



UNIVERSIDAD VERACRUZANA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1
ORIZABA, VERACRUZ**

**“ VALIDACIÓN DE UN TESTS QUE EVALÚE
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR LEVE, MODERADA
Y SEVERA EN LOS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO
Y SEXUAL EN LA MUJER EMBARAZADA ”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL POSGRADO DE:
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

Dra. Marcela Morales Apale

**ASESOR METODOLÓGICO :
DR. ÁNGEL RAMÓN LOAIZA ACEVEDO**

**ASESOR ESTADISTICO :
LIC. MARÍA MARCELA JIMÉNEZ VÁZQUEZ**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD



**AUTORIZACION PARA EL INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TESIS
 RECEPCIONAL**

**TITULADO "VALIDACION DE UN TESTS QUE EVALUE VIOLENCIA
 INTRAFAMILIAR LEVE, MODERADA Y SEVERA EN LOS ASPECTOS FISICO,
 PSICOLOGICO Y SEXUAL EN LA MUJER EMBARAZADA"**

NOMBRE DEL AUTOR DRA MARCELA MORALES APALE

NUMERO DE REGISTRO R-3101-2009-8

ESPECIALIDAD QUE ACREDITA MEDICINA FAMILIAR

PROMOCION 01 DE MARZO DEL 2007 AL 28 DE FEBRERO DEL 2010

UNIDAD SEDE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 ORIZABA VERACRUZ

INSTITUCION QUE OTORGA EL AVAL UNIVERSITARIO UNIVERSIDAD VERACRUZANA

ADOLETA
 DRA MARÍA GUADALUPE GONZALEZ G
 Coordinador Clínico De Educ E Investigación En Salud
 Hospital General Regional De Orizaba
 Lic. Ignacio García Tellez

DR F UVALDO SANCHEZ HERNANDEZ
 Profesor Titular de la residencia de Medicina
 Familiar
 UMF No 1



DR ANGEL RAMON LOAIZA ACEVEDO
 M F Adscrito a la UMF-64 de Cordoba veracruz
 Asesor de Tesis

COORD CLIN, EDUC, E INV. MEDICA
 HOSP. GRAL REGIONAL 1
 DELEG REGIONAL VERACRUZ SUR
 ORIZABA VER

AGRADECIMIENTOS

A un angelito: Eduardo Filiberto. Doy gracias a dios por haberte enviado, por ser fuerte y aferrarte a la vida, eres lo mejor de mi vida, todos mis logros son y serán para ti.

A mis padres:

Por su apoyo y comprensión, principalmente a mi madre gracias a tu esfuerzo y dedicación, te estaré eternamente agradecida, gracias por ser mi madre.

A mi padre, gracias por tu ejemplo de responsabilidad, y por ser mi padre.

A mi abuelita: Pava, gracias por tu apoyo, perdón por las horas que no te dedique.

A mis hermanos: David, Dante y Jesús

Gracias por su gran apoyo ya que sin ustedes no hubiese logrado mis metas, por siempre les estaré agradecida.

A mis cuñadas: Sandra y Blanca

Gracias por sus palabras de aliento y por formar parte de la familia.
Dios las bendiga.

A mis sobrinos: S. Vianey, Edwin, Albin, Aritzzy, Josy los amo, dios los cuide.

A mi esposo Filiberto: Gracias por tu gran apoyo durante esta etapa de mi vida, perdón por el tiempo que no pudimos compartir juntos,
Dios cuide nuestro matrimonio.

A Cachis, Eli y Teo: Gracias por el apoyo, Dios les pague todo.

Dr. Loaiza: Gracias por su asesoria, apoyo y amistad.

Lic. Marcela: Gracias por el apoyo brindado. Dios la bendiga

Dra. Guadalupe González: Gracias por su apoyo, Dios la cuide y bendiga.

A mis amigos y ha todos los que me apoyaron, mil gracias Dios los bendiga.

TITULO

**“VALIDACION DE UN TESTS QUE EVALUE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR LEVE, MODERADA Y SEVERA EN LOS
ASPECTOS FISICO, PSICOLOGICO Y SEXUAL EN LA MUJER
EMBARAZADA “**

INDICE

Paginas

Resumen estructurado

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	24
Planteamiento del problema.....	25
Objetivos.....	26
Hipótesis.....	27
Material y métodos.....	28
Metodología.....	30
Variables.....	32
Recursos.....	35
Aspectos éticos.....	37
Resultados.....	38
Discusión.....	39
Conclusiones.....	41
Alternativas de Solución.....	43
Bibliografía.....	45

Anexos

RESUMEN ESTRUCTURADO

"Validación de un test que evalúe violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada"

Marcela Morales A.*, Ángel Ramón Loaiza A**, Jiménez Vázquez M.M.**.

*Residente del tercer año Medicina Familiar, ** Medico Familiar UMF 64, ***Subjefe de Educación e Investigación Adscripción HGZ N. 8 de Córdoba Veracruz.

IMSS Delegación Veracruz Sur.

Introducción: En medicina familiar, la salud, tiene como fundamento a la familia. Por lo cual se construyo y valido un instrumento que evalúa la violencia en la mujer embarazada. Determinándose su confiabilidad y calculo de distribución de calificaciones.

Objetivo general: Diseñar un instrumento de medición que de forma sencilla y breve permita evaluar la presencia de violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en las mujeres embarazadas que acudan al servicio de materno infantil en la UMF. 1

Material y métodos: Transversal, observacional, prospectivo. En grupos naturales y muestras de mujeres embarazadas de forma aleatoria adscritas a la UMF-1 de agosto a diciembre del 2009, previo consentimiento informado. Se aplico el cuestionario estructurado con 45 ítems, que se miden con escala tipo Likert, posterior a la validación por dos rondas de expertos.

Análisis estadístico: 21 de Kuder Richardson determina la confiabilidad del tests y estima la consistencia interna. Formula de Pérez Padilla y Viniestra calcula la distribución de calificaciones esperadas por las respuestas.

Resultados: Una confiabilidad de 0.87, predominio de respuestas por efecto de azar en un 80% en la población.

Conclusión: El Indagar sobre este tema será negado, debido a nuestra educación o idiosincrasia ya que se toma como un problema de índole familiar.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar en la mujer embarazada.

Marcela Morales Apale

Enero - 2010

INTRODUCCION

Entre las actividades educativas que se realizan en el IMSS, una de ellas y de importancia relevante es la formación de profesionales capacitados en diversas áreas para la atención de la salud. Es por ello que en medicina familiar, el manejo de la salud, tiene como fundamento el estudio de la familia como sistema con una perspectiva integradora con el entorno. Y es con esta visión integradora, por lo que se pretende investigar, analizar y buscar alternativas de solución a uno de los principales problemas que aquejan a la sociedad, que emerge del sistema familiar y que ha últimas fechas se ha convertido en un problema de salud mundial, como lo es la violencia intrafamiliar, misma que se ha generalizado y se manifiesta en grupos vulnerables de la sociedad como son los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con algún grado de discapacidad. Por lo cual se debe realizar estudios dedicados a investigar la violencia, más aun la que se presenta en la mujer embarazada. La prevalencia de esta se reporta en EEUU entre el 1% y 20% y en nuestro país la incidencia es del 4-8%, la cual es mayor que la de preeclampsia y la de la diabetes gestacional. Desconociendo el porcentaje real y sobretodo cuántas muertes maternas o neonatales se relacionan. Por ello es necesario disponer de instrumentos de medición confiables que permitan evaluar su tendencia, cuya finalidad será una mejor distribución, planeación de los recursos, prevención y desarrollo de programas de promoción a la salud en la población general. Por lo que no existe en nuestro país un instrumento que valore la presencia de violencia intrafamiliar en esta población. De los trabajos realizados en nuestro país, la mayoría se apoyan en tests

construidos y validados en otros países, realizados en poblaciones con otra cultura y características diferentes a las nuestras; no logrando reflejar la situación real. Por ello pretendemos construir y validar un instrumento de medición que detecte la incidencia de violencia física, psicológica y sexual en la mujer embarazada; de igual manera determinar su confiabilidad del tests mediante la reproducibilidad, estabilidad y coherencia interna.

ANTECEDENTES

Entre las actividades educativas que se realizan en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la formación de profesionales cumple con el compromiso primordial de contar con personal capacitado en diversas áreas de apoyo para la atención de la salud. Es así como el proceso educativo en estos niveles reviste particular importancia no solo por lo que se refiere a dotar a los médicos en formación de la capacitación necesaria para resolver los problemas que plantea una atención médica adecuada, sino también por apoyar el desarrollo de maneras de ser y actuar que tomen en cuenta la trascendencia de las relaciones humanas, sus efectos y repercusiones, involucrando esferas muy amplias que tienen su raíz en la familia y en la historia personal.⁽¹⁾

Por ello, el futuro médico familiar debe ser experto en el ámbito asistencial, educativo, administrativo y en forma relevante en la investigación. Siendo esta última, la forma que le permitirá acercarse a los problemas reales que enfrente en su quehacer cotidiano, dando sentido a las acciones que pretendan disminuir la morbimortalidad de una población determinada, de una manera integradora del individuo, la familia y su entorno. La investigación es imprescindible en todos los ámbitos asistenciales, ya que la práctica clínica, la investigación y la docencia forman un conjunto que define el trabajo de calidad.⁽²⁾

En los acercamientos a la problemática observada es necesario destacar, que los trabajos de investigación en salud, ha prevalecido el enfoque psicológico en el estudio del entorno individual y familiar, cuyo

interés se basa en identificar factores humanos implicados en diversas actividades. Pues si bien, estos factores influyen en la actividad humana, lo fundamental está en el entorno, el cual puede modificar rasgos e inclinaciones de las personas que parecerían inalterables.⁽³⁾

Por ello en medicina familiar, el manejo de la salud, tiene como fundamento el estudio de la familia como sistema con una perspectiva integradora con el entorno.⁽⁴⁾

Y es con esta visión integradora, se pretende investigar, analizar y buscar alternativas de solución a uno de los principales problemas que aquejan a la sociedad, que emerge del sistema familiar y que ha últimas fechas se ha convertido en un problema de salud mundial; como lo es la violencia intrafamiliar, misma que se ha generalizado y se manifiesta en grupos vulnerables de la sociedad como son los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con algún grado de discapacidad.⁽⁵⁾

Una característica singular de la violencia es su capacidad para reproducirse y expandir sus dinámicas y sus consecuencias. De ahí que sea necesario conocer los factores que la producen. Cuando la violencia se vuelve parte de la cultura, las emociones negativas se transforman en agresiones y dentro de la familia, se desarrolla como una amenaza seria e imposible de detectar con rigor. Lo cierto es que existen segmentos de población en los que se descargan tensiones y frustraciones acumuladas y por lo general en este tipo de hogares existe el riesgo de desintegración o están ya desintegrados. La violencia se presenta en todos los estratos sociales, pero es más

evidente en las de más bajos recursos económicos, en cambio, en los estratos sociales altos la violencia es silenciada. (6)

Al ser un problema de salud generalizado, La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la prevención de la violencia, en su marco general y familiar, es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud; ya que es un problema que no respeta fronteras geográficas o políticas y traspasa los límites étnicos, religiosos, educativos y socioeconómicos. (5)

En un estudio realizado por la OMS, se evaluaron 70 informes de la población mundial encontrando que la prevalencia de maltrato varía de un 10% a un 60%, y que los blancos y afroamericanos tienen mayor tasa de maltrato que los hispanos. Hay por lo menos 1,400 mujeres que mueren anualmente como resultado de violencia de la pareja íntima (VPI). (7)

En Taiwán se realizó un estudio en mujeres aborígenes en las cuales se evaluó la prevalencia de la violencia del compañero íntimo observándose que un 15% habían sufrido abusos físicos, el 40% abuso sexual por su pareja durante su vida, y el 10.1% lo había sido durante los últimos 12 meses. (8)

Por lo tanto se ha definido el maltrato como todas aquellas conductas que atentan directa o indirectamente contra la integridad física y/o emocional de una persona y que se realizan entre los miembros de una familia. (9)

Por otra parte la asamblea general de las naciones unidas (1993) señala que la violencia contra las mujeres, es cualquier acto de violencia basada en el género. Se estima que en el mundo más de 5,000,000 de mujeres al año son víctimas de maltrato físico severo por parte de sus esposos, y que de un 50 a 60% son violadas por ellos. La Asociación Contra la Violencia hacia la Mujer, A.C (COVAC) reportó en 1995 que la prevalencia de violencia física fue de un 81%; de estas el 76% corresponde a la psicológica y el 32% la sexual. (10 11)

En EU la violencia es considerada como el mayor problema de salud pública; la mitad de las víctimas de agresión y homicidio son familiares o conocidos de sus agresores y se estima que anualmente 3,300,000 mujeres son maltratadas físicamente por el conyugue, reportando que el 25% a los traumas físicos, y el 25% de las defunciones de mujeres que fueron atendidas en los servicios de urgencias de los hospitales estaban relacionados con violencia conyugal. (9)

Entre la clasificación de violencia se ha definido que la violencia psicológica como toda conducta que ocasiona daño emocional, disminuye la autoestima, perjudica o perturba el sano desarrollo de la mujer u otro integrante de la familia. (12)

Por otra parte la violencia sexual, puede presentar diversas manifestaciones que van desde forzar un coito mediante amenazas y fuerza física (violación), hasta comentarios no deseados de índole sexual sobre su cuerpo o parte de él; Incluye la negativa a utilizar

preservativos, arriesgando a la mujer a embarazos indeseados o al contagio de enfermedades de transmisión sexual (13).

En México hasta hace pocos años la violencia dentro del hogar era considerada un asunto de familia y no un problema legal ni de competencia médica. El 25 de Noviembre del 2000 a iniciativa de la ONU, se celebró por primera vez el Día internacional para la eliminación de la Violencia Contra las Mujeres, considerando que una de cada cinco mujeres en el mundo ha sido objeto de violencia en alguna etapa de su vida y de manera más constante es en las familias donde se ejerce la violencia. (14-15)

El reconocimiento social de este problema ha impactado los códigos civiles y penales en la república mexicana y dio la pauta para que la secretaria de salud, normara la atención de los casos de violencia familiar a través de la publicación de la norma oficial mexicana (NOM 190-SSA-1999) para la prevención y control de la violencia familiar, que entró en vigor el 7 de marzo del 2000, siendo publicada en el diario oficial de la federación, y mediante esta norma se intenta proteger a todos los miembros de la familia y se destaca la obligación legal del equipo de salud en la atención de los casos de violencia. (16)

A la vez que se propone establecer un sistema de información correspondiente, donde se generen datos y cifras que permitan conocer la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica en la población que acude a los servicios médicos del Sistema Nacional de Salud. (17-18)

Por lo anterior, se han realizado en nuestro país, diversos esfuerzos para determinar la incidencia de violencia, tal es el caso de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVI) que se llevo a cabo en el Área Metropolitana de la Cd. de México, donde se reporto al menos algún tipo de violencia en 1 de cada 3 hogares y de acuerdo al INEGI, reveló que esta tiene lugar en el 30.4% de los hogares en forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y sexual: principalmente es dirigida hacia mujeres y niños. (5)

En la encuesta ENVIM 2003 realizada por la secretaria de salud, se entrevistaron 26,042 mujeres, reportando que el 58% habían sufrido violencia alguna vez en la vida; el 20 % por su pareja actual, 18% violencia psicológica, 9% física, 7% sexual 4% económica. De acuerdo a la distribución geográfica se demuestra que Quintana Roo ocupa el primer lugar y el estado de Veracruz ocupa el lugar número 28, correspondiendo el 8.5% a la violencia psicológica, el 5.5% a violencia física, el 5% a violencia sexual y el 2.5% violencia económica. (19)

De acuerdo a lo anteriormente descrito, se hace necesario también incluir en esta violencia de género a la que sufre o padece la mujer embarazada, misma que según la literatura internacional, la prevalencia durante el embarazo varía según la población; las definiciones de violencia y los métodos utilizados para medirla. La identificación de los diversos escenarios de riesgo es un paso fundamental para el desarrollo e intervenciones eficaces en la prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres embarazadas. Es necesario realizar más estudios que permitan comparar la violencia antes y durante el

embarazo así como en el posparto. (20)

En México existen escasos estudios que analizan la violencia en mujeres con y sin embarazo. En las mujeres embarazadas se debe valorar el retraso considerable de los cuidados prenatales, una historia previa de embarazo no deseado, amenazas de abortos, partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer, además de considerar los reportes de dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes. (21)

Se desconoce el porcentaje de mujeres embarazadas que sufren violencia y sobretodo se desconoce cuántas muertes maternas o neonatales se relacionan con esta causa. Algunos trabajos han mostrado como el embarazo puede ser un factor asociado positivo o negativo que influye en el incremento de la violencia intrafamiliar, pudiendo llegar a tener repercusiones sumamente importantes en la salud de la mujer debido al aborto provocado, el homicidio o el suicidio como su última consecuencia. Al no considerar a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se identifica cual es su dimensión e impacto entre todas las causas. (11)

La prevalencia de la violencia domestica entre las mujeres embarazadas en EEUU oscila entre el 1% a tasas tan altas como 20%; en la mayoría de los estudios se informa una serie de 4% a 8%. Aunque en estudios realizados en países en desarrollo han informado que las tasas de prevalencia que oscila entre el 4% hasta un máximo de 28%. (22)

La violencia intrafamiliar durante el embarazo se comenzó a estudiar a

finales de la década de los setenta y principios de los ochenta. Los estudios correspondientes se llevaron a cabo principalmente en países desarrollados como Canadá; donde se reportó una prevalencia que fluctúa entre el 9% y 20.1%. (23)

Briton en 1884 fue el primero en asociar complicaciones durante la maternidad con la presencia de lesiones físicas en la mujer gestante, dando como resultado efectos adversos en el producto. Se demostró que el trauma afecta entre un 5% a un 10% de las mujeres embarazadas, lo cual pone en riesgo el embarazo, presentándose una incidencia de 3 partos inducidos por lesiones por cada 1000, con un riesgo del 40% al 50% de muertes fetales. Por lo tanto, se considera que la violencia durante el embarazo es una causa responsable directa o indirecta de los efectos adversos durante el mismo, tales complicaciones pueden ser: abortos espontáneos, partos prematuros, ruptura prematura de membranas, ruptura uterina, muerte materna y/ o lesiones en el feto como lesión fetal directa, hemorragia subaracnoidea, hemorragia subdural, edema cerebral, inversión del flujo diastólico, isquemia, encefalopatía hipóxico isquémica, hemorragia cerebelosa, contusiones y fracturas de cráneo, hidrocefalia, convulsiones, parálisis cerebral vascular secundaria a infartos, daño cerebral global, y periventricular, dificultad respiratoria, hemorragia intracraneal, bajo peso al nacer y muerte fetal o neonatal. (24)

La violencia física durante el embarazo es ocasionado por los esposos o familiares; tiene una alta ocurrencia. Stewart encontró en un estudio que el 6.6% de un total de 548 pacientes de diversas clínicas prenatales

en Toronto, Canadá tuvieron una historia de agresión física durante el embarazo. En Sakatoon, Canadá, Muhajarine reporto que el 4.5 % de las mujeres usuarias del servicio de atención prenatal habían sufrido agresión. En Carolina del Norte (EU) se reporto una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 6.1%. (25)

Un meta-análisis de 8 estudios publicados entre 1990 y 1999, con unas muestras que van desde 178 a 1897 mujeres de América del Norte y Europa, mostraron una débil pero significativa asociación entre el abuso durante el embarazo y el bajo peso al nacer. Por otro lado en un estudio realizado en Dallas Texas, para detectar la presencia de violencia en el hogar realizado en el Hospital de Parklan, en una muestra de 1,600 mujeres embarazadas se encontró una incidencia mayor de abuso durante el embarazo, demostrando que el 1.5% sufrió abuso físico y se asocio con un mayor riesgo de muerte neonatal en un 2.1% debida al abruptio placentae. (26)

En otro estudio realizado en Miami, florida se demostró que entre el 4% y 8% de las mujeres sufren violencia durante el embarazo. (27)

En la India en un estudio realizado en 2,199 mujeres se encontró un 36% de riesgo de mortalidad infantil mayor entre las madres que experimentaban violencia en el hogar en comparación con las madres que no la experimentaron y que 1 de cada 5 muertes perinatales o neonatales podrían haberse evitado con la eliminación de la violencia en el hogar. (22)

En Nicaragua, las mujeres que son víctimas de maltrato tienen 4 veces más probabilidad de tener productos con un bajo peso al nacer asociado con el parto prematuro. (17)

Un estudio realizado en mujeres latinas embarazadas que radican en E.U de enero 2003 al 2004 demostró asociación entre depresión y trastorno de estrés postraumático. En el 23% a 52% en las mujeres que han sufrido malos tratos durante el embarazo o un año previo, y tienen 3 veces más probabilidades de tentativa de homicidio. (28)

En México, Alvarado-Zaldivar en 1998 halló en Durango que el 13% de las mujeres sufrió golpes durante el embarazo y en otro estudio efectuado en Cuernavaca Morelos el 13.6% sufrió violencia durante el embarazo y puerperio. La revisión de estudios de Gazmararian encontró una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 0.9% a 20%. (25)

En otro estudio realizado en nuestro país, se concluyó que las víctimas de violencia durante el embarazo sufren más complicaciones en el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas. Se determinó una diferencia de peso de 560g menos en recién nacidos producto de mujeres que habían sufrido violencia familiar durante el embarazo a diferencia de las mujeres que no sufrían maltrato. (14)

La violencia hacia la mujer es en la actualidad una preocupación para las autoridades Nacionales y los organismos internacionales vinculados

con la salud, aborda la violencia basada en el género. La prevalencia de la violencia hacia la mujer durante el embarazo es de 4 a 8%, la cual es mayor que la de preeclampsia y la de la diabetes gestacional. (29)

Un análisis nacional se sugiere que existe una correlación entre la violencia en el embarazo y la violencia en adultos. Las mujeres jóvenes menores de 40 años son más propensas a ser víctimas de violencia durante el embarazo. (30)

La violencia doméstica es más común entre las mujeres embarazadas que en la población general. Los estudios realizados en pacientes a través de entrevista posteriores a un aborto informaron una tasa de abuso de un 14 a 22%. (31)

En México como en muchos otros países de América latina, la identificación del maltrato en mujeres embarazadas durante la atención prenatal no es un hecho frecuente, esto es debido a que aun no se reconoce a la violencia como un problema de salud pública. (23)

Stewart define los factores de riesgo durante la gestación que propician la violencia tales como: la inestabilidad social, ser mujer joven, soltera, con nivel educativo bajo, desempleadas y con embarazo no deseado, dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desórdenes emocionales. (25)

Por lo tanto; Ya sea por temor, vergüenza o inseguridad, la víctima de la violencia no revela el motivo de la lesión o molestia cuando recurre a

los servicios de salud. Esto hace que los hechos pasen desapercibidos y no sean registrados en las estadísticas de salud. Otra causa que favorece el subregistro es la irrelevancia que le otorga al conflicto familiar el prestador de servicios de salud para identificar un daño como posible expresión de la violencia en el entorno familiar. (19 31)

La violencia es un problema de salud a nivel mundial y reconocido a nivel nacional, por lo cual, se tiene como uno de los principales retos para su estudio, disponer de instrumentos de medición confiables, que permitan evaluar sus tendencias y cuya finalidad será el llevar a cabo una mejor distribución y planeación de los recursos para prevención y desarrollo de programas de promoción de la salud en la población general. (32)

Con dicha finalidad se han desarrollado instrumentos para medir la violencia en distintos países, donde mediante la recopilación de la literatura existente, se han encontrado instrumentos de detección como son: Abuse Assessment Screen (AAS) (1992), Domestic HITS (Hurt-Insult-Threaten-Scream) (1998), Abuse Assessment Questionnaire (1999), Universal Screening for Domestic Violence in Abortion (2001). Instrumentos de diagnóstico como son: Conflict Tactics Scales (CTS) (1979) Danger Assessment Instrument (1986), Index of Spouse Abuse (ISA) (1981), Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI) (1989), Measurement of Wife Abuse (MWA), Partner Abuse Scales: Physical (PASPH) / Partner Abuse Scale: Non-Physical (PASNP) (1990), Norvold Abuse Questionnaire (NOR-AQ) (2003), Physical Abuse of Partner Scale (PAPS) / Non-Physical Abuse of Partner Scale (NPAPS)

(1992), Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale (SCIRS) 2004.

(3C)

De todos los instrumentos desarrollados, cada uno se orienta a distintos aspectos de la violencia, tales como su clasificación en física o no física; la frecuencia con la que ocurre y la severidad y direccionalidad de los episodios violentos. El instrumento mas utilizado, y a su vez el más criticado, para evaluar violencia contra la mujer es The Conflict Tactic Scale. (33)

Entre las escalas existentes cada una se encarga de identificar los diferentes tipos de violencia entre las cuales encontramos la Abuse Assessment Screen (AAS) cuyo autor es McFarlane, J. y Parker, B. (1992) este tests tiene la finalidad de Identificar a mujeres víctimas de violencia física y sexual así como cuantificar la severidad y frecuencia del maltrato durante el embarazo, diseñado para ser aplicado en los servicios de cuidado prenatal. Se trata de un cuestionario administrado por el o la profesional de la salud de forma privada, compuesto por cinco preguntas, que indagan la experiencia de violencia física y sexual cuyas respuestas son "sí" o "no". En caso afirmativo, se pregunta por la persona agresora (diferenciando entre el marido, el exmarido, un novio, un extraño, otra persona o agresores múltiples) y por el número de veces que han tenido lugar estas agresiones. Finalmente, se plantea si siente miedo de su pareja. La respuesta positiva a los ítems 2, 3 ó 4, indica que la mujer entrevistada podría ser víctima de violencia por parte de su pareja. Este ha sido validado en EE.UU. por los autores en una muestra de 691 mujeres embarazadas que acudían a los servicios prenatales (Parker y McFarlane, 1991). También ha sido validado y

comparado con otras herramientas por investigadores independientes (Norton, Peipert, Zierler, Lima y Hume, 1995; Reichenheim y Moraes, 2004). Ha sido modificado por el equipo de McFarlane (2001) para su utilización con mujeres con discapacidad física. Esta herramienta facilita la identificación de situaciones de violencia dentro de la pareja. Además la brevedad del cuestionario y su fiabilidad aumenta la efectividad del reconocimiento de mujeres víctimas de maltrato en los servicios prenatales. Una limitación de este instrumento es que no identifica claramente la violencia emocional. (30)

Otra de las escalas es la Domestic Abuse Assessment Questionnaire cuyo autor es Canterino, J.C., VanHorn, L.G., Harrigan, J.T., Ananth, C.V. y Vintzileos, A.M. (1999). Su finalidad es Identificar el abuso doméstico en pacientes embarazadas, para ser aplicado en servicios prenatales; Se trata de un cuestionario estandarizado y autoadministrado con 5 preguntas de maltrato físico y emocional, abuso sexual y a los sentimientos de miedo hacia la pareja, refiriéndose tanto al último año como a la época de gestación, con respuestas de "sí" o "no". Elaborado originalmente en inglés y en español. La validez por los autores se realizó en una muestra de 224 pacientes de clínicas prenatales estadounidenses y comparadas con los resultados obtenidos a partir de las entrevistas guiadas verbalmente por las enfermeras del servicio de cuidado prenatal. (30)

La Universal Screening for Domestic Violence in Abortion cuyo autor es Weibe, E.R. y Janssen, P. (2001). Tiene la finalidad de detectar víctimas de violencia doméstica en las clínicas de interrupción del embarazo. Se

trata un tests de seis preguntas que abordan fundamentalmente preguntas referentes a la experiencia de violencia física y al abuso sexual, aunque también se pregunta por las sensaciones de miedo que la mujer siente hacia su pareja. Estas se aplican al año previo y en particular al periodo de gestación. Así también se pregunta por la posibilidad de que la decisión de abortar esté causada por el maltrato físico o sexual. Estas son respondidas por un "sí" o "no". También se incluye una pregunta adicional en el caso de que la mujer no quiera responder para averiguar las causas de su ausencia de respuesta (dificultad lingüística, estrés emocional, presencia de la pareja en la habitación). (30)

Las mas utilizada la Conflict Tactics Scales (CTS), elaborada por Straus, M.A. (1979) en esta su finalidad es medir la extensión de las agresiones físicas, sexuales y psicológicas en la pareja, así como la utilización del diálogo en la resolución de los conflictos familiares. Tiene en total 18 ítems que se distribuyen en tres escalas, que corresponden a cada uno de los métodos de resolución de conflictos familiares identificados por Straus diálogo, agresión verbal y violencia física. Las CTS consisten en una lista de acciones que cualquier miembro de la familia puede llevar a cabo en un enfrentamiento o conflicto con otro miembro de la familia. Los ítems comienzan con aquellos que expresan un nivel más bajo de coacción, para pasar de forma gradual a otros ítems que muestran mayor coerción y agresividad. Las categorías de respuesta consisten en el número de veces que cada acción ha ocurrido durante el pasado año y el número de veces que han sido realizadas por el marido o pareja, midiéndose en una escala de 6 puntos (desde "nunca" a "más de 20

veces”) La adaptación cultural ha sido traducidas y aplicadas en más de 20 países. Ha sido validada por diversos autores en una gran variedad de muestras y de contextos, demostrando un alto grado de validez y fiabilidad. Por ejemplo, Peralta y Fleming (2003) la han validado en contextos de atención primaria y Jones, Ji, Beck y Beck (2002) en ámbitos carcelarios, etc. Por otro lado, Koziol-MacLain, Coates y Lowenstein (2001) han tratado de evaluar su capacidad predictiva en la población general. Hay una segunda versión revisada de las CTS, la CTS2, realizada por Straus y sus colaboradores en 1996. La base teórica y el modo de operacionalización de las variables son fundamentalmente los mismos en ambas versiones. La nueva escala revisa las escalas originales y las reformula en asalto físico, agresión psicológica y negociación. Además incluye medidas sobre un tipo adicional de maltrato por parte de la pareja, la coerción sexual, y preguntas sobre el daño físico provocado por los ataques por la pareja. Así también esta escala, aunque el número de ítems es mayor (concretamente 39 ítems), utiliza un formato de respuesta más simplificado. Comparación entre la CTS1 y la CTS2

CTS1	CTS2
preguntas de violencia 9,	asalto físico 12,
Agresión verbal 6,	Agresión psicológica 8,
Razonamiento 3,	Negociación 6.
con un total de 39 ítems. (30)	

La CTS2 ha sido adaptada y validada por Straus (2004) en 17 países distintos. En el español, ha sido traducida y adaptada por Medina y Barberet (1997). También se ha elaborado una versión reducida de la CTS2 (Straus y Douglas, 2004). Estas son las escalas más populares para la medición de la violencia contra la mujer por parte de la pareja, y

se han utilizado en una gran diversidad de ámbitos y propósitos (clínicos, asistenciales, educativos .) y también han sido adaptadas e incluidas en numerosas encuestas sociales y epidemiológicas. Las principales críticas contra estas escalas se centran en la falta de atención que muestran sobre el contexto donde se produce el maltrato hacia la mujer y de las consecuencias de dicha violencia (Dobash y Dobash, 1988). Así también se ha señalado como una limitación de estas escalas el ser vaga. Estos países son Hong Kong, India, Israel, Corea, Singapur, Australia, Nueva Zelanda, Bélgica, Suiza, Alemania, Escocia, Países Bajos, Portugal, Brasil, Méjico, Canadá, EE.UU. así como la Unidad de Apoyo a la Investigación Escuela Andaluza de Salud Pública Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual 34 poco consistente definición de la violencia psicológica (Tolman, 1989). No obstante estas críticas han sido tenidas en cuenta en la segunda versión revisada de las escalas. (30)

Norvold Abuse Questionnaire (NOR-AQ) Nordic Research Network (NorVold) (2003). mide el grado de abuso emocional, físico y sexual y el maltrato en la atención sanitaria contra la mujer. Diseñado para aplicación en mujeres de países nórdicos para estimar y comparar las tasas de prevalencia. Es un cuestionario amplio sobre violencia contra la mujer en general, e incluyen violencia dentro de la pareja. Este cuestionario tiene ocho partes y, un total de 80 preguntas. La primera parte son generalidades sociodemográficas; la segunda a las experiencias relacionadas con el embarazo y la consulta a los servicios ginecológicos; en la tercera parte, se trata sobre el nivel de autoestima y a la historia médica del paciente; las secciones cuatro a siete incluyen

13 preguntas específicas sobre abuso, divididas en cuatro tipos como son la emocional, físico, abuso sexual y abuso en el sistema de atención sanitaria. Estas tratan de medir el grado de abuso a lo largo de la vida, que se codifica en abuso ligero, moderado y severo. En el caso de que la mujer entrevistada haya experimentado abuso, pasa a responder una serie de preguntas más detalladas sobre quién ha sido el agresor, cuándo ocurrió el abuso, si se lo comunicó a alguien cuando ocurrió, etc. El cuestionario se cierra con preguntas generales sobre abuso, como por ejemplo, si ha tenido que acudir a la policía, temor de volver a ser maltratada en el futuro. Ha sido validado en una muestra aleatoria de mujeres suecas entre 18 y 64 años por Swahnberg y Wijma (2003) y comparado con dos cuestionarios validados (Conflict Tactics Scales y Sexual Abuse Questionnaire) y una entrevista abierta. (30)

Otro de los instrumentos que nos ayuda a valorar la funcionalidad familiar encontramos al APGAR Familiar diseñado en 1978 por Smilkstein. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar que son adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Consta de 5 reactivos aplicables mediante una breve entrevista a los miembros de la familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad si la familia representa un recurso. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols (1996). El APGAR familiar pone al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar. Cada uno de los miembros de la familia, mayores de 15 años, eligen por separado una de las tres opciones a las cuales se les asignó un valor, esta son

las siguientes: casi siempre (2) , algunas veces (1) o casi nunca (0) con la suma de la puntuación podemos clasificar como de 0-3 a una familia altamente disfuncional, de 4 a 6 moderadamente disfuncional, y de 7 a 10 se clasifica a una familia funcional. (34)

Así, los estudios dedicados a investigar la violencia en la mujer son de vital importancia para proponer estudios instrumentales, como categoría independiente, entendiendo a éstos como los encargados del desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño o adaptación siempre que cualquier investigador necesite utilizar algún instrumento para medir sus variables de estudio. (35)

Mas sin embargo, es de suma importancia abordar la violencia en la mujer embarazada a través de la perspectiva etnopsicológica (Pick y Jones, 1981), para comprensión de la idiosincrasia de una cultura y país. En ella se plantea que el constructo y las escalas desarrolladas en poblaciones extranjeras, en especial países industrializados u otras culturas, no son aplicables a los países latinos en proceso de desarrollo como México. (36)

Entre los diversos tipos de escalas se pueden clasificar básicamente tres grupos; las diferenciales (Thurstone 1929), las sumativas (Likert) y las acumulativas (Guttman). De estas, la primera se caracteriza por poseer solo dos respuestas posibles a los items (de acuerdo o en desacuerdo), tienen su origen en el modelo de Guttman (1950), también llamado escalograma en la cual los items tienen una determinada dificultad y el estar de acuerdo con uno implica estar de acuerdo con

todos los precedentes. Suelen tener muy pocos ítems y se utilizan para medir actitudes muy concretas. (37).

La escala sumativa de Likert (1932), fue elaborada por el primer investigador social y consiste en un cuestionario compuesto por una serie de ítems que tratan de reflejar los diferentes aspectos de un objeto (actitud) hacia lo que cabe tener una posición diferente. Cabe señalar que todos los ítems miden con la misma intensidad la actitud que se desea medir y el encuestado es el que le da una puntuación, normalmente de 1 a 5, en función de su posición frente a la afirmación sugerida por el ítem. (38).

La revisión de la literatura nos refiere que la escala de Likert se emplea para estudiar opiniones complejas; sin embargo los aciertos o errores en el proceso de medición de estas variables pueden afectar la validez de los datos; esto quiere decir que se puede perder la correspondencia entre el resultado de la medición y la realidad del fenómeno que se está estudiando. Por lo tanto, medición y validez son dos elementos inseparables en toda investigación científica. (39-40).

Existen diversas formas de determinar la validez de un instrumento entre ellas, la validez de criterio se asocia a la capacidad de un instrumento para predecir una conducta o evento de salud, a su vez, la de contenido se refiere al grado en que un instrumento representa el universo o la totalidad de los contenidos de los fenómenos que se pretenden medir. Por su parte, la validez de constructo ratifica la teoría que fundamenta la utilización de un tests más que el tests en sí

mismo. La confiabilidad es el grado en que los puntajes observados en una medición están libres de error de medida. (41)

Varios instrumentos han sido desarrollados, y algunos han demostrado una buena consistencia interna y algunos otros, validados con más instrumentos; pero no ha sido evaluada la dimensión contra la violencia o los resultados en la salud. Pocas intervenciones se han realizado centradas en las mujeres embarazadas. (42)

JUSTIFICACION

En este medio no existen instrumentos de medición elaborados; donde se pueda medir la violencia intrafamiliar en la mujer embarazada, ya que los trabajos realizados que fueron aplicados en este país, se han apoyado en tests contruidos y validados en otros países, con otra cultura y características de población; que al aplicarse en México solo se adaptan o adecuan, mas sin embargo, no logran reflejar la situación real de la violencia. Por lo que es necesario construir un instrumento de medición que logre detectar el grado de violencia física, psicológica o sexual en la mujer embarazada; cuya finalidad seria disminuir la morbimortalidad materno-fetal y a su vez sea una herramienta útil para el personal de salud en la detección de violencia en esta etapa de la vida de la mujer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La existencia de violencia durante la gestación altera el estado físico de la paciente así como el desarrollo del embarazo, llevando a múltiples complicaciones durante este y su desenlace, lo cual nos motiva a realizar y validar un tests que nos ayude a determinar el tipo de física, psicológica o sexual que prevalece en las mujeres embarazadas.

¿Es necesaria la validación de un tests que evalúe violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en mujeres embarazadas?

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

Diseñar un instrumento de medición que de forma sencilla y breve permita evaluar la presencia de violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en las mujeres embarazadas que acudan al servicio de materno infantil en la UMF. 1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Construir y validar un instrumento de medición que de forma sencilla y breve permita evaluar la presencia de violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en las mujeres embarazadas en las que acudan al servicio de materno infantil en la UMF. 1

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS NULA.

El tests de validación de contenido y constructo para medir violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físicos, psicológico y sexual en la mujer embarazada es menor a un 80%.

HIPÓTESIS ALTERNA:

El tests de validación de contenido y constructo para medir de violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico sexual en la mujer embarazada es de un 80%.

MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Por su temporalidad; transversal

Por el grado de control de la causa; observacional

Por la recolección de datos; Prospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

Prueba piloto en mujeres embarazadas que acudan a valoración en el servicio de materno infantil en la UMF. 1 en el periodo de octubre a diciembre del 2009.

LUGAR.

Se llevara a cabo la validación del instrumento de medición en el Hospital General Regional No1 y la prueba piloto en embarazadas adscritas a la UMF- 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Veracruz Sur de Agosto a diciembre del 2009.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1 Psiquiatra adscrito a HGRO
- 1 Psicólogo adscrito a HGRO
- 1 Subjefe de educación e investigación
- 1 Experto en investigación epidemiológica.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Que rechace el experto en participar en la validación del Instrumento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que contesten el 10% o menos el instrumento de medición.

METODOLOGIA.

El presente estudio estudio transversal, observacional se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Orizaba Veracruz, del Instituto Mexicano del Seguro social; con el objetivo de validar un tests que consto de 108 items correspondientes a las definiciones operativas, que evalúan violencia intrafamiliar leve, moderada y severa. Dicho tests consto de 37 items que evalúan los aspectos fisicos, 52 psicológicos y 19 el sexual, dicha validación se realizo por dos rondas de 4 expertos. La cual se conformo por un psiquiatra, un psicólogo, 1 subjefo de educación e investigación y un experto en investigación epidemiológica todos adscritos al HGRO-1.

El proceso de validación se realizo en dos etapas.

En la primera etapa: Se envió el proyecto al comité de investigación ética del IMSS quienes otorgaron la autorización para realizar el proyecto de investigación. Con el fin de garantizar que cada pregunta expresara la definición conceptual de las manifestaciones de violencia que se exploraron. Llegando a un consenso acerca de la redacción de los enunciados de las preguntas.

Segunda etapa: Se procedió a su validación psicométrica. Para ello se envió a una ronda de 4 expertos adscritos al HGRO-1, los cuales

determinaran la validez de constructor y contenido de los ítems, posteriormente se realizo las correcciones pertinentes sugeridas por los expertos (modificando, anulando, corrigiendo) los ítems indicados; mediante una segunda ronda se entrego a los expertos para una segunda revisión del instrumento de medición, obteniendo un total de 45 ítems los cuales conforman el test. Posterior a ello se realizo una prueba piloto de forma aleatoria a embarazadas que asistan al servicio de materno infantil de agosto a diciembre del 2009 en la UMF-1 de Orizaba Veracruz.

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	ESCALA MEDICION	INDICADOR
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder, en función del género, edad o condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico o sexual	En este estudio se denominara a toda acción que amenace o lesiona de forma violenta dentro de su entorno familiar con el fin de mantener una relación de dependencia	Cualitativa	Tipo Likert	Ítems 108 1= nunca 2= Alguna vez 3=Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre
VIOLENCIA EN LA MUJER EMBARAZADA	Acto de violencia que se ejerce en la mujer embarazada por algún miembro de la familia y/o de la pareja.	En este estudio se denominar a toda violencia que se ejerza en la mujer embarazada, es sin importar la semana de gestación, por parte de cualquier integrante de la familia	Cualitativa	Tipo Likert	Ítems 108 1= nunca 2= Alguna vez 3=Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre
VIOLENCIA FISICA	Cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer	En nuestro estudio se denominara a toda conducta que directa o indirectamente esté dirigida a ocasionar daño físico sobre la mujer embarazada o cualquier otro tipo de maltrato que afecte la integridad física de esta o del	Cualitativa	Tipo Likert	37 ítems 1= nunca 2= Alguna vez 3=Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre

producto

VIOLENCIA PSICOLOGICA	Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psiquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja	En nuestro estudio se denominara a toda conducta que ocasione un daño emocional, disminuya la autoestima, perturbe o utilice estrategias más complejas que busquen la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas en la mujer embarazada	Cualitativa	Likert	52 items 1= nunca 2= Alguna vez 3= Varias veces 4= Muchas veces 5= Siempre
VIOLENCIA SEXUAL	Agresiones sexuales que comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación o se atenta contra la libertad sexual	Se denominara asi a toda conducta que amenace el derecho de la mujer embarazada a decidir voluntariamente sobre su sexualidad, ya sea acto o contacto sexual	Cualitativa	Likert	19 items 1= nunca 2= Alguna vez 3= Varias veces 4= Muchas veces 5= Siempre

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	ESCALA MEDICION	INDICADOR
Violencia Leve.	Todo acto cuyo efecto no ponen en peligro la vida y no dejan daños permanentes	En nuestro estudio se denominara a toda a agresion que no cause lesiones permanentes y que no dañen la integridad fisica. psicológica o sexual de la mujer embarazada	Cualitativa	Tipo likert	Ítems 26 1= nunca 2= Alguna vez 3=Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre
Violencia moderada	Lesiones u hendas cuyas consecuencias dejan algunas secuelas visibles y/o no visibles	En nuestro estudio se denominara a todo acto que sea vinculado con lesiones que dejen secuelas visibles o no visible, que dañen la integridad tanto fisica. psicológica o sexual de la mujer embarazada.	Cualitativa	Tipo likert	Ítems 47 1= nunca 2= Alguna vez 3=Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre
Violencia Severa	Lesiones que no sanan o producen lesiones definitivas u permanentes en la victima, pudiendo llegar hasta la muerte	En nuestro estudio se denominara a toda lesión o agresión ya sea fisica. psicológica o sexual que deje secuela en la mujer embarazada o cause la muerte de ella o atente contra la vida del producto	Cualitativo	Tipo likert	Ítems 35 1= nunca 2= Alguna vez 3=Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre

RECURSOS

Recursos Humanos.

- 1 Médico residente de Medicina Familiar.
- 1 Asesor metodológico
- EXPERTOS: 1 Psiquiatra adscrito a HGRO
 - 1 Psicólogo adscrito a HGRO
 - 1 Subjefe de educación e investigación
 - 1 Experto en investigación epidemiológica.

Recursos Materiales

MATERIAL	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO (en pesos)	PRECIO TOTAL
1 Computadora	Laptop	\$ 8.000	\$ 8.000
1 Impresora	Impresora	\$ 700	\$ 700
1000 hojas tamaño carta de papel bond	Paquete con 500 hojas papel bond	\$49 50	\$49 50
5 lapices de madera	Un lapiz de madera con punta de grafito	\$ 3 00	\$15 00
5 gomas	Goma blanca	\$1 50	\$7 50
6 plumas/boligrafos	Pluma tinta negra	\$2 50	\$15 00
3 corrector tipo pluma	Corrector tipo pluma	\$15 00	\$45 00
1 engrapadora	1 Engrapadora mediana	\$45 50	\$45 50
1000 grapas	Caja con 5040 grapas	\$22 00	\$22 00
1 perforadora	Perforadora de dos orificios	\$45 00	\$45 00
Broches	Broches latonados tipo frances caja c/100	\$ 65 00	\$65 00
Marca textos	1 marca texto amarillo	\$ 6 00	\$ 6 00.

folder tamaño carta	1 folder	\$ 3 00	\$ 3 00
300 Fotocopias para cuestionarios (3 hojas por cuestionario)	1 copia en papel bond	\$ 0 25	\$ 75

ASPECTOS ETICOS

El proyecto se ajusta a las normas en materia de investigación científica en seres humanos de acuerdo a las declaraciones de Helsinki Finlandia 1964, con modificación de Tokio Japón el año de 1975.

Así como lo establecido por la norma ética No.- 313 para la investigación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de salud.

El protocolo se realizo hasta posterior a la aprobación por el comité local de investigación.

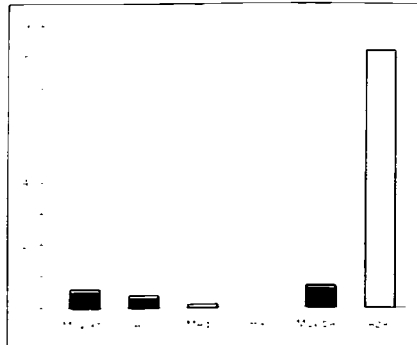
Todos los pacientes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario estructurado, previamente valorado por 2 rondas de expertos, con una confiabilidad de 0.87 (obtenida por la fórmula 21 de Kuder Richardson), con la prueba piloto a un total de 100 mujeres embarazadas en la UMF-1 de la delegación Veracruz sur. Predominando las respuestas por efecto de azar en un 82% de dicha población (según la fórmula de Pérez-padilla y Viniegra).

Formula de Pérez-padilla y Viniegra

Muy alto	6 %
Alto	4%
Medio	1%
Bajo	0%
Muy bajo	7%
Azar	82%



DISCUSIÓN

Es de suma importancia contar con un cuestionario sensible, confiable y específico que pueda aplicarse para detectar en la práctica médica casos de violencia en la mujer embarazada. La validación de este test se realizó mediante 2 rondas de expertos, durante la primera ronda se envió un total de 108 ítems los cuales evalúan violencia intrafamiliar leve, moderada y severa. De los cuales, 37 ítems evalúan violencia física, 52 psicológica y 19 sexual, posterior a dicha ronda se tomaron los ítems en los que 3 de 4 de los expertos estuviesen de acuerdo, o bien se anularon aquellos ítems en los cuales se encontraran en desacuerdo 3 de 4 o bien 2 de 4 de los expertos. Por lo que se procedió a reestructurar o anular los ítems correspondientes, reenviando a una segunda ronda de expertos un total de 79 ítems, de los cuales en 73 estuvieron de acuerdo 3 de 4 de los expertos. Tomando un total de 45 ítems que forman el test. Procediendo posteriormente a realizar una prueba piloto a una población de 100 mujeres embarazadas que acudieran al servicio de EMI en la UMF-1. Los resultados del proceso de validación realizados demostraron la solidez de este instrumento de evaluación, tanto por su formato, contenido, comprensibilidad sobre todo su confiabilidad que

corresponde a 0.87. Así como se observó las respuestas al azar en el 82%, ya que en la población el escrutinio de esta problemática se toma como de índole familiar no reflejando la situación real de esta. Este instrumento puede emplearse en las consultas clínicas para detectar situaciones de violencia física, psicológica, y sexual. Este cuestionario validado para la detección sistemática de casos de violencia en la mujer embarazada puede ser aplicado en los servicios de salud así como puede ser un elemento importante en la estrategia para disminuir la violencia hacia la mujer en nuestra región.

CONCLUSIONES

En respuesta al objetivo planteado, se ha diseñado un instrumento de medición que de forma sencilla y breve permite evaluar la presencia de violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en las mujeres embarazadas, la cual tiene como base teórica la violencia, y pretende aportar al estudio de las variables que actualmente operan como obstaculizadoras de la erradicación de la violencia en nuestro país. El test cuenta con una índice de confiabilidad de 0.87 (obtenida por la fórmula 21 de Kuder Richarsson). Así como observamos que la mayoría de las respuestas fueron respondidas por efecto de azar en el 82% de un total de 100 mujeres a las cuales se le aplicó la prueba piloto (según la fórmula de Pérez-padilla y Viniestra). Por lo que se hace notar que el indagar sobre este problema que se presenta a nivel mundial es muy incierto, ya que la mayoría de las respuestas de los ítems serán negadas, ya que por nuestra educación o idiosincrasia este tipo de problemas se toman como de índole familiar. Si bien la experiencia clínica y en intervenciones comunitarias, junto con alcances teóricos sobre la violencia, señalan la presencia de estas creencias, la factibilidad de estudiarlas en forma sistemática y masiva, abre la posibilidad de diseñar investigaciones

diagnósticas, favoreciendo el desarrollo de los modelos teóricos sobre la violencia y aportando efectividad en las intervenciones que apuntan a la superación del problema en nuestras comunidades.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

1. El IMSS es una institución de gobierno, cuyo personal médico diariamente otorga miles de consultas no solo de atención primaria sino también de segundo y tercer nivel, así como de urgencias, por lo que generalmente los costos son altos, en muchas de estas las causas son debidas a una problemática en el entorno familiar, como lo es la violencia y mas en la mujer embarazada, lo cual aumenta el número de consultas debido a complicaciones así como agota los recursos en medicamentos, ingresos y tiempo de hospitalización.
2. Se debe identificar la presencia de datos de violencia intrafamiliar, detectarlos desde la primera consulta, analizar el caso de cada paciente así como proporcionar el apoyo psicológico a cada paciente y su entorno familiar.
3. Si existe recurrencia o falta de respuesta favorable al tratamiento empleado, es importante investigar sobre algún dato de violencia, así se reducirá el número de consultas y

complicaciones secundarias a esta (aborto, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membrana).

4. Es menester del personal de salud nos esforcemos por detectar los datos de violencia, así se disminuirían complicaciones, riesgo de muerte tanto maternas como fetales, contribuyendo a la disminución de gastos institucionales.
5. Enviar a trabajo social para su apoyo, así como otorgar apoyo psicológico durante y después del embarazo.
- 6 Se debe considerar dar parte a las autoridades en materia como es la agencia especializada en delitos sexuales y contra la familia sobre la violencia, no solo física si no también la psicológica y sexual que sufren los derecho habientes, ya que estas son muy frecuentes y no se castigan ya que algunas no causan lesión física aparente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Del Ángel A.M.E., Aguilar M. E. Viniestra V. L. Un instrumento para estimar los efectos del proceso educativo en la percepción de sí mismo. Rev. Med. IMSS. 1998;36(1):71-76.
- 2.- De la Roche R. Obstáculos para la elaboración de escalas tipo likert: una reflexión personal. Medicina Familiar. 2007; 9 (2):75-84.
- 3.- Castillo S. E. J. Aguilar M. E. Rivera I. D. B. Leyva G. F. A. Ambiente educativo en medicina. Propuesta de un instrumento de evaluación. Rev. Med. IMSS. 2001;39(5):403-407.
- 4.- Gutiérrez G. S. N. Validación de un instrumentó para evaluar la competencia clinica del médico familiar. Rev. Med. IMSS. 1999;37(3):201-210.
- 5.- Cantú M. P. C. Moreno G. D. Revista de salud pública y nutrición. Contexto y tendencias de la violencia familiar. 2004;5(4): 1-7.
- 6.- Torres C. C. Jóvenes y Violencia Revista Iberoamericana. 2005;37:55-92.
- 7.- Chambliss. Linda R. Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2008;51(2):385-397.

- 8.- Sang Y. M. Yang M. J. Jen Ch. Schen.S. C. Ko Y. Ch. Intimate Partner Violence and Minor Psychiatric Morbidity of Aboriginal Taiwanese Women. Public Health Reports. 2006;121(4): 453–459.
- 9.- Diaz M. E. De la Garza A. J. II. Violencia intrafamiliar: Frecuencia y características en ambiente urbano y rural. Gac. Méd. Méx. 2000;139(4): 356-361.
- 10.- Figueroa Ma. D. Millan G. R. Estrada L. M. Isais M. R. Bayardo Q. C. Trujillo H. B. Tene C. E. Maltrato físico en mujeres. Gac. Méd. Méx. 2004;140 (5) 481-484.
- 11.- Campero M. L. Walter. D. Hernández D. B. Espinoza M. H. Reynoso T. S. Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, Mexico. Salud pública de Méx. 2006; 48(2):297-306.
- 12.- Torres R. E, Salazar T. Rincón V. Aproximación estadística a la violencia familiar en la ciudad de Mérida. Economía. 2005;21:9-38.
- 13.- Pontecorvo. Mejia. C. R. Alemán M. Vidal A. Pia M. M. Fayanas R. Fernández A. Pérez S. E. Violencia doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. Medicina. 2004;64(6): 492-496.
- 14.- Saucedo G. J. M. Castillejos V. G. Maldonado D. J. M. III. Violencia

domestica. El maltrato a la mujer. Gac. Méd. Méx 2003;139(4):362-367.

15.- Rhodes K. V. Frankel R. M. Levinthal N. M. Prenoveau. Elizabeth B. A. Jeannine M. A. L. Levinson W. "You Not a Victim of domestic Violence, Are You" Provider-Patient Communication about Domestic Violence. American College of Physician. 2007;147(9): 620-627.

16.- Perea M. A. Loreda A. A. Trejo H. J. El profesional de salud ante la Norma Oficial Mexicana NOM_190-SSA 1999 " Atención Medica de la Violencia Familiar". Rev. Fac. Med. UNAM. 2002;45(5): 208-211.

17.- Méndez H. P. Valdez S R. Viniegra V. L. Rivera R. L. Salmerón C. J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública de México, 2003;45(6):472-482.

18.- Díaz M. A. Jiménez R E. 1. Violencia intrafamiliar. Gac. Méd. Méx. 2003;139(4):353-355.

19.- División técnica de información Estadística en salud. Dirección de prestaciones medicas de IMSS DF; El IMSS en cifras: La violencia contra las mujeres derechohabientes. Rev. Med. IMSS. 2004;42(6):525-530.

20.- Castro R. Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Revista de Salud Publica. 2004;38(1):62-70.

- 21.- Mendoza F. M. Martinez H. G. Pizano Z. M. Lartigue B. T. Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México. *Rev Enferm Herediana*. 2008;01(1):440-473.
- 22.- Saifuddin A. Michael A. K. Rob S. Effects of Domestic Violence con Perinatal and Early—Childhood Mortality: Evidence from North India. *American Public Health Association*. 2006;96(8):423-1428.
- 23.- Valdez S. R. Arenas M. L. Hernandez T. I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud publica de Mexico*. 2004;46(1): 56-63.
- 24.- El Kandy D. Perinatal Outcomes of Traumatic Injuries During Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2007;50(3):582-591.
- 25.- Paredes S. S. Villegas A. A. Meneses R. A. Rodríguez R. E. R. Reyes De J. L. Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Omatepec, Guerrero, Mexico. *Salud publica de México*. 2005;47(5):331-345.
- 26.- Nicole P. Y. Steven L. B. Donald D. M. Kenneth J. L. Aprospective Observational Study of Domestic Violence during pregnancy; *Obstetrics & Gynecology*. 2005;106(1): 61-65.
- 27.- Koenig J. Linda. Whitaker D. J. Royce R. A. Physical and Sexual Violence During Pregnancy and After Delivery: A Prospective Multistate

Study of Women With or at Risk for HIV Infection. *American Journal of Public Health*. 2006;96(6):1952-1959.

28.- Rodriguez M. A. Heilemann M. V. Fielder E. Ang A. Nevarez F. Mangione C. M. Intimate Partner Violence, Depression, and PTSD Among Pregnant Latina Women. *Annals of Family Medicine*. 2008;6(1): 44-52.

29.- Pia M. M. Aleman A. Fayanas R. Guedes A. Mejias R. M. Validacion de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de genero en las consultas clinicas. *Rev. Panam Salud Publica*. 2005;17(2):79-83.

30.- Ruiz P. I. Jiménez R. M. L. Bermúdez T. C. Plazaola C. J. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. OMS observatorio de salud de la mujer. :1- 121.

31.- Brown. Belle B. J. Lent B. Schmidt. Gail M. Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting. *The journal of family practice*. 2000;49(10):896-903.

32.- Natera R. G. Juárez G. F. Tuiburcio S. M. Validez Factorial de una Escala de Violencia Hacia la Pareja en una muestra Nacional Mexicana. *Salud Mental*. 2004;27(2):31-38.

33.- Valdez S. R. Hajar M. M. C. Salgado de Z. N. Rivera R. L. Ávila B. L. Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta

metodología para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*. 2006;48(2):221-231.

34.- Huerta G J. La familia en el proceso salud- enfermedad. *Biblioteca de Medicina Familiar*. 2005;1:95-96.

35.- Carretero D. H. Pérez C Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005;5(3): 521-551.

36.- Moral de la R. J. Validación de la Escala de Valoración de la Relación en una muestra mexicana. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*. 2008;13(1):1-12.

37.- Guil B. M. Escala mixta de Likert-Thursone. *Revista Andaluza de Ciencias sociales* 2006;5:81-95.

38.- Llanos Z. F. Rosas A. A. Mendoza R. D. Contreras R. C. Comparación de las escalas de likert y vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un hospital de Peru. *Rev. Med. Hered.* 2005;12(2):53-57.

39.- Sánchez R. Echeverri J. Validación de Escalas de Medición en Salud. *Revista de Salud Pública*. 2004;6(3):302-318.

40.- Cañadas O. I. Sánchez B. A. Categorías de respuesta en escala tipo Likert. *Psicothema*. 1998;10(3):623-631 .

41.- Alarcón M. A. Muñoz N. S. Medicion en salud: Algunas consideraciones metodologicas Rev Méd. Chile. 2008;136:125-130.

42.- Nelson H. D. Nygren P. McInerney Y. Klein J; Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine. 2004;140(5):387-404.

ANEXOS

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha Orizaba, Veracruz

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado.

Validación de un tests que evalúe violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

R-3101-2009-8

El objetivo del estudio es: Determinar

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Permitir que se me apliquen cuestionario validacion de un test que evalúe violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada, el cual es un instrumentos ya validado. Cuyos datos se manejaran de manera confidencial respetando mi privacidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Ninguno.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio

ANEXO 2.

Nombre de la paciente _____ Edad: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y responda este cuestionario marcando con una cruz (x) solo una respuesta, la que considere sea la más apegada a su situación actual. (Estas preguntas se refieren a padre, hermano, esposo, pareja o ex-pareja) según sea con quien habite o conviva.

		<u>NUNCA</u>	<u>ALGUNA VEZ</u>	<u>VARIAS VECES</u>	<u>MUCHAS VECES</u>	<u>SIEMPRE</u>
1.	El me amenaza con golpearme					
2.	El rompe mis cosas					
3.	Si algo no le agrada me sujeta con fuerza hasta lastimarme					
4.	Cuando se enoja rompe o trar cosas de la casa					
5.	Me arroja objetos con intención de golpearme					
6.	Me golpea con la mano					
7.	Me empuja o da de empujones					
8.	Me jala del cabello					
9.	Me da nalgadas					
10.	Me pellizca					
11.	Me ha roto o quebrado algún hueso					
12.	Me ha dejado moretones en los brazos y piernas					
13.	Me ha causado hendas en el cuerpo con navajas, cuchillos o tijeras					
14.	He sangrado después de recibir golpes					
15.	Después de que me golpea he estado a punto de abortar o he iniciado trabajo de parto					
16.	Se burla de mí dice que estoy gorda y crítica como me visto					
17.	Me compara con animales					
18.	Me ignora					
19.	No se interesa por mi embarazo					
20.	Me exige obediencia a sus caprichos					

21	Me impide trabajar					
22	Le disgusta que hable o visite a mi familia					
23	Se enoja fácilmente conmigo					
24	Se enoja si tengo la razón en algún problema					
25	Me considera fea por estar embarazada					
26	Les habla mal de mí a mis hijos					
27	El amenaza con enviarme a un hospital mental					
28	Me amenaza con quitarme a mis hijos					
29	El toma represalias cuando no estoy de acuerdo con él					
30	No me lleva a pasear o a reuniones					
31	Me trata como si fuese una sexo servidora					
32	El tiene relaciones conmigo solo para satisfacer sus necesidades					
33	Me dice que soy mala para tener relaciones sexuales					
34	Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accedo a tener relaciones sexuales					
35	Me ha echo comentarios desagradables sobre mi cuerpo o parte de él					
36	Me obliga a tener relaciones con él aunque yo no quiera					
37	Me toma fotos cuando estoy desnuda sin mi consentimiento					
38	Me graba video cuando estoy desnuda sin mi consentimiento					
39	Me obliga a tener sexo oral o anal					
40	Me ha obligado a tener relaciones aunque me sienta mal					
41	Me obliga a tener relaciones sexuales sin protección, sin importarle el riesgo de transmitirme alguna infección					
42	Me obliga a tener relaciones sexuales sin importarle poner en riesgo mi embarazo					

43	Ha utilizado la fuerza, me golpea o usa algún arma para obligarme a tener sexo oral o anal					
44	He sangrado por mi vagina posterior a que me forzó a tener relaciones sexuales					
45	He tenido nego de perder a mi bebe debido a que me obligo a tener relaciones sexuales					

Por ultimo marque con una cruz, quien considere usted sea la persona que con mayor frecuencia ejerza violencia dentro de su entorno familiar

PADRE

HERMANO

ESPOSO

PAREJA

EX- PAREJA