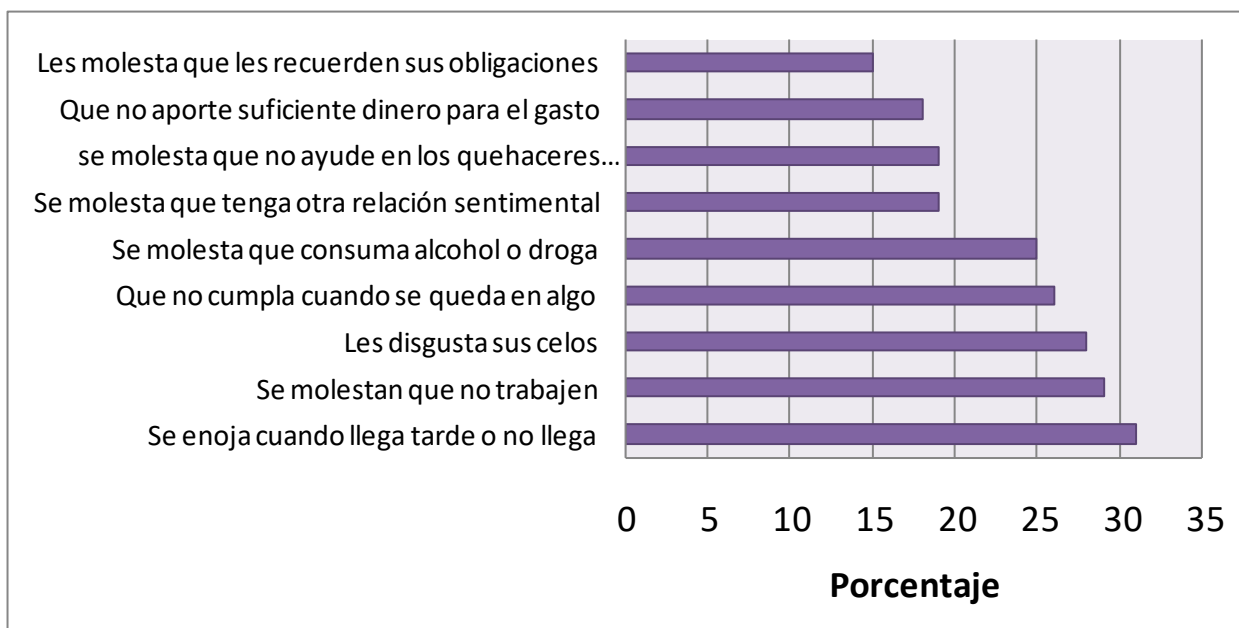


Fuente: Encuesta “Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja”

Así mismo se indagó entre las mujeres embarazadas que situaciones del esposo o pareja le llegan a molestar: 31% respondieron que se enojan cuando llega tarde o no llega, 29% se molestan que no trabajen, 28% les disgusta sus celos, 26% que no cumpla cuando se queda

en algo, 25% se molesta que consuma alcohol o droga, 19% se molestan que tenga otra relación sentimental o cuando no ayudan en los quehaceres domésticos, 18% que no aporte suficiente dinero al gasto y 15% se sienten molestas cuando ellos les recuerdan sus obligaciones (Fig.9)

**Figura 9: Situaciones que las parejas hacen y molestan a las mujeres participantes**

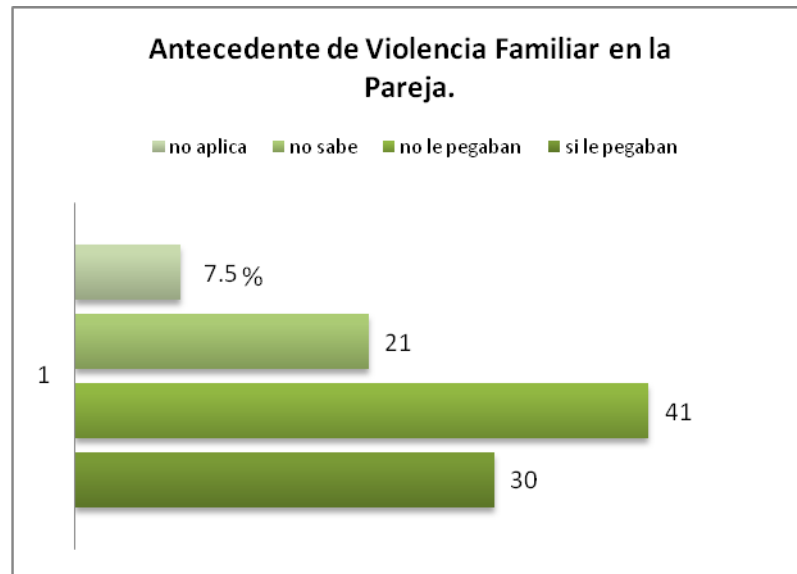


Fuente: Encuesta "Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja"

En cuanto a otras experiencias de violencia, 29% de las mujeres informaron que fueron violentadas cuando eran niñas en diferente frecuencia. Asimismo, 106 mujeres (53.0%) declararon que en los últimos 12 meses fueron víctimas de algún tipo de violencia ejercida por parte de su pareja: psicológica (53%), física (10%), sexual (5.1%) y económica (8.0%).

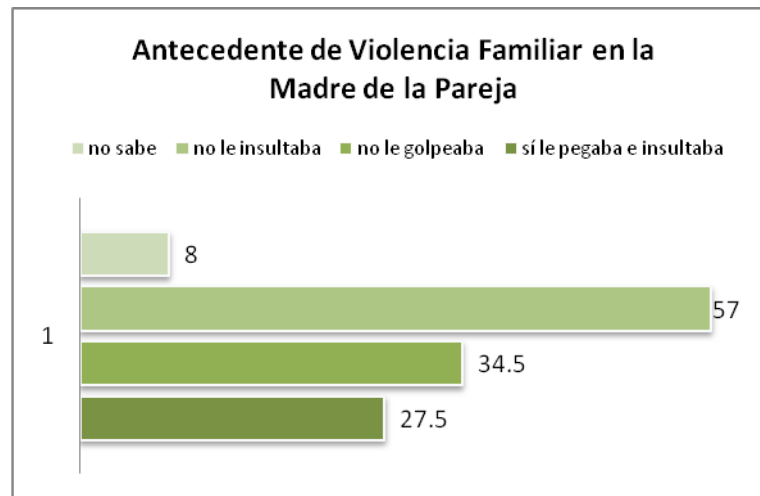
También se indagó sobre las experiencias de violencia vividas por su esposo o pareja cuando eran niños; a 30% de ellos les pegaban en su casa, al 17% la frecuencia era de vez en cuando (Fig. 10). Además 28% de las mujeres respondieron que cuando sus respectivos esposos o parejas eran niños, su madre era insultada o golpeada por su marido (Fig. 11)

Figura 10:



Fuente: Encuesta "Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja"

Figura 11:



Fuente: Encuesta "Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja"

Además de las consecuencias en la mujer embarazada producto de los actos de violencia, las afecciones más importantes se detectaron en el aspecto psíquico, 33 (16.5%) reportaron falta de apetito, 35 (17.5%) aseguran tener problemas nerviosos, 37 (18.5%) padecen de

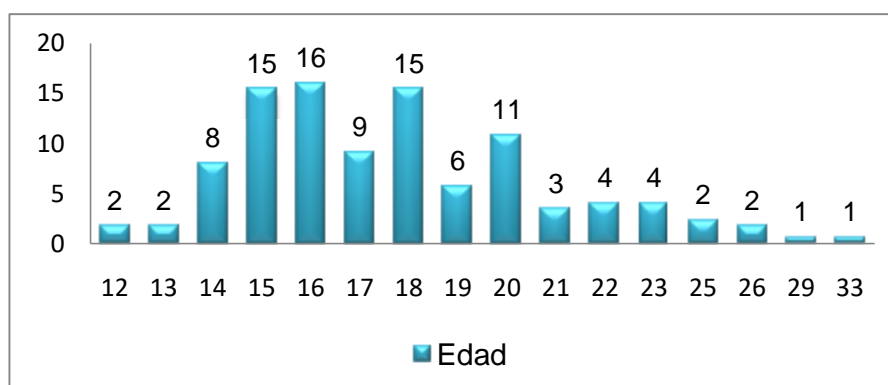
angustia, 54 (27.0%) de ellas padecen tristeza, aflicción o depresión nerviosa y 36 (18.0%) aseguraron tener problemas para dormir.

También se aplicó la encuesta “Caracterización de la determinación del estado de salud de la mujer embarazada” la cual está dividida en 4 apartados: 1) antecedentes patológicos familiares; 2) antecedentes patológicos personales; 3) antecedentes obstétricos y 4) embarazo actual. En el primer apartado 34% manifestó tener familiares diabéticos, 27% hipertensos (as), 2.5% antecedentes de enfermedades renales y 13.5% familiares con embarazos gemelares.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales 22% refirieron tener cirugía pélvica obstétrica, 3% tienen antecedente de hipertensión, 1% diabetes mellitus y tuberculosis pulmonar y 0.5% con enfermedades renales y enfermedades cardíacas, sin embargo es importante reconocer que la información que se registra en los expedientes clínicos es incompleta o no hay registros, lo que imposibilita conocer cifras reales.

Como se puede observar en la Figura 12, el inicio de vida sexual activa se produce alrededor de los 18 años de edad (más del 50%), aunque la edad más frecuente es la de los 16 años, se destaca un mínimo de 12 años y un máximo de 37, datos que hoy por hoy nos hablan del trabajo pendiente que se tiene en la población adolescente (entre los 10 y 19 años de edad) sobre la temática en sexualidad, ya que en su mayoría de las mujeres participantes estaban residiendo en áreas urbanas y suburbanas.

**Figura 12: Inicio de Vida Sexual Activa de las mujeres participantes**



Fuente: Encuesta “Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja”



El número de gestas en promedio es de 2, con un mínimo de 1 y máximo de 10. Las que refirieron que era su primer embarazo representaron 41%; con 2 fueron 30%, con 3 reportó 12.5%; con 4 fueron 10%, con 5 gestas respondió el 4%, con 7 fueron 1% y las que refirieron 8 y 10 embarazos representó el .5% respectivamente (Cuadro 1). Se encontraron 31 mujeres que refirieron abortos (15.5%), 5 productos prematuros (2.5%), 6 productos nacidos muertos en la primera semana (3.0%) y 13 recién nacidos con peso por debajo de 2,500 grs. (6.5%), resultados que se han encontrado presentes en investigaciones que refieren que hay co-morbilidad entre el embarazo y la violencia familiar.

CUADRO: 1 NÚMERO DE EMBARAZOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

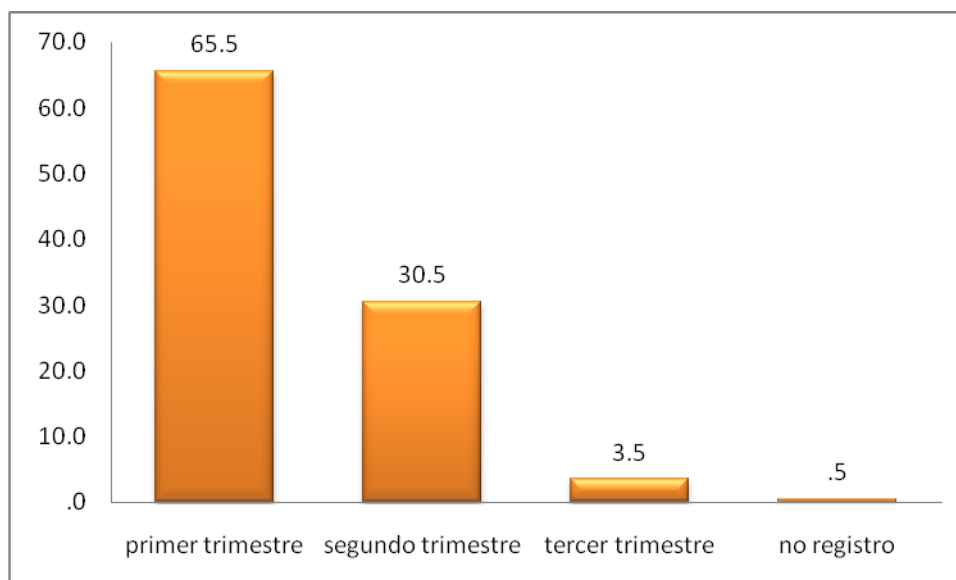
NO. DE GESTAS	PORCENTAJE
1	41.0
2	30.0
3	12.5
4	10.0
5	4.0
7	1.0
8	.5
10	.5

Fuente: Encuesta "Caracterización de la determinación del estado de salud de la mujer embarazada"

Revisando la información registrada con respecto al embarazo actual, 66% estaban cursando su primer trimestre, 31% segundo trimestre y 3% del tercer trimestre (Fig. 13). 85% de las mujeres habían asistido de 1 a 6 consultas, aunque 3 consultas resultó ser la mayor frecuencia. (Figura 14). El peso promedio de las mujeres encuestadas antes del embarazo fue de 56 kg y el peso promedio actual es de 63 kg por lo que la diferencia (ganancia de peso) es de 7 kg; ambos pesos tuvieron un error típico de .71 y .73 para antes y después respectivamente. El grupo sanguíneo más frecuente fue "O" (60%), seguido por el grupo "A" (5%), con "B" (5%) y 30% no tuvo registro en sus expedientes clínicos. El factor Rh fue

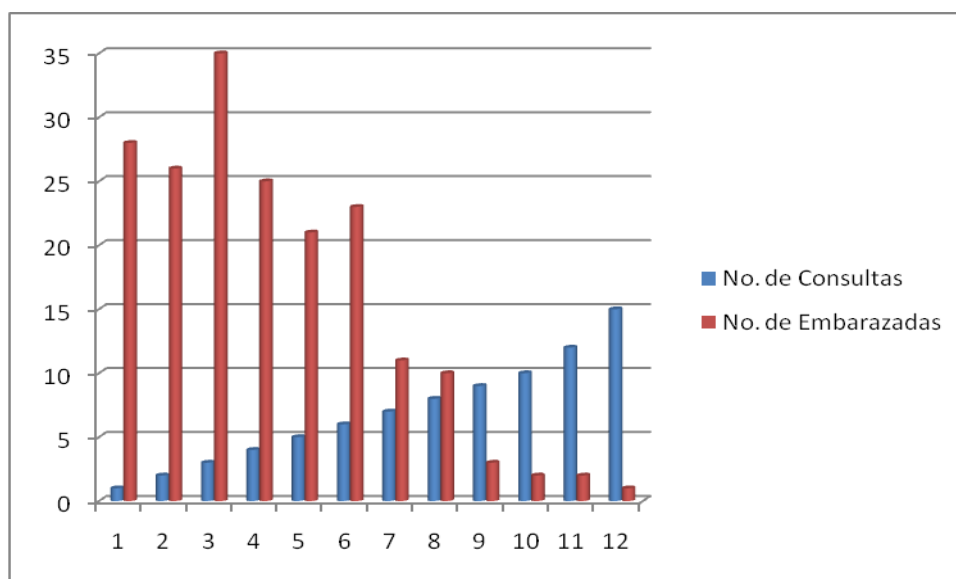
reportado como positivo (70%) de las mujeres embarazadas encuestadas, 1 caso reportado como negativo (0.5%); el resto no tuvo registro (29.5%).

**Figura 13: Trimestre en que asistieron las embarazadas a su primera consulta**



Fuente: Encuesta para determinar para determinar el estado de salud de la mujer embarazada

**Figura 14: No. de Consultas recibidas durante el embarazo hasta la fecha de la entrevista**



Fuente: Encuesta para determinar para determinar el estado de salud de la mujer embarazada

En cuanto al registro del examen físico realizado a las mujeres embarazadas encuestadas; examen clínico (64.5%), examen de mamas (63.0%), examen odontológico (23%) y examen de pelvis (11.0%). En cuanto a la detección de ITS; se tenía antecedente de haber tenido resultado de papanicolaou (13.0%), resultado negativo para VDRL (57%) y en cuanto a los resultados de sangre para detectar anemia 40.0% refirieron tener más de 10 de Hb. (registros extraídos de los expedientes clínicos, aquí es importante mencionar que se encontró sub registro)

De las complicaciones o daños a la salud identificados durante el embarazo se encontraron los siguientes registros: presencia de infección de vías urinarias (39.5%), hipertensión arterial (4.0%), anemia (8.5%), amenaza de aborto (9.5%), sangrado transvaginal (10.0%), dolor tipo obstétrico (12.0%), vómitos (9.5%), amenaza de parto pre término (5.5%) y 1 (0.5%) caso reportado con pre eclampsia, 1 (0.05%) muerte fetal y 1 (0.5%) con ruptura de bolsa amniótica (Fig. 15). En cuanto a los registros en la última consulta reportados fueron: presentación cefálica (48.5%), presentación pélvica (3.5%); con movimientos fetales reportados (67.5%) durante el segundo y tercer trimestre. La frecuencia cardiaca fetal osciló entre 123 y 160 latidos por minuto, el promedio fue de 140 latidos por minuto.

### **Análisis Bivariado**

Como se puede observar en la Tabla No. 1 los resultados todas las pruebas resultaron significativas ( $p < .001$ ) lo cual significa una dependencia entre los maltratos realizados y sus consecuencias físicas en los daños a la salud (moretones o hinchazón, amenaza de aborto, sangrado transvaginal y pérdida del producto). Cuando se cruzó con indicadores de violencia psicológica se observa que con la amenaza de aborto hay asociación; cuando son indicadores de violencia física se asoció con moretones e hinchazón, seguido con sangrado transvaginal, amenaza de aborto y pérdida del producto; con la violencia económica la asociación es con la falta de atención médica.

**Tabla N° 1: Asociación entre los actos de violencia y las consecuencias físicas en las mujeres embarazadas en el estado de Hidalgo**

DAÑOS FÍSICOS/ACTOS DE VIOLENCIA	Moretones o hinchazón	Amenaza de aborto	Sangrado vaginal	Atención médica	Pérdida del producto
Su pareja le ha dejado de hablar	185.19***	185.60***	185.47***	185.47***	135.02***
Su pareja le ha avergonzado	204.46***	206.34***	189.78***	191.67***	142.56***
Le ha prohibido salir	198.86***	192.39***	189.55***	189.55***	142.53***
Su pareja la ignora	203.26***	194.12***	191.46***	201.49***	142.55***
La ha amenazado con armas	215.53***	215.67***	198.18***	203.64***	148.93***
Le ha dejado de dar dinero	208.58***	182.49***	200.31***	200.31***	150.59***
Le ha prohibido trabajar o estudiar	205.15***	179.72***	205.34***	205.34***	155.34***
Le ha jalado el cabello	331.55***	185.09***	195.6***	214.97***	142.78***
Le han pateado	264.95***	175.37***	197.68***	225.55***	158.48***
Le han golpeado en el abdomen	254.20***	183.12***	210.56***	210.56***	158.42***
La han intentado ahorcar	226.18***	241.27***	189.94***	201.54***	158.45***
Le han exigido relaciones sexuales	195.55***	183.12***	189.9***	189.9***	158.42***
Le han exigido actos sexuales no convencionales	150.74***	138.66***	138.44***	140.42***	139.35***

\*\*\* p<.001

Así mismo se aprecia en la Tabla No. 2 la dependencia entre las diferentes manifestaciones de violencia y las repercusiones que éstas tienen sobre el estado psicológico o emocional de las mujeres embarazadas. Como se puede observar la principal sintomatología que las mujeres embarazadas manifestaron fue falta de apetito, angustia y nervios. Y revisando las asociaciones por cada una de las presentaciones de violencia, se obtuvo que hubo asociación en todas las variables de la violencia física provocando principalmente falta de apetito, nervios y angustia; violencia psicológica la asociación encontrada provoca angustia, nervios y tristeza; violencia sexual la asociación es con angustia, falta de apetito y nervios: en la violencia económica la asociación está con angustia, nervios y tristeza.

**Tabla Nº 2: Asociación entre los actos de violencia y consecuencias psíquicas o emocionales en la mujer embarazada**

DAÑOS EMOCIONALES/ACTOS DE VIOLENCIA	Falta de apetito	Nervios	Angustia	Tristeza	No duerme
Su pareja le ha dejado de hablar	111.86***	123.03***	126.13***	119.16***	106.16***
Su pareja le ha avergonzado	147.89***	160.36***	168.24***	153.67***	129.37***
Le ha prohibido salir	132.13***	147.98***	139.87***	130.32***	115.08***
Su pareja la ignora	138.27***	157.17***	150.31***	156.88***	120.50***
La ha amenazado con armas	136.10***	132.06***	139.78***	122.22***	121.29***
Le ha dejado de dar dinero	122.39***	131.96***	137.82***	123.73***	103.27***
Le ha prohibido trabajar o estudiar	131.23***	143.55***	143.34***	137.01***	110.84***
Le ha jalado el cabello	170.14***	146.69***	146.08***	122.85***	120.61***
***Le han pateado	121.47***	135.09***	134.73***	124.43***	106.49***
Le han golpeado en el abdomen	120.92***	126.41***	126.41***	112.88***	106.11***
La han intentado ahorcar	131.70***	125.78***	135.64***	118.59***	116.03***
Le han exigido relaciones sexuales	120.92***	117.22***	126.41***	112.88***	106.11***
Le han exigido actos sexuales no convencionales	86.34***	90.69***	91.38***	82.54***	74.96***

\*\*\*p<.001

En la Tabla No. 3, se muestra la asociación entre los hechos violentos y el haber pensado alguna vez en suicidarse mostró una dependencia ( $p < .001$ ) principalmente en variables de violencia psicológica (su pareja le ha avergonzado o la ignora) y violencia física (le ha jalado el cabello o la ha intentado ahorcar). La asociación de estos mismos hechos de maltrato y el real intento de suicidio sólo mostró una dependencia discreta ( $p < .05$ ); en violencia psicológica (la pareja la ignora), violencia física (le ha jalado el cabello y le han golpeado en el abdomen) y violencia sexual (le han exigido actos sexuales no convencionales).

Se encontró que la dependencia entre los hechos de maltrato y la intención por parte de las mujeres maltratadas de hacer algo para cambiar la situación fue muy alta ( $p < .001$ ) para todas las manifestaciones de maltrato. La asociación más alta la tiene la violencia psicológica: le ha prohibido trabajar o estudiar, violencia económica: le ha dejado de dar dinero, violencia física: le ha jalado el cabello y en la violencia sexual la más alta es cuando le exige tener relaciones sexuales.-

Con respecto a la dependencia entre los diferentes tipos de maltrato y si el embarazo fue planeado o no, arrojó en todos los casos significación, aunque las más fuertes fueron las que se corresponden: violencia física “le han golpeado en el abdomen”; violencia psicológica “la ha amenazado con armas”; violencia sexual “le han exigido relaciones sexuales” y violencia económica “le ha dejado de dar dinero”.

**Tabla Nº 3: Asociaciones entre los actos de violencia y los intentos de suicidio, posibilidad de cambio y planificación del embarazo según prueba de  $\chi^2$  de Pearson**

	Ha pensado quitarse la vida	Ha intentado quitarse la vida	Ha pensado hacer algo para cambiar	Su embarazo ha sido planeado
Su pareja le ha dejado de hablar	25.07***	2.67NS	51.25***	20.46**
Su pareja le ha avergonzado	42.44***	3.26 NS	69.72***	22.87**
Le ha prohibido salir	35.40***	6.01 NS	58.61***	17.89*
Su pareja la ignora	35.93***	12.94*	67.05***	24.94**
La ha amenazado con armas	31.37***	7.82 NS	57.87***	27.76***
Le ha dejado de dar dinero	27.11***	4.63 NS	60.22***	17.50*
Le ha prohibido trabajar o estudiar	31.20***	7.13 NS	70.48***	18.54*
Le ha jalado el cabello	39.48***	11.20*	59.73***	29.73***
Le han pateado	33.84***	5.65 NS	53.00***	30.62***
Le han golpeado en el abdomen	36.05***	11.34*	48.49***	48.93***
La han intentado ahorcar	40.33***	7.37 NS	50.51***	38.74***
Le han exigido relaciones sexuales	25.17**	5.03 NS	48.49***	20.04**
Le han exigido actos sexuales no convencionales	19.91**	10.65*	44.48***	14.92*

\*\*\* $p < .001$

### Análisis Multivariado

En la tabla No. 4 se puede observar que a la pregunta “Le ha dejado de hablar?” al cruzarla con las variables daños físicos a la salud (amenaza de aborto y sangrado transvaginal) no presentó ningún riesgo.

Las RP encontradas fueron la “falta de apetito” tiene 9.3 veces más de riesgo (RP1.093; IC 95% 1.031-1.155) de presentarse cuando la pareja le deja de hablar. 9.1 veces más de riesgo de tener problemas nerviosos (RP1.091; IC 95% 1.034-1.148); 10.3 veces más de riesgo de presentar angustia (RP1.103 IC 95% 1.042-1.165); 10.4 veces más de riesgo para presentar problemas para dormir (RP1.104 IC 95% 1.039-1.169) así mismo se encontró 3.5 veces más de riesgo para pensar quitarse la vida. Todas las variables presentan significancia estadística.

**Tabla No. 4: Asociación entre la variable de violencia psicológica “le ha dejado de hablar” y daños a la salud física y emocional**

¿LE HA DEJADO DE HABLAR?			
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	VALOR CHI CUADRADO DE PEARSON ***	RP	IC 95%
Amenaza de aborto	185.60	.941	.911-.970
Sangrado Transvaginal	-	.934	.907-..962
Falta de apetito	111.86	1.093	1.031-1.155
Problemas nerviosos	123.03	1.091	1.034-1.148
Angustia	126.13	1.103	1.042-1.165
Tristeza, aflicción o depresión	119.16	1.186	1.115-1.257
Problemas para dormir	106.16	1.104	1.039-1.169
Pensado quitarse la vida	25.07	1.035	.984-1.086

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja



En la Tabla No. 5 se cruza la variable psicológica “La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la compara con otras mujeres?” y al buscarse el riesgo con los daños a la salud física: amenaza de aborto y sangrado transvaginal se encontró que no hay aumento del riesgo. Para los daños a la salud emocional se encontró que para falta de apetito hay un incremento de 11.8 veces más de riesgo (RP 1.118 IC 95% 1.063-1.173), en problemas nerviosos el incremento fue de 11.8 veces más de riesgo (RP 1.118 IC 95% 1.068-1.169), en angustia se encontró 13.1 veces más de riesgo (RP 1.131 IC 95% 1.075-1.186), en tristeza, aflicción o depresión hay 21.8 veces más de riesgo (RP 1.218 IC 95% 1.152-1.285), en problemas para dormir se encontró 13.9 veces más de riesgo (RP 1.139 IC 95% 1.078-1.201) y para la pregunta sin ha pensado quitarse la vida se encontró 6.3 veces más de riesgo (RP 1.063 IC 95% 1.019-1.106). Todas las variables presentaron significancia estadística.

**Tabla No. 5: Asociación entre la variable de violencia psicológica “la ha avergonzado..” y daños a la salud física y emocional.**

VIOLENCIA PSICOLÓGICA	¿LA HA AVERGONZADO, MENOSPRECIADO, LE HA DICHO QUE ES FEA O LA COMPARA CON OTRAS MUJERES?		
	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
<b>Amenaza de aborto</b>	206.34	.974	.951-.997
<b>Sangrado Transvaginal</b>	-	.971	.944-.997
<b>Falta de apetito</b>	147.89	1.118	1.063-1.173
<b>Problemas nerviosos</b>	160.36	1.118	1.068-1.169
<b>Angustia</b>	168.24	1.131	1.075-1.186
<b>Tristeza, aflicción o depresión</b>	153.67	1.218	1.152-1.285
<b>Problemas para dormir</b>	129.37	1.139	1.078-1.201
<b>Pensado quitarse la vida</b>	42.44	1.063	1.019-1.106

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

En la Tabla No. 6; se cruzó la variable psicológica “la ignora, no la toma en cuenta o no le brinda cariño?” y los resultados obtenidos nos muestran que no incremento en el riesgo para presentar daños a la salud física tanto para amenaza de aborto como para sangrado transvaginal. Para los daños a la salud emocional se encontró 11.8 veces más de riesgo para falta de apetito (RP 1.118 IC 95% 1.062-1.175), para problemas nerviosos hubo 11.6 veces más de riesgo (RP1.116 IC 95% 1.065-1.166), para angustia se encontró 13.3 veces más de riesgo (RP 1.133 IC 95% 1.076-1.191), 21.3 veces más de riesgo para la tristeza, aflicción o depresión (RP 1.213 IC 95% 1.147-1.280), 13.9 veces más riesgo para presentar problemas para dormir (RP 1.139 IC 95% 1.077-1.202) y cuando se le pregunta si han pensado quitarse la vida se encontraron 6.3 veces más de riesgo (RP 1.063 IC 95% 1.018-1.109).

**Tabla No.6: Asociación entre la variable de violencia psicológica “la ignora, no la toma en cuenta o no le brinda cariño?” y daños a la salud física y emocional.**

¿LA IGNORA, NO LA TOMA EN CUENTA O NO LE BRINDA CARIÑO?			
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
<b>Amenaza de aborto</b>	194.12	.973	.947-.999
<b>Sangrado Transvaginal</b>	-	.966	.941-.990
<b>Falta de apetito</b>	138.27	1.118	1.062-1.175
<b>Problemas nerviosos</b>	157.17	1.116	1.065-1.166
<b>Angustia</b>	150.31	1.133	1.076-1.191
<b>Tristeza, aflicción o depresión</b>	156.88	1.213	1.147-1.280
<b>Problemas para dormir</b>	120.50	1.139	1.077-1.202
<b>Pensado quitarse la vida</b>	35.93	1.063	1.018-1.109

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

Tabla No. 7 aquí se presenta los resultados de asociación obtenidos cuando se cruzó la variable “la ha amenazado con algún arma?” y se encontró que todas las variables tuvieron una significancia estadística. En cuando al riesgo de presentar daños a la salud física no se encontró (amenaza de aborto y sangrado transvaginal) Sin embargo para los daños a la salud emocional se encontró que para falta de apetito se tuvo 15.5 veces más de riesgo (RP 1.155 IC 95% 1.096-1.214), hubo 15.7 veces más de riesgo para problemas nerviosos (RP 1.157 IC 95% 1.103-1.212), 17 veces más de riesgo para angustia (RP 1.170 IC95% 1.111-1.229), para tristeza, aflicción o depresión se encontró 25.8 veces más de riesgo (RP 1.188-1.328), para problemas para dormir se encontró 17.1 veces más de riesgo (RP1.106-1.235) y 9.6 veces más de riesgo para pensar quitarse la vida (RP 1.096 IC 95% 1.048-1.144)

**Tabla No. 7: Asociación entre la variable de violencia psicológica “la ha amenazado con algún arma?” y daños a la salud física y emocional.**

¿LA HA AMENAZADO CON ALGÚN ARMA?			
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
Amenaza de aborto	215.67	.998	.973-1.024
Sangrado Transvaginal	-	.992	.970-1.015
Falta de apetito	136.10	1.155	1.096-1.214
Problemas nerviosos	132.06	1.157	1.103-1.212
Angustia	139.78	1.170	1.111-1.229
Tristeza, aflicción o depresión	122.22	1.258	1.188-1.328
Problemas para dormir	121.29	1.171	1.106.1-.235
Pensado quitarse la vida	31.37	1.096	1.048-1.144

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

En la Tabla No. 8 se representa la asociación encontrada con violencia física en la variable “la ha empujado o le ha jalado el cabello?”; así se encontró que no hubo incremento de

riesgo ante la presencia de daños a la salud física ( moretones e hinchazón, amenaza de aborto y sangrado transvaginal). Para los daños a la salud emocional se encontró que hay 25.3 veces más de riesgo para presentar depresión (RP1.253 IC95% 1.184-1.321); 16.7 veces más riesgo de presentar problemas para dormir (RP1.167 IC95% 1.104-1.229); 16 veces más de riesgo para padecer angustia (RP1.160 IC95% 1.103-1.217); 14.5 veces más riesgo para presentar problemas nerviosos (RP1.145 IC95% 1.094-1.196); 13.8 veces más de riesgo para presentar falta de apetito (RP1.138 IC95% 1.085-1.192); 8.8 veces más de riesgo para pensar en quitarse la vida (RP1.088 IC95% 1.041-1.134).

**Tabla No. 8: Asociación entre la variable de violencia física “la ha empujado o le ha jalado el cabello?” y daños a la salud física y emocional.**

VIOLENCIA FÍSICA	¿LA HA EMPUJADO O LE HA JALADO EL CABELLO?		
	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
Presentado moretones e hinchazón	331.55	.999	.986-1.012
Amenaza de aborto	185.09	.997	.969-1.026
Sangrado Transvaginal	195.60	.987	.966-1.007
Falta de apetito	170.14	1.138	1.085-1.192
Problemas nerviosos	146.69	1.145	1.094-1.196
Angustia	146.08	1.160	1.103-1.217
Tristeza, aflicción o depresión	122.85	1.253	1.184-1.321
Problemas para dormir	120.61	1.167	1.104-1.229
Pensado quitarse la vida	39.48	1.088	1.041-1.134

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

En la Tabla No. 9 se cruzó la variable “la ha pateado?” con moretones e hinchazón se presentó 1.8 veces más de riesgo (RP1.018 IC95% .996-1.039); 1.1 veces de riesgo para presentar amenaza de aborto (RP1.011 IC95% .981-1.040). No hubo riesgo para la presencia de sangrado transvaginal.

**Tabla No. 9: Asociación entre la variable de violencia física “la ha pateado?” y daños a la salud física y emocional.**

VIOLENCIA FÍSICA	¿LA HA PATEADO?		
	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
<b>Presentado moretones e hinchazón</b>	246.95	1.018	.996-1.039
<b>Amenaza de aborto</b>	175.37	1.011	.981-1.040
<b>Sangrado Transvaginal</b>	197.68	1.099	.978-1.017
<b>Falta de apetito</b>	121.47	1.166	1.106-1.225
<b>Problemas nerviosos</b>	135.09	1.163	1.110-1.216
<b>Angustia</b>	134.73	1.178	1.120-1.237
<b>Tristeza, aflicción o depresión</b>	124.43	1.268	1.199-1.337
<b>Problemas para dormir</b>	106.49	1.187	1.121-1.252
<b>Pensado quitarse la vida</b>	33.84	1.103	1.055-1.150

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

En daños a la salud emocional se encontró que hubo 26.8 veces más de riesgo para presentar depresión (RP1.268 IC95% 1-199-1.337); 18.7 veces más de riesgo para tener problemas para dormir (RP1.187 IC95% 1.121-1.252); 18 veces más de riesgo para

presentar angustia (RP1.18 IC95% 1.120-1.237); 16.6 veces más de riesgo para presentar falta de apetito (RP1.166 IC95% 1.106-1.225); 16.3 veces más de riesgo para presentar problemas nerviosos (RP1.163 IC95% 1.110-1.216); 10.3 veces más de riesgo para pensar quitarse la vida (RP 1.103 IC 95% 1.055-1.150)

Los resultados de la variable “le ha golpeado con el puño en el abdomen?” se presentan en la Tabla No. 10. Se encontró 3 veces más de riesgo para presentar moretones e hinchazón (RP1.03IC95% 1.008-1.057); 2 veces más de riesgo para presentar amenaza de aborto (RP1.02 IC95% .993-1.049); 0.08 riesgo para la presencia de sangrado transvaginal (RP 1.008 IC 95% .991-1.024)

**Tabla No.10: Asociación entre la variable de violencia física “le ha golpeado con el puño en el abdomen?” y daños a la salud física y emocional.**

¿LE HA GOLPEADO CON EL PUÑO EN EL ABDOMEN?			
VIOLENCIA FÍSICA	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
Presentado moretones e hinchazón	254.20	1.033	1.008-1.057
Amenaza de aborto	183.12	1.021	.993-1.049
Sangrado Transvaginal	210.56	1.008	.991-1.024
Falta de apetito	120.92	1.181	1.121-1.241
Problemas nerviosos	126.41	1.181	1.126-1.235
Angustia	126.41	1.196	1.136-1.256
Tristeza, aflicción o depresión	112.88	1.288	1.218-1.359
Problemas para dormir	106.11	1.202	1.136-1.267
Pensado quitarse la vida	36.05	1.115	1.068-1.162

\*\*\*p<.001

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

En cuanto a las variables emocionales se encontró que hay 28.8 veces más riesgo de presentar depresión (RP1.29 IC95% 1.218-1.359); 20.2 veces más de riesgo para presentar problemas para dormir (RP1.20 IC95% 1.136-1.267) y angustia (RP1.198% IC95% 1.136-1.256); 18.1 veces más de riesgo para presentar falta de apetito (RP1.18 IC95% 1.121-1.241) y problemas nerviosos (RP1.18 IC95% 1.126-1.235); 11.5 veces más de riesgo para pensar en quitarse la vida (RP1.115 IC95% 1.068-1.162).

En la Tabla No. 11 se buscó la asociación de la variable física “la ha tratado de ahorcar o asfixiar?” con los daños a la salud física, en donde se encontró que hay 2 veces más de presentar moretones e hinchazón (RP1.02 IC95% 1.002-1.053); 1 vez más de riesgo para presentar amenaza de aborto (RP1.01IC95% .987-1.035); presentó 0.05 riesgo para la presencia de sangrado transvaginal (RP 1.005 IC 95% .984-1.026)

**Tabla No. 11: Asociación entre la variable de violencia física “la ha tratado de ahorcar o asfixiar?” y daños a la salud física y emocional**

¿LA HA TRATADO DE AHORCAR O ASFIXIAR?			
VIOLENCIA FÍSICA	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
Presentado moretones e hinchazón	226.18	1.020	1.002-1.053
Amenaza de aborto	241.27	1.011	.987-1.035
Sangrado Transvaginal	189.94	1.005	.984-1.026
Falta de apetito	131.70	1.171	1.112-1.230
Problemas nerviosos	125.78	1.173	1.119-1.228
Angustia	135.64	1.186	1.127-1.245
Tristeza, aflicción o depresión	118.59	1.278	1.209-1.348
Problemas para dormir	116.03	1.192	1.127-1.256
Pensado quitarse la vida	40.33	1.108	1.061-1.154

\*\*\*p<.001

Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

En los daños a la salud emocional se encontró que hay 28 veces más de riesgo para presentar la depresión (RP1.28 IC95% 1.209-1.348); 19 veces más de riesgo para presentar problemas para dormir (RP1.19 IC95% 1.127-1.256) y angustia (RP1.19 IC95% 1.127-1.245); 17 veces más de riesgo para presentar falta de apetito (RP1.17 IC95% 1.112-1.230); y problemas nerviosos (RP1.17 IC95% 1.119-1.228); 11 veces más de riesgo para pensar en quitarse la vida; no hubo riesgo para intentar quitarse la vida.

Cuando se buscó asociación de daños a la salud física y mental con la variable que representa violencia sexual, los resultados se encuentran en la Tabla No. 12. En cuanto a los daños a la salud física la presencia de moretones e hinchazón es de 3.8 veces más de riesgo (RP 1.038 IC 95% 1.009-1.066),

**Tabla 12: Asociación entre la variable de violencia sexual “le ha exigido tener relaciones sexuales aunque ud no quería?” y daños a la salud física y emocional.**

VIOLENCIA SEXUAL	¿LE HA EXIGIDO TENER RELACIONES SEXUALES AUNQUE UD. NO QUIERA?		
	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
<b>Presentado moretones e hinchazón</b>	195.55	1.038	1.009-1.066
<b>Amenaza de aborto</b>	183.12	1.021	.993-1.049
<b>Sangrado Transvaginal</b>	189.90	1.010	.990-1.030
<b>Falta de apetito</b>	120.92	1.181	1.121-1.241
<b>Problemas nerviosos</b>	117.22	1.183	1.128-1.239
<b>Angustia</b>	126.41	1.196	1.136-1.256
<b>Tristeza, aflicción o depresión</b>	112.88	1.288	1.218-1.359
<b>Problemas para dormir</b>	106.11	1.202	1.136-1.267
<b>Ha pensado en quitarse la vida</b>	25.17	1.118	1.060-1.166



Hubo 2.1 veces más de riesgo para amenaza de aborto (RP 1.021 IC 95% .993-1.049) y 1.0 veces más de riesgo para sangrado transvaginal (RP 1.010 IC 95% .990-1.030).

Cuando se buscó asociación con daños a la salud emocional se encontró que hay 18.1 veces más de presentar falta de apetito (RP 1.181 IC 95% 1.121-1.241), en cuanto a los problemas nerviosos se encontró que hubo 18.3 veces más de riesgo (RP 1.183 IC 95% 1.128-1.239), 19.6 veces más de riesgo para presentar angustia (RP 1.196 IC 95% 1.136-1.256), 28.8 veces más de riesgo de presentar tristeza, aflicción o depresión (RP 1.288 IC 95% 1.218-1.359) , 20.2 veces más de riesgo para problemas para dormir ( RP 1.202 IC 95% 1.136-1.267) y 11.8 veces más para pensar en quitarse la vida (RP 1.118 IC 95% 1.069-1.166)

En la Tabla No.13 donde se buscó asociación con la variable “la ha obligado a hacer actos sexuales que a Ud. no le parecen?” aquí hubo riesgos para presentar de daños a la salud física; 6.3 veces más riesgo de presentar moretones e hinchazón (RP1.063 IC95% 1.024-1.101); 4.3 veces más de riesgo para presentar amenaza de aborto (RP1.043 IC95% 1.011-1.074) y 3 veces más riesgo para presentar sangrado transvaginal (RP1.030 IC95% 1.007-1.053).

**Tabla 13: Asociación entre la variable de violencia sexual “la ha obligado a hacer actos sexuales que a ud no le parecen?” y daños a la salud física y emocional.**

VIOLENCIA SEXUAL	¿LA HA OBLIGADO A HACER ACTOS SEXUALES QUE A UD. NO LE PARECEN?		
	Valor chi cuadrado de Pearson	RP	IC 95%
<b>Presentado moretones e hinchazón</b>	150.74	1.063	1.024-1.101
<b>Amenaza de aborto</b>	138.66	1.043	1.011-1.074
<b>Sangrado Transvaginal</b>	138.44	1.030	1.007-1.053
<b>Falta de apetito</b>	86.34	1.206	1.143-1.269
<b>Problemas nerviosos</b>	90.69	1.208	1.149-1.268
<b>Angustia</b>	91.38	1.223	1.159-1.288
<b>Tristeza, aflicción o depresión</b>	82.54	1.318	1.243-1.394
<b>Problemas para dormir</b>	74.96	1.227	1.159-1.295
<b>Pensado quitarse la vida</b>	19.91	1.138	1.089-1.186

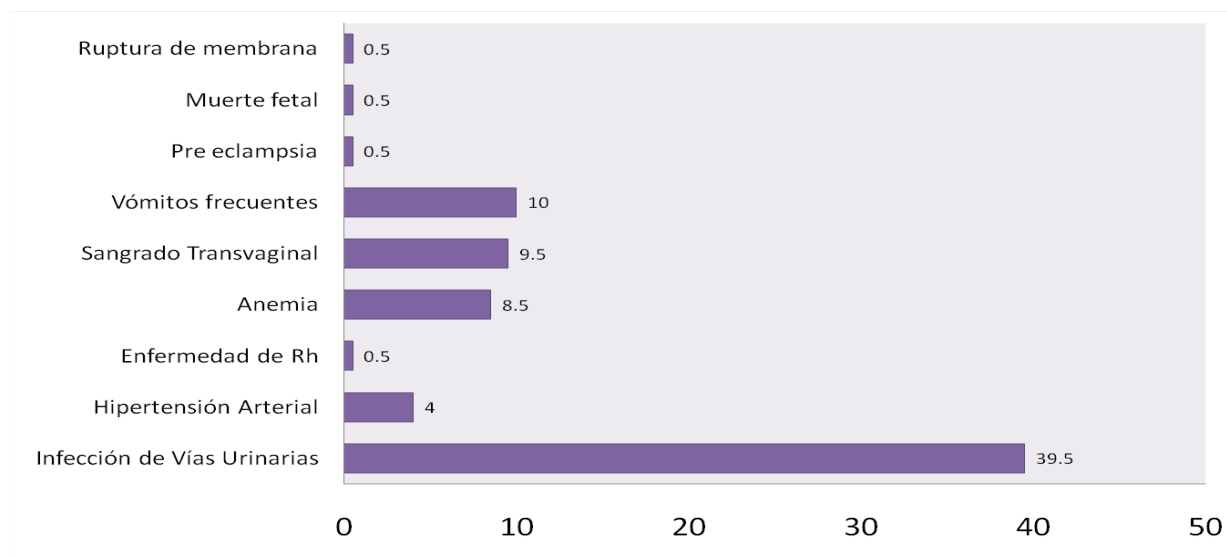
Fuente: Explorador para identificar rasgos de violencia de pareja

Así mismo se buscó la asociación con daños a la salud emocional, encontrándose 20.6 veces más de riesgo para presentar falta de apetito (RP 1.206 IC 95% 1.143-1.269), 20.8 veces más de riesgo para problemas nerviosos (RP 1.208 IC 95% 1.149-1.268), 22.3 veces más de riesgo para presentar angustia (RP 1.223 IC 95% 1.159-1.288), para tristeza,

aflicción o depresión se encontró una asociación con 32.8 veces más de riesgo (RP 1.318 IC 95% 1.243-1.394), 22.7 veces más de riesgo para presentar problemas para dormir (RP 1.227 IC 95% 1.159-1.295) y 13.8 veces más de riesgo para pensar quitarse la vida (RP 1.138 IC 95% 1.089-1.186). En cuanto a los daños a la salud emocional se encontró que hay 32 veces más de riesgo para presentar depresión (RP 1.32 IC 95% 1.243-1.394); 23 veces más de riesgo para presentar problemas para dormir (RP 1.23 IC 95% 1.159-1.295); 22 veces más de riesgo para presentar angustia (RP 1.22 IC 95% 1.159-1.288); 21 veces más de riesgo para presentar falta de apetito (RP 1.21 IC 95% 1.143-1.269) y problemas nerviosos (RP 1.21 IC 95% 1.149-1.268); 14 veces más de riesgo para pensar en quitarse la vida (RP 1.14 IC 95% 1.089-1.186); no hubo riesgo para intentar quitarse la vida.

Se buscó la asociación entre las variables representativas de violencia psicológica, física y sexual con los daños a la salud identificados durante el embarazo: Infección de vías urinarias, vómitos frecuentes, anemia, hipertensión arterial, enfermedad de Rh, pre eclampsia, muerte fetal y ruptura de membrana, sin embargo no se identificó ningún riesgo de incrementarse durante el embarazo. (Fig 15)

**Figura 15: Frecuencia de daños a la salud física en las embarazadas encuestadas**



Fuente: Encuesta para determinar para determinar el estado de salud de la mujer embarazada

## 11. DISCUSION

En los resultados de esta investigación, la prevalencia en cuanto a la violencia de pareja en la mujer embarazada es 30% menor a los resultados encontrados en investigaciones al respecto realizadas en el 2006 en México, en la que el resultado obtenido fue del 38.8%<sup>(43)</sup>. Así mismo, en una investigación realizada en el Estado de Hidalgo en el período del 2008 al 2009 manejando las mismas variables, se obtuvo una prevalencia de 35.37% <sup>(44)</sup>. En cuanto a la violencia psicológica (ofensas, menosprecio y humillaciones), hubo notables diferencias ya que arrojó 12.74% en el ENVIM <sup>(43)</sup> donde se realizó el estudio en mujeres que viven alguna situación de violencia, pero que en el momento de la encuesta no estaban embarazadas, y a las que se les preguntó sobre la violencia durante alguno de sus embarazos, lo cual considero es un elemento que pudo haber sesgado la información, ya que, al no estar viviéndolo, pudieran haber minimizado o desvirtuado los eventos de violencia.; el 48% refirió sufrir violencia de este tipo (en Hidalgo)<sup>(44)</sup> mientras que en el presente estudio se obtuvo el 52.6%. En cuanto a la violencia sexual (obligadas a tener relaciones sexuales o con prácticas que no son de su agrado), en el primero se obtuvo el 8.43% <sup>(43)</sup> a diferencia del 33.26% en la segunda investigación <sup>(44)</sup>, mientras que los resultados obtenidos en esta investigación fue 5.1%. Considero que el alto porcentaje obtenido en el estudio del Estado de Hidalgo, del que desconozco en forma detallada la herramienta de investigación, pudieran haberse considerado más variables en la encuesta, lo que le haya permitido al investigador ahondar más en la problemática, permitiéndole detectarla con mayor facilidad. En cuanto a la violencia física (golpes, empujones, etc.), el reporte fue 9.41% en el ENVIM <sup>(43)</sup>, de las cuales, el 5%, refirió haber sido golpeada y/o pateada en el abdomen; En la investigación referente realizada en Hidalgo, se obtuvo un resultado del 27.11%<sup>(44)</sup>, de las cuales, el 8.6%, refiere haber sufrido traumatismo abdominal mientras que en el presente estudio se obtuvo un 16.9% de violencia de este tipo, de las cuales alrededor de 2 de cada 100 embarazadas encuestadas (1.5%), refirió la agresión dirigida a la región abdominal, lo que pone de manifiesto que se puede incrementar el riesgo para lograr concluir el embarazo poniendo en peligro la vida del producto y aun la de la madre.

En algunos estudios realizados por la OMS <sup>(6)</sup>; en varios países, se encontró que la prevalencia se encuentra entre el 25% y 50% de mujeres que refirieron haber sufrido maltrato físico durante el embarazo. En dicha investigación se encontró 16.9% que sufrieron violencia sexual, y de estas, el 1.5% había recibido patadas y golpes en el abdomen; como se puede observar, esta proporción se encuentra por debajo de lo referido en la bibliografía.

La OPS maneja algunas repercusiones obstétricas a consecuencia de la violencia doméstica<sup>(10)</sup>:

En este mismo estudio se encontró que el estrés y la ansiedad extremos provocados por la violencia durante el embarazo también pueden llevar a partos prematuros o retraso del crecimiento fetal al aumentar los niveles hormonales o alteraciones inmunológicas.

En el presente estudio, se encontró asociación significativa en todas las variables de daños a la salud mental (falta de apetito, problemas nerviosos, angustia, tristeza, aflicción o depresión y trastornos del sueño), lo que se puede considerar como riesgo para poder presentar las complicaciones antes referidas, por lo que se considera la necesidad de profundizar aún más en investigaciones utilizando variables que nos permitan sustentar dichas premisas.

## **12. LIMITACIONES**

Las limitaciones encontradas:

- Una de las primeras limitaciones fue el traslado del personal de salud (equipos modulares de apoyo a la operación) a los diferentes municipios, ya que pese a la autorización dada por las autoridades para su colaboración, les surgió otra comisión y solo apoyaron en los municipios alejados y la investigadora contrató a una persona (licenciada en trabajo social), la capacitó y juntas terminaron la fase de campo en los municipios de Pachuca y Mineral de la Reforma.
- Se considera que otra limitación que se encontró debido al tipo de muestreo seleccionado fue que al llegar a los Centros de Salud y solicitar los expedientes clínicos de las embarazadas se encontró que algunos expedientes no existían o no tenía la historia clínica perinatal o las mujeres no estaban en el registro nominal,
- Cuando se revisaron los expedientes se encontró que había falta de registros de información básica tanto en la historia clínica perinatal como en las notas médicas lo que provocó que a la hora de analizar los resultados se encontró que en la cédula para la determinación de estado de salud de la mujer embarazada hubo falta de información hasta en un 56%.
- Como es conocido el indagar sobre la presencia de la violencia en la relación de pareja provoca sesgos de información, ya que en algunos ítems las mujeres encuestadas contestaron que no la vivían y más adelante proponían cambios para mejorarla.

- Hubo limitación de temporalidad en el estudio lo que imposibilitó el conocer el desenlace de los embarazos y profundizar acerca de la violencia que se encontró si estaba presente antes y después del embarazo.
- Otra limitante es que la información referente a la pareja fue proporcionada por la mujer y no se entrevistó al hombre, en lo cual podría estar oculto un sesgo de información.

### 13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta investigación se concluyó que el embarazo no protege a las mujeres contra la violencia de pareja, 53% declararon haber vivido violencia en los últimos 12 meses (psicológica 53%, física 10%, sexual 5.1% y económica 8.0%) y comparando con los resultados obtenidos durante el embarazo en el cual 30% afirmó vivir violencia de pareja (psicológica 52.6%, física 16.5%, sexual 5.1% y económica 25.8%) como se puede observar la violencia psicológica se mantuvo, la física se incrementó un 6.5%, la sexual se mantuvo con la misma prevalencia y la económica se incrementó 3 veces más.

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron superiores en cuanto a la violencia psicológica se refiere y algo que considero es una aportación es en cuanto a los daños a la salud física que este tipo de violencia ocasiona, ya que todas las variables tuvieron significancia estadística. En cuanto a los daños a la salud emocional se pudo observar la presencia de la tristeza (aflicción o depresión) que puede aumentarse hasta 26 veces ante la amenaza con algún arma. Y contrario a lo esperado ante la presencia de la violencia psicológica las mujeres embarazadas no “han intentado quitarse la vida” aunque sí se incrementa hasta 10 veces más el riesgo ante la Amenaza con un arma de “pensar quitarse la vida”.

En cuanto a la violencia física los resultados se muestran por debajo de lo encontrado en otras investigaciones, lo que hace ver que en el Estado de Hidalgo no tiene una prevalencia mayor al 28%; sin embargo a pesar de que obtuvimos RP por debajo a la violencia psicológica en cuanto a la presencia de amenaza de aborto ( puede incrementarse hasta 2 veces si “la han golpeado en el abdomen”), el sangrado transvaginal como era de esperarse que estuviera presente ante la violencia física y sobre todo si ha habido golpes en el abdomen, sin embargo se encontró significancia estadística ( $p=210.56$ ) pero con baja RP

.08 IC 95% .991- 1.024. En este tipo de violencia como era de esperarse también presenta daños a la salud mental, pero representa mayor riesgo de aparecer es la tristeza (aflicción o depresión) con 29 veces más de riesgo, seguido con problemas para dormir (que sigue siendo un síntoma que acompaña a la depresión) con 21 veces de riesgo para aparecer sobre todo si fue “golpeada con el puño en el abdomen”. En este tipo de violencia también se encontró que había asociación estadística ( $p=36.05$ ) que las mujeres han pensado quitarse la vida cuando hay golpes y se incrementa hasta en 11 veces el riesgo de aparecer el pensamiento suicida; sin embargo no se incrementa el riesgo de “intentar quitarse la vida”.

No deja de llamar la atención que en la violencia sexual todas las variables tengan significancia estadística y además se incrementen los riesgos de aparecer tanto los daños a la salud física como a la mental. Se tiene que para los daños a la salud física: se incrementa 6 veces el riesgo de presentar Moretones e hinchazón, 4 veces el riesgo de presentar amenaza de aborto y 3 veces el riesgo de que aparezca sangrado transvaginal. En cuanto a los daños a la salud mental se incrementa hasta 31 veces el riesgo de presentar tristeza (aflicción o depresión), 23 veces más se presentan los problemas para dormir, 22 veces el riesgo de que aparezca angustia, 21 veces más de riesgo para presentar falta de apetito y problemas nerviosos; 14 veces más se incrementa el riesgo de pensar quitarse la vida y 12 veces se incrementa el riesgo de haber Intentado quitarse la vida, éste último dato es el más alto que se presentó en cuanto a los diferentes tipos de violencia, lo que se puede considerar como un hallazgo que merece reflexión y mayor investigación.

En esta investigación se corroboró como se ha encontrado en otras investigaciones: la presencia de la violencia en la niñez de ambos, inclusive en la suegra de las embarazadas, hecho que es relevante porque nos indica la manera de relacionarse en las familias de origen, en este sentido los hallazgos son consistentes con diversos estudios que señalan que experimentar violencia en la infancia o ser testigo de violencia entre padres, está asociado a sufrir violencia en la vida adulta. <sup>(9)</sup>

Lo que se puede concluir con esta investigación es de que en la mayoría de las mujeres la violencia empieza desde la infancia y que el embarazo no las protege para que la violencia desaparezca, que la pareja es el generador de violencia principalmente (alrededor del 90% estaban casadas o vivían en unión libre).

Concuerdo con Khurram y Hyder <sup>(9)</sup> quienes han documentado que en países subdesarrollados se identifican tres factores determinantes de la violencia durante el embarazo: bajos niveles de ingreso, bajos niveles educativos y los embarazos no planeados.

Las recomendaciones que se darían posterior al análisis de estos resultados sería sobre todo para los trabajadores de la salud y para todas las instancias de la sociedad civil que trabajan en pos de erradicar la violencia familiar y sexual en el Estado:

- Se tiene que seguir trabajando con la población en general (desde niños hasta adultos mayores) para que la violencia se **desnaturalice** ya que como lo muestran los resultados en algunas preguntas se contesta que no se vive la violencia y al analizar los resultados todas las variables de daños a la salud tanto física como mental tuvieron significancia estadística.
- La violencia de género y sexual debe continuar siendo un problema social y de salud que debe estar en la agenda de las políticas públicas, pues hace falta proporcionar muchos datos que se han ido encontrando en algunos estudios e investigaciones que se tienen en el Estado y que no se han difundido entre la población.
- En el sector salud se debe buscar la presencia de rasgos que indiquen que la violencia familiar y/o sexual está presente en las mujeres embarazadas, porque ya pudimos comprobar los riesgos de incrementar algunas enfermedades tanto físicas como mentales que pueden llevar a la muerte.
- En esta investigación como algunas otras, la población adolescente tiene una prevalencia por arriba del 25%, lo que nos señala la necesidad de trabajar sobre el ejercicio de la sexualidad y la responsabilidad del mismo, ya que están iniciando su vida sexual activa entre los 12 y 19 años de edad.
- En esta investigación se pudo comprobar que las mujeres asisten a solicitar control prenatal en el primer trimestre del embarazo 65.5% y un 30% en el segundo trimestre, así mismo el número de consultas en promedio fueron de 3; lo que se debe considerar como una oportunidad para poder detectar a tiempo la presencia de la violencia familiar, dar un manejo terapéutico oportuno y disminuir algunos riesgos a la salud física y mental.



#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta M. Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas (resumen de noticias/CIMAC) México 2001
2. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre la Violencia y Salud. México: 2006.
3. De la Vega –Sánchez AL. Violencia contra las Mujeres, un enfoque multidisciplinario.- Para comprender la violencia contra las Mujeres. México: Hidalgo; 2006.p. 61.
4. Chan M. Violencia contra la mujer, un tema de salud prioritario (resumen) Washington (DC) 1998.
5. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de marginación en México. Salud Pública; 2006; Supl 2: 239-249
6. Arce B. La OMS alerta sobre el maltrato a las mujeres embarazadas. Estudio mundial sobre la violencia doméstica (resumen). México 2005
7. Population Council e Instituto Nacional de Salud Pública. Comité Promotor de una Maternidad sin riesgos. México 2000
8. Ipas México. La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. México: 2003
9. Khurram NA, Hyder A. Violence against pregnant women in developing countries. Eur J. Public Health; Ritzer George 2003; 13: 105-107
10. Heise L. Violencia contra la mujer. La carga oculta a la salud. Washington D.C. Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud; 1994.
11. Castro R, Ruíz A, Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Autónoma de México (UNAM); 2004
12. Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. Informe Ejecutivo de la Encuesta de Violencia contra las mujeres. México: 2004
13. León-López A, Londo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, López –Navarrete G, García PA. Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo (tesis doctoral). México; 2006
14. Órgano informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad del Colegio de México (resumen) México 1995 ; 6: 3-9
15. Freyermuth G. Mujeres de Humo. México, CIESAS/Porrúa; 1999
16. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública México 1996. Supl 38:352-62.
17. Paredes –Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses- Rentarías A, Rodríguez Ramos IE, Reyes de Jesús L. Andersson N. Violencia Física Intrafamiliar contra la embarazada: un estudio

- con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México, Salud Pública México 2006; Supl 47:335-341
18. Valdez – Santiago R. Donde más duele: violencia durante el embarazo (serial online). Disponible en: URL: <http://www.insp.mx/salvia/9713/sal9713.html>
  19. Alvarado Zaldívar JS, Moysen. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública de México; 1998.Supl 40:6
  20. Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. México 2003.p. 73
  21. De la Vega-Sánchez AL. Violencia de Pareja (tesis maestría). Hidalgo, México; 2004
  22. Secretaría de Salud. Modelo de Prevención y Atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. México: Programa de Trabajo; 2006
  23. Secretaría de Salud. Programa Estatal de Salud de la Mujer. Hidalgo (México): Servicios de Salud; 2005 – 2011
  24. Secretaría de Salud. NOM-190-SSA1-1999: Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México (1999)
  25. Secretaría de Salud. NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México (1993)
  26. Garza – Cantú J.M., Embarazos y partos (tesis doctoral). Monterey (NL) México; 2007
  27. Elú MC, Pruneda-Santos E, Valdez-Santiago R. Carpeta de Apoyo para la Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México; 2002.
  28. Amnistía Internacional. Está en nuestras manos, no más violencia contra las mujeres. ACT 77/001/2005: México
  29. Boy A, Salihi HM. Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: a systematic review. Estados Unidos . International Journal of Fertility; 2004.p. 49-4
  30. Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. México 2004.p. 77-87
  31. Instituto Hidalguense de las Mujeres. Derechos Humanos de las Mujeres. 2006; Supl 1
  32. Instituto Nacional de las Mujeres. Acciones para erradicar la violencia intrafamiliar y contra las mujeres; Leyes y Convenciones. México 2003
  33. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México
  34. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México 2006
  35. Ritzer G. Teoría Sociológica Moderna. 5ª ed. México. p. 407
  36. Revista de estudios de género: La Ventana. México; 15 – II. 2003
  37. Colegio de México. Salud Reproductiva y Sociedad. México; II; 6-7. 1995

38. De la Vega –Sánchez AL. Violencia contra las mujeres, un enfoque multidisciplinario.- Importancia de las Encuestas sobre Violencia contra las mujeres. Hidalgo; México; 2006.p. 75 -85
39. Castro R, Casique I. Informe Nacional sobre violencia y Salud. – Violencia de Pareja contra Mujeres en México: En busca de datos consistentes. México; 2006.p. 123 -139
40. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. Edit. Mc Graw Hill: 4ª. Edición México 2006; p.51 - 53.
41. Savon-Ventura C, Savona-Ventura M, Drengsted-Nielsen S, Johansen KS. Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population. Institute of Health Care, University of Malta. Gwardamangia, Malta.
42. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during Pregnancy: Frequency, Severity, Perpetrator, and Risk Factors of Homicide. (serial online) 2007 (citado 5 mayo 2007)
43. Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006. México 2008
44. Muñoz-Juárez S. Violencia contra mujeres embarazadas. Evento Día Internacional para la Eliminación de la Violencia hacia las Mujeres;2010 Nov 25; Pachuca, Hidalgo, México.


# ANEXOS

### Universo a trabajar por Jurisdicción y Municipio

Anexo: 5.1

Jurisdicción	Municipio	No. embarazadas registradas.	%	No de Embarazadas	Universo de embarazadas (10% más)
Pachuca	Mral de la Reforma	185	16.96	31	34
	Pachuca	370	33.91	125	138
Tulancingo	Singuilucan	22	2.02	0	0
Tula	Tlahuelilpan	27	2.47	1	1
	Tetepango	15	1.37	0	0
	Tula	68	6.23	4	5
	Tlaxcoapan	39	3.57	1	2
	Tezontepec	34	3.12	1	1
Zimapán	Zimapán	29	2.66	1	1
Metztitlán	Metztitlán	34	3.12	1	1
	Metzquititlán	12	1.10	0	0
	Tlahuiltepa	13	1.19	0	0
Molango	Tepehuacán de Gro.	68	6.23	4	5
	Xochicoatlán	4	0.37	0	0
Huejutla	Huejutla	101	9.26	9	10
	Yahualica	35	3.21	1	1
Tepehua	San Bartolo Tutotepec	35	3.21	1	1
Total		1091	100.00	183	200

**Encuesta para determinar el estado de salud de la mujer embarazada.**



Anexo 5.2

Nombre: \_\_\_\_\_ No. De Expediente: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_

1. Edad: Años:    
 Menor de 15   
 Mayor de 35

2. Estudios: Ninguno  Primaria  Secundaria   
 Técnica o Bachillerato  Univ.

3. Estado Civil: Casada  U. libre  Soltera  Otro   
 Separada/divorciada  Viuda

**Antecedentes**

4. FAMILIARES		No	Si	5. PERSONALES		No	Si
4.1 Diabetes			<input checked="" type="checkbox"/>	5.1 TBP			<input checked="" type="checkbox"/>
4.2 TB Pulmonar			<input checked="" type="checkbox"/>	5.2 Diabetes			<input checked="" type="checkbox"/>
4.3 Hipertensión			<input checked="" type="checkbox"/>	5.3 Hipertensión			<input checked="" type="checkbox"/>
4.4 Gemelares			<input checked="" type="checkbox"/>	5.4 Cirugía pélvica - uterina			<input checked="" type="checkbox"/>
4.5 Enf. Renal			<input checked="" type="checkbox"/>	5.5 Enf. Renal			<input checked="" type="checkbox"/>
4.6 Otros			<input checked="" type="checkbox"/>	5.6 Enf. Cardíaca			<input checked="" type="checkbox"/>
*Cuales?			<input checked="" type="checkbox"/>	5.7 Enf. Hipertensiva			<input checked="" type="checkbox"/>
				5.8 Infertilidad			<input checked="" type="checkbox"/>

6. OBSTETRICOS

6.1 Inicio Vida Sexual (años)		
6.2 Gestas		
6.3 Abortos		
6.4 Partos		
6.5 Gemelares		
6.6 Prematuros		
6.7 Productos nacidos vivos		
6.7.1 RN con peso menor de 2500 grs. (núm)		
6.8 Productos nacidos muertos		
6.9 Recién nac. Muertos		
6.10 Anemia (menos de 10 grs.)		
6.11 Incompatibilidad de Rh		
6.12 Problemas con la placenta		
6.13 Preeclampsia y Eclampsia		
6.14 Hemorragias		
6.15 Embarazo Ectópico		
6.16 I.T.S. (papiloma, VIH SIDA)		

6.4.1 Vaginal   
6.4.2 Cesárea

7. FECHA DE ÚLTIMO EMBARAZO: dd mm aa

**Embarazo Actual**

8. Primer consulta (trimestre): 1ro.  2o.  3er.   
 8.1. No de consultas recibidas a la fecha:

9. Peso anterior:  Kgr  
 10. Talla (cm):  1   
 11. FUM: dd mm aa     
 12. FPP:

13. Antitetánica: Previa  Actual   
 Si  No   
 1a  2a

14. Grupo sanguíneo:   
 15. Rh: Positivo  Negativo

16. TOXICOMANIAS: No  Si   
 16.1 Fuma:  Cuantos cigarrillos al día:   
 16.2 Consume alcohol:  Vasos a la semana:   
 16.3 Sustancia tóxica:  Tipo de bebida:   
 Tipo de droga (medicamento prescrito o no):

17. EXÁMEN FÍSICO: No  Si   
 17.1 Ex. Clínico:   
 17.2 Ex. Mamas:   
 17.3 Ex. Odont.:   
 17.4 Pelvis (normal):   
 17.5 Papanic. (normal):  \*  
 \* Fecha de último:

17.6 EGO (normal):   
 17.7 VDRL: Posit  Negativo  fecha de resultados:   
 17.8 Resultado de Hemoglobina:  Fecha de resultados:

18. COMPLICACIONES: Sí  No   
 18.1. Infección de Vías Urinarias:   
 18.1.2. Embarazo múltiple:   
 18.1.3. Hipertensión Arterial:   
 18.1.4. Enfermedad del Rh:   
 18.1.5. Anemia (menos de 10 grs.):   
 18.1.6. Amenaza de aborto:   
 18.1.7. Sangrado Transvaginal:   
 18.1.8. Dolor tipo obstétrico:   
 18.1.9. Vómitos frecuentes:   
 18.1.10. Antec. De Placenta Previa:   
 18.1.11. Diabetes Gestacional:   
 18.1.12. Hipertensión Arterial:   
 18.1.13. Pre eclampsia:   
 18.1.14. Muerte fetal:   
 18.1.15. Pre eclampsia y eclampsia:   
 18.1.16. Amenaza de parto pretérmino:   
 18.1.17. Desprendimiento de placenta:   
 18.1.18. Ruptura prematura de bolsa:   
 18.1.19. Otra?   
 ¿Cual?

19. CONSULTA: dd mm    
 19.1 Fecha de consulta (última):   
 19.2 Semanas de amenorrea:   
 19.3 Peso Actual:  Kg.  
 19.4 Tensión arterial máx/min.:  mm Hg  
 19.5 Presentación (3er. Trimestre): cefálico  pélvico   
 19.6 FCF (lat. por min.) 2o y 3er. Trimestre:   
 19.7 Movimiento fetal: 2o. Y 3er. Trimestre: Sí  No   
 19.9 Otra enfermedad: cual?

Nombre completo del Entrevistador (a): \_\_\_\_\_  
 Disciplina: \_\_\_\_\_  
 Duración de la entrevista: \_\_\_\_\_

**Índices de validez interna de las escalas del cuestionario “ Explorador para identificar rasgos de violencia”.**

**(Alfa de Cronbach valores entre 0 y 1)**

**Anexo: 5.3**

<b>ESCALAS</b>	<b>α (alfa) de Cronbach</b>	<b>Items (preguntas)</b>	<b>Correlación intra-clase individual</b>	<b>Correlación intra-clase promedio</b>
1- Las cosas que pasan cuando la pareja se enoja con la embarazada	.90	10	.482	.903
2- La embarazada se enoja con su pareja por diferentes razones	.92	15	.423	.917
3- Diferentes tipos de maltratos de la pareja hacia la mujer embarazada	.97	13	.687	.966
4- Consecuencias físicas y de otra índole producto del maltrato	.97	12	.744	.972
5- Consecuencias psíquicas como resultado del maltrato	.90	8	.591	.896



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**EXPLORADOR PARA IDENTIFICAR RASGOS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

CONFIDENCIALIDAD

ANEXO: 5.4

" Le invito que conteste con sinceridad y honestidad la presente encuesta ya que los datos e informes que Usted proporcione serán utilizados para fines estadísticos y serán manejados bajo la observación de los principios de confidencialidad y reserva".

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Centro de Salud \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_  
Jurisdicción \_\_\_\_\_  
Folio No. \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Edad \_\_\_\_\_  
Años cumplidos \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

dd	mm	aa
----	----	----

**1.- Estado conyugal**

1. Casada
2. Unión libre
3. No ha tenido pareja
4. Separada, divorcia
5. viuda

**2.- Escolaridad**

1. Analfabeta
2. Primaria completa
3. Secundaria completa
4. Carrera técnica, comercial o preparatoria
5. Carrera Universitaria
6. Estudios de posgrado

**3.- ¿ Qué actividad o trabajo desempeñó durante la semana pasada?**

1. Empleada u obrera
2. Trabaja por su cuenta o en negocio familiar
3. Trabajo doméstico
4. Jornalera o peona

**4.- Cuánto gana o recibe usted por su trabajo**

\$ \_\_\_\_\_

**5.- Cada cuando le pagan?**

1. Semana
2. Quincena
3. Mes
4. No aplica

**6.- El esposo (pareja) trabaja ?**

1. Sí
2. No

**7.- El esposo (pareja) recibe pago por el trabajo que desempeña?**

1. Sí
2. No

**8.- Actividad o trabajo que desempeña el esposo o compañero ( en caso de que lo tenga actualmente)**

1. Empleado u obrero
2. Jornalero o peón
3. Trabaja por su cuenta o en negocio familiar
4. Otra especificar:

**9.- Su esposo (pareja) es migrante?**

1. Sí
2. No
3. No responde

Tiempo de estar en el extranjero?

**10.- Cuanto gana o recibe su esposo (pareja) por su trabajo**

\$ \_\_\_\_\_

**11.- Cada cuando le pagan?**

1. Semana
2. Quincena
3. Mes
4. No recibe ingresos
5. No sabe cuánto recibe

**12.- Número de personas que habitan en la vivienda**

1. 1 a 2
2. 3 a 5
3. Más de 5
- 4.- No responde

**13.- Número de cuartos en la vivienda**

1. De 1 a 2 cuartos
2. De 3 a 4
3. Más de 4 cuartos
4. No responde

**14.- Tipo de propiedad de la vivienda**

1. Es propia
2. Es rentada
3. Es prestada, la cuidan
4. Otra situación



**ANTECEDENTES DE EMBARAZOS PREVIOS**15.- Cuántos embarazos ha tenido? 16.- Cuántas de sus hijas e hijos son de su esposo o pareja actual? 

1. Todos
2. Algunos ¿cuántos?
3. Ninguno

**VIDA EN PAREJA**17.- Actualmente usted tiene pareja? 

1. Vive en unión libre? (pase a la pregunta 18)
2. Casada

18.- Ha estado casada o unida más de una vez? 

1. Sí
2. No (pase a la pregunta 21)

19.- Dejó de vivir con su pareja anterior porque... 

1. Tenía otra mujer?
2. Usted encontró otra pareja?
3. Era flojo y no daba para el gasto?
4. Ya no se querían?
5. Por problemas de salud?
6. Por razones de trabajo?
7. Era alcohólico?
8. Era adicto a drogas?
9. Era grosero o agresivo?
10. Había golpes ó empujones?
11. La obligaba a tener relaciones sexuales?
12. Falleció?
13. Otro motivo, cual? \_\_\_\_\_

20.- Antes de separarse tuvieron problemas como.... 

1. Golpes o empujones?
2. Gritos, insultos o amenazas?
3. Le controlaba el dinero?
4. Le exigía relaciones sexuales?
5. Agresiones a otros miembros del hogar?
6. Otro \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE LA DINÁMICA FAMILIAR DE ORIGEN**21.- ¿ Recuerda usted si entre las personas con las que vivía había a veces golpes? 

1. Sí había golpes
2. No había golpes (pase a la pregunta 23)
3. No recuerda (pase a la pregunta 23)

22.- ¿ Eso ocurría? 

1. De vez en cuando? (1 vez al mes o menos)
2. Seguido? (1 vez a la semana)
3. Muy seguido? (2 o 3 veces a la semana)
4. No recuerda

23.- ¿Recuerda usted si entre las personas con las que vivía se insultaban o se ofendían? 

1. Sí se insultaban
2. No se insultaban (pase a la pregunta 26)
3. Dejaban de hablarse
4. No recuerda (pase a la pregunta 26)

24.- ¿ Eso ocurría? 

1. De vez en cuando?
2. Seguido?
3. Muy seguido?
4. No recuerda



**32.- Durante el embarazo su esposo (pareja).....**

1. Le ha dejado de hablar?
2. La ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres?
3. La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten?
4. La ignora, no la toma en cuenta o no le brinda cariño?
5. La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola, )
6. Le ha reclamado cómo gasta usted el dinero?
7. Le ha prohibido trabajar o estudiar?
8. La ha empujado o le ha jalado del cabello?
9. La ha pateado?
10. Le ha golpeado con el puño en el abdomen?
11. Le ha tratado de ahorcar o asfixiar?
12. Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?
13. La ha obligado a hacer actos sexuales que a usted no le parecen?

**33.- Como consecuencia de los problemas con su esposo (pareja), ¿ usted ha presentado....**

1. Moretones o hinchazón?
2. Fracturas, quemaduras o pérdida de dientes?
3. Amenaza de aborto o amenaza de parto prematuro?
4. Ardor o sangrado vaginal?
5. Tenido que recibir atención médica?
- 6.- Ha perdido al producto?

**34.- Como consecuencia de los problemas con su esposo (pareja), usted ha....**

1. Dejado de ir al médico?
2. Dejado de trabajar o estudiar?
3. Perdido dinero o propiedades?
4. Dejado de visitar a familiares y/o amistades?
5. Ha golpeado o lastimado a sus hijos?
6. Otro \_\_\_\_\_

**35.- Como resultado de los problemas con su esposo (pareja), usted ha tenido....**

1. Falta de apetito?
2. Problemas nerviosos?
3. Angustia?
4. Tristeza, aflicción o depresión?
5. Problemas para dormir?
6. Otro \_\_\_\_\_
8. No respondió

**36.- Desde que vive con su esposo (pareja) ¿alguna vez ha pensado en quitarse la vida?**

1. Sí (pase a la pregunta 37)
2. No (pase a la pregunta 38)

**37.- Alguna vez ha intentado quitarse la vida?**

1. Sí
2. No

**38.- ¿Tiene pensado hacer algo para que la relación con su esposo (pareja) cambie?**

1. Sí
2. No (pase a la pregunta 39)

**38. ¿ Qué tiene pensado hacer?**

1. Hablar, tratar los problemas, pedirle que cambie
2. Te propones un cambio? (ella)
3. Pedir ayuda profesional
4. Pedirle que se vaya
5. Irte tú?
- 5.- Otro \_\_\_\_\_
6. Nada
7. No hay solución, no tiene remedio, no va a cambiar
8. No sabe

**39.- El embarazo actual.....**

- 1.- ¿ Lo planearon juntos?
- 2.- ¿Lo planeó él?
3. ¿ Lo planeó usted?
4. No fue planeado

Nombre completo del Entrevistador (a)

\_\_\_\_\_

Lugar en que se realizó la entrevista

\_\_\_\_\_

Duración de la entrevista

\_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista

\_\_\_\_\_



Anexo: 5.5

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_.

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO

**“RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE PAREJA Y DAÑOS A LA SALUD DE EMBARAZADAS EN CONTROL DE 17 MUNICIPIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, HIDALGO 2008)**

EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES Determinar la relación entre violencia de pareja y daños a la salud de las embarazadas que acuden a control prenatal en el primer nivel de atención de 17 municipios de los Servicios de Salud.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN responder dos encuestas llamadas “Explorador de indicadores de violencia en la pareja” y “ Encuesta para determinar el estado de salud de la mujer embarazada” (la información se obtendrá del expediente clínico)

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO CORRO NINGÚN RIESGO Y LOS POSIBLES BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES: Su participación en el presente estudio no representa ningún riesgo para usted, a la vez que contribuye a la realización de una investigación científica.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL A TRAVÉS DE LOS RESPONSABLES DE LEVANTAR LA INFORMACIÓN SE HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO, ASÍ COMO RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN O CON MI TRATAMIENTO. LA DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA INVESTIGADORA ES: Calle Felipe Ángeles No. 102. Col Periodistas. Pachuca, Hgo. Tel. 01 771 15 3 28 50. EN CASO DE NO LOCALIZARLA COMUNICARSE CON LA PSIC. NELLY ANEL GONZÁLEZ MENDOZA.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO.

EL INVESTIGADOR RESPONSABLE ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIÉN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA

DRA. NORA ELENA SOSA BERMÚDEZ

NOMBRE Y FIRMA  
INVESTIGADORA RESPONSABLE

TESTIGO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

**CUADRO DE VARIABLES**

ANEXO: 5.6

Variable	Tipo de variable	Definición teórica	Definición Operacional	Escala de medición	Categorización
Violencia	Independiente	La violencia (del Lat. violentia) es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres	Forma de relación social, cuyo objetivo es la dominación y control que se expresa a diferentes niveles de la realidad social, causa daño físico y emocional e impacto en las condiciones de vida de quienes viven. Se determinará violencia física (golpes, empujones, jalones, moretones, mordidas, pellizcos), violencia emocional (insultos, menosprecio, apatía, ignorar a la persona, indiferencia), violencia sexual (obligarla a tener relaciones sexuales, amenazarla o chantajearla para tener relaciones sexuales), violencia económica (no darle dinero para cubrir las necesidades básicas en el hogar, tener todas las cosas patrimoniales a su nombre) y abandono (no preocuparse por ella, no acompañarla a sus controles prenatales)	Politémica	1.- Maltrato físico 2.- Maltrato psicológico 3.- Maltrato sexual 4.- Abandono
Violencia contra las mujeres	Independiente		cualquier acto u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.	Politémica	
Violencia en mujeres embarazadas	Independiente		Cualquier acto u omisión que les cause daño o sufrimiento psicológico, biológico, físico, económico, sexual o la muerte en el ámbito privado como en el público ejercida a una mujer embarazada.		
Daños a la Salud	Dependiente		Efectos negativos para la salud de las embarazadas sean éstos biológicos, físicos y/o mentales y que ponen en riesgo su vida		
Embarazo	Dependiente		Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto, aborto o cesárea.	Politémica	Embarazo a término Embarazo a pretérmino Aborto
Edad Gestacional	Independiente	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio y se expresa en semanas y días completos y se divide en 3 trimestres	Politémica	Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre
Embarazo de riesgo	Independiente	Aumento significativo, una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad o bien de mortalidad para la madre, el feto y el neonato.	Es cuando se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto.		
Intervalo intergenésico	Independiente	Es el tiempo comprendido entre dos nacimientos consecutivos de la misma madre.	Es el tiempo comprendido entre dos eventos obstétricos consecutivos de la misma madre		
Antecedentes obstétricos	Independiente	Eventos obstétricos por los cuales ha pasado una mujer para a resolución de sus embarazos previos.	Antecedentes de eventos obstétricos en la mujer y la resolución de los mismos.	Politémica	Num de Partos Num de Cesáreas
Hijos de bajo peso al nacer	Dependiente	Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.	Se considera producto de bajo peso al nacer, cuando pesa menos de 2,000 Kgr.	Dicotómica	Menos de 2,000 kgr

Tipo de lesión	Dependiente	Lesión provocada por el uso de la fuerza o agresión ejercida sobre una persona para obligarla a hacer lo que no quiere	Clasificar las lesiones y/o agresiones recibidas de acuerdo a la NOM 190	Politómica	Accidental autoinfligida provocada
Repercusiones en la salud de mujeres embarazadas	Dependiente	Trascender, causar efecto una cosa en otra	Identificar en las mujeres embarazadas los efectos en su salud tanto biológicos, físicos y mentales como comorbilidad de la violencia	Politómica	<p>1 = Biológicos: Cambio en la presión arterial, descuido o trastornos en la alimentación, historia previa de abortos y complicaciones durante el parto, historia previa de partos prematuros, bebés de bajo peso.</p> <p>2 = Físicos: Lesiones en los senos o el abdomen, golpes, moretones, rasguños,</p> <p>3 = Mentales: insomnio, depresión, ansiedad, pesadillas violentas, baja autoestima, hiperémesis gravídica, estrés postraumático, aislamiento, no presentarse a una consulta programada, demora no justificable entre el momento en que se produjeron las lesiones y la búsqueda de</p>
Edad	Sociodemográficos	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Una persona, según su edad, puede ser un bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, estar en la mediana edad o en la tercera edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la mujer hasta el día de la entrevista. Se registrará en años cumplidos.	Abierta	
Estado conyugal	Sociodemográficos	Es la unión tanto legal como de hecho, que implica la conformación de parejas	Es la unión tanto legal como de hecho, que implica la conformación de parejas.	Politómica	<p>1.- Casada</p> <p>2.- Unión libre</p> <p>3.- No ha tenido pareja</p> <p>4.- Vivió en unión libre</p> <p>5.- Separada</p> <p>6.- Viuda</p> <p>7.- Divorciada</p>
Escolaridad	Sociodemográficos	Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.	Período de tiempo durante el cual se asiste o no a la escuela, se sabe leer y escribir.	Politómica	<p>1.- No sabe leer ni escribir</p> <p>2.- Primaria incompleta</p> <p>3.- Primaria completa</p> <p>4.- Secundaria</p> <p>5.- Carrera Técnica o comercial</p> <p>6.- Preparatoria o Normal básica</p> <p>7.- Licenciatura</p> <p>8.- Posgrado</p>
Trabajo ó actividad	Sociodemográficos	Esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución	Esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución	Politómica	<p>1.- Empleada u obrera</p> <p>2.- Trabaja por su cuenta</p> <p>3.- Trabajo doméstico</p> <p>4.- Trabaja sin pago en negocio familiar</p> <p>5.- Jornalero o peón</p> <p>6.- Es trabajadora no remunerada</p> <p>7.- Patrona o empresaria</p> <p>8.- Patrona o empresaria</p>
Salario	Sociodemográficos	Es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo	Es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo. Y cada cuando le pagan por el trabajo.	Politómica	<p>1.- Semana</p> <p>2.- Quincena</p> <p>3.- Mes</p> <p>4.- No recibe ingreso</p> <p>5.- No sabe cuánto recibe</p>



<b>EJERCICIO PRESUPUESTAL, 2008</b>						
	gastos de camino	viáticos	Total de traslado	Litros de gasolina	de costo de gasolina	<b>ANEXO: 5.8</b>
<b>Tezontepec de Aldama</b>	6	0	1260,00	80	600	
<b>Pachuca</b>	0	0	0,00	50	375	
<b>Mral. De la Reforma</b>	6	0	1260,00	40	300	
<b>Singuilucan</b>	3	0	630,00	40	300	
<b>Tlahuelilpan</b>	6	0	1260,00	60	450	
<b>Tlaxcoapan</b>	9	0	1890,00	90	675	
<b>Tetepango</b>	6	0	1260,00	60	450	
<b>Tula de Allende</b>	9	0	1890,00	120	900	
<b>Zimapán</b>	3	6	2130,00	150	1125	
<b>Tlahuiltepa</b>	3	6	2130,00	150	1125	
<b>Metztitlán</b>	3	3	1380,00	90	675	
<b>Metzquititlán</b>	3	4	1630,00	120	900	
<b>Xochicoatlán</b>	3	3	1380,00	100	750	
<b>Tepehuacán de Gro.</b>	3	6	2130,00	150	1125	
<b>Yahualica</b>	3	6	2130,00	240	1800	
<b>Huejutla de Reyes</b>	3	12	3630,00	300	2250	
<b>San Bartolo Tutotepec</b>	3	9	2880,00	150	1125	
	<b>72</b>	<b>55</b>	<b>28870,00</b>	<b>1990</b>	<b>14925,00</b>	

**INSUMO****COSTO  
TOTAL**

<b>GASTOS DE CAMINO Y VIÁTICOS</b>	<b>\$ 28,870.00</b>
------------------------------------	---------------------

<b>GASOLINA</b>	<b>\$14,925.00</b>
-----------------	--------------------

<b>PAPELERÍA (hojas blancas, lápices, gomas, tablas de apoyo, etc)</b>	<b>\$ 500.00</b>
--	------------------

<b>INSUMOS DE CÓMPUTO (cartuchos para impresora)</b>	<b>\$ 1,200.00</b>
--	--------------------

<b>TOTAL</b>	<b>\$45,495.00</b>
--------------	--------------------