

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDNACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUCION PROFESIONAL**



**“PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EMBARAZADAS DE 20 A 35 AÑOS DE
EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92 PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE
2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92 CD. AZTECA**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
POSTGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. ANABEL HERNANDEZ CARBAJAL

DIRECTOR DE TESIS

E.M.F. RUBEN RIOS MORALES

REVISORES DE TESIS

**E.M.F MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ
E.M.F. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES
M EN I.C. LUIS REY GARCIA CORTES**

TOLUCA, MEXICO

2014

**E.M.F MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF 64**

**E.M.F. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF 75**

**M EN I.C. LUIS REY GARCIA CORTES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN INVESTIGACION CLINICA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION UMF 64**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia, pareja y amigos por su invaluable apoyo que durante estos tres años, fueron un aliciente para terminar este periodo de mi vida, los quiero.

**“PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EMBARAZADAS DE 20 A 35 AÑOS DE
EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92 PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE
2012”**

PREVALENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EMBARAZADAS DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92 PERIODO AGOSTO A OCTUBRE 2012

INTRODUCCION: La OMS define la Violencia familiar: agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos, esto incluyendo a la embarazadas que son vulnerables a complicaciones fetales y maternas secundarias a la violencia. La violencia a esta población se ha estudiado desde 1996 y la prevalencia varía de 23 al 19 % en reportes nacionales y locales. Sin embargo a pesar de que estos datos son alarmantes no todas las unidades reportan la prevalencia actual. **OBJETIVO:** Identificar prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de edad en la unidad de medicina familiar número 92. **METODOLOGIA:** Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, por medio del tests Abuse Assessment Screen validado por Wiist y Mc Farlane en 1999 con una sensibilidad de 93-94% y especificidad 55-99% y una encuesta ex profeso que explore el tipo de violencia. Los resultados se asociaran con los factores socio demográfico. La muestra constara de mujeres diagnostico confirmado de embarazo, mientras esperan en la sala de espera de la UMF, que acepten realizar el estudio y firmen el consentimiento informado. **RESULTADOS:** Se realizaron encuestas a 106 embarazadas, de las cuales solo 105 cumplieron con criterios de inclusión, se observa el número de embarazadas violentadas que corresponde a un porcentaje de 35.2 %, donde 34 pacientes (32.4 %) sufrieron violencia psicológica en el embarazo, 9 violencia física (8.6 %) y un individuo con violencia sexual durante la gestación. **CONCLUSIONES:** La unidad de medicina familiar numero 92 tiene una prevalencia significativa de violencia intrafamiliar en un 35.2 % de la población de embarazadas de 20 a 35 años de edad, donde la violencia psicológica es superior en comparación con otros tipos de violencia, este tipo de violencia suele encontrarse acompañada de otros tipos como la física, sobre todo en pacientes con desventaja de nivel socioeconómico nivel bajo.

PALABRAS CLAVE: Violencia intrafamiliar, embarazo.

PREVALENCE OF DOMESTIC VIOLENCE IN PREGNANT WOMEN 20 TO 35 YEARS OLD AT FAMILY MEDICINE UNIT No 92

INTRODUCTION: WHO defines Domestic violence: physical, psychological, sexual or otherwise, inflicted by persons of the family environment and generally targeted to the most vulnerable members at this: children, women and the elderly, this including the vulnerable pregnant fetal and maternal complications secondary to violence. Violence in this population has been studied since 1996 and the prevalence varies from 23 to 19 % in national and local reports. But even though these data are alarming, not all units reported current prevalence. **OBJECTIVE:** Identify prevalence of domestic violence in pregnant women 20-35 years old at family medicine unit number 92. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, observational, cross-sectional and retrospective tests using the Abuse Assessment Screen validated by Wiist and Mc Farlane in 1999 with a sensitivity of 93-94 % and specificity 55-99 % and expressly survey to explore the type of violence. The results were associated with social-demographic factors. The sample consist in women with diagnosis of pregnancy confirmed, while waiting in the waiting room of the FMU, they were agree with the study and consent form signed. **RESULTS:** Were surveyed 106 pregnant women, of which only 105 satisfy inclusion criteria , we observe the number of pregnant abused corresponding to a percentage of 35.2 %, with 34 patients (32.4 %) suffered psychological violence in pregnancy , 9 violence physical (8.6 %) and an individual with sexual violence during pregnancy . **CONCLUSIONS:** Family medicine unit number 92 has a significant prevalence of domestic violence in 35.2 % of the pregnant population of 20-35 years of age, where psychological violence is higher compared to other types of violence , such violence is often be accompanied by other types such as physics , especially in patients with socioeconomic disadvantage low. **KEYWORDS:** Domestic violence , pregnancy.

INDICE

I.MARCO TEORICO.....	11
I.1.Violencia.....	11
I.1.1Tipos de violencia.....	12
I.1.2.Factores de violencia en el embarazo.....	12
I.1.3.Complicaciones de violencia en el embarazo.....	13
I.1.4.Epidemiología de violencia en el embarazo.....	14
I.2. Abuse Assesment Screen.....	17
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
II.1.Argumentación.....	18
II.2.Pregunta de investigación.....	18
III.JUSTIFICACIONES.....	19
III.1 Científica.....	19
III.2.Social.....	19
III.3Académica.....	19
IV.HIPOTESIS.....	22
IV.1.Elementos de la hipótesis.....	22
IV.1.1.Unidades de observación.....	22
IV.2.Elementos lógicos.....	22
V.OBJETIVOS.....	23
V.1.General.....	23
V.2.Específico.....	23
VI.METODO.....	24
VI.1.Tipo de estudio.....	24
VI.2.Diseño de estudio.....	24

VI.3.Operacionalización de variables.....	25
VI.4.Universo de trabajo.....	27
VI.4.1.Criterios de inclusión.....	27
VI.4.2.Criterios de exclusión.....	27
VI.4.3.Criterios de eliminación.....	27
VI.5.Instrumento de investigación.....	27
VI.6.Desarrollo del proyecto.....	28
VI.7.Límite de espacio.....	28
VI.8.Límite de tiempo.....	28
VI.9.Diseño de análisis.....	29
VII.IMPLICACIONES ETICAS.....	29
VIII.RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
IX.CUADROS Y GRAFICOS.....	32
X.CONCLUSIONES.....	40
XI.RECOMENDACIONES.....	40
XII.BIBLIOGRAFIA.....	41
XII.ANEXOS.....	43

I.MARCO TEORICO

I.1. Violencia

En las últimas décadas se ha dado mucha importancia a la violencia, esto como resultado de múltiples conferencias internacionales, entre estas se encuentra: La 49ª Asamblea Mundial de la Salud que declara, que la violencia es un importante problema de salud en todo el mundo y exhorta a los países integrantes de la OMS a que evalúen este problema en sus territorio así como tomar las medidas permanentes para afrontarla.¹

La OMS define la violencia como «El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades, y que tiene como consecuencias probables: lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte».

Así mismo la clasifica tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia colectiva y violencia interpersonal. La violencia interpersonal a su vez la divide en violencia comunitaria y violencia intrafamiliar o de pareja, esta última que es la que nos interesa en el estudio presente debido a que en la que mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.²

También podemos decir que en 1993 la asamblea general de las naciones unidas definió a la violencia contra las mujeres como: “Todo acto de violencia contra las mujeres basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico sexual o psicológico para a mujer, así como amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada.”³

I.1.1. Tipos de violencia.

La OMS incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos: *Violencia familiar*: agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. *Violencia en la pareja*: las agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. *Violencia de género*: la violencia específica contra la mujer, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica. Estos tipos de violencia se definen como: Física: Lesiones corporales infligidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc. Psicológica: Humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones. Sexual: Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.⁴

I.1.2. Factores de riesgo para violencia en el embarazo

La violencia doméstica se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad, pero el perfil con mayor riesgo de ser mujer maltratada es el que posee alguna de las siguientes características: la vivencia de violencia doméstica en su familia de origen, el bajo nivel cultural y socioeconómico, el aislamiento psicológico y social, la baja autoestima, la sumisión y la dependencia, el consumo de alcohol o drogas y el desequilibrio de poder en la pareja. En algunas ocasiones el embarazo es una situación de mayor vulnerabilidad y para algunas mujeres el inicio de la violencia. Hay hombres que viven el embarazo como una amenaza para su dominio. Existen diversas razones por las cuales la pareja de una mujer puede recurrir a la violencia, particularmente durante el embarazo: Él o la pareja 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, él se pone celoso al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos, él ve que la mujer es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse.⁵

La violencia doméstica tiende a ser repetitiva, con una media de seis incidentes por año. El primer episodio ocurre en el primer año de matrimonio en casi la mitad de los casos y en muchos de ellos en el primer embarazo. Para la mayoría de las mujeres pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho. En estados unidos se realizó un estudio a gran escala donde se obtuvieron los factores de riesgo más prevalentes, entre estos se encuentran el nivel de ingreso económico y educación deficiente para violencia durante el embarazo. Estos datos difieren entre los países, y aunque las conclusiones son difíciles de evaluar debido a las diferencias metodológicas, las mujeres más jóvenes, con nivel socioeconómico bajo y no casadas tienen más probabilidades de violencia.⁶

I.1.3. Complicaciones de violencia en embarazadas.

Los efectos de la violencia ejercida contra las mujeres son variadas; dependen del momento de gestación, el tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición. Es posible hallar repercusiones en su salud física, mental, su conducta social y reproductiva.⁷ Cuando la agresión ocurre antes del embarazo es probable que la gestación no sea deseada.⁸ Si ocurre durante el embarazo, puede haber ausencia o retraso de la vigilancia médica así como depresión, ansiedad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.^{9, 10, 11}

Durante la atención médica en un centro hospitalario es frecuente hallar lesiones de diferente localización y severidad: sangrado vaginal, infección de vías urinarias e hipertensión arterial. Otros hallazgos en la futura madre son pobre ganancia ponderal o desnutrición, anemia, alguna infección de transmisión sexual.

La evolución del embarazo en estos casos, puede ser un aborto espontáneo, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, infecciones intraamnióticas, rotura uterina e incluso muerte materna.^{12, 13, 14}

Las consecuencias inmediatas de esta situación en el producto son: bajo peso al nacimiento (17%) y prematuridad (21.4%),^{15, 16, 17} Las tardías son: muerte fetal o neonatal, riesgo elevado de muerte en el primer año de vida, maltrato infantil, falta del vínculo madre-hijo y de una lactancia materna saludable,^{18, 19} posibilidades limitadas para el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales.²⁰

I.1.2. Epidemiología de violencia en el embarazo

Se cuenta con poca información sobre la prevalencia de violencia intrafamiliar hacia la mujer embarazada, o si esta aumenta durante el embarazo con respecto antes de embarazo. En un estudio de datos mundiales sobre violencia, embarazo y aborto reporta que la violencia hacia mujer embarazada por parte de la pareja aumenta esto en comparación a antes del embarazo, por ejemplo en EE.UU. se mostró que resultaba más probable que las mujeres embarazadas, en comparación con las mujeres no embarazadas, hubieran sufrido violencia durante el año anterior (el 17% frente al 12%), en otra encuesta de hogares de EE.UU. se encontró que la probabilidad de que las mujeres embarazadas fueran golpeadas era un 60.6% mayor que la de las mujeres no embarazadas. En una encuesta de mujeres embarazadas en el Reino Unido, Rusia y la República Checa, el 2, 4 y casi el 10% de las mujeres, respectivamente, informaron de que habían sido maltratadas físicamente durante el embarazo. En el mismo reporte los registros de muertes en Bangladesh se indicó que el riesgo de muerte a causa de las lesiones era tres veces más alto para las mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad, que para las mujeres no embarazadas, además de que aproximadamente una tercera parte de las pacientes ambulatorias en Paquistán, informaron de haber sido golpeadas durante su embarazo, mientras que el 42% de las mujeres estudiadas en Sri Lanka declararon lo mismo. Aproximadamente el 40% de las esposas golpeadas que se entrevistaron en Santiago, Chile, dijeron que el abuso en el hogar había aumentado durante el embarazo.

En México se han realizado estudios sobre la prevalencia de violencia en la mujer embarazada por ejemplo en 2004 se publicó un artículo llamado “prevalencia y severidad de violencia en mujeres embarazadas” en donde determino que del total de mujeres encuestadas la violencia en mujeres antes del embarazo es de 33.6% y violencia antes del embarazo, como en el año previo es de 32%. Es decir, un tercio de las mujeres entrevistadas reportaron sufrir violencia durante el embarazo, y otro tercio en el año previo. En segundo lugar, los datos muestran que para una proporción del 24% de las mujeres que sufrían violencia antes del embarazo, éste resultó un factor de protección pues la violencia se suspendió durante el mismo; pero también para otra proporción del 27% del mismo grupo de mujeres, éste resultó un factor de riesgo, pues la violencia se inició en este período. En el estudio quedo claro que es la violencia emocional durante el embarazo (28% de prevalencia) la que predomina por encima de la violencia física (15%) y sexual (cerca del 12%).²¹

En otros estudios mexicanos realizados en el Hospital Manuel Gea González en 2007 y otro en Cuernavaca Morelos en 1996, donde ambas evalúan las complicaciones fetales como bajo peso al nacer, resultado de la violencia intrafamiliar durante el embarazo que vario de 33.5 % al 39.24% respectivamente.

^{22 23}

En encuestas de índole de violencia regional y nacional en México también han explorado el problema de la violencia durante el embarazo. Dos de ellas (ENSARE y ENSAR) tenían como objetivo explorar sobre la salud reproductiva, pero incluyeron un módulo de preguntas sobre violencia en la pareja. Las otras dos, en cambio, tenían como objetivo primordial generar datos sobre la violencia de pareja que sufren las mujeres en este país (ENVIM y ENDIREH). La ENSAR 2003 encontró que del conjunto de mujeres de 15 a 49 años de edad, que actualmente tienen pareja y viven con ella, y que han sufrido violencia de pareja, 18% reportó haber sido golpeadas o heridas estando embarazadas, en tanto que la ENSARE 98 documenta que del total de mujeres casadas o unidas, menores de 15 a 49 años de edad, 23.6% declaró haber sido golpeada por su compañero al menos una vez estando embarazada. Los datos de la ENVIM 2003 al respecto son también

reveladores. De acuerdo con esta encuesta, del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, unidas o casadas, 6% manifestó que ha sido obligada por su pareja a tener relaciones sexuales durante el embarazo; 3.6% mencionó haber sufrido violencia emocional, y 3.2% declaró alguna forma de violencia física, incluyendo golpes en el abdomen, con un total de 12 % similar al reportado por Castro 2004.²⁴

25 26

Las formas de violencia con más dificultades para su medición fueron la emocional (21.77 a 37.1%) y económica (5.4 a 30%) que son las que más alta prevalencia registran entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, unidas o casadas y que conviven con su pareja; mientras que las prevalencias de la violencia física (10.3 a 13.6%) y sexual (7.5 y 8.3) son menores a la mitad de aquéllas y su medición es más consistente entre los instrumentos comparados, de un análisis nacional del 2006. En este mismo estudio no se recogieron datos consistentes con la prevalencia del tipo de violencia de acuerdo a la edad. La violencia física en dos estudios tuvo un patrón ascendente con la edad y en otros dos estudios la violencia física disminuyó con la edad, la violencia sexual, se incrementó con la edad hasta los 40-44 años, posteriormente descendió. Los datos de violencia emocional son menos consistentes. Analizando la información se puede ver que la violencia sin predominio de tipo aumenta a partir de los 20 años, sin existir un pico máximo.²⁷

De acuerdo a la Guía de la Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo 2009 del IMSS se estima una prevalencia de violencia intrafamiliar de 17% en embarazadas, cuyas consecuencias son problemas físicos, emocionales y sociales que dificultan la atención de la mujer al neonato, nacimiento pre término, hemorragias vaginales y muerte perinatal. Los profesionales de la salud deben estar alertas ante síntomas de violencia intrafamiliar; dar la oportunidad de denunciar la violencia propiciar un ambiente donde las pacientes se sientan seguras y en caso necesario referirlas a centros de apoyo emocional. Se requiere mayor número de investigaciones para establecer el tamiz de violencia intrafamiliar más apropiado.²⁸

Por otro lado la NOM-046-SSA2-2005 de Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Sugiere promover y realizar, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar o sexual que permitan tanto la cuantificación como la identificación de sus causas y determinantes sociales, culturales y económicas, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual y colectiva.

La obtención de datos fiables, precisos y comparables acerca de la extensión de la violencia en la pareja plantea serios problemas y dificultades metodológicas debidas fundamentalmente a la misma naturaleza del objeto del estudio y a la heterogeneidad de los instrumentos de medición desarrollados.²⁹ Mas a parte la violencia intrafamiliar es un tema complejo, delicado y rodeado de tabúes, miedos y sentimientos de culpa y vergüenza, del que no se suele hablar con extraños ni expresar en la esfera pública, lo que genera una alta tasa de no respuesta y de ocultación que dificulta la obtención de indicadores precisos acerca de su prevalencia.³⁰

I.2. Abuse Assesmen Screen

El Abuse Assesmen Screen es una herramienta para evaluar el abuso contra las mujeres embarazadas, validado por Wiist y Mc Farlane en 1999 con una sensibilidad de 93-94% y especificidad 55-99%.^{31, 32} Consta de 3 preguntas de anclaje relacionadas con el abuso perpetrado por la pareja o por alguien importante para la encuestada, estos incluyen los que cubren toda la vida, o 12 meses anteriores y una pregunta que abarca el periodo de embarazo. La pregunta al mismo tiempo cuestiona sobre la violencia emocional y física, así como la frecuencia gravedad y sitio de las lesiones, además de una pregunta de coacción sexual. Las últimas dos preguntas se limitan a la agresión física, si la respuesta es positiva pregunta sobre el autor y las características de este. Mc Farlane y colaboradores validaron el contenido en forma independiente , con Norton y otros colaboradores demostraron que el uso de esta prueba diagnóstica mejora las tasas de detección tanto antes como durante el embarazo, lo que le permite a los

médicos tener una mayor oportunidad de intervención, de forma rápida y sencilla en comparación a otros instrumentos.^{33 34} Cabe mencionar que esta prueba de screening se ha utilizado en varios artículos mexicanos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

De acuerdo a la bibliografía antes planteada la violencia intrafamiliar en si es un problema social, aun mas en embarazadas que puede repercutir ampliamente en la salud de la embarazada y el producto, consecuencias probables pueden llegar a ser catastróficas en ambos, física y psicológicamente además de un aumento en la solicitud de la atención médica. Su prevalencia varía de acuerdo a país, localidad, probablemente a factores sociales ya determinados, también a definiciones o métodos utilizados para diagnosticarlo, por esto y por muchas otras causas es sub identificado sin embargo en nuestro país a pesar de que se cuentan con estudios que demuestran la importancia de violencia en mujeres embarazadas, la información reportada sigue siendo insuficiente, por el hecho de que no se realiza un diagnostico precoz.

Así mismo la norma NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención menciona que debe promover y realizar, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar o sexual que permitan tanto la cuantificación como la identificación de sus causas y determinantes sociales, culturales y económicas, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual y colectiva, por lo cual me surge el siguiente cuestionamiento conocer.

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de edad de la unidad de medicina familiar número 92 en el periodo de agosto y octubre 2012?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Científica

La violencia intrafamiliar durante el embarazo se presenta en una prevalencia muy variable, que tiene efectos colaterales negativos hacia la salud del producto y la madre, por resultado hay un aumento en la atención médica por parte de los servicios de salud, sin embargo estos últimos no están totalmente preparados para detectar la violencia en mujeres embarazadas. El realizar este estudio recalcará de manera objetiva, por medio del método científico, como la violencia intrafamiliar se presenta en la población de embarazadas en la unidad de medicina familiar número 92, mismo nos dará indicadores o factores epidemiológicos relacionados que por consecuencia nos ayudarán a diagnosticar la violencia intrafamiliar en las embarazadas de manera temprana.

III.2. Social

Las consecuencias más visibles e inmediatas de la violencia sobre la salud, son las lesiones físicas que producen incapacidad transitoria o permanente e incluso en ocasiones la muerte; sin embargo, las formas de violencia crónica de “baja intensidad” y larga duración producen efectos sobre la salud que son mucho más difíciles de reconocer, pero que generan una gran cantidad de años de vida saludable perdidos en amplios sectores de la población, ya sea mujeres, ancianos o niños, que además de lesiones físicas, pueden causar daño psicológico, baja autoestima, aislamiento social por parte de las víctimas. Sin embargo no sabemos de manera exacta cual es en realidad la magnitud del problema en nuestro país, así mismo no podríamos basarnos en estudios obtenidos en otros países o regiones, debido a que las costumbres, religión, política suelen diferir bastante a la

mexicana, y aunque nuestro estudio no abarque de manera completa estas variables, nos daría una aproximación de los factores de riesgo sociales como adicciones (tabaquismo y alcoholismo), vivienda y estado civil.

III.3. Económica

Si bien se ha señalado que el embarazo en sí puede ser un factor que precipite violencia por parte de cualquier hombre de la familia, principalmente de la pareja, el embarazo mismo puede ser resultado de la violencia familiar, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos. Además, el patrón de violencia se repite con cada gestación, por lo que el mayor factor predictivo para abuso durante el embarazo es el antecedente de abuso. Su prevalencia fluctúa entre 2 AL 60 % según la población, las definiciones de violencia y los métodos utilizados para medirla. Se ha observado que la violencia se da más en un ambiente de bajo nivel socioeconómico y sus repercusiones son: pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicción al tabaco, alcohol o drogas y falta de apoyo social. Las lesiones físicas y los resultados de éstas incluyen: traumatismo abdominal, rotura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas, hematomas, exacerbación de enfermedades crónicas, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, trabajo de parto pretérmino, rotura de membranas, enfermedad hipertensiva, colestasis intrahepática, infecciones de transmisión sexual, infección urinaria, infección intraamniótica y hasta la muerte materna. Además del aborto (espontáneo o provocado) existen otras consecuencias fetales y neonatales: lesiones fetales intrauterinas, bajo peso al nacimiento de los recién nacidos y riesgo elevado de maltrato y de morir en el primer año de vida. Los niños que sobreviven a estos episodios tienen una alta probabilidad de ver limitado el desarrollo de sus capacidades físicas, cognoscitivas, afectivas y sociales. Un número importante de estudios sobre violencia durante el embarazo se ha enfocado en su asociación con bajo peso al nacimiento, por tratarse de uno de los principales factores de riesgo relacionados con morbilidad y mortalidad infantil; sin embargo, los resultados de algunos estudios individuales no han confirmado la correlación entre la exposición

a violencia durante el embarazo y el resultado perinatal. Cualquier repercusión sobre la salud del producto o la madre anteriormente expuesta aumenta de manera importante la solicitud de atención médica, y por lo tanto el uso de los insumos por parte de las instituciones médicas. Hay estudios sobre la frecuencia de consulta de las víctimas de violencia domestica al médico de familia y cuándo éste identifica el maltrato. Se conoce que casi la totalidad de las víctimas visitaron a su médico general en el año siguiente a la agresión y además hubo un incremento de la frecuentación a la consulta del médico. ¿Por qué no se detectan? La falta de tiempo, no llevar a cabo un abordaje psicosocial y el temor a invadir la esfera privada de la mujer son algunas de las razones. Un estudio realizado a médicos de familia en la Universidad de Seattle investigó el porqué del miedo a «abrir la caja de Pandora» al preguntar por la existencia de violencia doméstica. Las causas más frecuentes encontradas fueron: a) el 20% por miedo a lo imprevisible, a la pérdida de control de la situación, al preguntar sobre violencia en el hogar; b) el 50% por limitaciones de tiempo, falta de preparación sobre el tema, miedo a ofender a la paciente, sensación de incapacidad y miedo a no saber cómo abordarlo o cómo preguntar; c) el 42% temor a no poder controlar el comportamiento de la víctima; d) el 39% porque se identifican con sus pacientes; e) algunos cuestionaron la credibilidad de la mujer. Razones similares se han aducido en estudios posteriores. La actitud de los profesionales tiene mucho que ver con su capacidad de detección. La «falta de sensibilidad» hacia el problema, los prejuicios hacia la mujer, la simplificación diagnóstica, etiquetando el problema sin ahondar en su verdadero origen, son barreras que dificultan la detección y el abordaje profesional adecuado ante una situación de maltrato. Por tanto, es necesaria la sensibilización de los profesionales sanitarios para reconocer la Violencia domestica como problema de salud y así asumir el papel que corresponde en su abordaje integral aunque este tenga que ser necesariamente compartido otros profesionales.

Corroboramos que en la unidad de medicina familiar número 92, no cuenta con los datos antes mencionados por el servicio de epidemiología o por trabajo social, en este último hay casos esporádicos que llegan referidas al servicio por el médico familiar, estos casos suelen ser de mujeres embarazadas y no embarazadas. El

servicio al no contar con un número importante de población de este rubro (mujeres embarazadas o no embarazadas que reciban violencia), son enviadas al DIF.

En el presente estudio determinaremos la prevalencia de violencia intrafamiliar, en mujeres embarazadas de 15 a 39 años, que acudan a la consulta prenatal en la unidad de medicina familiar número 92. Al mismo tiempo nos daremos a la tarea de determinar integrante de la familia violenta con más frecuencia a la embarazada, así como tipo de violencia y severidad de violencia.

IV. HIPOTESIS

Si en la unidad de medicina familiar numero 92 hay embarazadas de 20 a 35 años de edad entonces se puede determinar su prevalencia de violencia intrafamiliar.

IV.1. Elementos de la hipótesis

Embarazo en mujeres de 20 a 35 años de edad y Violencia intrafamiliar.

IV.1.1. Unidades de observación

Mujeres de 20 a 35 años de edad que cursan embarazo.

IV.2. Elementos Lógicos

Si hay embarazadas hay violencia intrafamiliar.

V. OBJETIVOS

V. 1. Objetivo General

Identificar prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de edad en la unidad de medicina familiar número 92.

V. 2. Objetivos Específicos

1. Distinguir el tipo de violencia en embarazadas de 20 a 35 años de edad en la unidad de medicina familiar número 92.
2. Definir la edad más común en embarazadas de 20 a 35 años con presencia de violencia intrafamiliar de la unidad de medicina familiar número 92.
3. Reconocer el estado civil más prevalente en embarazadas de 20 a 35 años con presencia de violencia intrafamiliar de la unidad de medicina familiar número 92.
4. Nombrar la escolaridad de la mayoría de las embarazadas de 20 a 35 años con presencia de violencia intrafamiliar de la unidad de medicina familiar número 92.
5. Listar la ocupación más frecuente de las embarazadas de las embarazadas de 20 a 35 años con presencia de violencia intrafamiliar de la unidad de medicina familiar número 92.
6. Determinar el Ingreso económico de las embarazadas de las embarazadas de 20 a 35 años con presencia de violencia intrafamiliar de la unidad de medicina familiar número 92.

7. Reconocer el Alcoholismo de las embarazadas de las embarazadas de 20 a 35 años con presencia de violencia intrafamiliar de la unidad de medicina familiar número 92.

VI. METODO

VI. 1. Tipo de estudio.

- Observacional
- Por la captación de la información.
Descriptivo
- Por la medición del fenómeno en el tiempo.
Retrospectivo

VI. 2. Diseño Del Estudio

- Población y muestra

La población se obtendrá por un muestreo no probabilístico por elección aleatoria. Por conveniencia, de marzo a agosto del 2012.

- Grupo de estudio:

Pacientes embarazadas que acudan a control prenatal a la UMF 92 que cumplan los criterios de inclusión.

- Tamaño de la muestra:

Muestra finita

VI. 3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Definición operacional: definición de un concepto o variable en función de los procedimientos en los cuales va a ser cuantificados

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
EMBARAZO NORMAL	ES EL ESTADO FISIOLÓGICO DE LA MUJER QUE SE INICIA CON LA FECUNDACIÓN Y TERMINA CON EL PARTO Y EL NACIMIENTO DEL PRODUCTO A TÉRMINO.	SEMANAS DE GESTACIÓN EN LAS QUE SE ENCUENTRA LA PACIENTE AL MOMENTO DE REALIZAR SU INTERROGATORIO	CUALITATIVA	NOMINAL	SEMANAS DE EMBRAZO
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DE PAREJA: ES LA VIOLENCIA QUE EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS SE PRODUCE ENTRE MIEMBROS DE LA FAMILIA O COMPAÑEROS SENTIMENTALES, Y SUELE ACONTECER EN EL HOGAR, AUNQUE NO EXCLUSIVAMENTE.	CIRCUNSTANCIAS POR LA CUALES UNA PERSONA PERMITE LA MANIPULACIÓN DE FORMA VIOLENTA SIN SU CONSENTIMIENTO Y DE FORMA AUTORITARIA POR PARTE DE SU PAREJA O DE OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA.	CUALITATIVA	NOMINAL	VIOLENCIA FISICA, PSICOLOGICA SEXUAL
VIOLENCIA FISICA	LESIONES CORPORALES INFLINGIDAS DE FORMA INTENSIONAL: GOLPES QUEMADURAS, AGRESIONES CON ARMAS ETC.	LESIONES QUE PRESENTA UNA PERSONA EN ALGUNA PARTE DE SU CUERPO	CUALITATIVA	NOMINAL	GOLPES QUEMADURAS MORETONES LACERACIONES AGRECION CON ARMA DE FUEGO Y PUNZOCOORDANTE
VIOLENCIA PSICOLOGICA	HUMILLACIONES, DESVALORIZACIONES, CRITICAS EXAGERADAS Y PUBLICAS, LENGUAJE SOEZ Y HUMILLANTE, INSULTOS, AMENAZAS, CULPABILIZACIONES AISLAMIENTO SOCIAL, CONTROL DEL DINERO, NO PERMITIR TOMAR DECISIONES.	MALTRATO PSICOLÓGICO QUE DENIGRA AL LA PAERSONA	CUALITATIVA	NOMINAL	HUMILLACIONES, DESVALORIZACION ES, CRITICAS EXAGERADAS Y PUBLICAS, LENGUAJE SOEZ Y HUMILLANTE, INSULTOS, AMENAZAS, CULPABILIZACIONE S AISLAMIENTO SOCIAL, CONTROL DEL DINERO, NO PERMITIR TOMAR DECISIONES
VIOLENCIA SEXUAL	ACTOS QUE ATENTAN CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL DE LA PERSONA Y LESIONAN SU DIGNIDAD: RELACIONES SEXUALES FORZADAS, ABUSO,	NCTIVIDAD SEXUAL OBLIGADA	CUALITATIVA	NOMINAL	RELACIONES SEXUALES OBLIGADAS, ABUSO SEXUAL O VIOLACION

	VIOLACION.				
EDAD	TIEMPO QUE UNA PERSONA, HA VIVIDO DESDE QUE NACIO	NÚMERO DE AÑOS REGISTRADOS HASTA EL MOMENTO DEL ESTUDIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	EDAD EN AÑOS
ESTADO CIVIL	SITUACION JURÍDICA DE LAS PERSONAS DETERMINADOS POR DERECHO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL REGISTRO CIVIL DE UNA PERSONA PUEDEN SER VARIABLES DE UN ESTADO A OTRO, LA ENUMERACION DE ESTADOS CIVILES MAS HABITUAL PUEDE SER LA SIGUIENTE: SOLTERO /A – CASADO /A – DIVORCIADO /A, VIUDO/A	SITUACIÓN EN BASE A DERECHO DE CADA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO.	CUALITATIVA	NOMINAL	SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO SEPARADO(A) VIUDO(A) UNIÓN LIBRE
ESCOLARIDAD	PERIODO MEDIDO EN AÑOS ESCOLARES QUE UNA PERSONA HA PERMANECIDO EN EL SISTEMA EDUCATIVO	IDENTIFICACIÓN QUE HACE EL PACIENTE DE SU NIVEL EDUCATIVO	CUALITATIVA	NOMINAL	SIN ESCOLARIDAD PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA LICENCIATURA O MAS
OCUPACIÓN	TRABAJO, EMPLEO, OFICIO	ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA EL PACIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	HOGAR TRABAJADOR ACTIVO PENSIONADO O JUBILAD DESEMPLEADO
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR	CONJUNTO DE RECURSOS MONETARIOS DE ENTRADA PARA LA ECONOMIA DOMESTICA POR LA REMUNERACION EN EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO.	CANTIDAD MONETARIA OBTENIDA POR EMPLEO.	CUANTITATIVA DISCRETA	INGRESO ECONOMICO PROMEDIO MENSUAL EN PESOS	ENCUESTA
ALCOCOHOLISMO	ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS QUE OCASIONA TRANSTORNOS FISICOS, PSICOEMOCIONALES O SOCIALES	DESEO INTENSO DE CONSUMIR ALCOHOL, DIFICULTAD PARA CONTROLAR EL CONSUMO, PERSISTENCIA DEL CONSUMO A PESAR DE LAS CONSECUENCIAS PERJUDICIALES, MAYOR PRIORIDAD AL CONSUMO FRENTE A OTRAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES, AUMENTO DE LA TOLERANCIA AL ALCOHOL Y ABSTINENCIA FÍSICA CUANDO EL CONSUMO SE INTERRUMPE	CUALITATIVA	ORDINAL	BEBE POCO , SOCIAL, NUNCA SE ENBRIAGA, NO PROBOCA PROBLEMAS CON LA MANERA DE BEBER. BEBE MUCHO, CON FRECUENCIA, PROBLEMAS FAMILIARES Y AMISTADES. PERMANECE CASI TODO EL TIEMPO ALCOHOLIZADO,PR OBLEMAS FAMILIARES, ANISTADES Y LABORALES.

					BEBE LA VIVIR, PUES SI DEJA DE HACERLO SE SIENTE MUY MAL
--	--	--	--	--	---

VI.4. UNIVERSO DE TRABAJO

VI.4.1. Criterios de inclusión:

Mujeres de entre 20 y 35 años con el diagnóstico confirmado de embarazo, que cursen cualquier trimestre de embarazo, que acudan a control prenatal a la UMF 92 o que requieran atención de urgencias obstétricas en HGR 196, que hayan aceptado participar en el estudio.

VI.4.2. Criterios de exclusión:

Mujeres de 20 a 35 años que requieran ayuda para contestar un cuestionario.

VI.4.3. Criterios de eliminación:

Embarazadas que no contesten de manera completa el cuestionario, que lo contesten con ayuda el cuestionario, o que decidan salir del estudio.

VI.5. Instrumento de investigación

El Abuse Assessment Screen es una herramienta para evaluar el abuso contra las mujeres embarazadas, validado por Wiist y Mc Farlane en 1999 con una sensibilidad de 93-94% y especificidad 55-99%, Consta de 3 preguntas de anclaje relacionadas con el abuso perpetrado por la pareja o por alguien importante para la encuestada, estos incluyen los que cubren toda la vida, o 12 meses anteriores y una pregunta que abarca el periodo de embarazo. La pregunta al mismo tiempo cuestiona sobre la violencia emocional y física, así como la frecuencia gravedad y sitio de las lesiones, además de una pregunta de coacción sexual. Las últimas dos preguntas se limitan a la agresión física, si la respuesta es positiva pregunta sobre el autor y las características de este. Mc Farlane y colaboradores validaron el contenido en forma independiente, con Norton y otros colaboradores demostraron

que el uso de esta prueba diagnóstica mejora las tasas de detección tanto antes como durante el embarazo, lo que le permite a los médicos tener una mayor oportunidad de intervención, de forma rápida y sencilla en comparación a otros instrumento.

VI.6. Desarrollo del proyecto

Se realizó la encuesta a 105 mujeres de 20 a 35 años, que acudieron a cualquier consulta de atención prenatal, o mientras esperaron en sala en espera de consulta, con diagnóstico confirmado de embarazo, cursando cualquier trimestre del embarazo. Esta encuesta se realizó por libre albedrío de la paciente, después de haber escuchado la importancia y justificación del estudio, firmaron el consentimiento informado posteriormente contestaron la encuesta en un lugar tranquilo e iluminado, sola (sin ayuda de familiar o conyugue), encuestador permaneció hasta terminar de manera completa la encuesta para aclarar las dudas con respecto a este. La paciente primero se contestó el cuestionario de Abuse Assessment Screen, si este resultara positivo a violencia, se les realizó la encuesta de tipo violencia, que evaluó qué tipo de violencia fue víctima.

VI. 7. Límite de espacio

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 92 que se encuentra en la Avenida Carlos Hank González S/N Esquina Santa Prisca, Colonia Ciudad Azteca, Ecatepec, Estado de México, C. P. 55140, que actualmente no cuentan con una estadística de embarazadas violentadas.

VI. 8. Límite de tiempo

Se inicia el protocolo de estudio en agosto del 2011, entrega de tesis en octubre 2013.

VI.9. Diseño de análisis

La recolección de los datos se realizó en la base de datos en el programa estadístico SPSS que contengan las variables. La información se presentara por medio de tablas comparativas después de la realización de la cédula de información.

Análisis se realizó por medio de estadística descriptiva con medidas de tendencia central (moda, media, frecuencia y porcentajes)

VII. IMPLICACIONES ETICAS

El estudio presente se realizó de acuerdo a la declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, prevaleciendo el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Se realizó con personas capacitadas en salud, bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y un comité de ética. Se evaluó el riesgo de daño en el sujeto de estudio de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud como investigación **riesgo menor del mínimo**; debido a que se realizó un estudio prospectivo que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios. Por ende podemos decir que el presente estudio es factible y no repercute en la integridad del encuestado. La información obtenida por el cuestionario así como los datos personales del encuestado se mantuvo en confidencialidad, y solo se expuso de manera grupal en los resultados y el análisis estadístico de la tesis a publicar. En el estudio que se realizó se obtuvo la prevalencia de violencia intrafamiliar en mujeres embarazadas. La importancia de esta información no es solo obtener una estadística de prevalencia de violencia intrafamiliar en mujeres embarazadas, sino también obtener indicadores y factores relacionados con la violencia intrafamiliar para realizar un diagnóstico evitando así secuelas concomitantes.

Así mismo se realizó el consentimiento informado donde se plasmó que la participación de fue de manera voluntaria y que el sujeto de estudio pudo retirarse o negarse a realizar la encuesta sin menoscabo de atención medica u otras opciones.

VIII. RESULTADOS Y DISCUCION

Se realizaron encuestas a 106 embarazadas, de las cuales solo 105 cumplieron con criterios de inclusión, las características sociodemográficas mayoritariamente encontradas en las pacientes encuestadas fueron de, edad de 25 a 30, la moda se situó en los 29 años 11.4%, el nivel de estudios que prevaleció fue de preparatoria o vocacional seguido de secundaria con; 30.2 % y 24.5 % respectivamente, los valores arrojados para estado civil es, el 54.7 % refirieron ser casadas, tanto la paciente encuestada como su pareja eran empleados (34.3 % y 68.6 %), con un sueldo mayor a 2 salarios mínimos (39.6 %), la escolaridad en la pareja fue equiparable a la embarazada (prepa o vocacional) en un 58.1 %, el alcoholismo en la embarazada fue notoriamente menor (4.8 %) en comparación con la pareja (41.9 %), sin embargo en este punto la información podría estar sesgada, debido a que la encuestada por situaciones morales y sociales no consentiría dar información veraz de primera intención. Con respecto a los datos de embarazo, en su mayoría eran segundi-gesta (38.1 %) y cursaban el primer trimestre, en su mayoría se encontraba en el segundo mes (40 %) (Tabla 1).

En la Tabla 3 se observa el número de embarazadas violentadas que corresponde a un porcentaje de 35.2 %, (Grafico 8) donde 34 pacientes (32.4 %) sufrieron violencia psicológica en el embarazo, 9 violencia física (8.6 %) y un individuo con violencia sexual durante la gestación (Grafico 1). En el Tabla 2, se puede observar que, la suma total de las pacientes violentadas rebasa el número de embarazadas, con respecto a la prevalencia inicial, debido a que 6 pacientes sufrieron dos tipos de violencia (física, psicológica) durante su embarazo y una paciente sufrió los tres tipos de violencia. La violencia psicológica tuvo más frecuencia que la violencia física y sexual, cabe señalar que se observa resultados similares a otros estudios realizados en nuestro país, donde la violencia psicológica es más común.

Los factores sociodemográficos más comunes en las pacientes que resultaron violentadas según la encuesta realizada, son semejantes a los datos que se obtuvieron del total de pacientes encuestadas, donde predominan edad de 29 años (16.2 %), escolaridad prepa o vocacional (32.4 %), estado civil casadas (62.2 %), alcoholismo negativo en su mayoría, escolaridad de la pareja prepa o vocacional (37.8 %), ocupación de la pareja empleado (73 %), alcoholismo en la pareja (54.1 %). Sin embargo llama la atención que el ingreso económico prevaeciente es menor de un salario mínimo (43.2%) y la ocupación mayoritaria es trabajadora doméstica (45.9 %), como se puede observar en la tabla (Tabla 4, Grafico 3-7).

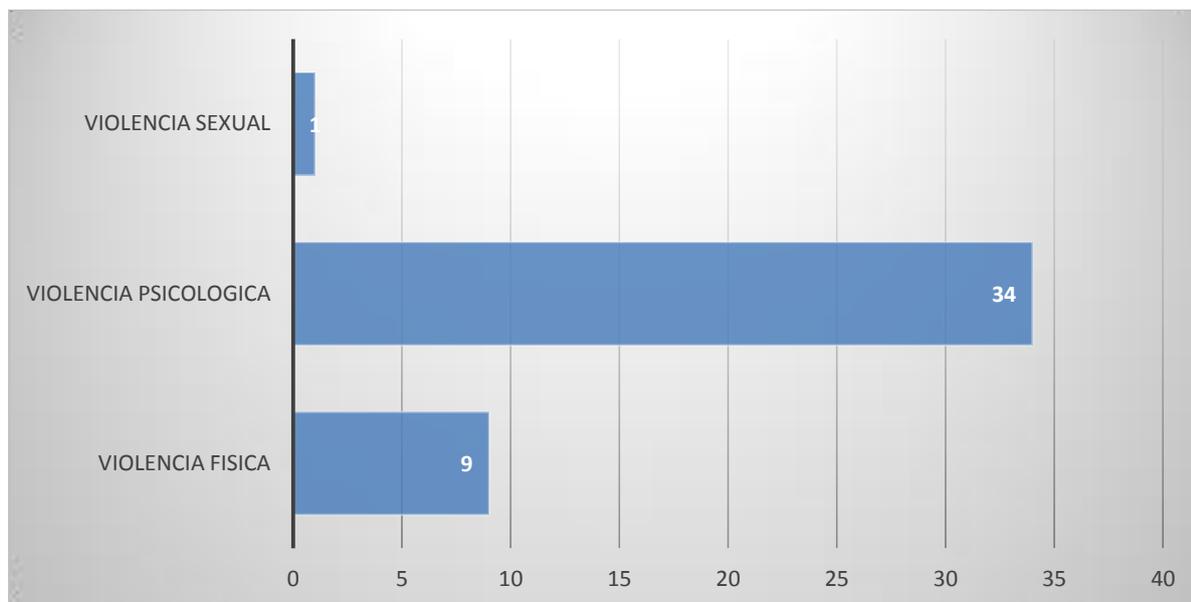
Tipos de violencia	VIOLENCIA FISICA		VIOLENCIA PSICOLOGICA		VIOLENCIA SEXUAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	9	8.6	34	32.4	1	1
NO	96	91.4	71	67.6	104	99
TOTAL	105	100	105	100	105	100

IX.CUADROS Y GRAFICOS

Tabla 1. Prevalencia de violencia física, psicológica y sexual en pacientes embarazadas encuestadas de 20 a 35 años de edad en la unidad de medicina familiar número 92.

Fuente: Encuesta realizada.

Grafico 1. Prevalencia de violencia física, psicológica y sexual en pacientes embarazadas encuestadas de 20 a 35 años de edad en la unidad de medicina familiar número 92



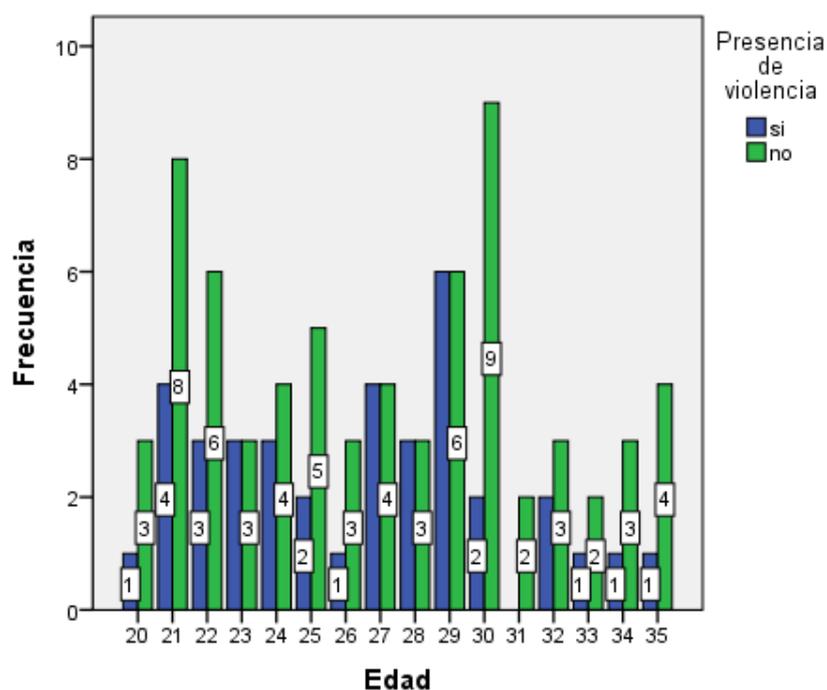
Fuente: Encuesta realizada

Tabla 2. Edad más comunes en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92 de agosto a octubre 2012.

Factor sociodemográfico.	VIOLENCIA		
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	29 años	6	16.2
	27 años	4	10.8
	21 años	4	10.8
	22 años	3	8.1
	23 años	3	8.1
	24 años	3	8.1
	28 años	3	8.1
	25 años	2	5.4
	30 años	2	5.4
	32 años	2	5.4
	26 años	1	2.7
	20 años	1	2.7
	33 años	1	2.7
	34 años	1	2.7
	35 años	1	2.7
31 años	0	0	

Fuente: Encuesta realizada.

Grafica 2. Edad en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92, periodo agosto a octubre 2012.



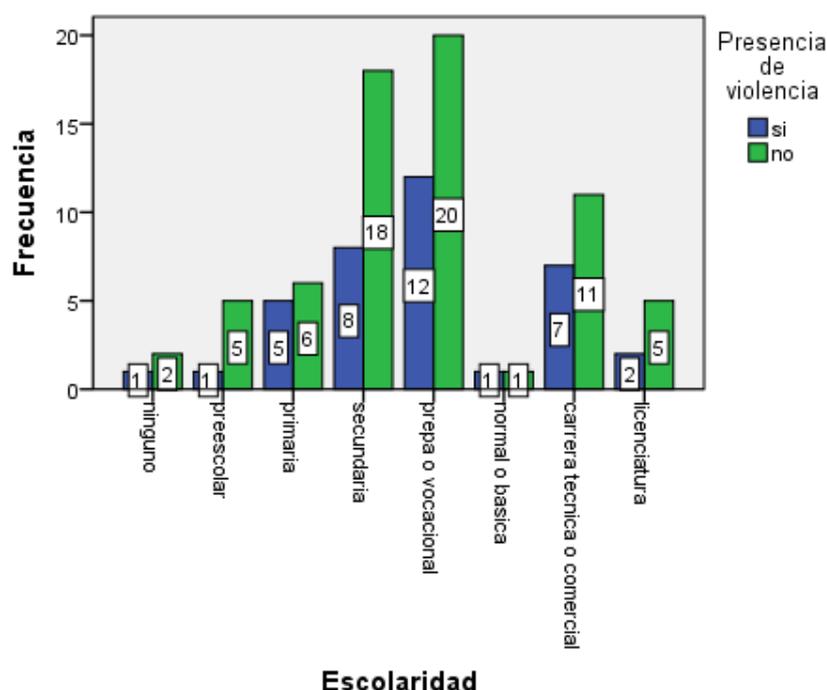
Fuente: Encuesta realizada

Tabla 3. Escolaridad más común en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92 de agosto a octubre 2012.

Factor sociodemográfico.	VIOLENCIA		
		Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Prepa o vocacional	12	32.4
	Secundaria	8	21.6
	Carrera técnica	7	18.9
	Primaria	5	13.5
	Licenciatura	2	5.4
	Ninguna	1	2.7
	Normal básica	1	2.7
	Preescolar	1	2.7

Fuente: Encuesta realizada.

Gráfico 3. Escolaridad en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92, periodo agosto a octubre 2013.



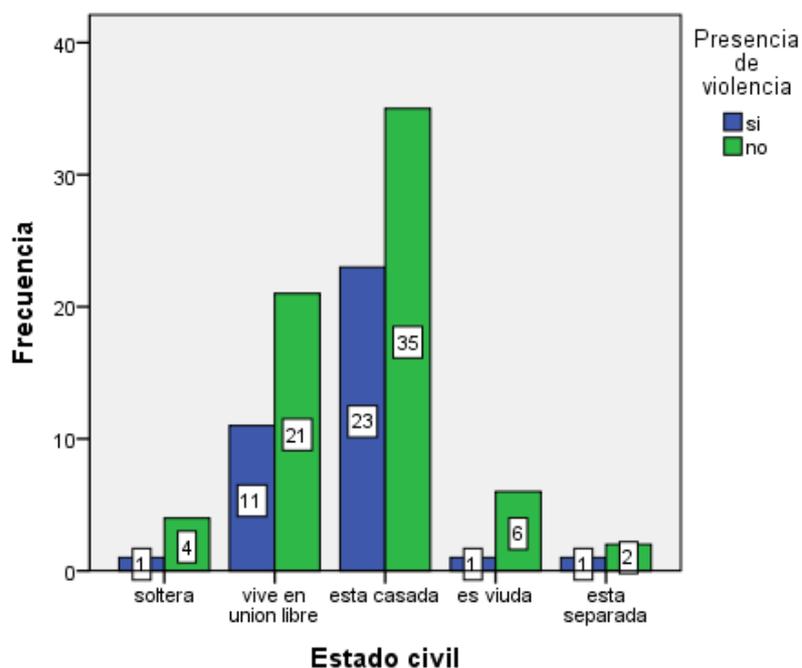
Fuente: Encuesta realizada.

Tabla 4. Estado civil en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92 de agosto a octubre 2012.

Factor sociodemográfico.	VIOLENCIA		
		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casada	23	62.2
	Unión libre	11	29.7
	Separada	1	2.7
	Soltera	1	2.7
	Viuda	1	2.7

Fuente: Encuesta realizada.

Grafico 4. Estado civil en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92, periodo agosto a octubre 2012.



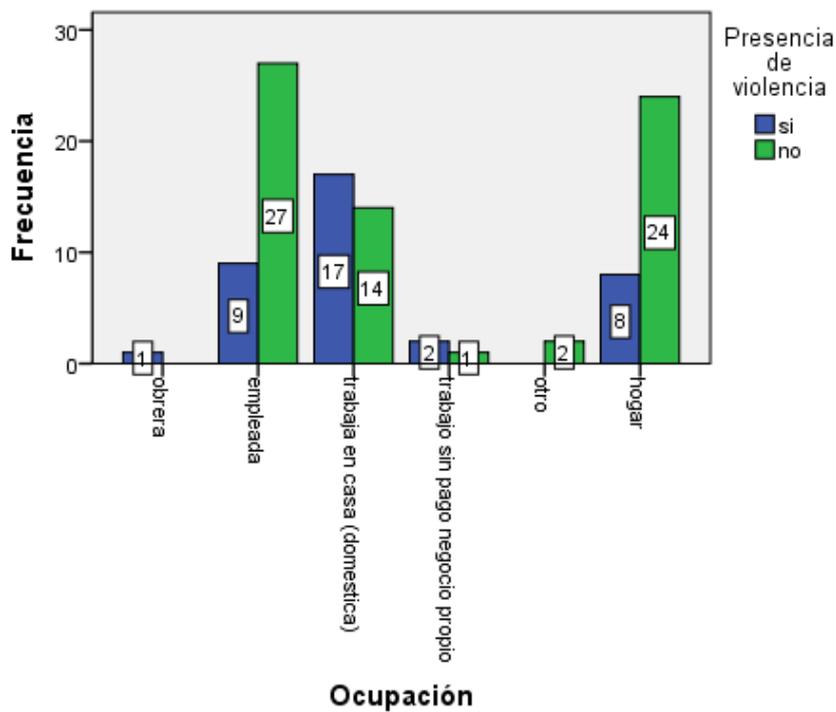
Fuente: Encuesta realizada.

Tabla 5. Ocupación en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92 de agosto a octubre 2012.

Factor sociodemográfico.	VIOLENCIA		
		Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	Trabajadora domestica	17	45.9
	Empleada	9	24.3
	Hogar	8	21.6
	Negocio propio	2	5.4
	Obrera	1	2.7

Fuente: Encuesta realizada.

Grafico 5. Ocupación en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92, periodo agosto a octubre 2012.



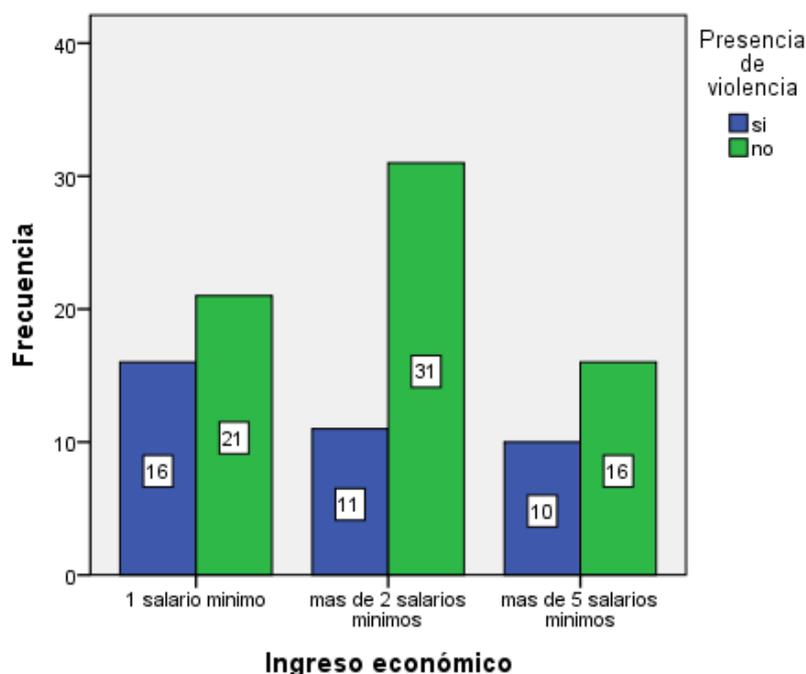
Fuente: Encuesta realizada.

Tabla 6. Ingreso económico en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92 de agosto a octubre 2012.

Factor sociodemográfico.	VIOLENCIA		
		Frecuencia	Porcentaje
Ingreso económico	1 salario mínimo	16	43.2
	Más de 2 salarios mínimos	11	29.7
	Más de 5 salarios mínimos	10	27

Fuente: Encuesta realizada.

Grafico 6. Ingreso económico en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92, periodo agosto a octubre 2012.



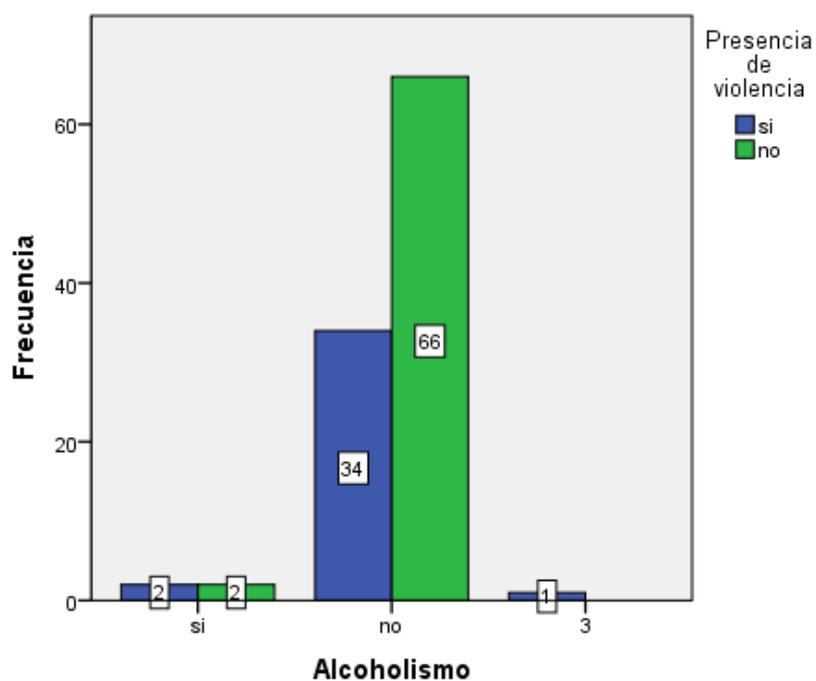
Fuente: Encuesta realizada.

Tabla 7. Alcoholismo en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92 de agosto a octubre 2012.

Factor sociodemográfico.	VIOLENCIA		
		Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo	Si	2	5.4
	No	35	93.6

Fuente: Encuesta realizada.

Grafico 7. Alcoholismo en pacientes con violencia intrafamiliar en las pacientes embarazadas encuestadas en la unidad de medicina familiar número 92, periodo agosto a octubre 2012.



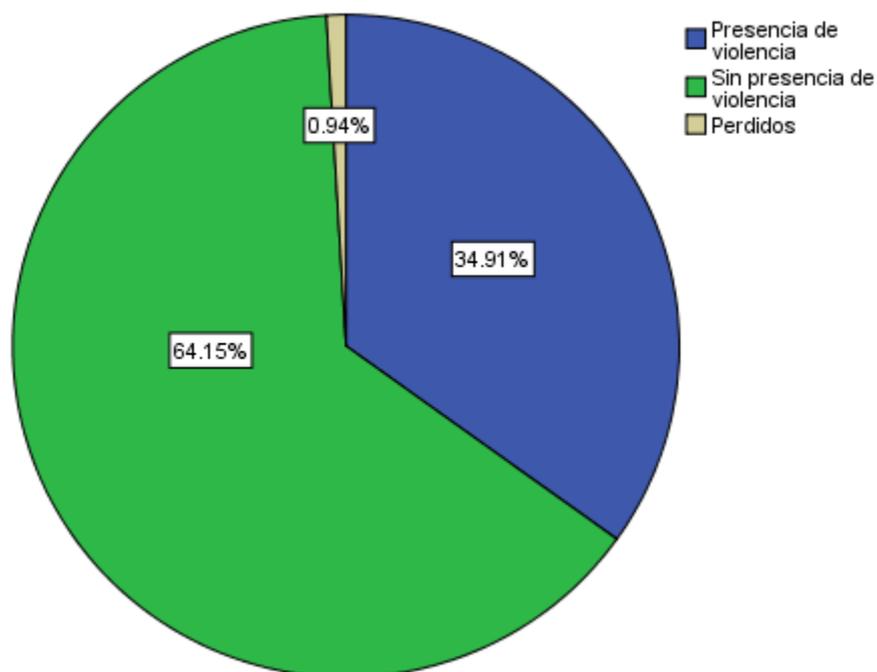
Fuente: Encuesta realizada.

TABLA 8. Prevalencia de violencia intrafamiliar en pacientes embarazadas encuestadas de 20 a 35 años edad en la unidad de medicina familiar número 92.

Presencia de violencia Intrafamiliar	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	37	35.2
NO	68	64.2
TOTAL	105	100

Fuente: Encuesta realizada

Grafico 8. Prevalencia de violencia intrafamiliar en pacientes embarazadas encuestadas de 20 a 35 años edad en la unidad de medicina familiar número 92.



Fuente: Encuesta realizada

X. CONCLUSIONES

La unidad de medicina familiar numero 92 tiene una prevalencia significativa de violencia intrafamiliar en un 35.2 % en la población de embarazadas de 20 a 35 años de edad, donde la violencia psicológica es superior en comparación con otros tipos de violencia, y este tipo de violencia suele encontrarse acompañada de otros tipos de violencia sobre todo la física. La violencia se encuentra de manera mas frecuente en pacientes con desventaja de nivel socioeconómico bajo. Esta información es similar a las encontradas en otras bibliografías mexicanas e internacionales, no obstante cabe mencionar que la prevalencia varía

considerablemente por múltiples razones. Los resultados obtenidos en este estudio podrían estar sub estimados o sobre estimados, a razón de que solo utilizamos una sola prueba diagnóstica, en un periodo de tiempo muy limitado, por lo tanto a pesar de la información recolectada no se podría concluir de manera satisfactoria cual son los números de casos exactos, ni los factores predisponentes de mayor valor para prever la violencia intrafamiliar en pacientes embarazadas, en sí mismo el embarazo podría serlo o solo podría modificar el patrón de violencia en este periodo.

XI. RECOMENDACIONES

La importancia de prever la violencia intrafamiliar en pacientes embarazadas radica en evitar las posibles complicaciones durante el periodo de embarazo, por consiguiente la recomendación que proponemos es realizar más estudios, no solo que verifiquen la prevalencia de violencia en el embarazo sino también realizar comparaciones entre las pruebas diagnósticas ya existentes para adecuarlas a la población mexicana, de manera rápida y efectiva durante el control prenatal. Con una prueba diagnóstica estandarizada, el reporte de violencia de estas pacientes se realiza de manera más común y eficiente, además de realizar las recomendaciones necesarias para las pacientes violentadas en su caso.

XII. BIBLIOGRAFIA.

-
- ¹ . WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).
 - ² . Organización Mundial de la Salud. World Report on Violence and Health: Summary. Catalogación por la Biblioteca de la OPS.2002; 4-6.
 - ³ . Asamblea General Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea general.
 - ⁴ . Grupo de Salud Mental del programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Violencia Domestica. Ministerio de sanidad y Consumo Dirección General de Salud Pública Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología. 2003;11-13.
 - ⁵ . Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. 2003. (2); 11-18.
 - ⁶ Devries KM, Kishor S, Johnson H, Heidi S, Bacchus LJ. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reproductive Health Matters 2010;18(36): 158-170.

- ⁷ Castro R, Peek AC, Ruiz A. Violence against women in México: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003; 93:1110-6.
- ⁸ Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynecol* 2008;28:266-71.
- ⁹ Díaz OC, Pazb FK, Abuabara HB, Martínez A, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in México City. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 97: 57—64.
- ¹⁰ Shoffner DH. We don't like to think about it: intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *J Perinat Neonatal Nurs* 2008;22:39-48.
- ¹¹ Moreno RA. Mujer, embarazo y violencia. Síndrome de abuso en mujeres embarazadas. *Rev Colombiana Obstet Ginecol* 1996;47(2):87-91.
- ¹² Macy R, Martin S, Kupper L, Casanueva C, Guo S. Partner violence among women before, during, and after pregnancy. Multiple opportunities for intervention. *Women's Health Issues* 2007; 17: 290–9.
- ¹³ Dina EK. Perinatal outcomes of traumatic injuries during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50: 582-91.
- ¹⁴ Heise L. *Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud*. Washington, D.C.: El Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- ¹⁵ Silverman JG, Gupta J, Decker MR, Kapur N, Raj A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG* 2007;114:1246-52.
- ¹⁶ Castro R, Peek AC, Ruiz A. Violence against women in México: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003; 93:1110-6.
- ¹⁷ Ferrari AC, Segall CA, Dias LR, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:60-7
- ¹⁸ Tiwari A, Chan K, Fong D, Leung W, Brownridge D, Lam H, Wong B, Lam C, Chau F, Chan A, Cheung K, Ho P. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG* 2008; 115: 377–84.
- ¹⁹ Shoffner DH. We don't like to think about it: intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *J Perinat Neonatal Nurs* 2008;22:39-48
- ²⁰ Campbell JC, Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:131-6.
- ²¹ Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Saude Pública*. 2004;381(1):62-70.
- ²² Valdez R, Sanin LE. La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud pública de México*. 1996: 352-362.
- ²³ Callado SP, Villanueva LA. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75:259-67.
- ²⁴ Secretaria de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud.2006: 161-162.
- ²⁵ Secretaria de Salud. Encuesta Nacional Sobre Violencia Contra Mujeres. Instituto nacional de Salud Publica .2003;5(1): 88-89.
- ²⁶ Secretaria de Salud. Encuesta Nacional Sobre Violencia Contra Mujeres. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva .2009;(1): 58-59.
- ²⁷ Secretaria de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud.2006: 130.
- ²⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía Practica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Julio 2009,
- ²⁹ Unidad de Apoyo a la investigación. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico; psicológico y sexual. Dirección General de la Agencia de calidad del Sistema nacional de Salud, Secretaria General de Salud de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ³⁰ Ruiz IP, Juncal Plazaola C, Vives C. Methodological issues in the study of violence against women. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61 (suppl I): 26-31.
- ³¹ Rabin RF, Jennings JC, Campbell MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *A.J. of Preventive Medicine*. 2009;36(5):439-445.
- ³² Wiist WH, McFarlane J, The Effectiveness of an Abuse Assessment Protocol in Public Health Prenatal Clinics. *A.J. of Public Health*. 1999;89 (8): 1217-1221.
- ³³ Reichenheim ME, Morales CL. Comparison between the abuse assessment screen and the revised conflict tactics scales for measuring physical violence during pregnancy. *J Epidemiol Community*. 2004; 58:523-527.
- ³⁴ Lynn N, Jeffrey P, Sally Z, Bethany L, Lucy H. Battering in pregnancy: An assessment of two screening methods. *Obstetrics and Gynecology*. 1995; 85 (3): 321-325.

XIII. ANEXOS.

ABUSE ASSESSMENT SCRREN

1. ¿En el último año ha sido golpeada, cacheteada, pateada o recibido otro tipo de daño por alguien?..... Si o No

Si contesto si, por quien (pariente)._____

Numero de total de veces._____

2. ¿Desde que está embarazada ha sido golpeada, cacheteada, pateada, o recibido otro tipo de daño por alguien?.....Si o No

Si contesto si, por quien (pariente)._____

Número total de veces._____

Marque el área en la figura del cuerpo recibido el daño, marque cada una, de los siguientes de acuerdo a la siguiente escala

1. Amenazas o abuso incluyendo el uso de armas.
2. Cachetadas, empujes sin lesiones y/o dolor continuo.
3. Golpes, patadas, moretones, cortadas, huesos rotos.
4. Lesiones en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes.
5. Heridas de armas

3. ¿En el último año ha sido forzada a tener relaciones sexuales?.....Si o No

Si contesto si, por quien (parentesco)._____

Número total de veces._____

4. ¿Alguna vez ha sido abusada física o emocionalmente por un pariente o alguien importante para usted?.....Si o No

Si contesto si, por quien (parentesco)._____

Número de veces._____

5. ¿Tiene miedo de su pariente o alguien listado anteriormente?.....Si o No

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA		
Desde que usted se encuentra embarazada, su novio, esposo, pareja o compañero.....		Comparado con el trato que recibió antes de que usted se encontrara embarazada, ¿el maltrato.....
VIOLENCIA FISICA		

Ponga una X sobre la respuesta correcta.

1. La ha empujado?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
2. Le ha golpeado con la mano?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
3. Le ha golpeado con objetos?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
4. Le ha pateado?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
5. Le ha tratado de ahorcar o asfixiar	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
6. Le ha agredido con navaja, cuchillo, o machete?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
7. Le ha disparado con arma de fuego?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
8. Le ha sacudido o zarandeado?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
9. Le ha torcido el brazo?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
10. Le ha quemado con el cigarro u otra sustancia?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
11. La ha amarrado?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci6 igual ___ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()

12. Le ha jalado el pelo?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
13. La ha mordido?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
VIOLENCIA SEXUAL		
14. L e ha exigido tener relaciones sexuales?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
15. Le ha obligado a tener actos sexuales que no le gustan?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
16. Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
17. Amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
VIOLENCIA PSICOLOGICA		
18. La ha avergonzado, menospreciado o humillado?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
19. Le ha dicho que es poca atractiva o fea?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
20. Amenaza con irse?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
21. Amenaza con dañarla?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneció igual ____ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()

22. Amenaza con quitarle a los hijos?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
23. Amenaza con correrla?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
24. Se enoja por que no esta lista la comida?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
25. Se enoja porque cree que usted no cumple con sus obligaciones?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
26. La ha encerrado?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
27. Le ha prohibido que la visiten?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
28. Le deja todas las tareas del hogar?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
29. Le acosa que lo engaña?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
30. Se ha puesto celoso de otras amistades?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
31. Le hace sentir miedo?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()
32. La ignora?	SI _____ () NO _____ () ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____ () Permaneci3 igual __ () Empeoro _____ () No sabe _____ ()

33. Le ha amenazado con un arma punzocortante?	SI _____() NO _____() ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____() Permaneci6 igual ____() Empeoro _____() No sabe _____()
34. Le ha amenazado con un arma de fuego?	SI _____() NO _____() ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____() Permaneci6 igual ____() Empeoro _____() No sabe _____()
35. La ha amenazado con matarla o matarse o matar a los ni6os?	SI _____() NO _____() ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____() Permaneci6 igual ____() Empeoro _____() No sabe _____()
36. Le ha insultado?	SI _____() NO _____() ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____() Permaneci6 igual ____() Empeoro _____() No sabe _____()
37. Le ha amenazado con golpearla?	SI _____() NO _____() ESPECIFIQUE QUIEN ? _____ CUANTAS VECCES? _____	Disminuyo _____() Permaneci6 igual ____() Empeoro _____() No sabe _____()

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EMBARAZADAS DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD

Lugar y fecha: UMF 92. Avenida Carlos Hank González S/N Esquina Santa Prisca, Colonia Ciudad Azteca, Ecatepec, Estado de México, C. P. 55140, que otorga atención de primer nivel, Hospital general Regional Numero 196 en Avenida Carlos Hank González S/N, Colonia San Agustín, Tercera Sección, Ecatepec, estado de México, C.P. 55130, que otorga atención de segundo nivel.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Este estudio pretende identificar el tipo de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años. Cuya importancia de esta información radica en obtener indicadores y factores relacionados con la violencia intrafamiliar para realizar un diagnóstico precoz, evitando así secuelas concomitantes.

Procedimientos: Se realizara dos cuestionarios, descriptivo, sobre el tipo de violencia que le acontece.

Posibles riesgos: Se evaluó el riesgo de daño en el sujeto de estudio de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley do General de Salud en materia de Investigación para la Salud como investigación **riesgo mínimo**; debido a que se realiza un estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Participación o retiro: Acepto de manera libre y voluntaria participar en el proyecto de investigación presente, con libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento si así lo deseo, sin que repercuta de manera negativa o crea perjuicios para el cuidado de manejo de mi embarazo.

Privacidad y confidencialidad: La información obtenida de manera individual, se mantendrá en completa confidencialidad, solo cuando se publique el artículo, se emitirá la información a nivel grupal, de los resultados estadísticos.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: En caso de solicitar atención psicológica se referirá al servicio pertinente, si así lo requiera.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra. Hernandez Carbajal Anabel.

Investigador Responsable: Hernández Carbajal Anabel.

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma