

TÍTULO:  
Detección de violencia y factores asociados en  
embarazadas en primer nivel de atención

Autores

\*Dra. Angélica Rodríguez Ramírez

\*\*Dra. Yolanda Fuentes Flores

\*Residente de Medicina Familiar Sede UMF No.61 Calle 25 Av.6 y 4 S/N  
Córdoba, Ver. Teléfono: 71-4-38-00 angelika928@hotmail.

\*\*Médico Familiar. Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar. Calle  
22 SN. Fraccionamiento San Dimas Teléfono: 7164853 Ext.1253.  
yfuentes1@hotmail.com.

## 1.-MARCO TEORICO

### 1.1-ANTECEDENTES

La violencia domestica que se suscita durante el embarazo es un grave problema de salud pública. Y es una causa trascendental de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.<sup>1, 2, 3,4.</sup>

Las investigaciones aseveran que aproximadamente 1.5 millones de mujeres son violadas o atentadas físicamente por su pareja cada año, y que la mujer embarazada tiene un 35.6 por ciento más peligro de ser víctima de violencia que la mujer no embarazada.<sup>5</sup>

Ha sido una constante durante toda la historia, ha existido constantemente y es considerada como normal, no obstante es hasta la década de los 70 y 80 cuando se empiezan a propagar los primeros artículos sobre violencia en revistas seleccionadas, a pesar de que más del 20% de las mujeres soportan violencia física, psicológica o sexual en todo el mundo y su frecuencia sigue en crecimiento.<sup>6, 7,8.</sup>

La violencia atenúa la capacidad de la mujer para disfrutar sus libertades primordiales y es un inconveniente importante para la superación de la desigualdad entre mujeres y hombres de todas las sociedades, independientemente de los estratos sociales, religiosos, económicos o culturales.<sup>9</sup>

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) indica que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos y libertades fundamentales de la mujer y anula o menoscaba su disfrute de esos derechos y libertades.<sup>10</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia como el uso premeditado de fuerza, poder ya sea de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona, un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, trastornos del desarrollo, daño psicológico, privaciones o muerte.<sup>11</sup>

El termino violencia ha sido parte de todas las sociedades, familias e individuos desde el inicio de la historia de la humanidad hasta nuestros tiempos.<sup>12</sup>

La violencia es una conducta deliberada y aprendida, presente en la vida cotidiana, que ordinariamente tiende a esconderse por muchas razones, entre ellas las amenazas de violencia o de muerte, la vergüenza, el miedo a perder la seguridad económica y la de los hijos, la resignación a ese destino, las creencias religiosas y la impunidad entre otras.<sup>13, 14.</sup>

Estudios internacionales han documentado altas prevalencias de violencia en pareja, así en Europa presentan cifras de 6.2, 3.9, y 1.2 % de violencia psicológica física y sexual respectivamente. En Estados Unidos la violencia en pareja que acontece durante el embarazo es la principal causa de muertes maternas. La prevalencia se reporta en mayores porcentajes en los países Africanos y en América Latina en relación con la unión Europea. En Latinoamérica se documentan prevalencia de violencia física entre 3 y 27% y violencia sexual entre 4 y 47%. En México de acuerdo con algunas encuestas nacionales de 19 a 36.6% de las mujeres son víctimas de violencia psicológica y de 9.3 a 10% sufren violencia física. La violencia sexual es la menos frecuente 7.0 a 7.8%.<sup>15, 16, 17.</sup>

No obstante las mujeres que son maltratadas físicamente por su pareja a menudo son abusadas de otras formas.<sup>18.</sup>

Ortega- Ceballos et al. Revelaron que el 42.3% de las mujeres trabajadoras de México indicaron algún tipo de violencia por parte de la pareja.<sup>19</sup>

Según la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo (IMSS-028- 08) estima una prevalencia de violencia intrafamiliar de 17% en embarazadas, cuyas consecuencias son problemas físicos, emocionales y sociales. <sup>20</sup>

Espíndola y col. Reportan que la violencia doméstica y embarazo en países de Norteamérica es de 8 a 17% y que tiene un incremento importante durante el primer trimestre de la gestación. En México la violencia se señala como uno de los problemas primordiales sociales en el entorno nacional.<sup>21</sup>

Una investigación efectuada con mujeres embarazadas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) y de hospitales pertenecientes a la secretaria de salud (SSA) en Cuernavaca y Cuautla Morelos, se localizaron prevalencias de 24.6%, al analizarla por institución, se encontró que la prevalencia por las mujeres de la SSA (33%) que para las del IMSS (15%) lo cual estableció una relación entre violencia hacia la mujer y circunstancias económicamente desfavorables en diversos estratos sociales.<sup>22</sup>

El INEGI reporta que según la encuesta nacional sobre dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2006 indica que en el estado de Veracruz 43% del total de mujeres unidas (casadas o en unión libre) de 15 y más años con hijos refirió haber presentado algún tipo de violencia por parte de su última pareja, sin embargo no reporta datos precisos sobre mujeres embarazadas.<sup>23</sup>

Esta misma encuesta ejecutada en el año 2011 reporta que el 46.1% del total de mujeres de 15 años y más sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal. Lo anterior nos demuestra que las cifras de violencia con el paso del tiempo van aumentando.<sup>24</sup>

Existen diferentes formas en las que se manifiesta la violencia hacia las mujeres: violencia física, sexual, y psicológica.<sup>25</sup>

Las mujeres maltratadas son más proclives a tener peor salud que las mujeres que jamás han sido abusadas. <sup>26</sup>

La violencia física: es cualquier suceso que produce daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas. Es la que se perpetra directamente en el cuerpo de una persona por lo que es posible de observar. Este maltrato puede inducir lesiones como traumatismos, hematomas, cortaduras, quemaduras o fracturas hasta llegar a discapacidad a la persona.<sup>27, 5,11.</sup>

La violencia psicológica: puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celos, insultos, humillaciones, burlas, silencio, gestos agresivos, devaluaciones, marginación, indiferencia, infidelidad, desamor, prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas las cuales conllevan al aislamiento, a la devaluación de la autoestima e incluso al suicidio. Los malos

tratos emocionales son difíciles de detectar, porque la víctima, frecuentemente, no toma conciencia de que lo es. La víctima solo describe sensaciones y malestares como confusión, incertidumbre, humillación burla, ofensa, dudas sobre sus propias capacidades. Este tipo de violencia es muy habitual y se ha informado que las mujeres opinan que el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia misma sino vivir con miedo y aterrizada.<sup>28, 5, 11, 27.</sup>

Violencia sexual: es forzar física o psicológicamente a tener relaciones sexuales o a cometer actos sexuales humillantes o desagradables, no obstante la OMS la define como todo acto o la intento de consumir un acto sexual, los comentarios o sugerencias sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de un individuo mediante coacción con otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.<sup>29, 5,11,27,28..</sup>

La organización mundial de la salud reporta evidencias del profundo impacto que la violencia en pareja constituye sobre la salud general de la mujer es causa directa de lesión física, de síntomas físicos como emocionales que persisten por largo tiempo ulteriormente de que el abuso ha terminado. Por los altos costos secundarios a incapacidad médica y deterioro de las condiciones físicas y psicológicas en el desempeño y autonomía de la persona expuesta a actos repetitivos de violencia, esto se convierte en un problema de salud pública, económico y político.<sup>30</sup>

La violencia en cualquiera de sus representaciones tanto física, sexual y psicológica en cualquier época de la vida de las mujeres trae como secuelas un incremento en el riesgo de desarrollo de problemas de salud subsiguientes. Estas formas de violencia tienen efectos irremediables, como mortalidad materna y asociación a condiciones crónicas.<sup>31</sup>

El embarazo es un estado fisiológico en el cual hay múltiples modificaciones entre las cuales encontramos: cambios en las funciones endocrinas, adaptación: cardiovascular, hematológica, en el aparato urinario, en el sistema digestivo, modificaciones metabólicas, ajustes y cambios emocionales que experimenta la mujer embarazada, todo lo anterior hace más vulnerable a la mujer. Y al ser víctima de violencia intrafamiliar esta puede llegar a trascender en forma grave sobre su salud tanto física como mental.<sup>32</sup>

La violencia en el embarazo es un patrón de coacción y control, que engloba la agresión emocional, física, sexual o mezcla de estas y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex-pareja, antes, durante y hasta un año posterior del nacimiento de un hijo.<sup>33</sup>

La gestación puede ser un factor asociado positiva o negativamente con mayor violencia intrafamiliar.<sup>34</sup>

Las tasas más altas de embarazo no deseado se producen con más frecuencia en mujeres que presentan violencia en pareja. <sup>35,36.</sup>

Stewart, Ntagarina, y otros autores concuerdan al definir las características de las mujeres golpeadas durante el embarazo 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 desordenes emocionales, consumo de alcohol por su pareja,) y problemas de salud (males físicos de salud, infección por VIH y uso de drogas prescritas). <sup>37, 38,42.</sup>

Otro factor de riesgo muy importante es ser testigos de violencia en pareja de padres, ya que estudios demuestran que en mujeres embarazadas en México entre los predictores más fuertes de violencia durante el embarazo fue la victimización y la violencia de sus propios padres, cuando eran niñas.<sup>39</sup>

Se han realizado trabajos como el de Sánchez CP, Galván EH y colaboradores en donde se estudiaron factores asociados al maltrato durante el embarazo, su objetivo fue detectar los factores asociados al maltrato en general en embarazadas de tres grupos sociales, como factor de riesgo para la salud. Sus resultados arrojaron: violencia emocional ocurrió en 76 casos (51.7%), la violencia económica en 95 (64.6%), la violencia sexual en 14 (9.5%), la violencia física en 81 (55.1%). El acceso a los servicios de salud: al IMSS 57 casos (38.8%) ISSSTE 12 (8.2%), privado 20 (13.6%), SSA 28 (19.0%), sin servicios 57 (38.8%). Fueron planeados 41 (27.9%). La comparación entre violencia emocional y estado de salud, violencia económica y estado de salud, violencia sexual y violencia física todas fueron significativas. De igual forma el

estado de salud y el acceso a los servicios de salud. Solo la planeación del embarazo no fue significativa.<sup>40</sup>

León L. A. Loredó A. A. y colaboradores realizaron el estudio de Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. Con los siguientes resultados: hubo violencia física contra la mujer embarazada en diez casos (5%) no hubo partos prematuros. Los recién nacidos tuvieron un peso promedio de 3,400 g, talla promedio 50 cm. <sup>41</sup>

Paredes SS, Villegas AA y colaboradores realizaron el estudio de violencia física intrafamiliar contra la embarazada, su base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. El objetivo fue estimar la ocurrencia de violencia física intrafamiliar contra la embarazada, factores asociados y percepción de daños en la salud, en un estudio con base poblacional. Los resultados encontrados al realizar entrevista a 2389 mujeres, 709 fueron elegidas para completar el cuestionario sobre el último embarazo. Entre mujeres cuyo esposo no estuvo presente en el momento de la entrevista, 21% declaró ser víctima de violencia física y 5.6% reportó maltrato físico intrafamiliar durante el último embarazo. Se encontró una asociación entre violencia física en la embarazada y sangrado transvaginal durante el embarazo. La asociación entre violencia física y pérdida del embarazo tuvo significancia estadística marginal ( $p= 0.06$ ) también hubo asociación entre ser objeto de violencia física durante el embarazo y una actitud violenta hacia los hijos. <sup>42</sup>

## 2.-JUSTIFICACIÓN

La violencia contra las mujeres representa un grave problema social, el embarazo no es considerado protector de la violencia porque muchas mujeres son maltratadas o violentadas antes y durante el embarazo; esta violencia se puede mantener igual o incluso empeorar por las condiciones propias de las pacientes. La violencia ejercida contra la mujer alcanza repercusiones mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima. Tiene consecuencias devastadoras para las mujeres embarazadas que la experimentan, como: productos con bajo peso al nacer, abortos, infecciones de transmisión sexual, problemas de alcoholismo, depresión, lesiones o incluso el suicidio o la muerte. La importancia del presente estudio permitirá detectar si las mujeres embarazadas que asisten a los consultorios de primer nivel de atención, presentan algún tipo de violencia durante su gestación, así como los factores que se asocian a esta y sus características sociodemográficas. En primer lugar por la falta de información verídica y falta de estudios realizados en nuestra población, en segundo lugar para delimitar líneas tácticas a través de programas educativos a fin de abatir esta problemática social, que diagnosticado con oportunidad pudiera ser un predictivo para disminuir mortalidad materna y perinatal. A largo plazo se pretende beneficiar a las mujeres embarazadas para disminuir o prevenir la continuidad de violencia, y por lo tanto se beneficien ellas y sus productos desde el vientre materno, así como cada uno de los integrantes de su familia.

El sector de la salud puede tener un papel decisivo en la prevención de la violencia contra la mujer, contribuyendo a la detección temprana de los malos tratos, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivando a las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesarias. Los servicios de salud deben ser lugares donde las mujeres se sientan seguras, tratadas con respeto, donde reciban información y apoyo de calidad. Es preciso que el sector salud articule una respuesta integral ante este problema, abordando en particular la resistencia de las mujeres maltratadas a buscar ayuda.



### 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra las mujeres ha sido reconocida como un importante problema de salud pública y una transgresión de los derechos humanos. 43, 44.

En algunos países de América Latina, como Chile, Colombia, Nicaragua, Costa Rica y México la prevalencia de violencia doméstica fluctúa entre 30 y 60% similar a lo descrito en otros estudios a nivel mundial.<sup>45</sup>

Rodríguez M, Heilemann M, y cols. Reportan que las mujeres que toleran abuso a lo largo del embarazo, fueron maltratadas el año anterior a la concepción, y tienen tres veces más de posibilidades de homicidio o intento, son más vulnerables a tener embarazos no deseados y están más en peligro de sufrir complicaciones.<sup>46</sup>

Algunas investigaciones arrojan datos concluyentes sobre el impacto de la violencia durante el embarazo, indican que estas mujeres tienen propensión a entrar más tardíamente a su control prenatal, que presentan miedo al parto, que ganan menos peso durante su embarazo, sobre todo si son adolescentes, y consumen más sustancias nocivas durante la gestación, estos factores aumentan los resultados adversos neonatales especialmente bajo peso al nacer.<sup>47,48</sup>

Las mujeres víctimas de violencia sufren frecuentemente consecuencias sobre la salud física, reproductiva y psíquica, como son lesiones o traumatismos, hipoxia por estrangulamiento, lesiones cerebrales, enfermedades de transmisión sexual, trastorno por estrés postraumático, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de alcohol, abuso o dependencia de drogas, cambios de la personalidad, intentos de suicidio, embarazos no deseados, productos prematuros, bajo peso del feto, aborto involuntario, aborto inducido, cuidados prenatales inadecuados, dificultad con la lactancia, retraso mental, retardo en el crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, mayores consultas al médico, síndrome de abstinencia a drogas e incluso muerte. 49, 50,51.

Por todo lo anterior se considera importante detectar oportunamente la violencia en cualquiera de sus formas en las mujeres embarazadas, sobre todo porque en la zona Córdoba, Ver., no se han realizado indagaciones respecto a lo anterior expuesto, y en razón de los hallazgos se logren implementar estrategias que puedan impactar de manera significativa en este tipo de mujeres para beneficio de su salud.

#### 4.-PREGUNTA DEL PROBLEMA

¿Existe violencia y factores asociados en embarazadas en primer nivel de atención?

#### 5.-OBJETIVOS

##### 5.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar Violencia y factores asociados en embarazadas en primer nivel de atención.

##### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar violencia física en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar violencia sexual en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar violencia psicológica en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Determinar las características sociodemográficas en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar el consumo de alcohol en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar el consumo de tabaco en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar el consumo de toxicomanías en las parejas de embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar el número de gesta en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar planeación gestacional actual en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar tiempo de vida en pareja en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

Identificar trimestre en que inicia control prenatal en embarazadas de la muestra de estudio en el primer nivel de atención.

## 6.- HIPÓTESIS

Existe Violencia y factores asociados en embarazadas en primer nivel de atención similares a lo reportado en la literatura.

## 7.- MATERIAL Y METODOS

7.1.-DISEÑO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal, analítico.

7.2.-POBLACIÓN, LUGAR PERIODO DE ESTUDIO, TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

POBLACIÓN: Embarazadas derechohabientes, de primera vez o subsecuentes. Que acudan solas. De 15 a 45 años de edad.

7.3.- LUGAR: Unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz.

7.4.- PERIODO DE ESTUDIO: Del 1 de Mayo del 2013 al 31 de diciembre del 2014

7.5.- TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA 1 de Abril del 2014 al 15 de Agosto del 2014.

## 8.-MUESTRA

Por censo.

## 9.-CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

Criterios de inclusión:

Toda Embarazada derechohabiente de la UMF 64. Del Instituto Mexicano del Seguro Social que acuda sola, sin alteraciones, psiquiátricas, que sepa leer y escribir, sin alteraciones cognitivas; que acepte participar en el estudio previa firma del consentimiento informado, sea de primera vez o subsecuente que cubra la edad de 15 a 45 años y de cualquier edad gestacional.

Criterios de no inclusión

Toda Embarazada que acuda con acompañante.

Toda embarazada que no acepte participar en el estudio.

Que no haya firmado el consentimiento informado

Toda embarazada que no sea derechohabiente

Toda embarazada menor de 15 y mayor de 45 años.

Que padezca alguna alteración psiquiátrica

Que tenga alteración del estado cognitivo

Que sea analfabeta

Criterios de eliminación

Toda Embarazada que tenga cuestionarios ilegibles o incompletos.

10.- VARIABLES: TIPO ESCALA DE MEDICION.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA	INDICADOR
VIOLENCIA FISICA	Lesiones corporales infringidas de forma intencional que incluyen: empujones, ser retenida o sujeta a la fuerza, jaloneada del pelo, sacudida, golpeada con la palma de la mano, con el puño, torcer el brazo, pateada, encerrada, intento de ahorcamiento o asfixia, golpeada con un palo, un cinturón o algo parecido, mordida, amarrada, quemada, herida con arma de fuego o punzocortantes. 52, 53, 5, 11, 36.	Para el presente estudio se tomara como violencia física a la respuesta afirmativa de los ítems 2 y 3 del DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE. En donde considera las siguientes preguntas: ¿En el último año ha sido golpeada, pateada o lastimada físicamente por alguien?, Desde el inicio de su embarazo ¿La han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente? Del Domestic Abuse Assessment Questionnaire, Canterino, JC, VanHorn, LG, Harrigan, JT, Ananth, CV y Vintzieleos, A.M. (1999) Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 181, 1049-1051.54, 55.	Cualitativa.  Nominal, Dicotómica  .	SI, NO.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA	INDICADOR
VIOLENCIA SEXUAL	Cualquier acto sexual o intento de consumar un acto sexual sin consentimiento (que puede implicar violencia física o intimidación psicológica, amenazas o intoxicación). <sup>56</sup>	Para el presente estudio se tomara como violencia sexual a la respuesta afirmativa del ítem 4 del DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE. En donde considera la siguiente pregunta: en el último año ¿Alguien la ha forzado a tener relaciones sexuales? Del Domestic Abuse Assessment Questionnaire, Canterino, JC, VanHorn, LG, Harrigan, JT, Ananth, CV y Vintzieleos, A.M. (1999) Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 181, 1049-1051. <sup>54, 55.</sup>	Cualitativa.  Nominal, Dicotómica.	SI, NO.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA	INDICADOR
VIOLENCIA PSICOLOGICA	Humillaciones, desvalorizaciones, criticas exageradas y públicas, lenguaje soez, insultos, amenazas, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones. 5,11,36.	Para el presente estudio se tomara como violencia psicológica a la respuesta afirmativa del ítem 5 del DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONARIE. En donde considera la siguiente pregunta: ¿tienes miedo de tú pareja o de alguien más? Del Domestic Abuse Assessment Questionnaire, Canterino, JC, VanHorn, LG, Harrigan, JT, Ananth, CV y Vintzieleos, A.M. (1999) Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 181, 1049-1051. 54,55.	Cualitativa.  Nominal, Dicotomica.	SI, NO.



VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA	INDICADOR
EDAD	La edad es el tiempo que ha vivido una persona desde que nació hasta el momento que se tiene en cuenta.	Para el presente estudio se tomara como edad la que registre la propia embarazada al responder la encuesta aplicada por el investigador, en la sección de características sociodemográficas.	Cuantitativa.  De razón.	En años.
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Para el presente estudio se tomara como grado de escolaridad el que la propia embarazada registre al contestar la encuesta aplicada.	Cualitativa.  Nominal, Ordinal.	Primaria, Secundaria o Técnica, Bachillerato, Profesional, Posgrado.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y SU ESCALA	INDICADOR
ESTADO CIVIL	Condición de soltería o matrimonio de un individuo.	Para el presente estudio se tomara como estado civil el que la propia embarazada registre en la encuesta aplicada.	Cualitativa.  Nominal, Dicotómica.	Soltera, Casada.
ASALARIADA	Persona que percibe un salario por su trabajo.	Para el presente estudio se tomará como trabajo remunerado lo que registre la propia embarazada al responder a la pregunta que anexa el investigador en la sección de características sociodemográficas. Que se describe: ¿En la actualidad percibe un salario por el trabajo que desempeña?	Cualitativa,  Nominal, Dicotómica.	SI, NO.
INGESTA DE ALCOHOL	Introducción por la boca bebidas que contienen alcohol.	Para el presente estudio se tomara como consumo de alcohol lo que reporte la propia embarazada al preguntarle ¿Consume bebidas alcohólicas durante su embarazo?	Cualitativa,  Nominal, Dicotómica.	SI, NO.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA	INDICADOR
CONSUMO DE TABACO	Es el acto de inhalar y exhalar los humos producidos al quemar tabaco.	Para el presente estudio se tomara como consumo de tabaco lo que reporte la propia embarazada al preguntarle ¿fuma cigarrillos de tabaco durante su embarazo?	Cualitativa.  Nominal, Dicotómica.	SI, NO.
USO DE TOXICOMANIAS POR LA PAREJA	Hábito y necesidad patológica de consumir drogas o sustancias tóxicas, naturales o sintéticas, que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor.	Para fines del presente estudio se tomará como uso de toxicomanías por la pareja a la respuesta que anote la embarazada a la pregunta que anexa el investigar y que describe ¿Consume su pareja actual alguna droga?	Cualitativa,  Nominal, Dicotómica.	SI, NO.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA	INDICADOR
NUMERO DE GESTA	Expresa la cantidad de veces en que la mujer lleva en el útero un feto en desarrollo.	Para fines del presente estudio se tomará como número de gesta, el número que registre la embarazada al responder a la pregunta anexa por el investigar que describe ¿Qué número de embarazo está cursando actualmente?	Cuantitativa.  Discreta de razón.	1 2 3 4 5 6 o mas
PLANEACIÓN DE LA GESTA ACTUAL	Pensar, proyectar o preparar el embarazo a futuro.	Para fines del presente estudio se tomará como planeación de la gestación actual a la respuesta que registre la embarazada al responder a la pregunta que anexa el investigar y que describe ¿El embarazo que está cursando fue planeado?	Cualitativa.  Nominal, Dicotómica.	SI, NO.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA	INDICADOR
TIEMPO DE VIDA EN PAREJA	Periodo de unión de vida amorosa o sexual entre dos personas que tienen una relación entre sí.	Para fines del presente estudio se tomará como tiempo de vida en pareja a la respuesta que registre la embarazada al responder a la pregunta que anexa el investigador y que describe ¿Cuánto tiempo tiene de vivir con su pareja actual?	Cuantitativa.  De razón.	En años

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y SU ESCALA	INDICADOR
TRIMESTRE EN QUE INICIO CONTROL PRENATAL	Periodo de 3 meses en el cual inicio acciones y procedimientos destinados a prevenir diagnosticar y tratar factores que pueden condicionar morbilidad y mortalidad materna perinatal.	Para fines del presente estudio se tomará como edad gestacional la que registre la embarazada al responder a la pregunta que anexa el investigar y que describe ¿En qué mes del embarazo actual acudió a su primera consulta médica?	Cuantitativa De razón.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

## 11.- PROCEDIMIENTO

- a) Recibida la autorización del protocolo de investigación por parte del Comité local de investigación del Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz. Se procederá a presentar dicha autorización en la dirección médica de la UMF 64 a través de la Coordinación de Educación en Salud e Investigación con el fin de solicitar autorización para la recolección de la muestra.
- b) Se acudirá con los instrumentos a la consulta de trabajo social, a la consulta externa de medicina familiar, a las reuniones de embarazadas de trabajo social en la unidad de medicina familiar número 64, con el fin de invitar de forma personalizada a cada una de las embarazadas, se les explicará a detalle el proyecto de investigación, se responderán sus dudas y se les invitará a firmar el consentimiento informado a las que deseen participar. Todo el proceso se llevará a cabo de forma discreta, se le explicará a la paciente que las encuestas son anónimas, cuidando su información, se le invitará a pasar a un pequeño salón de trabajo social en donde dará respuesta a la primera sección de la encuesta en donde el investigador solicita datos sociodemográficos, la segunda sección es propiamente el instrumento DOMESTIC ABUSE ASSESSMENT QUESTIONNAIRE de los autores Canterino, JC, VanHorn, LG, Harrigan, JT, Ananth, CV y Vintzieleos, A.M, validado y confiable por American Journal of Obstetrics and Gynecology y validado por los autores en una muestra de 224 pacientes en clínicas prenatales estadounidenses.
- c) Una vez recabados todos los datos sobre características sociodemográficas y las respuestas del instrumento, será el investigador responsable de calificar el instrumento de acuerdo a las variables que asignó en el presente estudio.
- d) Finalmente todos los datos serán analizados en el programa estadístico SPSS de donde se obtendrán los resultados y conclusiones.

## 12. ANALISIS ESTADISTICO.

Se llevará a cabo con la elaboración de una base de datos en el programa estadístico SPSS y se aplicará estadística descriptiva, presentando resultados en promedios y proporciones. La comparación de proporciones se llevara a cabo con estadística inferencial.

## 13.- CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica. Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.<sup>57</sup>

## 14.-RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO

Recursos Humanos:

1 Médico Residente

1 Médico especialista en Medicina Familiar

1 Medico Epidemiólogo Maestro en Investigación.

Recursos Materiales:

Formatos de Registros

500 hojas blancas

1 computadora

1 impresora

6 lapiceros



6 lápiz

6 gomas de borrar

57 artículos actuales

1 Memoria USB

Recursos financieros:

Los propios por el investigador.

## 15.- REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Finnbogadottir H, Dejin E, Karin A. A multi-centre cohort study shows no association between experienced violence and labour dystocia in nulliparous women at term. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011, 11:14.
2. Stöckl H, Fillippi V, Watts C, Mbwapo J. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: (2012) *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 12.
3. Yoshikawa K, Agrawal N, Poudel K, Jimba M. A lifetime experience of violence and adverse reproductive outcomes: findings from population surveys in India. *Biosci.Trends* 6 (2012): 115 a 21.
4. Kouyoumdjian F, Calzavara L, Bondy S, Ocampo P, Serwadda D, Nalugoda F, et al. Risk factors intimate partner violence in women in the Rakai Community Study, Uganda, from 2000 to 2009. *BMC Public Health*, (2013) 1, 566.
5. Ablorh A, Clark C. Intimate partner violence among pregnant and parenting women. National association of county city Health officials, June 2008 6-11-08
6. García L, Torres A, Imaz M. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato, *FMC* 2010 17 (7) 449
7. Valdez R, Ruiz M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿Cuándo y cómo surge como un problema de salud pública? *Salud pública de México* / vol. 51, no. 6, noviembre-diciembre de 2009.
8. Ochoa U, Muñoz E, Navarro A, Nuño B, Navarro N. Violencia contra la mujer y la medicina familiar. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75 (7): 373-78
9. Ortiz G, Vives C. Legislation on violence against women: overview of key components. *Rev. Panam Salud Publica* 33(1),2013
10. Daoud N, Urquia M, Campo P, Heaman M, Janssen P, Smylie J, et al. Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *American Journal of Public Health*. October 2012, vol 102, No 10, p 1893-1901.
11. Morales A, Alonzo M, López K. Violencia de género y autoestima en las mujeres de la Ciudad de Puebla. *Rev. Sanid Mex* 2011; 65 (2) Mar-Abr: 48-52.

12. Quiñones M, Arias Y, Delgado E, Tejera A. Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. MEDICIEGO 2011;17(2).
13. Moral J, López F. Relación de violencia en la familia de origen y machismo con violencia en la pareja. Medicina Universitaria 2013; 15(59):73-80.
14. Espinosa M, Álzales M, Madrazo B, García A, Presno M. Violencia intrafamiliar, realidad de la mujer latinoamericana. Trabajo de revisión. Revista Cubana de Medicina General Integral 2011; 27 (1): 98-104.
15. Ortega P, Mudgal J, Flores I, Rivera L, Díaz J, Salmerón J. Determinantes de violencia en pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. Salud pública de México/ vol. 49 no 5 septiembre-octubre de 2007.
16. Ntaganira J, Muula A, Masaisa F, Dusabeyezu F, Siziya S, Rudatsikira E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. BMC Women's Health 2008;8:17h
17. Devries, K, Kishor S. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reproductive Health Matters, 2010, vol. 18 no 36, p 158-170.
18. Taft A, Watson L. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. BMC Public Health 2008;8:75
19. Morales M, Montenegro D, Pulido S, Herazo E, Campo A. Variables asociadas a abuso físico y psicológico a la pareja. Rev Cienc Salud 9 (3): 271-280 / 271
20. Guía de la práctica clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y recomendaciones. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-028-08. Pag. 15.
21. Espíndola J, Morales F, Henales C, Brull A, Sánchez C, Carreño J, et al. Una propuesta psicoterapéutica para la mujer con embarazo de alto riesgo y víctima de violencia doméstica. Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 261-269.
22. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud pública de México / vol. 48, suplemento 2 de 2006.

23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Encuesta nacional de la dinámica de las relaciones en los hogares 2006.
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Encuesta nacional de la dinámica de las relaciones en los hogares 2011
25. Castillo R, Arankowsky G. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: estudio de casos y controles. *Rev. Biomed* 2008; 19:128-136
26. Colombini M, Matyhew S, Watts C. Health-sector responses to intimate partner violence in low –and middle income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bull World Health Organ.* 2008 Vol. 86, no 8, p.635-642.
27. Henales M, Sánchez C, Carreño J, Espiándola G. Guía clínica de intervención psicológica en mujeres con violencia doméstica. *Perinatol Reprodu Hum* 2007; 21 88-99.
28. Ocampo L, Amar J. Violencia de la pareja, las caras del fenómeno. *Salud Uninorte Barranquilla (Col.)* 2011; 27 (1): 108-123.
29. Houston P, Muñoz A, Heberlein E, Alvarado A. Violencia intrafamiliar Quinchao Chile. *Cuad Med Soc (Chile)* 2010, 50 (4): 315-321.
30. Burgos D, Canaval G, Tobo N, Bernal P, Humphreys. Violencia en pareja en mujeres de la comunidad, tipos y severidad Cali, Colombia. *Rev. Salud pública.* 14 (3): 377-389, 2012
31. Pérez V, Hernández Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 2009; 25 (2).
32. Plazaola J, Ruiz I, Hernández H. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gas Sanit.* 2008; 22 (5):415-20
33. Pérez M, Lopez G, Leon A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediatr. Mex* 2008; 29 (5): 267-72.
34. González I, Romero I, Samaro R, Torres J, Sánchez G, Chávez M. Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. *Perinatol Reproduc Hum* 2010:24 (1): 60-66.

35. Pallitto C, Garcia C. Intimate partner violence, abortion and unintended pregnancy: results from the who multi-country study on women`s health and domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120 (2013) 3-9.
36. Miller E, Jordan B, Levenson M, Silverman J. Reproductive Coercion: Connecting the Dost Between Partner Violence and Unintended Pregnancy. *Contraception* 2010, Vol.81. No6, p457.
37. Ntagarina J, Muula A, Siziya S, Stoskopf C, Rudatsikira E. Factors associated with intimate partner violence among pregnant rural women in Rwanda. *Rural and Remote Health* 9: 1153. (online) 2009.
38. Shamu S, Abrahams N. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS one*, March 2011 vol. 6 (3) 17591
39. González R, Becerra M. Violencia de pareja en mujeres hispanas: implicadas para la prevención y la práctica. 2012, *Horiz Enrerm*, 23, 2, 27-38.
40. Sánchez N, Galván H, Reyes U, Reyes U, Reyes k. Factores asociados al maltrato en el embarazo. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2013; 30(1): 8-15
41. León A, Loredó A, Trejo J, López G, García C. Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. *Acta Pediatr Mex* 2007; 28(4):131-35.
42. Paredes S, Villegas A, Meneses A, Rodríguez I, Reyes, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: en un estudio de base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud pública de México / vol. 47, no 5, septiembre-octubre* 2005.
43. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Ditsch N, Blume C, Hasbargen U, et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *Stockl et al. BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:77
44. Rosselli M, Villela M. Integrative review regarding intimate partner violence in pregnancy. *Rev. Eletr. Enf.* 2012 oct/dec;14(4):944-56.

45. Gómez A, Godoy G, García D, Leon F. Amor y Violencia otro coctel neuropatológico en el siglo XXI, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (2): 350-361
46. Rodríguez M, Heilmann M, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione C. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. Annals of Family Medicine\*www.annfam.org\*vol.6,no.1 \*january/february 2008
47. Ferri C, Mitsuhiro S, Barros M, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. BMC Public Health 2007,7:209.
48. Urquia M, Campo P, Heaman M, Janssen P, Thiessen K. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. Urquia et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2011,11:42.
49. Ramos R, Álvaro J, Pérez J. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. Ginecol Obstet Mex 2009;77(7):311-6
50. Malta L, McDonald S, Hegadoren K, Weller C, Tough S. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12:153.
51. Johri M, Morales R, Francois J, Samayoa B, Hoch J, Grazioso C, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. Johri et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2011,11:49.
52. Valdez R, Hajar M, Salgado N, Rivera L, Avila L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia en mujeres Mexicanas. Salud Publica de México / vol. 48, suplemento 2 de 2006.
53. Ramos L, Saltijeral M. Violencia episódica o terrorismo íntimo, Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Salud Mental 2008; 31:46<sup>a</sup>. 9-478
54. Canterino J, VanHorn L, Harrigan J, Ananth C, Vintzileos A. Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse

- questionnaire with a directed interview. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 181, 1049-1051.
55. Ruiz I, Jiménez M, Bermúdez C, Plazaola J. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. OMS observatorio de salud de la mujer. 14-121.
56. Lukasse M, Henriksen L, Vagen S, Schei B. Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. Lukasse et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2012,12:83.
57. The International Response to Helsinki; VI The WAR, Declaration of Helsinki, on Ethical-Principles for medical Research Involving Human Subjects as adopted by the 52 WMA General Assembly, Edeimburg October 12.