



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Unidad de Medicina Familiar no. 27

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
Facultad de Medicina y Psicología

Coordinación de Educación e Investigación Médica

**FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y  
FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

---

Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

MARIAGNA ABRIL VILLEGAS FIGUEROA  
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. MA CECILIA ANZALDO CAMPOS  
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA FEBRERO 2016

## **AGREDECIMIENTOS**

A Manuel, por su inagotable paciencia y comprensión, no solo a lo largo de la realización de la presente tesis, sino de los tres años de residencia, entendiendo las ausencias como el camino para logara mis metas, definitivamente, ni lo habría logrado de esta forma sin ti.

A mis padres, por crear en mi mente desde niña, la inquietud por seguir aprendiendo, así como la determinación para plantearme y cumplir objetivos.

A mis compañeros de residencia, por su apoyo y generosidad al realizar el presente trabajo, siempre dispuestos a ayudar en los momentos de crisis.

A la Dra. Cecilia Anzaldo y al Dr. Juan José Camacho, por su total disposición y orientación para poder desarrollar este estudio.

Por ultimo a Grettel, por su entusiasta participación en la etapa de recolección de datos.

## ÍNDICE

Titulo e identificación de investigador.....	4
Resumen.....	5
Marco teórico.....	7
Justificación.....	14
Planteamiento del problema.....	15
Objetivo.....	16
Hipótesis .....	17
Material y métodos.....	18
Aspectos éticos .....	25
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	26
Aspectos de bioseguridad.....	27
Resultados .....	28
Discusión.....	37
Conclusiones.....	40
Cronograma de actividades.....	42
Anexos.....	45

**1.- FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

**2.- INVESTIGADOR:**

Investigador principal:

Mariagna Abril Villegas Figueroa

Médico Residente de Medicina Familiar

Adscrita a Unidad de Medicina Familiar no. 27

Matricula 98021685 Teléfono: 664 232 31 14

[dana\\_avf@hotmail.com](mailto:dana_avf@hotmail.com)

Asesor:

Dra. Ma. Cecilia Anzaldo Campos

Coordinador de Educación e Investigación médica

Adscrita a unidad de Medicina Familiar no. 27

Matrícula 9920153 Teléfono: 664 629 63 85

[maria.anzaldo@imss.gob.mx](mailto:maria.anzaldo@imss.gob.mx)

### 3.- RESUMEN

**Frecuencia de violencia contra la mujer durante el embarazo en primer nivel de atención.**

**Investigador:** Mariagna Abril Villegas Figueroa. Dra. María Cecilia Anzaldo Campos.

**Antecedentes:** En México cuenta con 2 Encuestas Nacionales sobre Violencia contra las Mujeres, encontrando prevalencia del 33.3 % nacional. La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, retraso o ausencia de cuidado prenatal, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica y falta de apoyo social.

**Objetivo:** Determinar frecuencia de violencia contra la mujer y factores de riesgo durante el embarazo en primer nivel de atención.

**Material y Métodos:** Estudio de casos y controles. La población son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana B.C. Se llenó una hoja de recolección de datos y Escala de violencia. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se empleó estadística de tipo no paramétrico, prueba  $\chi^2$  para análisis bivariado y U de Mann-Whitney para comparación entre grupos. El programa estadístico que se aplicó es el SPSS 20.

**Resultados:** Frecuencia de violencia es 17.3%. De éstas, 49% es psicológica, 29% más de un tipo de violencia, 18% violencia física y 4 % violencia sexual. Se encontró relación significativa en los casos para consumo frecuente de alcohol en la pareja, embarazo no planeado, así como con mal apego al control prenatal.

**Discusión y conclusiones:** Se debe hacer énfasis a todo el personal de salud, no solo al médico familiar, sobre la búsqueda intencionada de VCM durante el embarazo desde que éste es detectado, así como determinar la severidad del mismo.

**Palabras clave:** Violencia contra la mujer, embarazo.

#### **4.- MARCO TEÓRICO**

La violencia contra la mujer (VCM) es “cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”.<sup>1</sup>

La violencia familiar comprende el acto u omisión, único o repetido, cometido por una persona en contra de otra (s) con quienes se tiene una relación de parentesco por consanguinidad, civil o de hecho, esto incluye a la pareja, hijos, padres, hermanos. Esta situación puede ocurrir en el hogar o fuera del mismo, lo que caracteriza a la violencia familiar en la relación que existe entre los involucrados. La violencia familiar adopta diferentes tipos, que son: física, psicológica, sexual, económica y abandono, los que pueden presentarse simultáneamente.<sup>2</sup> En México se han realizado dos Encuestas Nacionales sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003 y 2006), en muestras representativas de mujeres de 15 años y más usuarias de los servicios de salud de unidades de salud del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud en las 32 entidades federativas. Los resultados de la encuesta del 2003 permitieron documentar por primera vez la magnitud del problema en nuestro país, la prevalencia de violencia de pareja actual reportada en esa ocasión fue de 21.5%, mientras que el 67% había vivido violencia en la vida. Para la segunda encuesta realizada en 2006, los resultados mostraron prevalencias más altas principalmente de violencia psicológica y física, resultando en una prevalencia de violencia de pareja actual de 33.3%.<sup>3</sup>

Los estudios realizados a nivel mundial hasta el 2003, indican que muchas veces la violencia física se inicia con el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto. Sus efectos pueden incluir: aborto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, muerte fetal, rotura prematura de membranas, nacimientos pretérmino y bajo peso al nacimiento.

Además, los hijos de mujeres maltratadas durante el embarazo tienen cuarenta veces más riesgo de morir en el primer año de vida. Los embarazos forzados o los no planeados, seguidos del abandono, orillan a las mujeres a recurrir a prácticas abortivas peligrosas e incluso al suicidio.<sup>4</sup>

En el 2005 Collado Peña y colaboradores realizaron una recopilación de investigaciones centradas en la violencia y el embarazo, que han demostrado que es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante la gestación. También, se ha reportado que después de los accidentes vehiculares, la violencia física es la segunda causa de trauma en el embarazo. En las diferentes series de investigaciones internacionales reportadas, la prevalencia de abuso durante la gestación fluctúa entre 1 y 25% según la nacionalidad, el grupo étnico, la cultura, las definiciones de violencia y los métodos utilizados para medirla.<sup>5</sup>

De acuerdo a Campbell y cols, en 2002. La probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer, como en las adolescentes. La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas, y falta de apoyo social. Las lesiones físicas y los resultados de éstas incluyen: traumatismo abdominal, ruptura uterina, hígado o bazo de la madre, fracturas, hematomas, exacerbación de enfermedades crónicas, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, trabajo de parto pretérmino, ruptura de membranas, infecciones de transmisión sexual, infección intramniótica, hasta la muerte materna. Además del aborto se han reportado otras consecuencias fetales y neonatales de la violencia en el embarazo, que abarcan lesiones fetales intrauterinas, bajo peso al nacimiento, y riesgo elevado de padecer maltrato y de morir en el primer año de vida.<sup>6</sup>

En el estudio: Violencia en la pareja durante el embarazo: Análisis de los datos de prevalencia de 19 países en 2010, se encontró una prevalencia de la violencia de pareja durante el embarazo fue de aproximadamente el 2.0% en Australia, Camboya, Dinamarca y Filipinas, así como un 13.5% en Uganda; con una prevalencia media que se estima entre 3.9 y 8.7%. La prevalencia parece ser mayor en los países de África y América Latina con respecto a los europeos y los países asiáticos encuestados.<sup>7</sup>

El estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica que se realizó en 15 ciudades de 10 países en 2013, mostró que las mujeres con una historia de violencia durante el embarazo tuvieron significativamente mayor probabilidad de presentar embarazos no deseados en 8 de 14 ciudades y de aborto en 12 de los 15, por lo que es un factor de riesgo consistente y fuerte para el embarazo no deseado y el aborto. El embarazo no deseado que termina a través del aborto inseguro puede ocasionar la muerte o complicaciones graves.<sup>8</sup>

Por su parte en Irán en 2014 se dedica un estudio a determinar la prevalencia de violencia de pareja contra la mujer embarazada y su relación con los resultados maternos adversos, encontrando de estas mujeres embarazadas, 72,8% informaron que habían experimentado violencia doméstica durante su último embarazo, puso en evidencia una asociación significativa entre el violencia doméstica y trabajo de parto pretérmino, cesárea, hospitalización prenatal y sangrado uterino.<sup>9</sup>

En el sur de Suecia en 2014 se realiza un estudio trasversal en mujeres en control prenatal, mayores de 18 años, reportado un 39.5% de prevalencia de historia de violencia, se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos en relación a vivir con una pareja o sola, con el desempleo, con dificultades financieras, tabaquismo, embarazos no deseados, así como la historia de aborto involuntario. La historia de violencia fue el factor de riesgo más importante asociado con la violencia doméstica

durante el embarazo. Varios síntomas de depresión fueron asociados con un riesgo 7 veces mayor de la violencia doméstica durante el embarazo.<sup>10</sup> Un estudio en seis países de Europa en 2014, evaluó historia de violencia familiar y violencia actual en mujeres embarazadas. Los rangos en los seis países de prevalencia alguna vez en la vida fueron 9.7-30.8% para el abuso físico, 16.2-27.7% abuso emocional, y 8.3 a 21.1% para el abuso sexual. Violencia grave actual se informó en un 6.8% de las mujeres que reportaron abuso físico, el 9.8% de los que reportaron abuso sexual y el 13.5% para el abuso emocional.<sup>11</sup>

En cuanto a las características demográficas de las mujeres embarazadas que sufren violencia doméstica, en 2014 se realiza una investigación en Irán de tipo descriptiva, analítica y transversal que encuentra una relación estadísticamente significativa sólo en el caso de la violencia física y la historia de antecedente penal en la pareja.<sup>12</sup>

El panorama de América latina en el año 2014, nos muestra en una revisión de 31 estudios, las tasas de prevalencia de Violencia Doméstica (VD) durante el embarazo oscilaron entre el 3% al 44%. Fue asociado significativamente con los embarazos no deseados y efectos adversos en la madre (depresión relacionada con el embarazo, síntomas de angustia, atención prenatal inadecuada, sangrado vaginal, el aborto espontáneo, el aumento de peso gestacional, cortisol alto, hipertensión, preclampsia, infecciones de transmisión sexual) e infante (prematuridad, bajo peso al nacer, complicaciones neonatales, muerte fetal).<sup>13</sup>

En México, en el año 2006 Cuevas S. y cols. Reportaron que la prevalencia y las características de la violencia contra las embarazadas varía dependiendo de la población estudiada y de la metodología utilizada. En los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas, del total de mujeres, 13% informaron haber sufrido violencia durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen durante el embarazo. En el 91.4% de los casos el agresor fue

el cónyuge. Las variables que se asociaron positivamente con violencia en algún embarazo fueron: Nivel de escolaridad de la mujer: las analfabetas, comparadas con las mujeres que tenían escolaridad superior a primaria completa, presentaron la asociación más fuerte, el antecedente de violencia en la niñez y los antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años y el consumo diario de alcohol por la pareja. <sup>14</sup>

En Ometepec, Guerrero, México, en 2005, se realizó una entrevista a 709 mujeres. 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. También hubo asociación entre ser objeto de violencia física durante el embarazo y una actitud violenta hacia los hijos, bajo un escenario hipotético de rebeldía por parte de los mismos. <sup>15</sup>

Encuesta realizada en el año 2004 a una muestra de 468 mujeres atendidas en consulta prenatal en su tercer trimestre de embarazo por los servicios de la Secretaría de Salud del estado de Morelos México. Se exploró violencia emocional, física y sexual, además se construyó un índice para valorar la severidad e identificaron las variables más asociadas a la violencia durante el embarazo. La prevalencia de violencia total no cambió significativamente antes y durante el embarazo la cual fue del 32%. La prevalencia de cada uno de los tres tipos de violencia se mantuvo sin cambios. El 27% de las mujeres que tuvieron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo; una proporción equivalente tuvieron violencia antes del embarazo pero no durante el mismo. La severidad de la violencia emocional se incrementó significativamente durante el embarazo, mientras que la severidad de la violencia física disminuyó. Variables asociadas a la violencia durante el embarazo:

violencia en la infancia de la pareja; que la mujer haya presenciado violencia en casa durante su infancia; y violencia en el año previo al embarazo.<sup>16</sup>

Las instituciones de salud son un punto clave para la detección y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas en general, ya sea en la consulta regular o en los servicios de urgencias. Méndez Hernández y cols. En 2003 identificaron que 20% de los casos de demanda de atención fueron a consecuencia de la violencia doméstica, la mayoría hacia las mujeres 72%. En una encuesta realizada a personal de salud, resultó que el 90% de los entrevistados nunca ha recibido capacitación en violencia contra la mujer. La actitud afectiva y cognoscitiva del personal médico que recibió capacitación sobre el tema fue más favorable hacia la identificación y atención de mujeres maltratadas que llegan a consulta médica, en comparación con los que no la recibieron. Sobre el nivel de conocimiento acerca del tema, 21% de los entrevistados mostró un nivel bajo, 63% medio y 16% alto. En el personal médico, con nivel de conocimiento medio y alto, se observó 2.1 y 6 veces respectivamente una actitud afectiva más favorable respecto a la identificación y canalización de casos de mujeres maltratadas en comparación con el personal con nivel de conocimiento bajo. Las médicas mostraron 2.3 veces mejor actitud para identificar y canalizar mujeres maltratadas. El personal médico con interés por capacitarse en el tema mostró 7.6 veces mejor actitud que el personal no interesado.<sup>17</sup>

Con respecto a la violencia durante el embarazo, en Estados Unidos, Nueva Zelanda y Suecia se realizó un estudio en el año 2014, con el objetivo de identificar el grado de comprensión y conocimiento de proveedores de salud en el escrutinio durante la atención prenatal de la violencia de pareja. Se utilizó una muestra de 142 profesionales de la salud, donde se revelaron cinco temas principales como barrera para la identificación de este problema: La relación terapéutica médico - paciente, la comprensión de lo que la paciente no está diciendo y lo expresa de forma no verbal, la presencia de la pareja al momento del interrogatorio, las variaciones de cómo y

cuándo hablar por parte del médico, y "el salirse del tema" en la entrevista. Cuando se analizan en su conjunto, los cinco temas contribuyen a la falta de escrutinio universal de la violencia doméstica durante el embarazo.<sup>18</sup>

En Texas en el año 2014 se realizó un estudio cuyo objetivo es describir el la demografía, la frecuencia y severidad del abuso, y el riesgo de asesinato de mujeres que reportan abuso durante el embarazo en comparación con las mujeres que no denuncian el abuso. De las mujeres que denuncian el abuso durante el embarazo hubo una relación estadísticamente significativa para amenaza de abuso, el abuso físico, y del riesgo de asesinato. Las mujeres maltratadas durante el embarazo tienen un mayor riesgo de sufrir más abusos y en peligro grave para sufrir asesinato.<sup>19</sup>

En Barcelona, España en el año 2010, se identificó la prevalencia y el diagnóstico por parte del personal de salud de VD. Se detectó un 25,3% casos de violencia, todavía son muchas las mujeres que acuden a las consultas por síntomas inespecíficos y quejas repetidas que hacen sospechar, que se las está maltratando; ya que la identidad femenina tradicional se basa en la sumisión, la disponibilidad y la supeditación al varón. Cuando la mujer acude por primera vez es necesario utilizar preguntas indirectas para facilitar la comunicación.<sup>20</sup>

## 5.- JUSTIFICACIÓN

La violencia contra la mujer (VCM) es uno de los principales retos para la salud pública desde hace décadas, con una prevalencia del 33.3 % a nivel nacional, siendo fuente indiscutible de disfunción familiar, que a la fecha y a pesar de las estrategias implementadas a nivel nacional, no se ha logrado disminuir su incidencia, prueba de ello son las encuestas nacionales sobre violencia contra la mujer que se han realizado en los años de 2003 y 2006.

Durante el embarazo el tema cobra una especial importancia ya que esta población se encuentra en una condición vulnerable por lo que podría ser mayormente susceptible de presentar esta condición. Sin embargo, no se cuenta en nuestro país con estadística al respecto de violencia intrafamiliar durante el embarazo. Aunado a esto se encuentra el hecho de que en la consulta prenatal cotidiana no se realiza de forma regular ninguna acción encaminada a identificar rasgos que nos indiquen la probabilidad de que nuestras pacientes presenten violencia doméstica, además del desconocimiento en cuanto a factores de riesgo que se encuentran asociados a la aparición de esta problemática.

La importancia de la identificación de estas pacientes radica en una detección oportuna que permita realizar tanto las acciones que según la NOM-046-SSA 2-005 le corresponden al personal médico, y de forma sucesiva a las diferentes instancias destinadas a darle seguimiento a estos casos. Además, por medio de la información generada al identificar y plasmar este diagnóstico, logramos un mayor conocimiento de la magnitud y frecuencia de este problema en nuestra comunidad.

Como médico familiar es indispensable identificar a las pacientes embarazadas que presenten algún tipo de violencia familiar, ya que esta puede ser una causa de mal apego a su control prenatal (CP) y por ende un posible desfavorable curso del embarazo, o complicaciones posteriores a este.

## 6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se han realizado dos Encuestas Nacionales sobre Violencia contra las Mujeres en 2003 y 2006, encontrando prevalencia del 33.3 % a nivel nacional.<sup>3</sup> Los estudios realizados a nivel mundial hasta el 2003, indican que muchas veces la violencia física se inicia con el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto. Sus efectos pueden incluir: aborto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, muerte fetal, rotura prematura de membranas, nacimientos pretérmino y bajo peso al nacimiento.<sup>4</sup> Por lo que es indispensable para llevar a cabo un adecuado control prenatal y un satisfactorio desenlace del embarazo, conocer la frecuencia de la violencia contra la mujer durante el embarazo, por lo cual me planteo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la frecuencia de violencia contra la mujer y factores de riesgo durante el embarazo en el primer nivel de atención?

## **7.- OBJETIVO DE INVESTIGACION**

### **Objetivo general:**

Determinar la frecuencia de violencia contra la mujer y factores de riesgo durante el embarazo en el primer nivel de atención.

### **Objetivos específicos:**

Categorizar la frecuencia de violencia contra la mujer embarazada de la U.M.F. No.27 de acuerdo a su tipo.

Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la violencia contra la mujer en las pacientes embarazadas de la U.M.F. No.27.

Determinar si existe asociación entre violencia contra la mujer durante el embarazo y pobre apego a control prenatal en las pacientes embarazadas de la U.M.F.No.27.

## **8.- HIPÓTESIS**

### **Hipótesis de trabajo:**

H1: La frecuencia de violencia contra la mujer durante el embarazo es mayor en pacientes con pobre apego a control prenatal.

### **Hipótesis nula:**

H0: No existe relación entre la frecuencia de violencia contra la mujer en el embarazo y el apego a control prenatal.

## 9.- MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño del estudio:** Casos y controles.

**Lugar y periodo de realización:** La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido del primero de Diciembre del 2015 al 31 de Diciembre del 2015, en la sala de espera de consulta externa de la Unidad Médico Familiar No. 27 (U.M.F.No.27), en sus 81 consultorios, durante ambos turnos, seleccionando a las pacientes embarazadas en 2do y 3er trimestre que acudan a su cita de control prenatal.

**Selección y tamaño de la muestra:** El tipo de muestreo es no probabilístico, dirigido por criterios. El tamaño de muestra se determinó de acuerdo a la siguiente fórmula en base a la prevalencia de violencia intrafamiliar a nivel nacional que es del 33%<sup>3</sup>

$$N = Z^2 \times P (1-P) / m^2$$

N= tamaño de la muestra

Z= nivel de significancia del 95% (valor estándar de 1.96)

P= prevalencia estimada de la población a estudiar

m= margen de error del 5% (valor estándar de 0.05).

Obteniendo un tamaño de muestra de 339 pacientes.

**Definición de caso:** Mujer embarazada cursando segundo y tercer trimestre, derechohabiente de UMF No. 27, quién presente violencia, determinada por la escala de violencia e índice de severidad.

**Definición de control:** Mujer embarazada cursando segundo y tercer trimestre, derechohabiente de UMF No. 27, quién no presente violencia, determinada por la escala de violencia e índice de severidad.

**Pareamiento:** Por edad  $\pm$  3 años.

**Criterios de inclusión:** Pacientes con diagnóstico de embarazo, en 2do y 3er trimestre de gestación, derechohabientes del IMSS que acudan a la consulta externa de la U.M.F.No.27 y hayan firmado la carta de consentimiento informado.

**Criterios de no inclusión:** Embarazadas no derechohabiente del IMSS, se encuentren antes del 2do trimestre de gestación.

**Criterios de exclusión:** Paciente que no firme consentimiento informado, que no acepte participar o que llenen de manera incompleta los cuestionarios.

## **Método**

En la sala de espera de consulta externa de la UMF N.27, se realizó la aplicación de instrumentos de medición a las pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal con su médico familiar en los diferentes consultorios asignados a esta unidad, en ambos turnos y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se elaboró una encuesta que contenía variables sociodemográficas, tales como nombre, edad, escolaridad, ocupación, tabaquismo y alcoholismo, número de gestas, entre otras. Así como datos sociodemográficos de la pareja: edad, escolaridad, ocupación, tabaquismo y alcoholismo.

Se tomaron los datos de semanas de gestación al momento de inicio del control prenatal, realización de laboratoriales prenatales, cumplimiento de citas programadas, así como diagnósticos médicos de ansiedad o depresión, por medio de la revisión en el expediente electrónico y sistema de reporte electrónico de laboratorio, de las

pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal con su médico familiar en los diferentes consultorios asignados a esta unidad.

Para medir la violencia intrafamiliar se utilizó la Escala de violencia e índice de severidad, consta de 19 ítems, con cuatro posibles respuestas en escala tipo Likert.<sup>21</sup>

**Severidad de la violencia psicológica:** Para la construcción de esta variable se incluyeron los reactivos: ¿Le ha insultado?; ¿Le ha rebajado o menospreciado?; ¿La menosprecia o humilla delante de otras personas?; ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?; ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?, los valores fueron de 0 a 81. Se consideraron como “no caso de violencia psicológica” los valores de 0 a 5 puntos; como “caso de violencia psicológica” los valores ubicados de 5.1 hasta 18.2 y, por último, “caso de violencia psicológica severa” los valores de 18.3 hasta 81.

**Severidad de la violencia sexual:** Esta variable se construyó con los reactivos: ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales con él?; ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?; ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?. Se consideraron como “no casos de violencia sexual” los valores de 0 a 1; “casos no severos de violencia sexual” los valores entre 1.1 a 6; y como “casos severos” de este tipo de violencia los valores por arriba de 6.

**Severidad de violencia física:** La variable para medir esta dimensión se construyó con base en otras dos variables: Violencia física y violencia física severa que. Así, con los reactivos: “¿Le ha pegado con el puño o la mano?; ¿Le ha sacudido, zarandeado, o jaloneado?; ¿Le ha torcido el brazo?; ¿Le ha pateado?; ¿Le ha empujado a propósito?, se generó la variable violencia física, cuyo valor mínimo fue de 0, y el máximo de 93 con una media de  $2.4 \pm 9.9$ . Se consideraron como “no casos” los valores de 0 a 2.4 en esta variable; “casos de violencia física” los valores de 2.4 a 12, y “casos de violencia física severa” los valores por encima de 12. La segunda

variable para evaluar esta dimensión se generó a partir de los reactivos que miden aquellas acciones que, independientemente de su frecuencia, constituyen un riesgo real para la vida de la mujer. Aquí se consideraron los reactivos: ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?; ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?; ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?; ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?; ¿Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?; ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar? Se consideraron como “no casos” los valores de 0, y como “caso de violencia física severa” los valores por arriba de 0, es decir, la presencia de alguno de estos actos. Por último, con estas dos variables se generó una nueva que evalúa globalmente la severidad de la violencia física. Para ello, a los casos de violencia física que se obtuvieron mediante el Factor II, se les unieron los casos de violencia física severa obtenidos mediante el Factor III, que permite identificar aquellos casos de mujeres víctimas de actos de agresión que ponen en riesgo su vida.

**Análisis estadístico:** se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se utilizó estadística de tipo no paramétrico, prueba chi cuadrada para análisis bivariado. Se empleó U de Mann-Whitney, además de regresión logística binaria para comparación entre grupos. El programa estadístico que se aplicará es el SPSS versión 20.

## **Definición conceptual de variables**

### **Variable Dependiente**

**Violencia contra la mujer:** Cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.

## **Variable Independiente**

**Edad:** Son los años desde el nacimiento hasta la actualidad.

**Lugar de origen:** Lugar de donde procede originalmente una persona o una cosa.

**Escolaridad:** Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

**Religión:** Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a una divinidad.

**Ocupación:** Empleo, oficio.

**Estado civil:** Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.

**Número de gestas:** Cantidad de embarazos.

**Alcoholismo:** Enfermedad causada por el abuso de bebidas alcohólicas.

**Tabaquismo:** Enfermedad de quienes son adictos al tabaco.

**Semanas de gestación al momento del inicio de control prenatal:** Semanas de gestación registradas en la primera consulta prenatal.

**Realización de exámenes de laboratorio prenatales:** Reporte en nota médica de expediente electrónico o en sistema de laboratorio de exámenes prenatales.

**Embarazo planeado:** Aquel que se produce bajo planificación previa y no por el fallo de algún método anticonceptivo.

**Diagnóstico de ansiedad:** Existencia de diagnóstico de ansiedad en el expediente electrónico.

**Diagnóstico de depresión:** Existencia de diagnóstico de depresión en el expediente electrónico.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición
Escala de violencia e índice de severidad	La violencia contra la mujer (VCM) es "cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada	Cualitativa	Consta de 19 ítems, con 4 posibles respuestas: Interpretación: <b>Violencia psicológica:</b> ítems: 8, 9, 12,15 y 17. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso: 0-5.</li> <li>Caso: 5.1-18.2.</li> <li>Violencia psicológica severa: 18.3-81.</li> </ul> <b>Violencia sexual:</b> ítems: 1,14 y 18. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso: 0 - 1.</li> <li>Caso no severo: 1.1- 6.</li> <li>Caso severo: &gt;6</li> </ul> <b>Violencia física:</b> ítems: 3, 5, 6, 13 y 19. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso: 0-2.4.</li> <li>Caso:2.4-12</li> <li>Violencia física severa:&gt;12.</li> </ul> <b>Violencia física severa:</b> ítems: 2,4,7,10,11 y 16. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso:0.</li> <li>Caso:&gt;0.</li> </ul>

Variable Independiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Son los años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1)menores de 18 años 2)de 18 a <20 3)de 20 a 35 años 4)mayores de 35 años
Lugar de origen	Lugar de donde procede originalmente una persona o una cosa.	Cualitativa	1)Noreste 2)Noroeste 3)Occidente 4)Oriente 5)Centronorte 6)Centrosur 7)Sureste 8)Suroeste
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1)0 años 2)1-6 años 3)7-9 años 4)10-12 años 5)13 años o más
Religión	Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a una divinidad.	Cualitativa	1)Católica 2)Cristiana 3)Testigo de Jehová 4)Agnóstico 5)Otra
Ocupación	Empleo, oficio.	Cualitativa	1)Empleado 2)Comerciante 3)Pensionado 4)Jubilado 5)Estudiante 6)Hogar 7)Desempleado 8)Sin ocupación 9)Otra
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.	Cualitativa	1)soltera 2)casada 3)unión libre 4)otro
Gestas	Número de ocasiones en que ha estado embarazada.	Cuantitativa Cualitativa	Numero 1)Uno 2)De 2 a 3 3)Mas de 3
Embarazo planeado	Aquel que se produce bajo planificación previa y no por el fallo de algún método anticonceptivo.	Cualitativa	1)Si 2)No

Consumo de alcohol	Ocasiones en consume bebidas alcohólicas.	Cualitativa	1) Todos o casi todos los días 2) 1-3 veces por semana 3) Ocasionalmente 4) Nunca.
Consumo de tabaco	Ocasiones en que consume tabaco.	Cualitativa	1) Todos o casi todos los días 2) 1-3 veces por semana 3) Ocasionalmente 4) Nunca
Semanas de gestación al inicio del control prenatal	Semanas de gestación registradas en la primera consulta prenatal.	Cuantitativa Cualitativa	Número 1) Primer trimestre menor de 13 semanas 2) Segundo trimestre 3) Tercer trimestre
Realización de exámenes prenatales.	Reporte en nota médica de expediente electrónico o en sistema de laboratorio de exámenes prenatales.	Cualitativa	1) Si 2) No
Cumplimiento de citas de control prenatal al momento de la entrevista.	Acude puntualmente las veces que se le cita a control prenatal.	Cuantitativa	1) Si 2) No
Diagnóstico de ansiedad	Existencia de diagnóstico de ansiedad en el expediente electrónico.	Cualitativa	1) Si 2) No
Diagnóstico de depresión	Existencia de diagnóstico de depresión en el expediente.	Cualitativa	1) Si 2) No

## **10.- ASPECTOS ÉTICOS**

Se realizó un estudio descriptivo, el cual se ajustó a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki, revisada en Octubre 2008, en la 59ª Asamblea General. Se ajustó a la reglamentación de la Ley General de Salud para investigación en México así como a la normatividad en investigación del IMSS. Se incluirá además de la hoja de recolección de datos y el instrumento de medición, una carta de consentimiento informado para autorización de la participación de las pacientes. En ésta se incluyen: fecha y nombre de quien lo solicita, así como los beneficios en su participación como son: el conocer si existe violencia contra la mujer en su persona, identificar las características sociodemográficas de esta población, con el fin de realizar los envíos correspondientes para su atención. Para el personal de salud el beneficio es conocer las condiciones actuales en cuanto a violencia se refiere en las pacientes embarazadas. Es una investigación con riesgos mínimos. El investigador principal fué el encargado de la recolección de datos, así como del resguardo y confidencialidad de todos los datos proporcionados por las pacientes. En caso de detectarse paciente positivo para violencia se notificará a la paciente, se hará el envío pertinente a su jefe de consulta, Médico familiar, trabajo social, con el fin de su localización y envío a grupo de ayuda en Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

## **11.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.**

Los recursos humanos fueron los propios del investigador principal, quien se encargó de la recolección de datos y aplicación de instrumento a las pacientes. Los recursos materiales son: 4 resmas de hojas de papel blanco para la impresión de hoja de recolección de datos, carta de consentimiento informado e instrumento para identificar violencia contra la mujer, caja de 24 lápices, caja de 24 bolígrafos y 5 borradores. Además de una computadora personal, con la instalación de un procesador de texto y el programa SPSS en su versión 20. Los recursos físicos incluyen las instalaciones de la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No.27. Con respecto a la factibilidad, ésta es óptima en cuanto a los recursos humanos y financieros ya que estos serán solventados por el investigador principal, así como en cuanto al universo de trabajo ya que se tiene disponibilidad de acceso a las pacientes en sala de espera que acudan a su control prenatal. Además de la aceptación otorgada por parte de Autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **12.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD**

No aplica en este estudio.

### **13.- RESULTADOS**

En esta sección se presentan los resultados de encuestas aplicadas a mujeres embarazadas en su segundo y tercer trimestre (ver tabla1).

Se excluyeron 39 pacientes por no haber completado correctamente la escala de violencia e índice de severidad, quedando un total de 300 pacientes encuestadas.

#### **Características sociodemográficas de las pacientes**

La media de edad fue de 25.76 años, mediana de 25.00 años y moda de 25 años, desviación estándar de 5.477, rango de 30 años, mínimo de 14 años y máximo de 44 años. Al categorizar esta variable el 2% (6) corresponde a menores de 18 años, 16.7% (50) son de 18 a 20 años, 75.3% (226) se encuentran en las edades de 30 a 35 años y el 6.0% (18) a mayores de 35 años.

El cuanto a lugar de origen, la región más frecuente el noroeste 55% (165), en segundo lugar centro sur 14.7% (44). La escolaridad predominante fue preparatoria 28.7% (86), seguido de secundaria completa 24.3% (73). La religión católica fue mayor con un 77% (231) de los casos. Empleada fue la profesión de predominio 67.3% (202). Con respecto al estado civil, el más frecuente fue unión libre 43.3% (130) y casada en un 39.7% (119).

La frecuencia en el consumo de alcohol en la paciente fue de Nunca 80% (242) y ocasionalmente 18% (56). Frecuencia en el consumo de tabaco fue de Nunca 94.7% (284).

#### **Características sociodemográficas de las parejas de las pacientes**

La media de edad fue de 28.59 años, mediana de 28.00 años y moda de 30 años, desviación estándar de 6.521, rango de 41 años, mínimo de 16 años y máximo de 57

años. Al categorizar esta variable el 1.0% (3) corresponde a menores de 18 años, 9.0% (27) son de 18 a 20 años, 76.3% (229) se encuentran en las edades de 30 a 35 años y el 13.7% (41) a mayores de 35 años.

<b>Características sociodemográficas de pacientes encuestadas. Tabla 1</b>				
<b>Edad en años (media + DE)</b>		25.76 ± 5.47		
		n (300)	%	p*
<b>Categorización de edad de las paciente</b>	Menores de 18 años	6	2.0	0.629
	De 18 a menores de 20 años	50	16.7	
	De 20 a 35 años	226	75.3	
	Mayores de 35 años	18	6.0	
<b>Lugar de origen</b>	Noreste	11	3.7	0.768
	Noroeste	165	55.0	
	Occidente	19	6.3	
	Oriente	6	2.0	
	Centro norte	27	9.0	
	Centro sur	44	14.7	
	Sureste	25	8.3	
	Suroeste	3	1.0	
<b>Escolaridad</b>	Analfabeta	5	1.7	0.946
	Primaria incompleta	3	1.0	
	Primaria completa	28	9.3	
	Secundaria incompleta	22	7.3	
	Secundaria completa	73	24.3	
	Preparatoria incompleta	54	18.0	
	Preparatoria completa	86	28.7	
	Licenciatura	28	9.3	
	Otra	1	.3	
<b>Religión</b>	Católica	202	67.3	0.357
	Cristiana	8	2.7	
	Testigo de jehova	89	29.7	
	Otra	1	.3	
<b>Estado civil</b>	Soltera	50	16.7	0.381
	Casada	119	39.7	
	Unión libre	130	43.3	
	Otro	1	.3	
<b>Ocupación</b>	Empleado	202	67.3	0.309
	Estudiante	8	2.7	
	Hogar	89	29.7	
	Desempleado	1	.3	
<b>Frecuencia en el consumo de alcohol en la paciente</b>	Todos o casi todos los días	1	.3	0.147
	Ocasionalmente	15	5.0	
	Nunca	284	94.7	

\*Prueba  $\chi^2$

La escolaridad predominante fue secundaria completa 34.7% (104), seguido de preparatoria completa 19.0% (57).

Empleado fue la profesión de predominio 96.3% (289). La frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja fue de Nunca 52.7% (158), ocasionalmente 30.7% (92), una a tres veces por semana 15.3%(46) y todos los días 1.3%(4). Frecuencia en el consumo de tabaco fue de Nunca 72.7% (218) y ocasionalmente 22.3% (67).

### **Antecedentes obstétricos de las pacientes**

Con respecto a la variable de número de embarazos se encontró una media de 1.88, desviación estándar de 1.028, mediana de 2, moda de 1, rango de 5, mínimo 1 y máximo de 6. Se categorizó en los siguientes grupos: primigesta 45.7% (137), de 2 a 3 embarazos 44.7% (134) y más de 3 embarazos 9.7% (29). El embarazo fue mencionado como planeado en un 54% (162) y no planeado en un 46% (138).

### **Apego a control prenatal**

En la revisión de expediente electrónico se encontró como trimestre de inicio de control prenatal: primer trimestre 69.3% (208), segundo trimestre 25.0% (75) y tercer trimestre 5.7% (17). Realización de exámenes prenatales en 90.7% (272), no realización de los mismos en un 9.3% (28). Cumplimiento de citas prenatales al momento de la entrevista en un 71.3% (214), no cumplimiento de las mismas en un 28.7 (86).

### **Diagnóstico de depresión o ansiedad en las pacientes**

Se encontró en el expediente electrónico diagnóstico de ansiedad en el 0.7% (2) y de depresión en el 0.3% (1) de los casos.

## Frecuencia de violencia

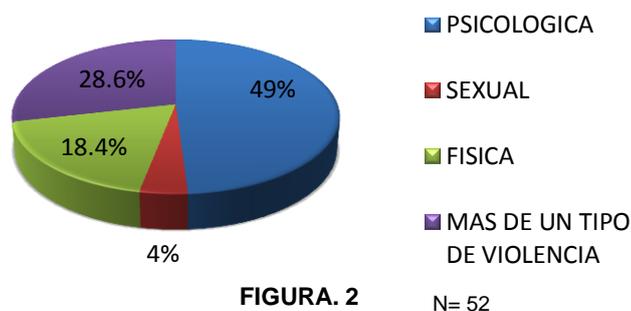
Según la escala de violencia e índice de severidad se encontraron los siguientes resultados: De forma global el hallazgo de violencia positiva de cualquier tipo fue de un 17.3% (52). (Figura 1).



De forma general violencia psicológica en un 11.7% (35) y violencia psicológica severa en 1% (3). Violencia sexual 2% (6) y violencia sexual severa en 0.7% (2). Violencia física en un 6.7% (20) y violencia física severa 1.7% (5). Violencia física que pone en riesgo la vida se encontró en 0.3% (1). (figura 2).

Del total de pacientes positivos para violencia se identificó un 49% (24) para psicológica, 28.6% (14) para más de un tipo de violencia, 18.4% (9) para violencia física y 4 % (2) para violencia sexual.

## Tipo de violencia en casos positivos



En relación a búsqueda de ayuda por parte de la paciente esta se reportó como no realizada en el 96.16% (50) y si buscada en 3.84% (2). Con respecto a la pregunta de haberlo comentado con su médico el 100% de los casos

reportaron no haberlo hecho.

En la revisión del expediente electrónico de cada uno de los casos positivos a violencia de cualquier tipo no se encontró registro o mención de la misma en notas médicas.

### **Análisis estadístico**

Se realizó una tabla de contingencia con variables de interés, mediante  $\chi^2$  para identificar asociación entre ellas:

Con respecto a las variables de violencia de cualquier tipo y frecuencia en el consumo de alcohol por parte de la pareja, encontrando una  $p=0.001$ , estadísticamente significativa, lo que nos permite asociar estas dos variables.

No se encontró relación estadísticamente significativa para ocupación, escolaridad, consumo de tabaco tanto de la paciente como de la pareja, así como número de embarazo, realización de exámenes prenatales, diagnóstico de depresión y diagnóstico de ansiedad.

En cuanto a las variables de violencia de cualquier tipo y trimestre de inicio de control prenatal, se obtuvo una  $p=0.001$ , con significancia estadística, determinando que existe asociación entre estas variables, al existir VCM es más tardío el trimestre de inicio de control prenatal. Al relacionar violencia de cualquier tipo y cumplimiento de citas prenatales al momento de la entrevista, resultó una  $p=0.001$ , con significancia estadística, definiendo que existe asociación entre violencia y cumplimiento de citas prenatales.

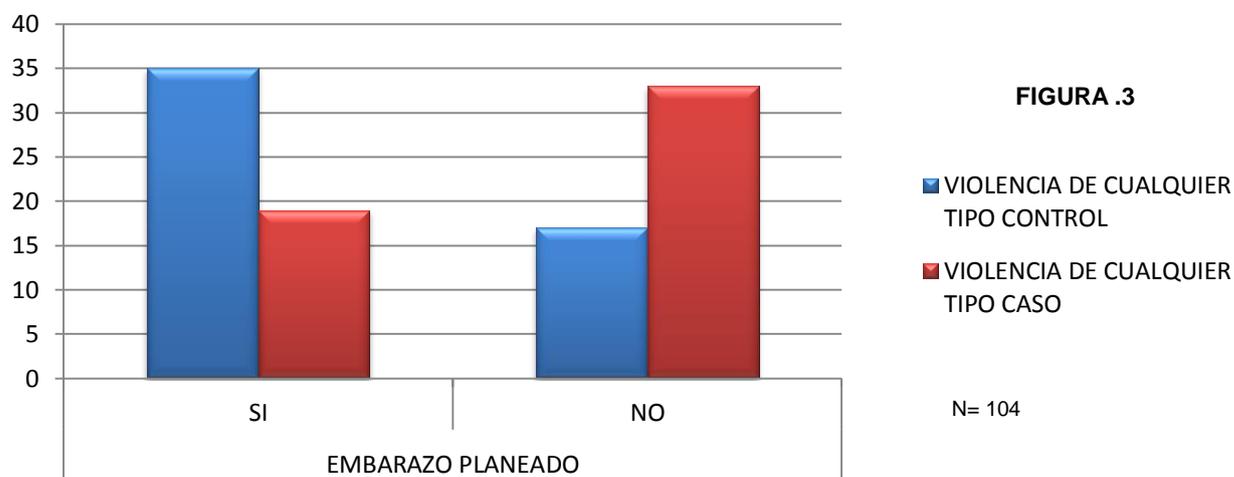
Se realiza análisis de casos y controles (tabla 2) encontrando las siguientes características sociodemográficas:

Características sociodemográficas de pacientes. Tabla 2						
		Casos		Controles		p*
Edad en años (media + DE)		n (52)	%	n (52)	%	
<b>Categorización de edad de las paciente</b>	Menores de 18 años	2	3.8	0	0	0.215
	De 18 a menores de 20 años	11	21.2	6	11.5	
	De 20 a 35 años	36	69.2	44	84.6	
	Mayores de 35 años	3	5.8	2	3.8	
<b>Lugar de origen</b>	Noreste	1	1.9	0	0	0.577
	Noroeste	29	55.8	29	55.8	
	Occidente	4	7.7	3	5.8	
	Oriente	2	3.8	1	1.9	
	Centro norte	6	11.5	4	7.7	
	Centro sur	8	15.4	11	21.2	
	Sureste	2	3.8	4	7.7	
<b>Escolaridad</b>	Primaria incompleta	1	1.9	2	3.8	0.803
	Primaria completa	4	7.7	0	0	
	Secundaria incompleta	4	.7	2	3.8	
	Secundaria completa	13	25.0	12	23.1	
	Preparatoria incompleta	9	17.3	11	21.2	
	Preparatoria completa	15	28.8	19	36.5	
	Licenciatura	6	11.5	6	11.5	
	Otra	0	0	0	0	
<b>Estado civil</b>	Soltera	9	17.3	6	11.5	0.271
	Casada	25	48.1	20	38.5	
	Unión libre	18	34.6	26	50.0	
	Otro	0	0	0	0	
<b>Religión</b>	Católica	40	76.9	41	78.8	0.774
	Cristiana	6	11.5	4	7.7	
	Testigo de jehova	3	5.8	2	3.8	
	Otra	3	5.8	5	9.6	
<b>Ocupación</b>	Empleado	30	57.7	37	71.2	0.358
	Estudiante	3	5.8	2	3.8	
	Hogar	19	36.5	13	25.0	
	Desempleado	0	0	0	0	
<b>Frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja de la paciente</b>	Todos o casi todos los días	3	5.8	0	0	0.001
	1 a 3 veces por semana	35	67.3	2	3.8	
	Ocasionalmente	12	23.1	21	40.4	
	Nunca	2	3.8	29	55.8	
<b>Embarazo planeado</b>	Si	19	36.5	35	67.3	0.002
	No	33	63.5	17	32.7	
<b>Trimestre de inicio de control prenatal</b>	Primero	23	44.2	44	84.6	0.001
	Segundo	24	46.2	7	13.5	
	Tercero	5	9.6	1	1.9	
<b>Cumplimiento de citas de control prenatal</b>	Si	22	42.3	43	82.7	0.001
	No	30	57.7	9	17.3	

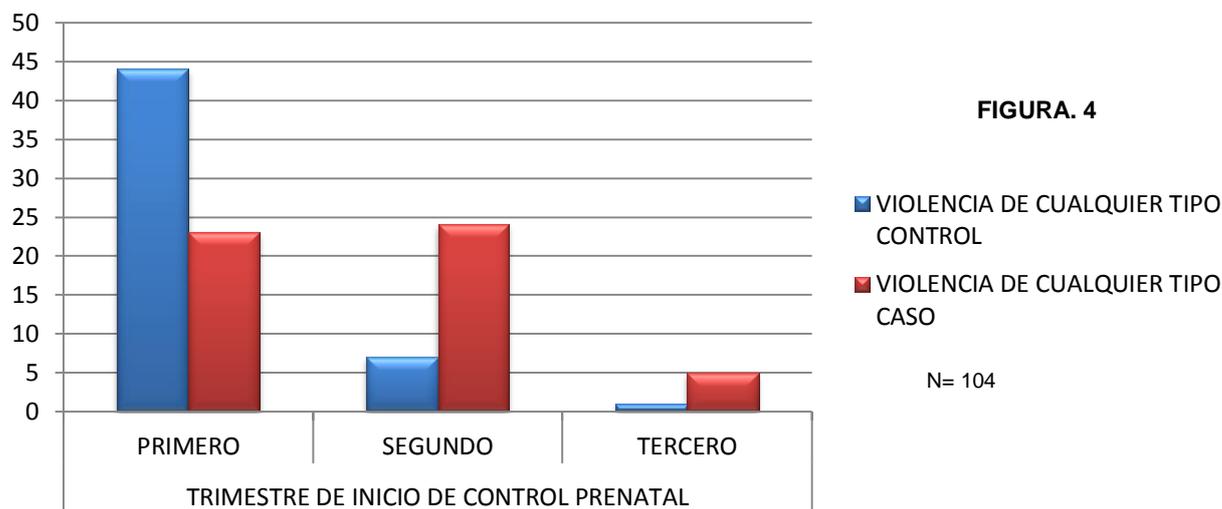
\*Prueba  $\chi^2$

Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar ambos grupos con respecto a variables de interés, tomando como caso las pacientes positivas para violencia de cualquier tipo, y control las pacientes negativas al mismo, realizando pareamiento 1:1 por edad  $\pm 3$  años, comprendiendo 52 miembros en cada grupo. Se obteniendo los siguientes resultados:

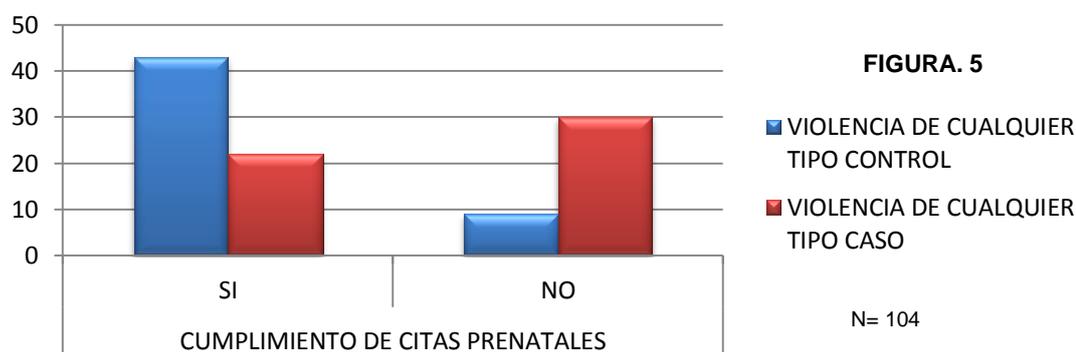
En cuanto a las variables de violencia de cualquier tipo y embarazo planeado se identificó una  $z=-3.125$   $p=0.002$ , encontrando diferencia estadísticamente significativa entre casos y controles (figura 3).



De igual forma a las variables de violencia de cualquier tipo y trimestre de inicio de control prenatal, se obtuvo una  $z=-4.233$ ,  $p=0.001$ , determinando que existe diferencia estadísticamente significativa entre casos y controles con respecto al trimestre de inicio de control prenatal (figura 4).



Al relacionar violencia de cualquier tipo y cumplimiento de citas prenatales al momento de la entrevista, resultó una  $z=-4.233$ ,  $p=0.001$ , definiendo que existe diferencia entre casos y controles en cuanto a cumplimiento de citas prenatales (figura 5).



Con respecto a las variables de violencia de cualquier tipo y frecuencia en el consumo de alcohol por parte de la pareja, se determina una  $z=-7.498$   $p=0.001$ , determinando diferencia significativa entre casos y controles con respecto a frecuencia en el consumo de alcohol por parte de la pareja.

No existió significancia estadística para ninguna de las otras variables contempladas en este estudio. Es decir, solo las variables de trimestre de inicio de control prenatal, cumplimiento de citas de control prenatal y frecuencia en el consumo de alcohol por

parte de la pareja están relacionadas en la población positiva para VCM de cualquier tipo.

Se utilizó regresión logística binaria para determinar probabilidad de ocurrencia de la variable dependiente (VCM), al introducir las variables predictoras con un 90% de probabilidad de ocurrencia en el resultado, encontrando lo siguiente:

Se tomaron en cuenta las variables que resultaron significativas en la prueba de U de Mann-Withney, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%, 16.48-99.68). En este caso el consumo frecuente de alcohol en la pareja ( $p=0.001$ ,  $\text{ExpB}=40.54$ ) aporta poco más de 40 veces la probabilidad de que ocurra violencia contra la mujer.

Con la misma prueba se analiza a la VCM como factor de riesgo para presentar embarazo no planeado, y las variables atribuidas al pobre apego a control prenatal. Encontrando en presencia de VCM una probabilidad de ocurrencia de embarazo no planeado de 2.11 veces más que en quienes no la presentan ( $p=.015$ ,  $\text{ExpB}=2.11$ ). En presencia de la misma existe 4 veces la probabilidad de que ocurra inicio tardío en la atención prenatal ( $p=0.001$ ,  $\text{ExpB}=4.08$ ), de igual forma casi 5 veces la probabilidad de que ocurra incumplimiento en citas de control prenatal ( $p=0.001$ ,  $\text{ExpB}=4.68$ ). Por lo que la violencia contra la mujer se puede identificar como factor de riesgo para presentar todas las condiciones anteriores.

## 14.- DISCUSIÓN

La frecuencia de violencia contra la mujer en el embarazo encontrada fue del 17.3%, de este porcentaje la más frecuente fue de tipo psicológica (49%), seguida de más de un tipo de violencia (28.6%), violencia física (18.4%) y sexual (4%). Esto difiere a lo encontrado en la última ENVIM en 2006, en donde se reportaba un 33.3 % de prevalencia de violencia contra la mujer en general.<sup>3</sup> Difieren probablemente ya que ENVIM no contempla violencia en el embarazo.

Sin embargo es superior en comparación al estudio realizado por Devries K y cols.<sup>7</sup> Donde encontraron 13.5% de prevalencia de VCM durante el embarazo en América Latina y África. Al igual que es superior a lo reportado en 2006 por Cuevas S y cols<sup>14</sup>. Un 13% de prevalencia de violencia en el embarazo en los estado de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas, prevaleciendo la violencia de más de un tipo en un 71%, seguido de psicológica en un 14%. Diferencias que podrían deberse al contraste en el contexto geográfico y socioeconómico en que se realizaron el presente y aquel estudio. Destaca el hecho de que casi la mitad de los casos de VCM (49%) es exclusiva de tipo psicológico.

Se encontró como condición relacionada a la existencia de VCM la frecuencia en el consumo de alcohol por parte de la pareja, resaltando el reporte de consumo de bebidas alcohólicas de 1 a 3 veces por semana en un 67.3% (35), que coincide con lo reportado en su estudio Cuevas S y colaboradores,<sup>14</sup> en 2006. Sin embargo no se relacionaron de forma significativa la edad, ocupación, escolaridad, lugar de origen tanto de la paciente como de su pareja, ni con estado civil, como en este, probablemente por la homogeneidad de la población derechohabiente que se encuestó en el presente estudio. Este hecho nos hace saber que en relación a la población estudiada, la VCM en el embarazo se puede encontrar en todos los estratos socioculturales y demográficos.

En relación a si el embarazo actual fue planeado también se encontró diferencia significativa (  $p=0.002$  ) entre casos y controles con un 36.5% (33) de embarazo no planeado. Pallitto C y colaboradores en su trabajo del 2013,<sup>8</sup> encuentran un riesgo de 1.69 (IC 95%, 1.53 a 1.86) para presentar embarazo no planeado en pacientes con violencia, ligeramente más bajo a lo encontrado en el presente; un riesgo de 2.11, considerando que aquel estudio fue realizado en su mayoría en población de países subdesarrollados y en vías de desarrollo.

En lo que concierne a identificar a la VCM como factor de riesgo de pobre apego al CP, estos son puntos que no se han abordado en otros estudios a nivel nacional. Destaca el hallazgo de un riesgo de 4 veces más de ocurrir tanto inicio tardío en la atención prenatal, como de incumplimiento de citas del mismo en presencia de VCM. Información que nos ayuda a determinar que la violencia contra la mujer es sin duda un factor de riesgo para no llevar un adecuado CP.

Al realizar la revisión de expedientes en ninguno de los casos de VCM se encontró identificación de la misma, o acciones encaminadas a la detección de este problema, lo que nos hace referencia sobre la pobre búsqueda intencionada que se realiza al respecto por parte del personal de salud. Esto a pesar de que la Guía de Práctica Clínica para el control prenatal, contempla que los profesionales de la salud deben estar alertas ante síntomas de violencia, propiciar un ambiente donde se sientan seguras y en caso necesario referirlas a centros de apoyo.<sup>22</sup>

Como limitantes del presente estudio se tiene que algunas de las pacientes encuestadas se encontraban acompañadas de su pareja lo que pudiera influir en sus respuestas, a pesar de que el instrumento fuese autocontestado y se le hiciera hincapié en contestarlo de forma individual. El instrumento utilizado aunque es validado, y apropiado para población mexicana, no explora violencia económica, lo que puede desestimar la frecuencia de violencia encontrada. Por otro lado en la

revisión de expedientes e identificación de comorbilidades psiquiátricas, en su mayoría no se encontró dicho diagnóstico, sin embargo no se les aplicó al momento de la encuesta algún instrumento para valorar ansiedad y/o depresión, lo que hubiese podido darnos un panorama más amplio del contexto en el que se desenvuelve la VCM. De igual forma no se investigaron complicaciones obstétricas relacionadas con la presencia de VCM, lo que daría pauta para la realización de acciones dentro del control prenatal encaminadas a llevar a buen término el embarazo.

Sería de utilidad en el futuro intervenciones: por un lado a todo personal de salud que se encuentre en contacto con las pacientes que acuden a CP, con el fin de educar y sensibilizar sobre el tema, ya que en medida del conocimiento que se tenga, se podría lograr la identificación del problema, y por otro lado, intervenir en las pacientes embarazadas, para que reconozcan el problema y pidan ayuda en caso de presentarlo. Además de la utilización de este instrumento como prueba de tamizaje, o en pacientes sospechosas, que no lleva un tiempo mayor de 10 minutos en su aplicación, podría aportar información para lograr una identificación oportuna de los casos.

## 15.- CONCLUSIONES

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública que en la última década se le ha estudiado con mayor frecuencia, debido principalmente a la identificación de esta no como un fenómeno social cotidiano, sino como un problema real de salud. En el caso de la violencia contra la mujer durante el embarazo, son pocos los estudios dedicados al respecto a nivel nacional.

El presente estudio muestra que en la UMF no.27, casi 2 de cada 10 pacientes (17.3%) embarazadas que acuden a control prenatal padecen VCM, así como el frecuente consumo de alcohol en la pareja como principal factor de riesgo para presentarla. Y un determinante directo por un lado para embarazo no planeado y por otro, de forma muy importante, un pobre apego al programa de control prenatal.

Lo anterior puede traer consigo complicaciones obstétricas y familiares, por lo que es importante el reconocimiento de esta situación en cuanto se inicia el control prenatal, de forma que se le pueda dar seguimiento o envío en caso necesario.

Se debe hacer énfasis a todo el personal de salud, no solo al médico familiar, sobre la búsqueda intencionada de VCM durante el embarazo desde que éste es detectado, así como determinar la severidad del mismo; una forma sería aplicando el instrumento aquí utilizado (escala de violencia e índice de severidad).

En investigaciones futuras sería relevante realizar intervenciones donde se eduque, capacite y sensibilice al personal de salud sobre este tema y la aplicación de dicho instrumento. De igual forma intervención en grupos de pacientes embarazadas donde se aborde esta problemática, para que la identifiquen como tal, y no como un comportamiento cotidiano y aceptable.

Se necesitan más estudios a nivel nacional sobre CVM destinados específicamente en la mujer embarazada para determinar la utilización de este instrumento como

prueba de tamizaje, ya que la última exploración a nivel nacional fue en 2006 con la Encuesta nacional de violencia contra la mujer.

La violencia contra la mujer durante el embarazo debe buscarse de forma intencionada, ya que impacta tanto a nivel médico; con pobre apego al control prenatal y posibles complicaciones obstétricas, como a nivel familiar; en la dinámica de la misma.

## 16.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abril 2014	Mayo 2014/Febrero 2015	Noviembre-Diciembre 2015	Diciembre 2015	Dic 2015 - Ene 2016	Enero 2016	Ene-Feb 2016	Feb 2016
Planteamiento del problema	XXX							
Redacción del proyecto de investigación		XXX						
Aprobación del proyecto			xxx					
Desarrollo del proyecto				xxx				
Captura de datos					xxx			
Análisis de resultados						xxx		
Reporte final							xxx	
Entrega a los asesores								xxx

## 17.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Alvarado-Zaldívar G, Salvador Moysén J, Estrada Martínez S, Terrones González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex* 1998;40:481-486.
- 2.-Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres NOM-046-SSA2-2005, México, D.F. SS-CNEGySR, primera edición 2009.
- 3.-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2006 ENVIM, México [Internet] Primera Edición 2009. [Consultado el 30 de agosto del 2014] Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/ENVIM\\_2006.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf).
- 4.-De Brun M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. 2ª edición Carolina del Norte Estados Unidos de Norteamérica: Chapel Hill IPAS; 2003;11-21.
- 5.-Collado Peña S, Villanueva Egan L. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:250-260.
- 6.-Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-1336.
- 7.-Devries K, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus L, Garcia Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):158–170.
- 8.-Pallitto C, García Moreno C, Jansen H, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;120: 23-29.
- 9.-Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public Health* 2014;128:410-415.
- 10.- Finnbogadóttir H, Dykes A, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Womens Health* 2014;63:1-13.
- 11.-Lukasse M, Schroll A, Ryding E, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:669–677.
- 12.-Hajikhani N, Hamzehgardeshi Z, Hamzehgardeshi L, Ahoodashti M. Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Exposed to Domestic Violence During Pregnancy in an Iranian Setting Iran. *Red Crescent Med J* 2014;16(4): 11-27.
- 13.- Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;124:26–31.

- 14.- Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública Mex* 2006;48(2):239-249.
- 15.- Paredes Solís S, Villegas Arrizón A, Meneses Rentería A, Rodríguez Ramos IE, Reyes De Jesús L, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Publica Mex* 2005;47:335-341.
- 16.- Castro R, Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Saude Pública* 2004;38(1):62-70.
- 17.- Méndez Hernández P, Valdez Santiago R, Viniegra Velázquez L, Rivera Rivera I, Salmerón Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Méx* 2003;45:472-482.
- 18.- LoGiudice J. Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. *Appl Nurs Res* 2014;10:11-18.
- 19.- Bianchi A, McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J, Cesario S, Rapid Assessment to Identify and Quantify the Risk of Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Birth* 2014;41:88-92.
- 20.- Musacha I, Hernandez Alonsob A, Guitarta R, Lorenz Castañeb G, Parellada Esquiusc N. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Aten Primaria* 2010;42(2):70–78.
- 21.- Valdez Santiago R, Híjar Medina MC, Salgado de Snyder VN, Rivera Rivera L, Avila Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2006;48:221-231.
- 22.- Guía de Práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. México: Secretaria de Salud; 2009.

## 18.- ANEXOS:

### ANEXO 1

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

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación en Salud:

---

Nombre del Estudio: "Frecuencia de violencia contra la mujer y factores de riesgo durante el embarazo en el primer nivel de atención"

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California, a \_\_\_\_\_ de 2015.

No. De Folio: \_\_\_\_\_

Justificación y Objetivo del estudio: La violencia contra la mujer es un problema importante de salud pública, y un factor de riesgo para complicaciones durante el embarazo, por lo que este estudio pretende determinar la frecuencia de violencia contra la mujer en las pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar no.27

Procedimientos: Se le aplicará una encuesta de nombre Escala de Violencia e índice de severidad, para determinar si existe violencia en su familia. Así como una hoja de recolección de datos personales, médico y de la atención de su embarazo.

Posibles riesgos y molestias: Sin riesgos, la participación consiste en el llenado en papel de cuestionarios.

Posibles beneficios al participar en este estudio: Conocer la existencia de violencia en la población de embarazadas y la asociación con otras variables socio demográficas.

Privacidad y confidencialidad: Se respetara la privacidad del paciente, por lo que es este estudio, sin embargo, se hará un listado, se les notificará a estas, a sus jefes de consulta, medico familiar y trabajo social para las acciones pertinentes.

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

Investigador responsable: Dra. Mariagna Abril Villegas Figueroa con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No.27, matrícula:98021685, Teléfono: 6642323114 y correo electrónico: dana\_avf@hotmail.com

Asesor: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No.27, matrícula:9920153, Teléfono: 6646296385 y correo electrónico: maria.anzaldo@himss.gob.mx

Se hace de su conocimiento que usted puede retirarse de la presente investigación, sin que este acto afecte su atención médica o los servicios que esta institución le pueda ofrecer.

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 4to piso, Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: [comisión.etica@imss.gob.mx](mailto:comisión.etica@imss.gob.mx)

NOMBRE O FIRMA  
DEL PARTICIPANTE

NOMBRE O FIRMA DE QUIEN  
OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Dra.Mariagna Abril Villegas Figueroa

NOMBRE O FIRMA  
DE TESTIGO

NOMBRE O FIRMA  
DE TESTIGO

## ANEXO 2

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

FOLIO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**NSS:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ AÑOS.

**EDAD:** 1) MENORES DE 18 AÑOS 2) DE 18 A <20 3) DE 20 A 35 AÑOS 4) MAYORES DE 35 AÑOS

**LUGAR DE ORIGEN:** \_\_\_\_\_

1) NORESTE 2) NOROESTE 3) OCCIDENTE 4) ORIENTE 5) CENTRONORTE 6) CENTROSUR 7) SURESTE 8) SUROESTE.

**ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_ AÑOS.

1) 0 AÑOS 2) 1-6 AÑOS 3) 7-9 AÑOS 4) 10-12 AÑOS 5) 13 AÑOS O MÁS.

**ESCOLARIDAD:**

1) ANALFABETA 2) PRIMARIA INCOMPLETA 3) PRIMARIA COMPLETA 4) SECUNDARIA INCOMPLETA 5) SECUNDARIA COMPLETA 6) PREPARATORIA INCOMPLETA 7) PREPARATORIA COMPLETA 8) LICENCIATURA 9) OTRA.

**RELIGION:** \_\_\_\_\_

1) CATOLICA 2) CRISTIANA 3) TESTIGO DE JEHOVÁ 4) OTRA

**OCUPACION:** \_\_\_\_\_

1) EMPLEADO 2) COMERCIANTE 3) PENSIONADO 4) JUBILADO  
5) ESTUDIANTE 6) HOGAR 7) DESEMPLEADO 8) SIN OCUPACIÓN 9) OTRA

**ESTADO CIVIL:**

1) SOLTERA 2) CASADA 3) UNION LIBRE 4) OTRO.

**GESTAS, CANTIDAD DE VECES QUE HA ESTADO EMBARAZADA:** \_\_\_\_\_ NUMERO.

1) UNO 2) DE 2 A 3 3) MAS DE 3.

**SU EMBARAZO ACTUAL FUÉ PLANEADO:**

1) SI 2) NO

**CONSUMO DE ALCOHOL:**

1) TODOS O CASI TODOS LOS DIAS 2) 1-3 VECES POR SEMANA 3) CASIONALMENTE 4) NUNCA.

**CONSUMO DE TABACO:**

1) TODOS O CASI TODOS LOS DIAS 2) 1-3 VECES POR SEMANA 3) CASIONALMENTE 4) NUNCA.

**PAREJA:**

**EDAD:** \_\_\_\_\_ AÑOS.

**EDAD:** 1) MENORES DE 18 AÑOS 2) DE 18 A <20 3) DE 20 A 35 AÑOS 4) MAYORES DE 35 AÑOS

**ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_ AÑOS.

1) 0 AÑOS 2) 1-6 AÑOS 3) 7-9 AÑOS 4) 10-12 AÑOS 5) 3 AÑOS O MÁS.

**ESCOLARIDAD:**

1) ANALFABETA 2) PRIMARIA INCOMPLETA 3) PRIMARIA COMPLETA 4) SECUNDARIA INCOMPLETA 5) SECUNDARIA COMPLETA 6) PREPARATORIA INCOMPLETA 7) PREPARATORIA COMPLETA 8) CARRERA TECNICA 9) PROFESIONAL 10) POSGRADO.

**OCUPACION:** \_\_\_\_\_

1) EMPLEADO 2) COMERCIANTE 3) PENSIONADO 4) JUBILADO  
5) ESTUDIANTE 6) HOGAR 7) DESEMPLEADO 8) SIN OCUPACIÓN 9) OTRA

**CONSUMO DE ALCOHOL:**

1) TODOS O CASI TODOS LOS DIAS 2) 1-3 VECES POR SEMANA 3) CASIONALMENTE 4) NUNCA.

**CONSUMO DE TABACO:**

1) TODOS O CASI TODOS LOS DIAS 2) 1-3 VECES POR SEMANA 3) CASIONALMENTE 4) NUNCA.

**REVISION EN EXPEDIENTE ELECTRONICO:**

**SEMANAS DE GESTACION AL MOMENTO DEL INICIO DE CONTROL PRENATAL:** \_\_\_\_\_

1) PRIMER TRIMESTRE MENOR DE 13 SEMANAS 2) SEGUNDO TRIMESTRE 3) TERCER TRIMESTRE.

**REALIZACION DE EXAMENES PRENATALES:**

1) SI 2) NO

**CUMPLIMIENTO DE CITAS DE CONTROL PRENATAL AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA:**

1) SI 2) NO

**DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD:**

1) SI 2) NO

**DIAGNOSTICO DE DEPRESION:**

1) SI 2) NO

### ANEXO 3

ESCALA DE VIOLENCIA E INDICE DE SEVERIDAD. En los últimos 12 meses su pareja:

Reactivos	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1.- ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
2.- ¿Le ha quemado con cigarrillo u otras sustancias?				
3.- ¿Le ha pateado?				
4.- ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
5.- ¿Le ha empujado intencionalmente?				
6.- ¿Le ha golpeado con el puño o con la mano?				
7.- ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?				
8.- ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
9.- ¿se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
10.- ¿Le ha amenazado con un arma, navaja, cuchillo o machete?				
11.- ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
12.- ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
13.- ¿Le ha torcido el brazo?				
14.- ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
15.- ¿Le ha insultado?				
16.- ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
17.- ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
18.- ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
19.- ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				

HA BUSCADO AYUDA : (1)SI (2)NO. TIPO AYUDA

LE HA CONTADO AL MEDICO (1)SI (2)NO. SI LA RESPUESTA ES NO, MOTIVO.

## ANEXO 4

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición
Escala de violencia e índice de severidad	La violencia contra la mujer (VCM) es "cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada	Cualitativa	Consta de 19 ítems, con 4 posibles respuestas: Interpretación: <b>Violencia psicológica:</b> ítems: 8, 9, 12,15 y 17. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso: 0-5.</li> <li>Caso: 5.1-18.2.</li> <li>Violencia psicológica severa: 18.3-81.</li> </ul> <b>Violencia sexual:</b> Ítems: 1,14 y 18. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso: 0 - 1.</li> <li>Caso no severo: 1.1- 6.</li> <li>Caso severo: &gt;6</li> </ul> <b>Violencia física:</b> Ítems: 3, 5, 6, 13 y 19. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso: 0-2.4.</li> <li>Caso:2.4-12</li> <li>Violencia física severa:&gt;12.</li> </ul> <b>Violencia física severa:</b> Ítems: 2,4,7,10,11 y 16. <ul style="list-style-type: none"> <li>No caso:0.</li> <li>Caso:&gt;0.</li> </ul>

Variable Independiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Son los años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1)menores de 18 años 2)de 18 a <20 3)de 20 a 35 años      4)mayores de 35 años
Lugar de origen	Lugar de donde procede originalmente una persona o una cosa.	Cualitativa	1)Noreste 2)Noroeste 3)Occidente 4)Oriente 5)Centronorte 6)Centrosur 7)Sureste 8)Suroeste
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1)0 años 2)1-6 años 3)7-9 años 4)10-12 años 5)13 años o más
Religión	Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a una divinidad.	Cualitativa	1)Católica 2)Cristiana 3)Testigo de Jehová 4)Agnóstico 5)Otra
Ocupación	Empleo, oficio.	Cualitativa	1)Empleado 2)Comerciante 3)Pensionado 4)Jubilado 5)Estudiante 6)Hogar 7)Desempleado 8)Sin ocupación 9)Otra
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.	Cualitativa	1)soltera 2)casada 3)unión libre 4)otro
Gestas	Número de ocasiones en que ha estado embarazada.	Cuantitativa Cualitativa	Numero 1)Uno 2)De 2 a 3 3)Mas de 3

Embarazo planeado	Aquel que se produce bajo planificación previa y no por el fallo de algún método anticonceptivo.	Cualitativa	1)Si 2)No
Consumo de alcohol	Ocasiones en consume bebidas alcohólicas.	Cualitativa	1)Todos o casi todos los días 2)1-3 veces por semana 3)Ocasionalmente 4) Nunca.
Consumo de tabaco	Ocasiones en que consume tabaco.	Cualitativa	1)Todos o casi todos los días 2)1-3 veces por semana 3)Ocasionalmente 4)Nunca
Semanas de gestación al inicio del control prenatal	Semanas de gestación registradas en la primera consulta prenatal.	Cuantitativa Cualitativa	Número 1)Primer trimestre menor de 13 semanas 2)Segundo trimestre 3)Tercer trimestre
Realización de exámenes prenatales.	Reporte en nota médica de expediente electrónico o en sistema de laboratorio de exámenes prenatales.	Cualitativa	1)Si 2)No
Cumplimiento de citas de control prenatal al momento de la entrevista.	Acude puntualmente las veces que se le cita a control prenatal.	Cuantitativa	1)Si 2)No
Diagnóstico de ansiedad	Existencia de diagnóstico de ansiedad en el expediente electrónico.	Cualitativa	1)Si 2)No
Diagnóstico de depresión	Existencia de diagnóstico de depresión en el expediente.	Cualitativa	1)Si 2)No

## ANEXO 5

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abril 2014	Mayo 2014/Febrero 2015	Noviembre-Diciembre 2015	Diciembre 2015	Dic 2015 - Ene 2016	Enero 2016	Ene-Feb 2016	Feb 2016
Planteamiento del problema	XXX							
Redacción del proyecto de investigación		XXX						
Aprobación del proyecto			xxx					
Desarrollo del proyecto				xxx				
Captura de datos					xxx			
Análisis de resultados						xxx		
Reporte final							xxx	
Entrega a los asesores								xxx