

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“LA RESILIENCIA Y LA VIOLENCIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE
SANTIAGO TIANGUISTENCO, MÉXICO, 2012”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA
M.C. MIGUEL ANGEL VILLAMARES GARCÍA**

**DIRECTOR DE TESIS
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

REVISORES DE TESIS

**DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
M. EN C. JUAN JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO
E. S. P JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. S. P IGNACIO MIRANDA GUZMAN**

**“LA RESILIENCIA Y LA VIOLENCIA EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE
SANTIAGO TIANGUISTENCO, MÉXICO, 2012”**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	1
I.1.- Resiliencia	1
I.1.1 Concepto de Resiliencia	1
I.1.2 Dimensiones de la Resiliencia	5
I.2.- Violencia	11
I.2.1 Concepto de Violencia	11
I.2.2 Tipos de Violencia	13
I.3.- Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco	33
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	36
II.1 Argumentación.	36
II.2 Pregunta de Investigación.	38
III. JUSTIFICACIONES.	39
III.1 Académica.	39
III.2 Científica.	39
III.3 Social.	39
IV. HIPÓTESIS	40
IV.1 Elementos de la hipótesis.	40
IV.1.1 Unidades de Observación.	40
IV.1.2 Variables.	40
IV.1.2.1 Dependiente.	40
IV.1.2.2 Independientes.	40
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	40
V. OBJETIVOS	41
V.1 General.	41
V.2. Específicos.	41
VI. MÉTODO.	42
VI.1 Tipo de estudio.	42
VI.2. Diseño del estudio.	42
VI.3 Operacionalización de variables.	42
VI.4 Universo de Trabajo.	45
VI.4.1 Criterios de inclusión.	45
VI.4.2 Criterios de exclusión.	45
VI.4.3 Criterios de eliminación.	46
VI.5. Instrumento de Investigación	46
VI.5.1 Descripción	46
VI.5.2 Validación	47
VI.5.3 Aplicación	47
VI.6 Desarrollo del proyecto	48
VI.7 Límite de espacio	48
VI.8 Límite de tiempo	48
VI.9 Diseño de análisis	48
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	49
VIII. ORGANIZACIÓN	49
IX.- RESULTADOS	50

X.- CUADROS Y GRÁFICOS	55
XI.- CONCLUSIONES	70
XII.- RECOMENDACIONES	73
XIII. BIBLIOGRAFÍA	75
XIV. ANEXOS	78

I. MARCO TEÓRICO.

I.1.- Resiliencia

I.1.1 Concepto de Resiliencia

La palabra tiene su origen en el término latín “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. En su estudio de Promoción de la Resiliencia, Anzola considera que el concepto de resiliencia es tomado de la Física, en la que se entiende como “elasticidad” semejante a la mostrada por los cuerpos que vuelven a su estado inicial después de estar sometidos a presión. Según la revista “El Maestro” la resiliencia implica “El desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas”. ⁽¹⁾

Para Gil Hernández, el primer uso de este término fuera del contexto de la física, se atribuye a Emmy Werner y Rith Smith, quienes siguieron regularmente el desarrollo de 698 niños nacidos en 1955, en la isla de Kuai (archipiélago de Hawai) desde el periodo prenatal hasta la edad de 32 años. Basándose en una serie de indicadores como la exposición a un riesgo alto de trastornos de la conducta, encontraron que había 201 niños que a la edad de 2 años, tenían todos los ingredientes para predecir trastornos del desarrollo y psicopatología. A pesar de esto, 72 evolucionaron favorablemente sin intervención terapéutica y se hicieron jóvenes adultos competentes y bien integrados. A estos niños que, a priori, eran niños vulnerables, pero lograron sobreponerse a las duras circunstancias de su infancia y realizar una vida plena de sentido les llamaron niños “resilientes”. ⁽²⁾

Para Kalawiski y Haz, lo primero que es importante aclarar es que el término resiliencia es una castellanización de la palabra inglesa resilience o resiliency, no refiriéndose exclusivamente como término en psicología y se refiere a “la capacidad de un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original después de ser comprimido, doblado o estirado”, o bien a “una capacidad para recuperarse de o ajustarse fácilmente al cambio o la mala fortuna”, para ellos en el campo de la psicología y la psiquiatría, el primer artículo publicado que uso dicho

concepto fue el de Scovielle en 1942, en donde la autora utilizó este término para referirse al hecho de que situaciones peligrosas para la vida no afectaban a los niños y niñas, mientras que sí lo hacía el desarraigo de la familia. En los años 70, el término adquirió mayor uso y el interés estuvo básicamente orientado a las características de los niños y niñas que salían adelante desde condiciones adversas. Sin embargo la mayoría de los primeros investigadores e investigadoras no utilizaron el término resiliencia, sino que se refirieron a esta cualidad describiendo a dichos niños y niñas como invulnerables o invencibles, en el sentido de que eran resistentes al estrés. Estos autores tras analizar críticamente el desarrollo histórico del concepto de resiliencia en la psicología y la psiquiatría, proponen no considerar la resiliencia como una variable psicológica en sí misma. En cambio sugieren considerar resilientes a las personas que presentan un resultado inesperado frente a una determinada situación adversa, independientemente de las causas de ese resultado. Ofreciendo además una distinción entre factores protectores, factores de recuperación y factores de control conductual. Estos autores creen que la implicación más importante de su propuesta conceptual radica en la comprensión de la literatura existente sobre el tema, reconocer que la resiliencia no es una variable psicológica y que su definición necesariamente dependerá del contexto en que se aplique e implica tomar en cuenta la complejidad de la interpretación de las investigaciones disponibles. Según ellos, no es posible hablar de factores que promueven la resiliencia, sino de factores que promueven la resiliencia frente a un determinado factor de riesgo y en este sentido sus consideraciones resguardan al investigador o investigadora de caer en errores como pensar por ejemplo, que una variable que protege al individuo, de cometer un acto delictivo lo protege también de desarrollar síntomas depresivos. ⁽³⁾

Cyrułnik, la considera un mecanismo de autoprotección, que amortiguando los choques del trauma se pone en marcha desde la más tierna infancia, primero, mediante el tejido de lazos afectivos y luego a través de las expresiones de las emociones. Equivale a resistencia al sufrimiento, señala tanto la capacidad de resistir mallugaduras de la herida psicológica, como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia. La resiliencia tiene que ver con el

temperamento desarrollado por lo seres humanos como potencial de su actuación social. ⁽⁴⁾

Para Escalera y Ballesteros, la perspectiva de Resiliencia y Antropología Ambiental, es la que más hace falta en los trabajos sobre Resiliencia. Además consideran que el concepto de Resiliencia socio – ecológica y toda la perspectiva teórica que lo acompaña, constituyen un marco analítico muy apropiado para estudiar la articulación entre humanos y medio ambiente y por tanto, para enriquecer la antropología ambiental. ⁽⁵⁾

Para Aldo Melillo, se debe considerar un nuevo concepto, cuyo sustento se tiene en el marco de investigaciones de epidemiología social, observando que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo, sufrían enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación y hasta surgían fortalecidos de ella. A este fenómeno se lo denomina *resiliencia*. ⁽⁶⁾

Para Cristina Villalba Quezada, hace años que en las disciplinas sociales y profesiones de ayuda, se está produciendo un cambio de paradigma desde los orientados a la evaluación, análisis y tratamiento de los problemas sociales hacia los orientados a los recursos y las respuestas que los propios sistemas informales y formales activan para prevenir o disminuir los efectos de dichos problemas sociales. La identificación, evaluación, reconocimiento y fortalecimiento de capacidades en individuos, familias, grupos y comunidades y sistemas formales se está convirtiendo en un objetivo permanente de la intervención social. Integrado en esta visión emerge en lo social el concepto de *resiliencia* en un contexto social y académico influenciado por la postmodernidad. Esta influencia se refleja en que es este un concepto interdisciplinario que permite explorar y profundizar enfoques alternativos en los procesos de ayuda en la intervención social. Los conceptos de *resiliencia* y *resiliencialidad* han emergido como conceptos holísticos, capaces de convertirse en áreas interesantes de investigación, que exploran las capacidades personales e interpersonales y las fuerzas internas que se pueden desplegar para aprender y crecer a través de las situaciones de adversidad. ⁽⁷⁾

Para Hellen Badilla Alán, la resiliencia, o capacidad para sobreponerse a la adversidad es un concepto novedoso, que surge de la inquietud por identificar aquellos factores que permiten a las personas sortear las dificultades y condiciones adversas que se presentan en su vida cotidiana de manera exitosa. Estos factores de origen social e individual según las investigaciones recientes, pueden modificar el concepto tradicional de factores de riesgo, pues una situación adversa en lugar de tener una consecuencia fatal, puede constituirse en un factor positivo o “de resiliencia” que contribuye al mejoramiento de las condiciones de la vida de una persona y de su entorno, lo que nos orienta hacia un nuevo concepto de prevención. Concluye que El desarrollo del concepto de Resiliencia ha tenido una evolución sorprendente en las dos últimas décadas principalmente en el campo psicosocial. Refiere que los diversos esfuerzos investigativos nos presentan un campo abierto del cual se pueden extraer las infinitas formas creativas en que las personas enfrentan y construyen sus respuestas para generar procesos de resiliencia, que en definitiva son armas que utilizan en su cotidianidad y en experiencias difíciles que a menudo se generan en ella. Estos procesos como hemos visto son generados por una interacción persona - contexto de tal manera que no se trata de construir características o perfiles de Resiliencia en individuos, sino de generar procesos de comunicación e interacción que involucren a todos los actores sociales en los que el Trabajo Social tiene un amplio campo de acción, pero que para ello se hace necesario ejercitarse en la investigación, asimilación y aplicación del Enfoque de Resiliencia desde las diferentes experiencias de los profesionales. Quizás la esfera que debemos conocer y descubrir sea un reto que no deseamos dejar pasar, porque implica un encuentro con nosotros mismos y con nuestro quehacer profesional que nos permitirá renovar el significado de nuestras opciones de vida y retomar las motivaciones y alcances de nuestro desempeño profesional. ⁽⁸⁾

Beatriz Vera Poseck y Carbello B. señalan que la resiliencia es un fenómeno ampliamente observado, al que tradicionalmente se ha prestado poca atención que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo, dicen que ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida

cotidiana a diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural, tras un periodo de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este periodo, sino que permanecen en niveles funcionales, a pesar de la experiencia traumática, no lo consideran un fenómeno inverosímil o propio de personas excepcionales, sino más bien un fenómeno común, entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano. Finalmente argumentan que el testimonio de muchas personas revela que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose con eficacia en su entorno. ⁽⁹⁾

Al final se puede decir que la resiliencia, es un convencimiento del individuo o grupo de individuos para superar los obstáculos de manera exitosa, sin pensar en la derrota a pesar que los resultados estén en contra, al final surge un comportamiento ejemplar, a destacar en situaciones de incertidumbre con resultados altamente positivos.

I.1.2 Dimensiones de la Resiliencia

Para Carreño Rojas existen 2 caminos de comprensión de la resiliencia; su dimensión moral y su dimensión emocional y su reflexión no descansa en ahondar en una definición de resiliencia, sino que a partir de ella, se inicie un camino de búsqueda de herramientas necesarias para brindar una vida saludable, una mejora de nuestra salud física y mental, especialmente cuando nos enfrentamos a situaciones adversas que alteran radicalmente nuestra relación consigo mismo y el entorno. Más concretamente cuando nos vemos enfrentados a situaciones no queridas y esperadas como la enfermedad, la soledad o algunas experiencias traumáticas y se puede agregar que se pueden incluir ejemplos *como un embarazo no deseado, o no esperado*. Estas situaciones nos requieren y exigen desarrollar algunas competencias éticas y emocionales tales como la autonomía, la empatía y el dialogo que, desde un trabajo en resiliencia, nos pueden brindar renovadas fuerzas para una vida más saludable e integrada, con una personalidad moral y emocional muy robusta. De esta forma, el autor propone una reflexión ético pedagógica de la resiliencia,

entendiéndola, como una capacidad humana que se aprende y se construye, otorgándonos las herramientas necesarias para sobrellevar y salir de manera adecuada y exitosa ante situaciones de adversidad y riesgo y además pretende entender la resiliencia como una competencia emocional significativa que se inscribe en una construcción de la propia personalidad moral de cada sujeto. De esta manera considera el autor que a la resiliencia la podemos reconocer en las fortalezas psicológica y emocional, extraídas tanto de cualidades humanas como de recursos que están fuera de cada sujeto. Lo fundamental y desafiante esta en buscar las maneras de cómo se utilizan las herramientas emocionales y morales para afrontar positivamente situaciones de riesgo o adversidad. ⁽¹⁰⁾

Barranco, en su trabajo sobre Calidad de Vida y Estrategias Resilientes considera las dimensiones agrupadas con indicadores:

Bienestar: físico, psicológico, material y emocional, siendo sus indicadores: salud, satisfacción de necesidades, felicidad, amor, serenidad, tranquilidad, equilibrio emocional, armonía, seguridad familiar, realización laboral, adiciones, realización personal sin estrés y sin ansiedad, proyectos personales, estar en paz consigo mismo y con los otros, bienes, medio de vida, vivir bien.

Competencias personales: siendo sus indicadores: Saber escuchar, ser una persona receptiva, sentido del humor, sensibilidad, reconstrucción y fortalecernos.

Formación: siendo sus indicadores: conocimientos, educación, preparación y formación para la vida.

Relaciones Interpersonales: siendo sus indicadores: respeto, compañerismo, confianza y comunicación.

Apoyo Social: siendo sus indicadores: apuestan por mí, me valoran, apoyo en los retos, asesoramiento, orientación, consejo, apoyo económico y hacernos sentir mejores.

Valores: siendo sus indicadores: solidaridad y aceptación.

Autodeterminación: siendo sus indicadores libertad y responsabilidad. ⁽¹¹⁾

Para Gaxiola R. J y Frías A. el conjunto de atributos personales cuya combinación permite superar los efectos nocivos de las situaciones de riesgo, considera un conjunto de cualidades que pueden ser enmarcadas en diez dimensiones de carácter disposicional, a saber: afrontamiento, actitud positiva, sentido del humor, empatía, flexibilidad, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta. Dichas dimensiones se describen a continuación:

Afrontamiento. Abarca la tendencia a enfrentar los problemas y la búsqueda de los apoyos necesarios en caso de requerirse. Definiendo el afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos continuos para manejar las demandas internas, externas o bien internas que según se percibe, exceden los recursos individuales. Se ha señalado la capacidad de afrontamiento a los estresores como una de las tendencias claves de la resiliencia, debido a que posibilita la protección contra sus consecuencias adversas.

Actitud positiva. Esta disposición abarca el enfoque positivo de la vida, la búsqueda de personas positivas, la disposición para el aprendizaje ante los problemas y el tratar de ser feliz a pesar de las contrariedades que se enfrentan cotidianamente. La actitud positiva ha sido tomada en cuenta en modelos de bienestar psicológico y se ha relacionado asimismo con la resiliencia.

Sentido del humor. Es la disposición a sonreír incluso ante los problemas o situaciones difíciles.

Empatía. Se define como el entender y compartir los estados emocionales o los contextos de las demás personas. En el contexto de la resiliencia, la empatía implica la tendencia del individuo para ponerse en el lugar de los otros, comprender sus posturas y reconceptuar el daño que le han hecho en la vida.

Se concibe que la empatía desempeñe un rol importante en el desarrollo de la conducta prosocial y la competencia social y se ha propuesto también como una de las características individuales de la resiliencia.

Flexibilidad. Incluye la aceptación de los problemas como parte normal de la vida y la posibilidad de adaptarse a las pérdidas mediante el enfoque positivo hacia las cosas que permanecen después de las pérdidas. La flexibilidad permite sobrellevar de una manera positiva los problemas propios de la vida. La flexibilidad ante las pérdidas implica aceptación, la cual ha estado asociada a la medición de la resiliencia.

Perseverancia. Es la persistencia del esfuerzo para lograr metas, a pesar de las dificultades y la habilidad para reajustarlas, aprender de las dificultades y reconocer el valor de la adversidad. Consiste en la tendencia a mejorar constantemente las condiciones de vida y mantener la constancia para conseguir lo que se quiere a pesar de los obstáculos.

Religiosidad. Es la tendencia a conceptuar los problemas que se enfrentan de acuerdo a las creencias religiosas que se tengan. Los problemas, por más difíciles que sean, pueden ser considerados como pasajeros cuando se tienen creencias sobre la trascendencia de la vida.

Autoeficacia. Consiste en las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados. Altos niveles de autoeficacia implican que las personas tienen la suficiente confianza en sí mismos para responder a los estímulos de su entorno; de este modo, las situaciones estresantes no serán perturbadoras para las personas si éstas se perciben con la capacidad para enfrentarlas.

Optimismo. Es la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas, así como la expectativa generalizada de resultados positivos. El optimismo se ha relacionado a la resiliencia, debido a que

constituye un mecanismo que amortigua las consecuencias de las situaciones adversas que ocurren en la vida.

Orientación a la meta. Consiste en tener metas y aspiraciones en la vida y hacer lo necesario para lograrlas. ⁽¹²⁾

Pilares de la Resiliencia

Para Aldo Melillo, se trata de buscar los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados, describiendo los siguientes Pilares de la Resiliencia:

Autoestima consistente. Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro, de ahí la posibilidad de cooptación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.

Independencia: Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abuso ponen en juego esta capacidad.

Capacidad de relacionarse. Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

Iniciativa. El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

Humor. Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

Creatividad. La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

Moralidad. Entendida ésta, como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

Capacidad de pensamiento crítico. Es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes, que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto ⁽¹³⁾

Para Stefan Vanistendael, la resiliencia es la naturaleza dinámica. Puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad del ser humano. Para este autor la resiliencia tiene dos componentes importantes: la resiliencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos. Dice que se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar, que favorecen la posibilidad de ser resiliente como son: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona, la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo. ⁽¹⁴⁾

I.2.- Violencia

I.2.1 Concepto de Violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencionado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. ⁽¹⁵⁾

Según la “Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención; por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales”, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos. Para esta norma su magnitud y repercusiones, documentados a través de encuestas e investigaciones, no deben minimizarse. Refiere que el espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico – desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, hasta la muerte-, como en lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad y menciona que la violencia se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad del ser humano. ⁽¹⁶⁾

Ya en 1996, un grupo de expertos internacionales convocados por la OMS consideró que la definición de la violencia contra las mujeres adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, era suficientemente amplia y englobaba las distintas manifestaciones del hecho: Todo acto de violencia dirigido contra el sexo femenino, que cause o pueda causar un daño o un

sufrimiento físico, sexual o psicológico, inclusive la amenaza de ese acto, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como en la privada. Dos años más tarde, en 1998, la OMS estimó que la violencia interpersonal era en el mundo la décima causa de muerte en las mujeres de 15 a 44 años. ⁽¹⁷⁾

Para Leonor Zapata, la violencia basada en el género (VBG) es reconocida como un problema social y de salud pública, concierne a los derechos humanos y por lo tanto los gobiernos tienen la obligación de intervenir. Es una manifestación de desigualdad de género implícita a niñas, adolescentes y mujeres, la VBG es de acción prolongada y sostenida y puede llegar a tener consecuencias devastadoras para las víctimas. Las repercusiones se extienden a los niños del hogar, la familia e incluso hasta la comunidad. De igual forma refiere, que el embarazo es una etapa donde se desarrolla una nueva vida y debiera ser un periodo donde se respetara el bienestar materno fetal, pero esto no se cumple, sino por el contrario la violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse hasta más allá del periodo posparto, constituyendo una fuerte carga en los países en vías de desarrollo para las mujeres, quienes con frecuencia están desnutridas, sobrecargadas de trabajo y sin acceso a los servicios de salud. ⁽¹⁸⁾

Para José Miguel Cruz, el concepto de violencia tiene varias acepciones, si bien en su sentido más genérico se refiere al uso de la fuerza extrema. Para este autor, la definición adoptada, para entenderla como *problema de salud pública* se refiere al uso, o amenaza del uso de la fuerza física, con la intención de hacer daño a otro o hacerse daño. Para este autor en esta definición hay dos elementos que es importante destacar. En primer lugar, el concepto se refiere a la fuerza física y en tal sentido se excluyen otros tipos de agresiones que no se enmarcan en el ámbito de lo corporal. En segundo lugar, el concepto incluye también la variable de la intencionalidad, la cual excluye aquellos hechos no intencionados que producen lesiones, es decir los accidentes. ⁽¹⁹⁾

Para Sanmartín Esplugues hay términos que suelen emplearse como sinónimos, no siéndolo y considera el caso de los vocablos “agresividad” y

“violencia”. Para este autor la agresividad es una conducta innata que se despliega automáticamente ante determinados estímulos y que así mismo, cesa ante la presencia de inhibidores muy específicos, siendo biología pura. La violencia es agresividad, sí, pero agresividad alterada, principalmente, por la acción de factores socioculturales que le quitan el carácter automático y la vuelven una conducta intencional y dañina. ⁽²⁰⁾

I.2.2 Tipos de Violencia

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- La violencia autoinfligida, que considera al comportamiento suicida y autolesiones).
- La violencia interpersonal que contempla la violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco.
- La violencia colectiva que incluye a la social, política y económica

También considera, que por la naturaleza de los actos la violencia puede ser: física, sexual, psíquica, incluyendo privaciones o descuido. La misma Organización Mundial de la Salud menciona a la violencia de pareja como una de las formas más comunes de violencia contra la mujer infligida por su marido o pareja masculina. Contrastando con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o conocidos de personas de su círculo íntimo. Este comportamiento incluye:

- Agresiones físicas como son abofetear, golpear con los puños y patear.
- Maltrato psíquico mediante intimidación, denigración y humillación constantes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.

- Diversos comportamientos dominantes, como aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

De acuerdo a esta misma instancia, sobre la dinámica de la violencia en la pareja, parecería haber al menos dos modalidades:

- Modalidad grave, también llamada maltrato físico y se caracteriza por diversas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante por parte del agresor.
- Forma moderada de violencia (denominada violencia común de pareja) en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas ocasionalmente estallan en forma de agresión física. ⁽¹⁵⁾

Según Sanmartín Esplugues, deben tomarse en cuenta diversos criterios para clasificar la violencia. Por ejemplo, es posible catalogarla atendiendo a la modalidad, *activa o pasiva*, en que se ejerce, o atendiendo al tipo de daño causado, o de víctima, o de agresor, o finalmente de escenario (lugar o contexto) en el que ocurre. Refiere que ignorar la existencia de distintos criterios de clasificación lleva a algunos autores a confundirse e incluso a aseverar, casi con asombro, que no hay *violencia escolar o violencia terrorista*, por citar dos casos, sino sólo violencia. “La violencia es la misma”, vienen a decir, “lo que cambian son las circunstancias en las que la violencia se expresa”. La violencia es esencialmente, la misma en uno u otro caso. Pero eso no significa que no convenga clasificarla de modos distintos según sean los puntos de observación desde los que se percibe. En primer lugar, la violencia puede ser activa o pasiva, es decir, hay *violencia por acción*, pero también *violencia por inacción u omisión*. Yo puedo golpear a alguien porque quiero y eso es violencia. También puedo dejar intencionalmente de hacer algo que es necesario para preservar la integridad psíquica o física de una persona. Por ejemplo, puedo no darle la medicina al anciano que la precisa. Eso también es

violencia. Sin embargo para este tipo de violencia se puede reservar el término “negligencia”.

Violencia según el tipo de daño causado: Cuatro son las formas de violencia que se suelen distinguir atendiendo al daño que causa: *violencia física, emocional, sexual y económica*. La violencia física es cualquier acción u omisión que causa o puede causar una lesión física. Está paradigmáticamente representada por la acción de pegar. La violencia emocional, no son las secuelas psicológicas que se siguen de los otros tipos de daño. Por ejemplo, no son los efectos psicológicos negativos que experimenta la víctima de palizas reiteradas. *La violencia emocional* es un tipo específico de violencia. Se trata de cualquier omisión u acción que causa o puede causar un daño psicológico. Suele valerse del lenguaje, tanto verbal como gestual y la representa el insulto. *La violencia sexual* es cualquier comportamiento en el que una persona es utilizada para obtener estimulación o gratificación sexual. Realmente, la violencia sexual es una suma de daños físicos y emocionales. La repugnancia que la humanidad ha manifestado ante este tipo de violencia (la única moralmente condenada en casi todas las culturas), ha hecho que se le conceda un lugar específico junto a las otras formas de violencia.

Finalmente, *La violencia económica* consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o las propiedades de una persona. También se puede considerar maltrato económico la escasa o nula atención que algunos Estados dejan de prestar a grupos colectivos vulnerables poniéndolos en riesgo de exclusión social a saber mujeres, personas discapacitadas y adultos mayores.

Violencia según el tipo de víctima: Atendiendo a la víctima, hay múltiples formas de violencia, entre las que destacan la *violencia contra la mujer, el maltrato infantil y el maltrato de personas mayores*.

Violencia contra la mujer: Hay importantes corrientes (sobre todo, en el feminismo) que identifican “violencia contra la mujer” y “violencia de género”. Lo bien cierto es que el significado del término “género” no es ajeno a

controversias de tipo ideológico. “Género” y “sexo” no son términos sinónimos. El término “género” se refiere al conjunto de actitudes, creencias, comportamientos y características psicológicas, que se asocian diferencialmente a los hombres y a las mujeres. Se entiende, entonces por “identidad de género”, la experiencia subjetiva de pertenecer al grupo de los hombres o de las mujeres. Con “rol de género” se alude al papel social construido a partir de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres y que comprende los comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad que se designan como masculinos o femeninos en una sociedad, en una determinada cultura y en un determinado período histórico. Por violencia de género se debería entender, en consecuencia, la que se perpetra contra alguien porque se considera que se ha separado del papel (no cumple la función) que tradicionalmente le corresponde. Al menos en la teoría, cabría hablar, pues, de violencia de género masculina o femenina. La mayor parte de los movimientos feministas consideran, sin embargo, que, aunque pueda hablarse de “género masculino”, en la práctica sólo hay un tipo de violencia conectada con el género: la que sufren las mujeres, porque se considera que no cumplen de modo apropiado la función o rol que se cree que les corresponde. La violencia de género, en este último sentido, adopta múltiples modalidades: hay violencia de género en la pareja, en la casa, en la escuela, en el lugar de trabajo, en las pantallas, en las tradiciones culturales, y un largo etcétera.

Violencia infantil: Violencia contra niños (maltrato infantil). La violencia contra niños es, en apariencia, más sencilla de definir. Sería simplemente la violencia que se perpetra contra la integridad física, psíquica o sexual de un niño. Un problema que algunos autores ven en la definición ofrecida de violencia contra niños es que no incluye la palabra “repetidamente”, es decir, la violencia contra niños no es la violencia, sin más, que se perpetra contra la integridad del niño, sino la que se realiza de forma reiterada. Sin embargo, aunque una bofetada sea ocasional, es violencia. Además, considerar la reiteración como nota definitoria de la violencia contra niños, podría llevar a una casuística no confiable. Una (sólo una) violación de un niño, ¿sería o no sería una muestra de violencia? Obviamente, en este caso nadie dudaría en dar una respuesta afirmativa. ¿Por qué, entonces, sólo una bofetada no es una muestra de

violencia? Dicho de otro modo, deberíamos exigir la reiteración de la conducta como un requisito del maltrato infantil en unos casos y no en otros. Esto no deja de ser absurdo y plantea problemas añadidos como, por ejemplo: ¿a partir de cuántas bofetadas empezaremos a hablar de violencia?

Violencia contra personas mayores: La violencia contra personas mayores, se define como cualquier acción intencional que daña o pueda dañar a una persona mayor de 64 años, o cualquier negligencia que la prive de la atención necesaria para su bienestar. En España, la mayoría de las víctimas (seis de cada diez) de este tipo de maltrato son mujeres, aunque debe constatar un crecimiento sostenido de los hombres. De ahí que algunos expertos consideren que el maltrato de personas mayores no es más que violencia de género, perpetrada ahora contra mujeres de una cierta edad. Según el autor esta hipótesis, no está corroborada por los hechos y los hechos son que en este tipo de violencia el rol social (el género) no suele jugar un papel decisivo. De cada diez agresores de personas mayores, sólo tres son la pareja o ex pareja de la víctima; en el resto de los casos, el agresor es el hijo, la hija, un pariente, un vecino, un amigo, con móviles muy distintos.

Violencia según el escenario en el que ocurre: Las dos grandes modalidades de este tipo de violencia, según el contexto en el que ocurre, son la institucional y la doméstica. La primera sucede en entidades sanitarias o sociales y la segunda en el hogar de la víctima (y es perpetrada por familiares, amigos, vecinos o personal contratado).

Violencia en el hogar (violencia doméstica): Uno de los grandes contextos en los que aparece la violencia es la casa u hogar. Hablando estrictamente, se trata en este caso de la llamada “violencia doméstica” (la palabra “doméstica” proviene del latín “domus”, que significa casa). Es común llamarla también “familiar”. No es correcto, pues no en todas las casas viven familias. Por consiguiente, sujetos agentes o pacientes de la violencia doméstica pueden ser todos los individuos que viven en un hogar. Y hay que decir que, según algunos grandes expertos, es éste el segundo contexto en el que hay más violencia. Sólo se encuentra por detrás de un ejército en tiempos de guerra. En la casa

puede haber violencia contra la mujer, contra el niño y contra las personas mayores. Una de las confusiones terminológicas que tiene consecuencias más indeseables consiste en considerar que las expresiones “violencia de género” y “violencia doméstica” son sinónimas. El hogar es uno más de los escenarios en los que la violencia de género puede darse. La violencia de género, no tiene nada que ver con el contexto en el que ocurre, sino con el tipo de víctima contra la que se dirige.

Violencia en la escuela: Si llamativo resulta que haya violencia en los hogares, donde es de esperar que el afecto entre quienes allí viven sea la norma, no lo es menos que exista violencia en la escuela. En ésta hay violencia cruzada entre profesores y alumnos (especialmente, en nuestros días, de estudiantes hacia profesores), entre padres y profesores, entre los propios alumnos, etc. La violencia entre alumnos es la que concita mayor alarma social actualmente. Adopta diversas formas que van desde la pelea hasta la exclusión, pasando por malas miradas, insultos, etc. El autor refiere que habitualmente es ocasional, sin embargo habrá que hacer la reflexión que en la actualidad también puede ya ser habitual. Sin embargo, la violencia escolar entre alumnos es perpetrada por un agresor más fuerte que la víctima (o, al menos, la víctima así lo percibe o cree), es decir, implica un abuso de poder. Y no sólo esto, sino que además se reitera con un marcado carácter intimidatorio. Cuando tal cosa sucede hablamos de “acoso escolar” (en inglés, “bullying”). De lo dicho se desprende que el acoso escolar es una especie de tortura en la que el agresor sume a la víctima, a menudo con el silencio o la complicidad de otros compañeros. No es de extrañar entonces que la víctima sufra graves problemas psicológicos y que llegue a albergar e incluso a llevar a la práctica ideas suicidas.

Violencia en el lugar de trabajo: Adopta dos modalidades principales, denominadas respectivamente “acoso sexual” y “acoso moral” (en inglés, “mobbing”). Por “acoso sexual en el trabajo” se entiende toda conducta de connotaciones sexuales que, en el lugar de trabajo, le es impuesta a un empleado sin su consentimiento, conducta que resulta para la víctima hiriente, degradante o intimidatoria. El acoso moral en el trabajo es, por su parte, toda

conducta abusiva que, con carácter reiterado o sistemático, atenta contra la integridad física o psicológica de un empleado, poniendo en peligro la conservación de su empleo o empeorando el ambiente de trabajo. Las víctimas de una y otra forma de acoso laboral suelen ser mujeres en particular, mujeres solteras o madres solteras, homosexuales y trabajadores en precario. Se trata de una forma de violencia (en buena parte, por lo dicho, de género) fría, insidiosa y, a menudo, casi invisible, lo que la vuelve muy peligrosa. No suele consistir en un ataque duro y frontal y, por lo tanto, claro y manifiesto, que permita la denuncia. Suele adoptar la forma de pequeños ataques cuyo efecto microtraumático irá acumulándose con el tiempo hasta desembocar en un verdadero suplicio. El acoso moral se parece mucho al acoso escolar. Cambia, obviamente, el lugar en el que ocurre. De hecho, en un principio, tanto uno como otro se denominaron “mobbing”. Más tarde, para el acoso escolar se reservó el nombre de “bullying” y para el acoso moral el de “mobbing”.

Violencia en la cultura: Se trata de la violencia que impregna algunas tradiciones culturales. Entre esas formas de violencia suele destacarse la llamada “mutilación genital femenina”. Por tal se entiende toda práctica que conlleve la amputación total o parcial de los genitales externos femeninos, o que cause algún otro daño a estos órganos por motivos que no son terapéuticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue cuatro tipos de mutilación genital femenina, a saber: clitoridectomía o extirpación del clítoris; excisión o extirpación del clítoris junto con la extirpación parcial o total de los labios menores; infibulación o extirpación parcial o total de los genitales externos, con sutura o estrechamiento del orificio vaginal, dejando una pequeña abertura para permitir la salida de orina y sangre durante la menstruación; otras formas no clasificables, como el pinzamiento o estiramiento del clítoris o los labios, cauterización con fuego del clítoris y áreas colindantes. A veces se dice que algunas religiones y en concreto el Islam, exigen esta forma de violencia. No es verdad. Es una norma de ciertas culturas, principalmente africanas, que trata de justificarse de modos más o menos grotescos. En ese sentido, se dice por ejemplo que la mutilación genital femenina es higiénica; es estética (porque el clítoris es concebido como un órgano masculino que debe ser, por consiguiente, recortado y embellecido); es

necesaria sanitariamente (toda vez que si el clítoris llega a tocar la cabeza del niño al nacer, puede matarlo) o socialmente (porque favorece la cohesión social al evitar prácticas como la promiscuidad y el adulterio). Todos estos intentos de justificación tratan de encubrir, lo que no es más que un atentado contra la integridad de las mujeres, perpetrado desde hondos prejuicios machistas. En estos últimos tiempos, se han alzado muchas voces a favor de respetar la diversidad cultural. El autor está de acuerdo, sin embargo advierte, que el respeto no significa que haya que aceptar pasivamente prácticas culturales. que atenten contra los derechos humanos.

Violencia en las calles (violencia callejera): Abarca un amplio abanico de tipos de violencia, que tienen en común el no ocurrir (o no ocurrir principalmente) en ninguna institución (más o menos estructurada) o marco cultural. Entre sus formas más destacables se encuentra la violencia delictiva, que puede ser organizada o no. La gran diferencia entre la violencia delictiva organizada y la que no lo está, radica en el hecho de que la primera es perpetrada por grupos de personas con una estructura prácticamente empresarial. Entre esos grupos figuran en lugar principalísimo las mafias, que se dedicaron en un tiempo al chantaje, la corrupción y el blanqueo de capitales. A esas actividades ilegales añadieron más tarde el tráfico. Se inició con las armas, el alcohol y las drogas. Hoy estos productos han dejado su lugar a las personas. El tráfico de personas es para las mafias, ahora mismo, mucho más rentable y mucho menos peligroso. Se trafica con personas para su explotación laboral o para su explotación sexual. En el último caso tienen ese terrible destino, sobre todo, mujeres y niños. El autor recomienda no confundir la violencia organizada, en sentido estricto con algunas formas de violencia perpetradas por organizaciones. Es decir la primera, tiene una estructura prácticamente empresarial y ésta es su principal característica. No se llama, pues “organizada” porque tras ella se escondan organizaciones. Se denomina “organizada” porque responde a patrones empresariales. Por eso mismo, quizá lo mejor sería etiquetarla como “empresarialmente organizada”. Hay otras formas de violencia, perpetradas por organizaciones, que carecen de ese carácter empresarial. En este ámbito se distinguen dos grandes tipos de violencia: la violencia de determinadas bandas juveniles y la llamada en España “violencia

callejera” como una traducción de la expresión vasca “kale borroka”. Por una parte, entre las bandas juveniles destacan dos sectores violentamente destructivos. El primero es el constituido por grupos de ideología ultraderechista como los “skin” o “cabezas rapadas”. No sólo tienen como escenario las calles. Para dar rienda suelta a su violencia suelen encontrar un lugar privilegiado en los campos de deportes. A menudo cuentan con el apoyo inmoral de las direcciones de dichos campos ya que, con sus gritos y gestos, pueden contribuir a amedrentar al equipo contrario o al equipo arbitral. Lamentablemente, a veces, esos gritos y gestos concluyen con heridas y muertes. El segundo sector es el formado por grupos cuyos miembros son principalmente inmigrantes o hijos de inmigrantes. Se trata de organizaciones que, en apariencia, pueden ser una respuesta ante el desprecio o la discriminación de la sociedad que da acogida. Lo bien cierto es que estos grupos, en los que el joven inmigrante de primera o segunda generación quizá encuentre un acomodo reconfortante, suelen adoptar una estructura sectaria muy jerarquizada, con vestimenta y jerga distintivas, y con comportamientos fascistoides dirigidos, en especial, contra otros grupos de parecidas características (así, por ejemplo, los Latin King suelen atacar a Los Ñetas, y a la inversa). Por otra parte, bajo el nombre de “kale borroka” caen los actos, sobre todo vandálicos, cometidos por las juventudes de ETA en una estrategia blanda, es decir, una estrategia que no busca en principio la muerte de nadie, sino la generación de un caos en las calles que lleve a la gente al hartazgo o al terror (o a ambas cosas a la vez) y a la exigencia de cambios en el statu quo. Hay, finalmente, otros actos de violencia en las calles que no son cometidos por grupos organizados, sino por conjuntos de personas con una estructura difusa (por ejemplo, grupos de amigos) o por individuos aislados. Entre la violencia perpetrada por grupos difusos de nuevo tiene gran atención la protagonizada por jóvenes. Algunas de estas actividades causan una profunda consternación. Me refiero, en concreto, a la llamada “violencia por diversión”, que está creciendo los fines de semana en muchos países. Esta violencia, perpetrada para pasarlo bien, suele estar ligada a la ingesta de sustancias tóxicas (alcohol y drogas) y ocurre a menudo en los locales de ocio como discotecas (antros) sobre todo) o sus alrededores. Finalmente, la violencia consumada por individuos aislados adopta asimismo múltiples variantes. Va

desde la violencia del pequeño delincuente (joven o no), hasta la espiral de homicidios de un asesino en serie, pasando por los agresores sexuales contumaces. Quizá sea un efecto horrible más de la ingesta de sustancias tóxicas. Tal vez. Lo bien cierto es que del tirón para robar el bolso se ha pasado a menudo a la paliza y, en ocasiones, al homicidio.

Violencia en las pantallas: Por la índole del informe en el que se inscribe este capítulo, es necesario atender un último tipo de violencia según el escenario en el que se produce. Me refiero a la violencia que se exhibe en las pantallas y, en particular, a la violencia en los medios de comunicación audiovisual. Hasta hoy, los estudios sobre violencia en la televisión se han ceñido, especialmente a las películas y han consistido, en su mayoría, en un recuento de cuántos actos de violencia física explícita se muestran en un determinado intervalo temporal. Algunos más audaces, han tratado de examinar qué perfiles tenían agresores y víctimas, bajo la hipótesis de que determinadas características de unos y de otros podrían inducir algún efecto pernicioso en el espectador. Pocos, prácticamente ninguno, se han preocupado de otros tipos de violencia que no se tradujeran en lesiones físicas. Y desde luego, está por hacer un estudio que, además de todo ello, extienda su ámbito de análisis a la programación entera, porque en toda ella, se muestra hoy en día violencia, incluso en sus más crudas manifestaciones. Por una parte, en los espacios informativos hay un tiempo dedicado a la violencia. Es la sección de sucesos, cada vez más amplia en detrimento de otros espacios y en concreto, de espacios culturales, que han de buscarse con lupa. La información aquí suele estar rodeada, además, de sensacionalismo (no exento de impertinentes notas de humor en ocasiones) y roza el morbo con frecuencia. Por otra parte, en los espacios de entretenimiento siempre queda un hueco (a veces, más que un hueco: todo el programa) para la violencia. Suele ser el tiempo de las mal llamadas “tertulias del corazón”. No es que en ellas los contertulios lleguen a las manos, no, aunque, a menudo, hay conatos. Es que se han constituido en verdaderos aquelarres en los que se entra en la intimidad de alguien. Es verdad que ese alguien, habitualmente un friki (es decir, un tipo estafalario o alguien sin frenos morales), se deja invadir en el sancta sanctorum de la dignidad humana: su privacidad. Pero ni siquiera la complicidad de la víctima con las incursiones

descarnadas de los expertos del corazón impide que se escenifique uno de los tipos de violencia más terribles. Me refiero a la violencia de las palabras (a lo que he llamado antes “violencia emocional”). Además, estos espacios tienen una consecuencia, en mi opinión, aún más nefasta: convierten en héroes y heroínas (con fecha de caducidad, desde luego) a quienes no han hecho ningún esfuerzo digno de tal nombre para salir en las pantallas, y alcanzar fama y dinero. Y eso sucede a la vez que a nuestros niños les pedimos estudiar hoy (y estudiar es esforzarse) para labrarse un futuro, casi siempre incierto. La contradicción no puede ser mayor.

Violencia según el tipo de agresor: Finalmente, entre las múltiples formas que adopta la violencia según el tipo de agresor, cabe destacar la *violencia juvenil*, *la psicopática*, *la terrorista* y *la organizada*.

Violencia juvenil: Por delincuencia juvenil se entienden aquellas acciones u omisiones que suponen un quebrantamiento de la ley y que ponen al joven en contacto formal con los sistemas de justicia. Además, se considera que las cosas van a peor, que la violencia se ha instalado entre la juventud como algo natural. Es una percepción que criminaliza a la juventud y que a decir verdad, no se corresponde en modo alguno con los hechos. Violencia juvenil, desde luego hay y algunas de sus formas, como la violencia por diversión, son preocupantes por lo que significan. ¿En qué clase de sociedad vivimos, qué tipo de educación estamos dando a nuestros niños y adolescentes para que algunos de ellos encuentren en el dolor ajeno una salida a su aburrimiento?. Pero dicho esto, conviene no extralimitarse. Convendría recapacitar acerca de lo incorrecta que es la percepción que de la juventud se tiene. Lo que sí está claro, en cualquier caso, es que hay una especie de tendencia conservadora internacional que, ante la violencia, sobre todo ante la violencia en las calles, mira de inmediato hacia la juventud, las drogas y los medios de comunicación audiovisual. Aunque sea cierto que los tres tienen parte de responsabilidad en la violencia de nuestro tiempo, no hay que olvidar los otros muchos elementos que están influyendo sobre su evolución.

Violencia terrorista: El terrorismo, nazca de donde nazca, es el intento de

amedrentar a través de la destrucción y la muerte al mayor número de personas posible. Ése es su objetivo inmediato. Su objetivo final puede variar y atenderlo, quizá nos arrastre a cuestiones de justificación. Hay expertos por cierto, que en lugar de hablar de “justificación” lo hacen de “excusas”. Por ejemplo, hay grupos terroristas que dicen luchar para defender su forma de vida, su cultura y su etnia, que consideran amenazadas o en trance de destrucción por el enemigo. Hay otros grupos que atentan para lograr la independencia de un territorio que consideran invadido, etc. No hay duda de que esos fines en ocasiones pueden ser buenos o, quizá, algunos los tengan por tales. Sin embargo, personalmente soy partidario de las teorías éticas deontológicas que anteponen lo moralmente correcto a lo bueno. Para mí, lo correcto es anterior al bien. De ahí que considere que las acciones humanas deben ser juzgadas por sus cualidades intrínsecas: su corrección o incorrección moral. En consecuencia, si el terrorismo se llama así porque es el intento de intimidar (y, por consiguiente, dañar emocionalmente) a una audiencia lo más amplia posible (integrada por personas inocentes) a través del asesinato de personas asimismo inocentes, cae en el ámbito de lo moralmente incorrecto y no puede tener, desde un punto de vista racional, justificación alguna. Quizá sí, como antes he dicho, pueda encontrar excusas, sólo excusas con una fortísima carga emocional. En definitiva, hablando de terrorismo, la intimidación es la clave. Por eso, los destinatarios del terrorismo no son las víctimas directas del atentado, sino la audiencia. El terrorismo es matar para ser noticia. Los destinatarios de los atentados del 11 de Septiembre no eran, obviamente, las personas asesinadas en las Torres Gemelas, arrumbadas por el fanatismo islamista, sino los norteamericanos en primer lugar, Occidente en segundo lugar y el mundo entero en tercer lugar. La muerte de las víctimas y la destrucción parcial del World Trade Center fueron el instrumento a través del cual conseguir el verdadero objetivo de aterrorizar a una audiencia lo más amplia posible. De hecho, el terrorismo clásico estaba presidido por el lema “Mata a uno para aterrorizar a mil” y el terrorismo de raíz islamista de nuestro tiempo lo está por este otro: “Mata a mil para amedrentar a millones”. El terrorismo, a su vez, admite diversas clasificaciones. Si atendemos a quien lo perpetra, hay que distinguir entre el terrorismo de Estado y el terrorismo insurgente. El primero es el practicado por el Estado cuando utiliza su fuerza

represiva para atemorizar a los ciudadanos. Algunos autores dicen que, en este caso, convendría hablar no de “terrorismo”, sino de “terror”. Sea como fuere, el terrorismo insurgente, por su parte, es de naturaleza civil y se dirige contra el statu quo. Ha conocido diversas formas a lo largo de la historia. Los dos tipos principales de terrorismo insurgente en la actualidad son el laico y el religioso.

Violencia psicopática: Los psicópatas se parecen bastante a los terroristas en el hecho de que no empatizan con sus víctimas y son capaces de matarlas a sangre fría y sin remordimientos. El parecido es notable; pero, es sólo eso: parecido. El terrorista, a diferencia del psicópata, no se regodea con el mal. Simplemente, por el tipo de socialización recibido, no cree estar haciendo el mal. Para él sus atentados (para los que empleará el eufemismo “acciones”) no forman parte del mal, sino del arsenal de instrumentos necesarios para defender a los buenos, que son los suyos. Eso es lo que ha aprendido. En eso es en lo que dogmáticamente cree. Cuando mate, si llega a matar, no lo hará pues por placer, sino como el soldado: por obligación. El psicópata sufre, en cambio, un trastorno de personalidad que no le impide distinguir entre el bien y el mal, pero le lleva a preferir el mal porque le causa placer. El psicópata carece de ciertas reacciones emocionales claves para empatizar con sus víctimas, o al menos, no empareja con sus acciones las emociones que normalmente las acompañan. Por eso, puede sentir placer allí donde las personas normales experimentan asco. Esas disfunciones emocionales es probable que nazcan de problemas de corte biológico. Pues bien, hay un tipo de psicópata que merece una atención especial. Me refiero al denominado “asesino en serie organizado”. Un asesino en serie es un criminal que mata a más de dos personas, dejando un cierto tiempo entre un asesinato y otro. Es el llamado “período de respiro”, cuya duración se irá acortando conforme crezca el número de víctimas. Por cierto, que la existencia del tiempo de respiro es lo que distingue, desde el punto de vista del modus operandi, al asesino en serie del asesino de masas: éste mata a más de dos personas, pero en un mismo acto o en actos muy próximos temporalmente. Entre los asesinos en serie los hay desorganizados y organizados. Los primeros suelen ser psicóticos, en particular, esquizofrénicos. De ahí no debe extraerse la conclusión de que los

esquizofrénicos son abundantes entre los asesinos en serie. Ni muchísimo menos. En general, los enfermos mentales y, en particular, los psicóticos suelen abundar entre las víctimas de asesinato y no entre los asesinos. Dicho esto, subrayaré que los asesinos en serie desorganizados no parecen premeditar sus crímenes: actúan por impulsos, sin planificación. Por eso mismo, suelen matar con lo que tienen a mano (un cuchillo, una piedra, etc.) y no cuidan la escena del crimen. Dejan en ella el arma empleada, sin preocuparse lo más mínimo de esconderla. Los asesinos en serie organizados suelen ser, por el contrario, psicópatas. Planifican bien lo que quieren hacer aunque, a veces, parezcan impulsivos: sus impulsos se inscriben en guiones que, a menudo, vienen perfeccionando desde su misma pre adolescencia. En aquel tiempo comenzaron a cultivar en su imaginación fantasías de contenido aberrante, que son las que ahora intentan llevar a la realidad. Para ellos el máximo goce, siempre sexual, se alcanza realizando su fantasía. Por eso sus víctimas reales suelen tener algo en común, pues han de parecerse a las víctimas de su imaginación. Por eso, también cuidan la puesta en escena de sus asesinatos, pues ha de adaptarse a lo exigido por aquella. Y, como no tienen alterada función mental alguna, planifican bien la realización del guión de tal fantasía, poniéndole las cosas difíciles a los cuerpos de seguridad. En ocasiones, se las ponen tan difíciles que, llevados por el narcisismo que suele caracterizarles, se sienten obligados a atraer la atención de la policía hacia ellos: se creen autores de una gran obra y reclaman su autoría.

Crimen organizado: A veces se dice que el terrorismo es un tipo de crimen organizado. No, no lo es. El terrorismo, aunque puede hacer del asesinato y de la extorsión un modo de vida, no persigue el lucro como finalidad principal. El objetivo del crimen organizado es precisamente ése. Como ya he dicho en un apartado anterior, el crimen organizado responde a un patrón empresarial. Está formado por grupos de personas, claramente estructurados, cuyo objetivo es el enriquecimiento ilegal de sus miembros a costa de la sociedad. Entre los medios empleados para alcanzar ese objetivo se encuentra la fuerza, el chantaje o la corrupción. El resultado es la introducción de ganancias ilegales en la economía legal. Las mafias constituyen el paradigma del crimen organizado. Se trata de grupos jerarquizados, con una clara división de trabajo,

que hacen del crimen el medio para alcanzar pingües beneficios. Su acción delictiva se desarrolla en múltiples áreas, entre las cuales, actualmente, destaca el tráfico de personas para su explotación laboral o sexual. No hay que confundir este tráfico con el contrabando de personas, que consiste simplemente en el traslado ilícito de personas a través de fronteras internacionales. No, el tráfico de personas es más que el contrabando. Incluye el reclutamiento, compra, venta, traslado, albergue o recepción de personas con el propósito de esclavizarlas, laboral o sexualmente, en una comunidad distinta a la suya. Las mafias se han especializado además en otras áreas criminales como el tráfico de órganos, el tráfico de drogas, el contrabando de armas y el blanqueo de capitales. A este último respecto, hay que destacar el hecho de que Internet ha simplificado extraordinariamente el proceso de blanqueo de dinero con un costo prácticamente nulo. Esto ha sido determinante para la entrada de las mafias en el cibercrimen. Por tal se entiende el conjunto de delitos que se cometen a través de ordenadores (por ejemplo, el blanqueo del que vengo hablando) o contra los ordenadores y las redes.

Finalmente el autor, en su particular taxonomía de la violencia, considera que resuelve bastantes problemas de definición con los que se ha encontrado como investigador de la violencia. Su propuesta responde a una hipótesis ampliamente corroborada: la realidad puede ser estructurada desde distintos puntos de observación. Y así sucede con la violencia. Es siempre la misma, pero puede percibirse desde perspectivas diferentes y en consecuencia, puede construirse (estructurarse) de maneras diversas y recibir nombres distintos. ⁽²⁰⁾

Por otra parte, pero considerando el mismo contexto motivo de el presente proyecto es indispensable realizar la revisión de antecedentes similares, que particularmente hagan alusión a la resiliencia en el embarazo y por consiguiente a la violencia y el embarazo. Sin embargo en la observación y en la revisión bibliográfica, se puede entender que una no se desliga de la otra, por lo que vale la pena realizar su revisión de manera conjunta:

Nelly Lam y Colaboradores, refieren que existe evidencia de asociación significativa entre el antecedente de violencia durante el embarazo y la

presencia de síntomas de probable depresión gestacional. En las mujeres violentadas encontraron menores niveles de resiliencia y apoyo social que en las no violentadas y al evaluar el apoyo social adecuado y la alta resiliencia, observaron que actúan como factores protectores, ya que ambos disminuyeron el riesgo de presentar síntomas de depresión gestacional. De igual forma concluyen que un estimado cierto con respecto a la violencia, es más una utopía que una posibilidad, ya que existe un subdiagnóstico en este aspecto y que aun cuando se evalúe el antecedente de manera directa (entrevista) o indirecta (autorreporte), es casi imposible alcanzar la verdadera determinación del número de casos, debido a que muchas mujeres no refieren el hecho (inconsciente o conscientemente) posiblemente por el estigma socio – cultural para con la mujer violentada. Citan la necesidad de realizar investigaciones con poblaciones más representativas, que consideren establecimientos de todos los niveles de atención y complejidad, que abarquen diferentes regiones y sobre todo que incluyan a gestantes adolescentes, donde la situación es mucho más crítica. ⁽²¹⁾

Benatuil Denise, menciona la importancia de la paternidad adolescente como factor de resiliencia, en contraparte al enfoque histórico centrado en la madre, que considera a la maternidad en la adolescencia como un factor de riesgo. Su trabajo de carácter teórico refiere que es probable que los hombres jóvenes en desventaja socioeconómica, vean la paternidad como una fuente de autoestima y crean que ser padres puede reforzar su masculinidad, pero también advierte que la paternidad temprana puede tener consecuencias negativas, pues la joven pareja puede verse atrapada en una vida de pobreza, con una familia grande y un matrimonio infeliz, teniendo el riesgo de que los nuevos roles impliquen la necesidad de interrupción de la educación y más aun que el estrés de la situación pueda manifestarse en abuso de sustancias, violencia y otros negativos. Sin embargo advierte que distintos trabajos han dado cuenta de la relación existente entre la falta de proyecto y el embarazo adolescente, menciona que en las clases más pobres, los adolescentes tienen pocas opciones de realización personal por medio del estudio o el trabajo, por lo tanto la paternidad temprana puede transformarse en una de las principales opciones de realización personal y accesos a la vida adulta. Para esta autora si

socialmente a este grupo de padres adolescentes se les da lugar, seguramente en un futuro habrán de ser padres adolescentes que podrán y querrán comprometerse con la crianza de sus hijos y en lo futuro se pueden ver niños resilientes por haberse realizado su crianza en un ambiente de respeto, afecto y cariño. ⁽²²⁾

Doubova AV y Colaboradoras analizaron los factores relacionados a la violencia de pareja en mujeres embarazadas, mencionan que sus resultados refuerzan los hallazgos de otros estudios de que el problema de violencia en mujeres embarazadas en México sigue siendo un problema frecuente y que a pesar de que el tema de violencia ha encontrado el reconocimiento y el apoyo social y gubernamental, el problema de violencia sigue siendo un tema “tabú” para la mujer y en muchas ocasiones también para los prestadores de servicios de salud, por ser un asunto íntimo y doloroso. En su estudio solo el 28% de las mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo decidieron comentar sobre como habitualmente empieza el acto de violencia, las otras o quisieron hablar sobre el tema y en consistencia con otros estudios, muchas mujeres se auto-culpabilizan diciendo que la causa de violencia es una falta de autoestima. ⁽²³⁾

Castro R y Colaboradores, determinaron si el embarazo es un factor de riesgo o un factor de protección frente a la violencia doméstica y compararon la prevalencia y severidad de la violencia que sufren las mujeres embarazadas antes y durante el embarazo. Destacan, en primer lugar, el hallazgo reportado en su investigación, en términos de la magnitud de la prevalencia de violencia contra las mujeres tanto durante el embarazo (32%) como en el año previo (33,6%). Es decir, un tercio de las mujeres entrevistadas reportaron sufrir violencia durante el embarazo, y un tercio también en el año previo. En segundo lugar, sus datos mostraron que para una proporción significativa (24%) de las mujeres que sufrían violencia antes del embarazo, éste resultó un factor de protección pues la violencia se suspendió durante el mismo. Pero también para otra proporción importante (27%) de las mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo, éste resultó un factor de riesgo, pues la violencia se inició en este período. Concluyen que la violencia es un fenómeno complejo cuyo estudio exige la inspección cuidadosa de sus diversos

componentes. En su trabajo, dejan claro que es la violencia emocional durante el embarazo (28% de prevalencia) la que predomina por encima de la violencia física (15%) y sexual (cerca del 12%). La violencia durante el embarazo es parte de un patrón de violencia mucho más amplio, que incluye tanto la violencia durante la infancia (de las mujeres y de sus parejas) como la violencia que ejercen las parejas para con sus hijos. Que la violencia en el año anterior al embarazo sea un predictor tan fuerte de la violencia durante el embarazo es ilustrativo, y coincide plenamente con lo reportado en diversas fuentes. ⁽²⁴⁾

Cuevas y Colaboradores en sus resultados refieren que del total de mujeres, estudiadas 13% informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen durante el embarazo. En la mayor parte de los casos (91.4%) el agresor fue el cónyuge. Las variables que se asociaron positivamente con violencia en algún embarazo fueron: a) nivel de escolaridad de la mujer: las analfabetas, comparadas con las mujeres que tenían escolaridad superior a primaria completa, presentaron la asociación más fuerte; b) antecedentes de violencia en la niñez; c) antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años consumo diario de alcohol por la pareja. Los resultados de este estudio, muestran que la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en contextos de alta marginación, además de que su expresión tiende a ser más severa. Los resultados sustentan la necesidad de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo en México, además de identificarlo durante el proceso de atención prenatal a mujeres violentadas. ⁽²⁵⁾

Núñez y Colaboradores en su trabajo hacen referencia a que la violencia durante el embarazo es un factor de riesgo predictivo de bajo peso al nacer, mencionan que los niños de madres que sufrieron actos de violencias pesaron como promedio 449.4 gramos menos que los de las mujeres que no habían estado expuestas a actos de violencia. En su estudio las primeras presentaron un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacer que las segundas, concluyen también que sus resultados indican la necesidad de investigar el tema más profundamente, instruir al personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres como factor de riesgo reproductivo y conformar

grupos de expertos en este tema con el fin de desarrollar protocolos especializados para la identificación temprana de embarazadas sometidas a algún tipo de agresión. ⁽²⁶⁾

Valdez SR y colaboradores, exploraron las experiencias de las parteras en la detección de mujeres maltratadas durante el embarazo, además de conocer los tipos de violencia que identifican con mayor facilidad. Reportan: a) el proceso de identificación de violencia realizado por las parteras en la atención prenatal, el cual se basa en un patrón de conductas y actitudes de las mujeres maltratadas tales como descuido en su persona, timidez y, sobre todo, una falta de control en las decisiones sobre el cuidado a su salud, lo cual permite a las parteras hacer preguntas directas sobre violencia; b) las violencias que identifican las parteras con mayor facilidad son la física y la emocional. La violencia sexual fue más difícil para su identificación de manera directa. Resaltan algunos de los hallazgos más sobresalientes del estudio. En primer lugar, la familiaridad de las parteras con la violencia que viven de manera cotidiana las mujeres embarazadas, lo cual arroja luz sobre las circunstancias y condiciones en las que se presenta la violencia hacia las mujeres embarazadas, y cuyos primeros datos generales habían sido reportados por los estudios de prevalencia. Consideran importante hacer una comparación entre la experiencia de las parteras y lo comunicado por los médicos del primer nivel de atención en un estudio anterior; en dicho estudio los médicos señalaron que en su opinión la violencia durante el embarazo era una situación poco frecuente en la población que atienden, pues sus experiencias en la identificación de mujeres embarazadas maltratadas eran escasas. Para estos autores, esta discrepancia entre ambos pone de manifiesto diferencias sustanciales entre ambas prácticas; por ejemplo, los distintos conceptos de atención a la salud, el tipo de interacción entre quién atiende y quién consulta, la definición de su campo de intervención, por mencionar las más importantes. Mencionan que en el caso de las parteras, ellas están insertas en el mismo contexto cultural y geográfico de las mujeres que atienden, su relación está definida más horizontalmente y, por lo tanto, existe menos distancia entre una y otra. Esta es una diferencia sustancial en comparación con la relación médico-paciente en el escenario institucional. ⁽²⁷⁾

Paredes Solís y Colaboradores estimaron la ocurrencia de la violencia física intrafamiliar contra la embarazada, los factores asociados y la percepción de daños a la salud, en un estudio con base poblacional. Realizaron una entrevista a 2 389 mujeres, de las cuales 709 fueron elegibles para completar el cuestionario sobre el último embarazo. Entre mujeres cuyo esposo no estuvo presente en el momento de la entrevista, 21% declaró ser víctima de violencia física y 5.6% reportó maltrato físico intrafamiliar durante el último embarazo. Encontraron 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 mencionan la 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. Concluyen que un hallazgo importante es la asociación entre problemas obstétricos durante el embarazo y la violencia física. ⁽²⁸⁾

Olaiz G y Colaboradores, identificaron la prevalencia de la violencia contra las mujeres en usuarias del sector salud en México. Participaron 26 042 mujeres de 15 a 92 años de edad. Refieren que de las mujeres que tuvieron antecedente de embarazo, 14.1% señalaron violencia y 4.4% refirieron haber sido golpeadas en el abdomen. La prevalencia de violencia sexual fue de 17.3% y cerca de la mitad de este porcentaje la padecieron antes de los 15 años de edad. La violencia se presenta en mayor prevalencia en las usuarias de la SSA, entre las de menor escolaridad, entre aquellas que no viven en casa propia y entre las que viven en mayor hacinamiento. Concluyen que la identificación y la medición de la violencia constituyen un fenómeno complejo en consideración a los diversos tipos de violencia que existen y a la manera en que las mujeres mismas la perciben y la notifican. Dicen que la violencia es un problema importante de salud, tanto por la alta prevalencia como por sus consecuencias inmediatas y acumulativas sobre la salud. Afirman que sus resultados indican la necesidad urgente de prevenir y atender este problema.

En su trabajo ponen de manifiesto que los servicios de salud, ya sea de primer o segundo nivel de atención, constituyen un espacio en donde convergen

prestadores de servicios y usuarias, que la mayoría de las veces están viviendo o han vivido alguna experiencia de violencia a lo largo de su vida y que, sin duda, tiene un impacto en su salud. También manifiestan que los proveedores de servicios tampoco están exentos de la violencia en contra de la mujer, ya sea como víctimas o como victimarios, aun cuando desconocen su frecuencia, consecuencias a la salud o formas de identificar a las víctimas, o bien el interrogatorio sobre el tema les resulta incómodo. ⁽²⁹⁾

I.3.- Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco

La Unidad Médica de Santiago Tianguistenco, fue creada en el año de 1978; para el año 2007 se realizó la ampliación, modernización y equipamiento, cambiando su nomenclatura en el año 2008, denominándose en la actualidad “Centro de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco” (CEAPS) y cuenta con los siguientes servicios:

- Consulta General
- Consulta especializada de Ginecología y Obstetricia
- Consulta Especializada de Pediatría
- Consulta de Nutriología
- Consulta de Psicología
- Consulta de Planificación Familiar
- Consulta de Odontología
- Laboratorio Clínico ⁽³⁰⁾

Durante el periodo de enero 2008 - agosto de 2012, se han atendido 1122 Partos. Durante el año 2011 se otorgaron un total de 43,666 consultas, de las cuales 3866 se otorgaron a embarazadas y de estas 1,100 fueron de primera vez. Durante el periodo enero – agosto 2012, se han otorgado 29,957 consultas y de estas 2094 han sido de embarazo y 508 de ellas de primera vez. ⁽³¹⁾

El Municipio de Santiago Tianguistenco se localiza a 26 kilómetros hacia el sureste de Toluca sobre la falda occidental de las montañas la sierra de la cruces. Se localiza a una altitud de 2, 620 metros sobre el nivel del mar.

Cuenta con una extensión territorial de 121.53 kilómetros cuadrados. Las principales localidades son: la Cabecera Municipal, San Lorenzo Hueheutitlán, Santiago Tilapa, Guadalupe Yancuictlalpán y San Pedro Tlaltizapán. Pertenece a la región I de Toluca.

Limita al norte con los municipios de: Ocoyoacac, San Mateo Atenco y Capulhuac; al Sur con Ocuilàn; al Este con Jalatlaco y el Distrito Federal y al Oeste con Metepec, Mexicaltzingo, Chapultepec, Atizapán, Almoloya del Río, Calimaya, Texcalyacac y San Antonio la Isla.

La estructura poblacional es uno de los indicadores que permiten visualizar los cambios que se han presentado con el tiempo y se analizan por grupos de edad: niños, personas en edad productiva y población de la tercera edad.

En virtud de que las acciones deben programarse para el presente y también para el futuro se necesita anticiparse en el documento de la dinámica poblacional, para la cual se utilizan proyecciones; al respecto podemos apreciar que, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda INEGI, 2006 - 2011), la población reportada corresponde a 70, 823 habitantes, de los cuales 34, 579 (48.82 %) son hombres y 36, 244 (51.18%), son mujeres de acuerdo a su distribución porcentual por grupos de edad. ⁽³⁰⁾

Distribución de la población según edad y sexo, 2012
Municipio de Tianguistenco, México

Grupo Etáreo	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
0-4	3, 448	4.86	3, 230	4.56	6, 678	9.42
5-9	4, 162	5.87	3, 900	5.50	8, 062	11.38
10-14	4, 136	5.83	3, 800	5.36	7, 936	11.20
15-19	4, 479	6.32	5, 087	7.18	9, 566	13.50
20-24	2, 938	4.14	3, 591	5.07	6, 529	9.21
25-29	2, 309	3.26	3, 271	4.61	5, 580	7.87
30-34	3, 070	4.33	2, 834	4.00	5, 904	8.33
35-39	2, 270	3.20	2, 190	3.09	4, 460	6.29
40-44	1, 829	2.58	2, 107	2.97	3, 936	5.55
45-49	1, 722	2.43	1, 489	2.10	3, 211	4.53
50-54	1, 410	1.99	1, 680	2.37	3, 090	4.36
55-59	1, 207	1.70	1, 081	1.52	2, 288	3.23
60-64	522	0.73	486	0.68	1, 008	1.42
65-69	363	0.51	498	0.70	861	1.21
70-74	257	0.36	449	0.63	706	0.99
75-79	220	0.31	323	0.45	543	0.76
80-84	129	0.18	82	0.11	211	0.29
85 – más	108	0.15	146	0.20	254	0.35
TOTAL	34, 579	48.82	36, 244	51.18	70, 824	100.00

Fuente: Diagnóstico de Salud. Municipio de Santiago Tianguistenco. ⁽³⁰⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

El tema de resiliencia en medicina es relativamente reciente, se ha considerado de hecho como un tema exclusivo de la psicología. Sin embargo hoy día la humanidad se ha visto abrumada por la violencia, misma que a su vez es generada por muchos factores, pero que obliga al ser humano a superar una serie de adversidades que de no contar con factores protectores resultaría en resultados catastróficos. Es así que la resiliencia se puede entender, como un convencimiento o capacidad del individuo o incluso de un grupo de individuos para superar obstáculos de manera exitosa, mostrando resistencia, considerándose como un proceso dinámico, constructivo, interactivo y que puede manifestarse en distintos niveles del desarrollo, biológico, neurofisiológico y endocrino en respuesta a estímulos ambientales.

Del mismo modo, la violencia de género durante el embarazo es un problema que ocurre en todas las sociedades del mundo sin distinción de clase, raza, edad o religión. Las mujeres durante el embarazo pueden ser maltratadas ya sea física, psicológica ó sexualmente, pudiendo depender en gran medida de la situación cultural y del nivel de educación de la mujer.

De esta forma nuestra población a pesar de la transición demográfica, aun cuenta con un porcentaje importante de población en edad reproductiva, misma que enfrenta distintas adversidades con resultados no siempre exitosos. Esta población en edad reproductiva, ha vivido la influencia de diversos factores que condicionan el inicio de la vida sexual activa en edades tempranas, que mujeres con multiparidad sigan viviendo la presión de la pareja traducida en violencia para continuar con la función reproductiva, resultando en embarazos de alto riesgo o no deseados. Por tanto, para muchas mujeres el embarazo lejos de ser considerado como una de las funciones o estados más sublimes o deseados, se traduzca en un trauma que en muchas ocasiones no es superado, prolongándose aun después de la resolución del parto.

El embarazo en algunas mujeres, puede ser el resultado de una acción o acciones violentas, sistemáticas o no, pero que a final de cuentas es el producto de un sometimiento a través de la fuerza.

Para otras mujeres el embarazo puede ser originado por una mala decisión unilateral, cuyo fin es el afianzamiento de la relación de pareja, pero que al ser unilateral, origina una disfuncionalidad que genera un trauma, mismo que deberá superar, para no desencadenar una serie de acontecimientos que resulten en daño para la mujer y el recién nacido.

Castro y Ruíz en su estudio mencionan que la violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo. Hay estudios que muestran que el maltrato a la mujer es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo. En la literatura internacional, la prevalencia de abuso durante el embarazo varía entre 4% y 25% según la población, las definiciones de violencia, y los métodos utilizados para medirla. Señalando la necesidad de continuar estudiando si la violencia aumenta, disminuye o permanece igual durante el embarazo en comparación con los períodos previo y posterior al mismo. ⁽³²⁾

Posada Rodríguez y Malbersis Broche, en su estudio señalan que a pesar de conocerse el elevado riesgo de complicaciones que produce el embarazo en las adolescentes, en el mundo se registran anualmente más del 10 % de los nacimientos en madres de 15 a 19 años, por lo que alrededor de 15 millones de estas mujeres dan a luz cada año y la mayoría de estos ocurren en países subdesarrollados. En Latinoamérica estas cifras están en el orden de los 48 millones. Según estudios realizados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el que se comparan las tasas de nacimientos en adolescentes de 27 países desarrollados, Estados Unidos presenta las tasas más altas (52,1 por mil) seguido por el Reino Unido (30,8 por mil). España ocupa una posición media en la lista, siendo la tasa del grupo de 18-19 años tres veces superior a la del grupo de 15 a 17 años. Pese a que existen variaciones según el entorno sociocultural analizado, se estima que entre un 60

y 90 % de estos embarazos no son deseados y el 9 % de las jóvenes españolas que han tenido relaciones sexuales completas, declaran haber quedado embarazadas en alguna ocasión sin haberlo deseado. Aunque en Cuba ha habido un descenso en el número de embarazos en la adolescencia, aún se muestra una incidencia de alrededor de 16.16 %. Refieren que mientras existen adolescentes que no son capaces de enfrentar la maternidad de forma eficaz, con efectos negativos en su vida, en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad, otras se desarrollan exitosamente a pesar de la adversidad, precisamente en este espacio de incertidumbre se inscribe el concepto de *resiliencia*, definido como una combinación de factores que permiten a un niño o ser humano, afrontar problemas de la vida y construir sobre ellos. Estos factores se definen como protectores y se clasifican en externos e internos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños, como una familia extendida, apoyo de un adulto significativo, y la integración laboral o social. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: autoestima, optimismo, seguridad, capacidad de elegir, confianza en sí mismo, adecuada comunicación y empatía. ⁽³³⁾

La resiliencia y el apoyo social, han sido reconocidos como factores protectores cuando el sujeto es sometido a situaciones de maltrato y durante el embarazo, que es el mayor evento circunstancial en la vida de una mujer, siendo pocos los estudios que se han centrado en evaluar estos factores.

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la resiliencia y el tipo de violencia que se presenta en las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco, México?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

De acuerdo a la Legislación Universitaria y el Reglamento Interno de la Facultad de Medicina.

III.2 Científica.

Considerando la aplicación del Método Científico en sus cuatro primeras etapas, las cuales influyen en la formación académica.

III.3 Social.

Debido a que es un tema no estudiado en las embarazadas y la importancia de que conozcan su resiliencia para afrontar los casos de violencia.

IV. HIPÓTESIS

En las embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco en 2012, la resiliencia está presente en menos del 50 por ciento y la violencia es superior al 70 por ciento, predominando el tipo de violencia de pareja.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Las embarazadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

La Resiliencia.

IV.1.2.2 Independiente.

La violencia.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

En está presente en menos del 50 por ciento y, es superior al 70 por ciento, predominando el tipo de violencia de pareja.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Analizar la resiliencia, la violencia y tipo de violencia en las embarazadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco, 2012.

V.2 Específicos.

Identificar las dimensiones resilientes

Determinar cuál es la resiliencia de las embarazadas violentadas

Determinar la resiliencia por grupo de edad

Determinar la resiliencia por escolaridad

Determinar la resiliencia de acuerdo al Estado Civil

Identificar la resiliencia en embarazadas que habitan en área rural y urbana

Identificar a las embarazadas que presentan violencia

Determinar el tipo de violencia que presentan las embarazadas

Determinar la violencia por grupo de edad

Determinar la violencia por escolaridad

Determinar la violencia de acuerdo al Estado Civil

Identificar la violencia en embarazadas que habitan en área rural y urbana

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Prospectivo, observacional, descriptivo y transversal

VI.2. Diseño del estudio.

A cada una de las embarazadas se les aplicaron los instrumentos de investigación Inventario de Resiliencia (IRES-2011). (Anexo 1) y el utilizado en la Encuesta Nacional sobre Violencia en México (ENVIM 2006).

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
Grupo de Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa discreta	1) < 15 años 2) 15 – 19 años 3) 20 – 24 años 4) 25-29 años 5) 30-34 años 6) 35 o más años	1
Escolaridad	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos de	Cualitativa Ordinal	1) Ninguno 2) Primaria Incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria Completa 6) Bachillerato o Técnico 7) Profesional (Licenciatura) 8) Postgrado	2
Lugar de residencia Habitual	Sitio donde vive una persona ordinariamente	Denominación del lugar donde se tiene ubicada la vivienda y ordinariamente se reside	Cualitativa nominal	1) Urbano 2) Rural	3
Ocupación	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura	Actividad diaria de una persona	Cualitativa nominal	1) Labores del Hogar 2) Obrera 3) Comerciante 4) Otros (especificar)	4
Estado Civil	Se entiende por estado civil la condición particular	Forma de vivir una relación sentimental, religiosa o civil con una	Cualitativa Nominal	1) Casada 2) Soltera 3) Unión Libre	5

	que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	persona de otro sexo, o de su mismo sexo		4) Divorciada 5) Viuda	
Resiliencia	Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas	Capacidad de cada persona de salir adelante a pesar de las condiciones adversas de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas	Cualitativa Ordinal	AFRONTAMIENTO 1) Nunca: Mala <50% 2) Casi nunca: Regular 51 – 70 % 3) Algunas veces: Buena 71 – 80 % 4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 % 5) Siempre: Excelente 91 – 100 % ACTITUD POSITIVA 6) Nunca: Mala <50% 7) Casi nunca: Regular 51 – 70 % 8) Algunas veces: Buena 71 – 80 % 9) A Menudo: Muy buena 81 - 90 % 10) Siempre: Excelente 91 – 100 % SENTIDO DEL HUMOR 1) Nunca: Mala <50% 2) Casi nunca: Regular 51 – 70 % 3) Algunas veces: Buena 71 – 80 % 4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 % 5) Siempre: Excelente 91 – 100 % EMPATIA 1) Nunca: Mala <50% 2) Casi nunca: Regular 51 – 70 % 3) Algunas veces: Buena 71 – 80 % 4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 % 5) Siempre: Excelente 91 – 100 % FLEXIBILIDAD 1) Nunca: Mala <50% 2) Casi nunca: Regular 51 – 70 % 3) Algunas veces: Buena 71 – 80 % 4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 % 5) Siempre: Excelente 91 – 100 % PERSEVERANCIA 1) Nunca: Mala <50% 2) Casi nunca: Regular 51 – 70 %	6, 7, 8 y 9 10, 11, 12 y 13 4 y 15 16 y 17 18 y 19 20 y 21 22 y 23

				<p>3) Algunas veces: Buena 71 – 80 %</p> <p>4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 %</p> <p>5) Siempre: Excelente 91 – 100 %</p> <p>RELIGIOSIDAD</p> <p>1) Nunca: Mala <50%</p> <p>2) Casi nunca: Regular 51 – 70 %</p> <p>3) Algunas veces: Buena 71 – 80 %</p> <p>4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 %</p> <p>5) Siempre: Excelente 91 – 100 %</p> <p>AUTOEFICACIA</p> <p>1) Nunca: Mala <50%</p> <p>2) Casi nunca: Regular 51 – 70 %</p> <p>3) Algunas veces: Buena 71 – 80 %</p> <p>4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 %</p> <p>5) Siempre: Excelente 91 – 100 %</p> <p>OPTIMISMO</p> <p>1) Nunca: Mala <50%</p> <p>2) Casi nunca: Regular 51 – 70 %</p> <p>3) Algunas veces: Buena 71 – 80 %</p> <p>4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 %</p> <p>5) Siempre: Excelente 91 – 100 %</p> <p>ORIENTACION A LA META</p> <p>1) Nunca: Mala <50%</p> <p>2) Casi nunca: Regular 51 – 70 %</p> <p>3) Algunas veces: Buena 71 – 80 %</p> <p>4) A Menudo: Muy buena 81 - 90 %</p> <p>5) Siempre: Excelente 91 – 100 %</p>	<p>24 y 25</p> <p>26 y 27</p> <p>28 y 29</p>
Violencia	Uso intencionado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o	Acción que realiza una persona para hacer daño a otra	Cualitativa ordinal	<p>VIOLENCIA PSICOLOGICA SEGÚN LA FORMA EJERCIDA</p> <p>1) Muchas veces (> 3)</p> <p>2) Varias veces (2 a 3)</p> <p>3) Alguna vez: (1)</p> <p>4) Nunca (0)</p> <p>VIOLENCIA FISICA DE</p>	<p>30, 31 32,33 34,35 36,37 38,39 y 40</p>

	privaciones.			<p>ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA</p> <p>1) Muchas veces (> de3) 41, 42, 43,44 2) Varias veces (2 a 3) 45,46 3) Alguna vez (1) 47,48 4) Nunca (0) 49,50 y 51</p> <p>VIOLENCIA ECONOMICA DE ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA</p> <p>1) Muchas veces (> 3) 52,53 2) Varias veces (2 - 3) 54 y 3) Alguna vez (1) 55 4) Nunca (0)</p> <p>VIOLENCIA SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO, COMPAÑERO O ULTIMA PAREJA</p> <p>1) Muchas veces (> 3) 56, 2) Varias veces (2 - 3) 57 y 3) Alguna vez (1) 58 4) Nunca (0)</p>
--	--------------	--	--	--

VI.4 Universo de Trabajo.

150 Embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud, durante el periodo octubre – diciembre de 2012.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- 150 embarazadas de cualquier edad, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud, durante el periodo de octubre a diciembre de 2012, de primera vez y subsecuente, que contaban con un diagnóstico clínico de embarazo.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- En las 150 mujeres encuestadas se confirmo el embarazo.
- Mujeres embarazadas que no aceptaron participar en la encuesta.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- 9 embarazadas, a las que se aplicó la encuesta, en donde su pareja no aceptó dejarlas a solas con el encuestador.
- 2 embarazadas, quienes contestaron la encuesta de manera parcial.

VI.5. Instrumento de Investigación.

Para Establecer la Resiliencia, se utilizó el Instrumento: Inventario de Resiliencia IRES-2011.

Para Establecer la Violencia, se utilizó el Instrumento aplicado en la Encuesta Nacional sobre Violencia en México (ENVIM 2006).

VI.5.1 Descripción.

Se utilizó un Instrumento, que conjuntó los siguientes componentes:

Encuesta IRES-2011: Conformado por 24 ítems cerrados, que evaluaron con cinco opciones, con recorrido de “nunca” a “siempre”, cada una de las diez dimensiones señaladas en la operacionalización de variables, que caracterizan a las personas resilientes: Afrontamiento, actitud positiva, sentido del humor, empatía, flexibilidad, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta, considerándose resiliente aquella embarazada que presentó una calificación de buena a excelente, es decir de 71 % a 100 %.

Encuesta ENVIM 2006: Conformado por 29 ítems cerrados, que evaluaron cuatro opciones con recorrido de “muchas veces” a “nunca”, en cada uno de los cuatro tipos de violencia señalados en la operacionalización de variables: Violencia psicológica, física, económica y sexual.

Nota: El Instrumento ENVIM 2011, no considera un ÍTEM específico para el tipo de agresor, sin embargo está diseñado para la detección de violencia por la pareja.

VI.5.2 Validación.

La encuesta IRES-2011, fue validada en una muestra del noroeste de México y sus resultados indican una alta confiabilidad y su análisis factorial confirmatorio, mostró validez convergente en todas sus dimensiones, excepto en las de empatía y flexibilidad. Es un instrumento que puede utilizarse para medir las disposiciones que hacen probable la resiliencia de las personas sometidas a diversos riesgos que pueden afectar su desarrollo psicológico. En su validación se realizaron estadísticas univariadas, medias y desviaciones estándar, después de lo cual, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad (consistencia interna). Con el fin de agrupar las variables, se elaboraron índices con los reactivos de cada una de las dimensiones del inventario, llevándose a cabo posteriormente un análisis factorial confirmatorio con el paquete estadístico EQS. Para determinar la pertinencia del modelo propuesto, se utilizaron indicadores de bondad de ajuste, donde se espera que el indicador estadístico χ^2 , que determina la diferencia entre el modelo teórico y el propuesto, no sea significativo. Se obtuvo un alfa de Cronbach de .93 para todo el instrumento. ⁽¹²⁾

La encuesta ENVIM 2011, fue estandarizada, diseñada y validada por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud, utilizada en la Encuesta Nacional sobre Violencia en México 2006. ⁽³⁴⁾

VI.5.3 Aplicación.

El instrumento fue aplicado por el tesista, se aplicó de manera directa a todas las embarazadas, que acudieron a consulta en todos los turnos y que ya contaban con diagnóstico clínico de embarazo.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

- Se realizó exposición previa, con 1 sesión cuya duración fue de 2 horas, con sede en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud, con la presencia de las autoridades de la Unidad Médica.
- La entrevista se realizó de manera directa, previa explicación a la mujer embarazada, entregando el formato de consentimiento informado.
- La información registrada en la encuesta impresa, fue almacenada de inmediato en archivo electrónico, en la base de datos específica del trabajo.
- Se utilizó un equipo de computación, destinado a recabar y almacenar los archivos con la información.
- Se utilizaron encuestas impresas, cuya información se registró de inmediato en la base de datos diseñada para tal fin.

VI.7 Límite de espacio.

Se realizó en la Unidad Médica denominada: Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud, de Santiago Tianguistenco, del Instituto de Salud del Estado de México.

VI.8 Límite de tiempo.

La aplicación del instrumento, se realizó de octubre a diciembre de 2012.

VI.9 Diseño de análisis.

Se hizo revisión y corrección de la información

Se clasificaron y tabularon los datos.

Se elaboraron y validaron cuadros de doble salida.

Se diseñaron gráficos por tipo de variable.

Se llevó a cabo la redacción de resultados, conclusiones y recomendaciones.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Para el presente estudio, se tomaron en cuenta criterios éticos y de seguridad revisados y aprobados por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública y que fueron utilizados en la Encuesta Nacional sobre violencia 2006, siendo los siguientes:

- A quienes cumplieron con los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio. Antes de iniciar la sesión de preguntas, el entrevistador presentó los argumentos y explicó el motivo de la encuesta con el fin de aclarar a la mujer embarazada que su participación era totalmente voluntaria, que la información proporcionada se utilizó únicamente con fines estadísticos, además de ser estrictamente confidencial.
- Las entrevistas nunca se realizaron en presencia de otra persona y se llevaron a cabo teniendo condiciones de privacidad.
- Para evitar errores de transcripción, en la captura y asegurar la confidencialidad, el entrevistador capturó los datos al momento de la entrevista en un archivo electrónico; por lo que se contó con apoyo de equipo de computación manteniendo a resguardo los archivos.
- Para este trabajo se agregó, que se omitía el nombre de la mujer embarazada y sólo se asignó un número progresivo, con fines estadísticos.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M. C. Miguel Ángel Villamares García

Director: Ph. D. Mario Enrique Arceo Guzmán

IX. RESULTADOS

De las 150 embarazadas encuestadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud, de Santiago Tianguistenco, 82 sufrieron algún tipo de violencia representando el 54.68 % y 68 no fueron violentadas para un 45.32 %. En 74 de las 82 violentadas, la resiliencia estuvo presente para un 49.33 % y ausente en 8 para un 5.35 %. En 62 de las 68 no violentadas estuvo presente la resiliencia para un 42.32 % y ausente en 6 con un 4.0 %. En total la Resiliencia estuvo presente en 136 de las embarazadas, para un 90.65 % y ausente en 14 con un 9.35 %. El tipo de Violencia más frecuente de manera exclusiva fue la Psicológica, manifestada en 30 de las embarazadas representando un 20 %. Sin embargo en 46 embarazadas más, se combinó con los tipos de violencia física, económica y sexual, por lo que en suma la Violencia Psicológica exclusiva o combinada, se presentó en 76 de las embarazadas violentadas representando un 50.63 % del total de embarazadas y el 92.68 de las violentadas. No se demostró la hipótesis que a la letra dice: En las embarazadas que acuden al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco, la resiliencia está presente en menos del 50 por ciento y la violencia es superior al 70 por ciento, predominando el tipo de violencia de pareja. (Cuadro 1, Gráfica 1).

De las Dimensiones el Afrontamiento fue resiliente en 120 de las embarazadas, en 54 fue bueno para un 36 %, en 60 muy bueno para un 40 % y en 6 fue excelente para un 4 %; la Actitud Positiva fue resiliente en 133 de las embarazadas, en 41 fue buena para un 27.33 %, en 64 fue muy buena para un 64.66 % y en 28 fue excelente para un 18.68 %; el Sentido del Humor fue una dimensión resiliente en 137 de las embarazadas, buena en 61 para un 40.66 %, en 51 muy buena para un 34 % y en 25 excelente con un 16.68 %; la Empatía fue resiliente en 124 de las embarazadas, en 56 fue buena para un 37.33 %, en 53 muy buena representando el 35.35 % y en 15 excelente para un 10.0 %; la Flexibilidad fue resiliente en 131 de las embarazadas, en 33 fue buena para un 22 %, en 70 fue muy buena para un 46.66 % y en 28 fue excelente para un 18.68 %; la Perseverancia fue una dimensión resiliente en 144 de las embarazadas, en 31 fue buena para un 20.66 %, en 61 fue muy

buena con un 40.66 % y en 52 excelente representando el 34.69 %; la Religiosidad se presentó como dimensión resiliente en 132 de las embarazadas, en 44 fue buena con un 29.33 %, en 54 muy buena para el 36 % y en 34 excelente representando el 22.67 %; la Autoeficacia se manifestó como dimensión resiliente en 143 de las embarazadas, en 35 se expresó como buena para el 23.33 %, en 70 se presentó como muy buena para el 46.66 % y en 38 como excelente representando el 25.35 %; El Optimismo se presentó como dimensión resiliente en 140 de las embarazadas, en 39 fue buena para un 26.0 %, en 57 como muy buena para el 38 % y en 44 resultado excelente para el 29.34 %; la Orientación a la meta fue resiliente en 144 de las embarazadas, en 30 como buena para el 20 %, en 59 muy buena para el 39.33 % y en 55 excelente con un 36.68 %. (Cuadro 2, Gráfica 2).

De las 82 embarazadas que presentaron violencia, 2 tuvieron mala resiliencia para un 2.43 %, 6 tuvieron una resiliencia regular con un 7.31 %, en 32 hubo buena resiliencia para un 39.06 %, en 42 la resiliencia resultó muy buena representando el 51.2 % y en ninguna la resiliencia fue excelente con un 0.0 %. (Cuadro 3, Gráfica 3).

En el grupo de embarazadas menores de 15 años, 4 presentaron una resiliencia buena para un 2.66 %, en los rubros de mala, regular, muy buena y excelente ninguna, para el 0.0 %; en el grupo de 15 a 19 años, 2 tuvieron mala resiliencia con un 1.33 %, 4 la tuvieron regular con un 2.66 %, en 23 fue buena con 15.35 %, en 22 fue muy buena para un 14.66 % y en ninguna fue excelente para un 0.0 %. En el grupo de 20 a 24 años, 1 presentó resiliencia mala para el 0.66 %, en 3 fue regular para un 2.0 %, en 19 la resiliencia resultó buena con un 12.66 %, en 20 fue muy buena representando el 13.34 % en ninguna fue excelente para un 0.0 %; para el grupo de 25 a 29 años 1 tuvo mala resiliencia para el 0.66 %, en 3 resultó regular para el 2.0 %, en 12 fue buena para un 8.0%, también en 12 resultó muy buena para el 8.0 %, y en ninguna resultó excelente. Para el grupo de 30 a 34 años en 8 la resiliencia fue buena para el 5.36 %, en 6 resultó muy buena representando el 4.0 % y ninguna para el rubro de mala, regular y excelente para el 0.0 %. En el grupo de 35 y más años 6 tuvieron una resiliencia buena para el 4.0 %, 4 la tuvieron muy buena para el

2.66 % y ninguna para los rubros de mala, regular y excelente para el 0.0 %.
(Cuadro 4, Gráfica 4).

La resiliencia en las embarazadas sin ninguna escolaridad fue regular en 2 para el 1.33 %, en 2 fue buena para un 1.33 % y ninguna para los rubros de mala, regular, muy buena y excelente, para un 0.0 %; en las embarazadas con primaria incompleta la resiliencia fue mala en 1 para el 0.66 %, buena en 5 para un 3.24 %, muy buena en 1 para el 0.66 % y en los rubros de regular y excelente ninguna para el 0.0 %; en las embarazadas con primaria completa la resiliencia resulto mala en 2 para el 1.33 %, en 13 resulto buena para el 8.68 %, en 4 fue muy buena para un 2.66 %, en los rubros de regular y excelente ninguna para el 0.0 %; de las que tuvieron secundaria incompleta la resiliencia fue buena en 10 para el 6.66 %, muy buena en 2 con el 1.33 % y ninguna en los rubros de mala, regular y excelente para el 0.0p %; de las que tuvieron secundaria completa, la resiliencia fua mala en 1 para el 0.66 %, en 4 fue regular para el 2.66 %, en 26 fue buena para el 17.33 %, en 29 fue muy buena representando el 19.35 y ninguna en excelente para el 0.0 %; para las embarazadas con bachillerato o nivel técnico la resiliencia resulto regular en 2 con el 1.33 %, en 12 fue buena para el 8.0 %, en 19 resulto muy buena con el 12.68 % y en los rubros de mala y excelente ninguna para el 0.0 %; en las que tuvieron escolaridad de licenciatura la resiliencia fue regular en 2 para el 1.33 %, en 4 fue buena para el 2.66 %, en 9 resulto muy buena para el 6.0 % y en los rubros de mala y excelente ninguna para el 0.0 %; no hubo embarazadas que se hayan registrado con nivel de posgrado. (Cuadro 5, Gráfica 5).

Según su estado civil, 44 de las embarazadas encuestadas fueron casadas para un 29.33 %, 34 solteras para el 22.68 %, 69 vivían en unión libre para el 46 %, 2 eran divorciadas para el 1.33 % y 1 era viuda para el 0.66 %. La resiliencia en embarazadas casadas fue regular en 1, para el 0.66 %, buena en 20 para el 13.33 %, muy buena en 23 para el 15.33 % y ninguna para los rubros de mala y excelente para el 0.0 %; en las solteras la resiliencia fue mala en 1 para el 0.66 %, en 5 fue regular para un 3.33%, en 15 resulto buena con el 10.0 %, en 13 fue muy buena para el 8.66 % y en el rubro de excelente ninguna para el 0.0 %; en las embarazadas bajo el estado civil de unión libre la

resiliencia resulto mala en 3 para el 2.0 %, en 4 resulto regular para el 2.66 %, en 36 fue buena para el 24.4 %, en 26 muy buena con un 17.33 % y en el rubro de excelente ninguna para el 0.0 %; en las divorciadas la resiliencia fue buena en 1 para el 0.66 %, muy buena en 1 también para el 0.66 % y en los rubros de mala, regular, y excelente ninguna para el 0.0 %; en 1 embarazada viuda la resiliencia fue muy buena para el 0.66 % y en los rubros de mala, regular, buena y excelente ninguna para el 0.0 %. (Cuadro 6, Gráfica 6).

De las 150 embarazadas encuestadas, 66 habitaban en área rural para un 44.0 % y 84 en área urbana para el 56.0 %. En las embarazadas que habitaban en área rural la resiliencia resulto mala en 2 para el 1.33 %, regular en 9 para el 6.0 %, buena en 32 para el 21.33 %, muy buena en 23 para el 15.33 % y ninguna en excelente para el 0.0 %; en las embarazadas que habitaban en área urbana la resiliencia resulto mala en 2 para el 1.33 %, regular en 1 para el 0.66 %, buena en 40 para el 26.67 %, muy buena en 41 para el 27.33 % y en ninguna resulto excelente para el 0.0 %. (Cuadro 7, Gráfica 7).

De las 150 embarazadas encuestadas 82 manifestaron haber sido violentadas para un 54.66 % y 68 no habían sido violentadas para un 45.34 %. (Cuadro 8, Gráfica 8).

De las 82 embarazadas que fueron violentadas, 30 sufrieron solo violencia psicológica para un 36.60 %, 4 violencia económica para el 4.87 %, 1 violencia sexual para el 1.21 %, 10 manifestaron violencia psicológica y física para el 12.21 %, 7 sufrieron violencia psicológica y económica para el 8.54 %, 1 manifestó violencia psicológica y sexual para el 1.21 %, 12 tuvieron violencia psicológica, física y económica con un 14.63 %, 16 resultaron con violencia psicológica, física, económica y sexual para el 19.52 % y 1 tuvo violencia física, económica y sexual para el 1.21 %. (Cuadro 9, Gráfica 9).

Considerando el grupo de edad, de las 82 embarazadas que resultaron violentadas, 2 fueron menores de 15 años para el 2.43 %, 25 fueron entre el grupo de 15 a 19 años para un 30.48 %, 28 estuvieron en el rango de 20 a 24 años para el 34.16 %, 13 fueron entre 25 a 29 años de edad, para un 15.87 %, 4

8 resultaron entre los 30 y 34 años de edad para el 9.75 % y 6 tuvieron 35 y más años para el 7.31 %. (Cuadro 10, Gráfica 10).

De las 82 embarazadas violentadas, 2 resultaron sin ninguna escolaridad, para el 2.43 %, 5 tuvieron primaria incompleta para el 6.09 %, 11 manifestaron primaria completa para el 13.42 %, en 6 el nivel fue de secundaria incompleta para el 7.32 %, 32 con secundaria completa representando el 39.03 %, 17 tuvieron nivel de bachillerato o técnico para un 20.74 %, 9 resultaron con nivel de licenciatura para el 10.97 % y ninguna en posgrado para el 0.0 %. (Cuadro 11, Gráfica 11).

De acuerdo al estado civil, de las 82 embarazadas violentadas, 26 estaban casadas para el 31.71 %, 16 eran solteras para el 19.52 %, 38 vivían en unión libre representando el 46.35 %, 1 era divorciada para el 1.21 % y una era viuda también para el 1.21 %. (Cuadro 12, Gráfica 12).

Según su lugar de residencia de las 82 embarazadas violentadas, 37 habitaban en área rural para el 45.12 % y 45 en el área urbana representando el 54.88%. (Cuadro 13, Gráfica 13).

Aunque el Instrumento ENVIM 2011, no considera un ÍTEM específico para el tipo de agresor, está diseñado para la detección de violencia por la pareja, por lo que en el 100 % de embarazadas violentadas el agresor fue la pareja. (Cuadro 14, Gráfica 14).

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No. 1

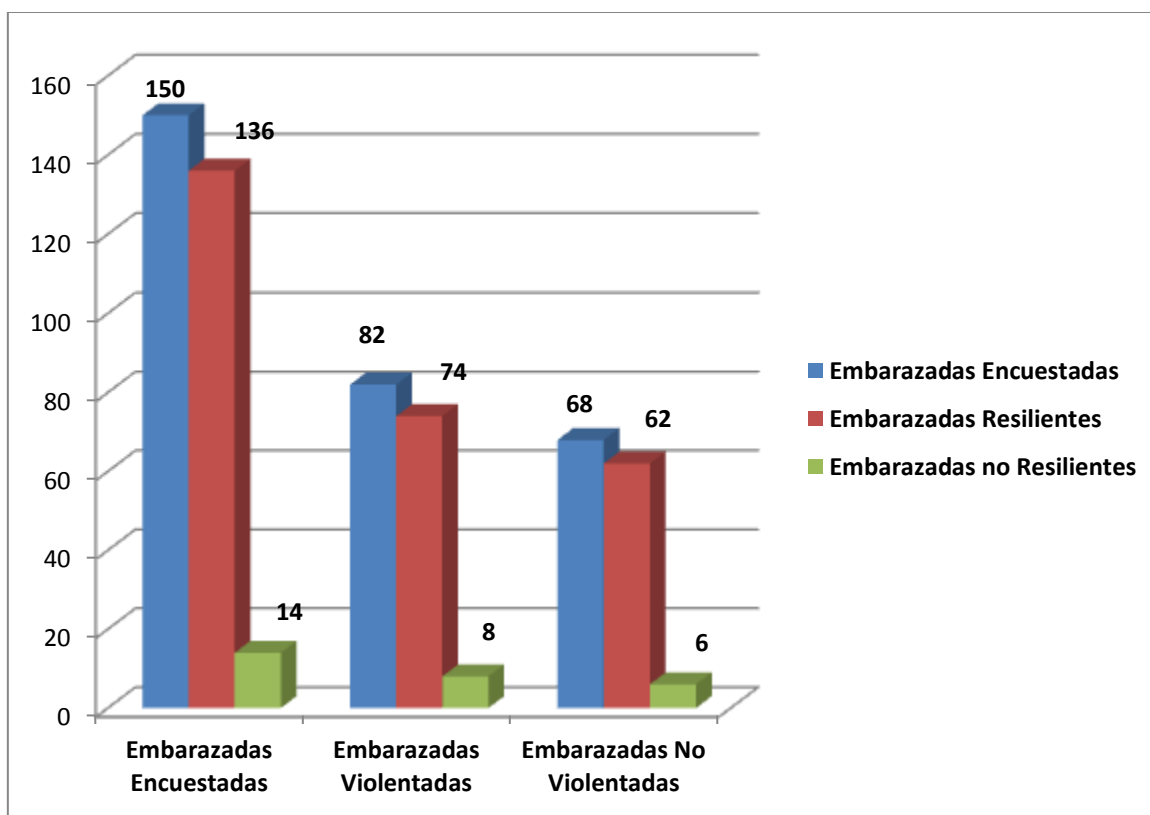
La resiliencia, la violencia y tipo de violencia en las embarazadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco, 2012.

RESILENCIA / VIOLENCIA	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Psicológica	30	20.0	0	0.0	30	20.0
Económica	3	2.0	1	0.66	4	2.66
Sexual	1	0.66	0	0.0	1	0.66
Psicológica y Física	9	6.0	1	0.66	10	6.66
Psicológica y Económica	6	4.0	1	0.66	7	4.66
Psicológica y Sexual	1	0.66	0	0.0	1	0.66
Psicológica, Física y Económica	11	7.33	1	0.66	12	7.99
Psicológica, Física, Económica y Sexual	12	8.0	4	2.66	16	10.66
Física, Económica y Sexual	1	0.66	0	0.0	1	0.00
SUBTOTAL (Con Violencia)	74	49.33	8	5.35	82	54.68
Sin Violencia	62	41.32	6	4.0	68	45.32
TOTAL	136	90.65	14	9.35	150	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No 1.

Resiliencia y la presencia y tipo de violencia en las embarazadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No 2.

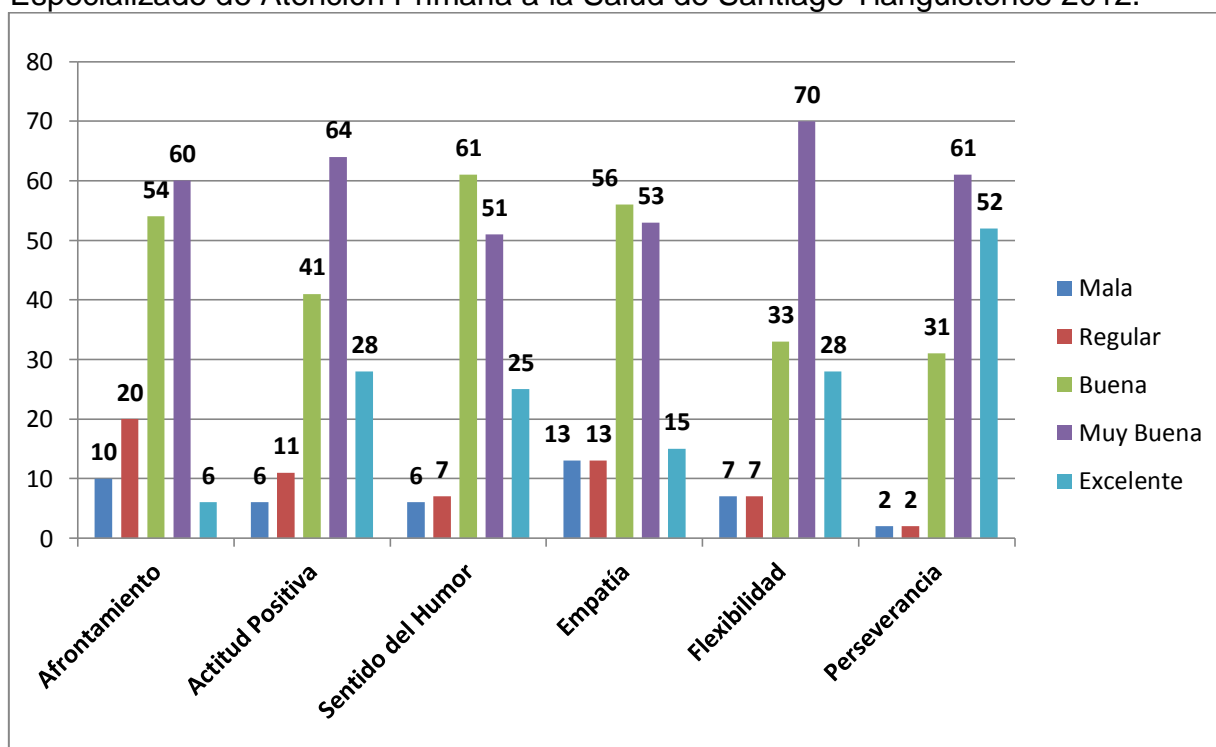
Dimensiones resilientes en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

DIMENSIONES	Mala		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afrontamiento	10	6.67	20	13.33	54	36.0	60	40.0	6	4.0	150	100
Actitud Positiva	6	4.0	11	7.33	41	27.33	64	42.66	28	18.68	150	100
Sentido del Humor	6	4.0	7	4.66	61	40.66	51	34.0	25	16.68	150	100
Empatía	13	8.66	13	8.66	56	37.33	53	35.35	15	10.0	150	100
Flexibilidad	7	4.66	12	8.0	33	22.0	70	46.66	28	18.68	150	100
Perseverancia	2	1.33	4	2.66	31	20.66	61	40.66	52	34.69	150	100
Religiosidad	3	2.0	15	10.0	44	29.33	54	36.00	34	22.67	150	100
Autoeficacia	3	2.0	4	2.66	35	23.33	70	46.66	38	25.35	150	100
Optimismo	3	2.0	7	4.66	39	26.0	57	38.0	44	29.34	150	100
Orientación a la meta	2	1.33	4	2.66	30	20.0	59	39.33	55	36.68	150	100

Fuente: Concentrado de datos

Gráfica No. 2

Dimensiones resilientes en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.



Fuente: Cuadro No. 2

Cuadro No. 3

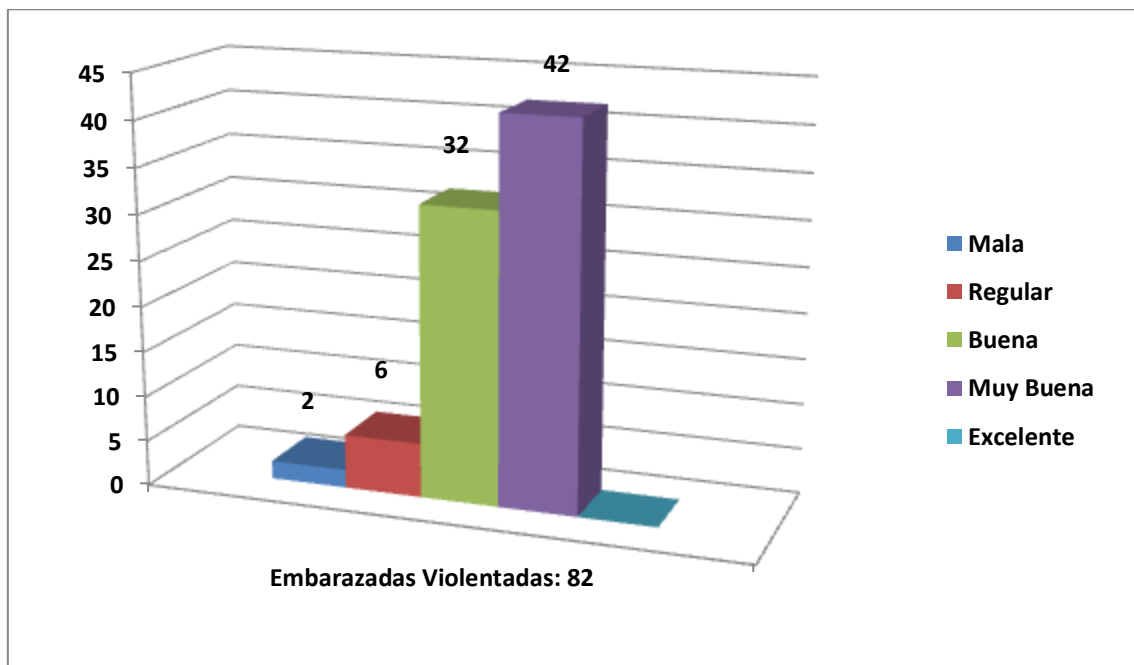
Resiliencia de las embarazadas violentadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

EMBARAZADAS VIOLENTADAS	RESILIENCIA										% EMBARAZADAS RESILIENTES EN RELACION AL NÚMERO DE VIOLENTADAS		% EMBARAZADAS RESILIENTES EN RELACION AL NÚMERO DE ENCUESTADAS	
	MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		EXCELENTE		No	%	No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%				
82	2	2.43	6	7.31	32	39.06	42	51.2	0	0.0	74	90.24	74	49.33

Fuente: Concentrado de Datos.

Gráfica No. 3

Resiliencia de las embarazadas violentadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro No. 4

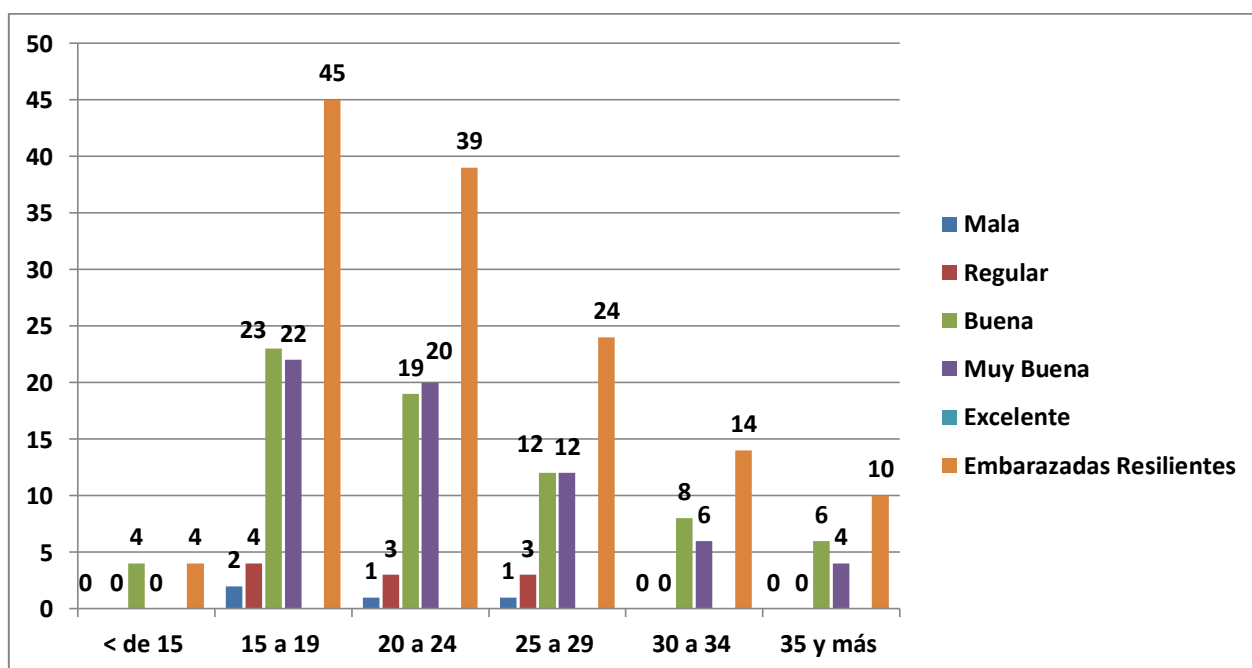
Resiliencia en embarazadas por grupo de edad, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

GRUPO DE EDAD	RESILIENCIA										% EMBARAZADAS RESILIENTES EN RELACION AL NUMERO DE ENCUESTADAS		% EMBARAZADAS ENCUESTADAS SEGÚN GRUPO DE EDAD	
	MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		EXCELENTE		No	%	No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%				
< de 15 años	0	0.0	0	0.0	4	2.66	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	2.66
15 a 19 años	2	1.33	4	2.66	23	15.35	22	14.66	0	0.0	45	88.23	51	34.0
20 a 24 años	1	0.66	3	2.0	19	12.66	20	13.34	0	0.0	39	90.69	43	28.66
25 a 29 años	1	0.66	3	2.0	12	8.0	12	8.0	0	0.0	24	85.71	28	18.66
30 a 34 años	0	0.0	0	0.0	8	5.36	6	4.0	0	0.0	14	100.0	14	9.36
35 y más años	0	0.0	0	0.0	6	4.0	4	2.66	0	0.0	10	100.0	10	6.66
TOTAL	4	2.66	10	6.66	72	48.0	64	42.68	0	0.0	136		150	100.0

Fuente: Concentrado de Datos.

Gráfica No. 4

Resiliencia en embarazadas por grupo de edad, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

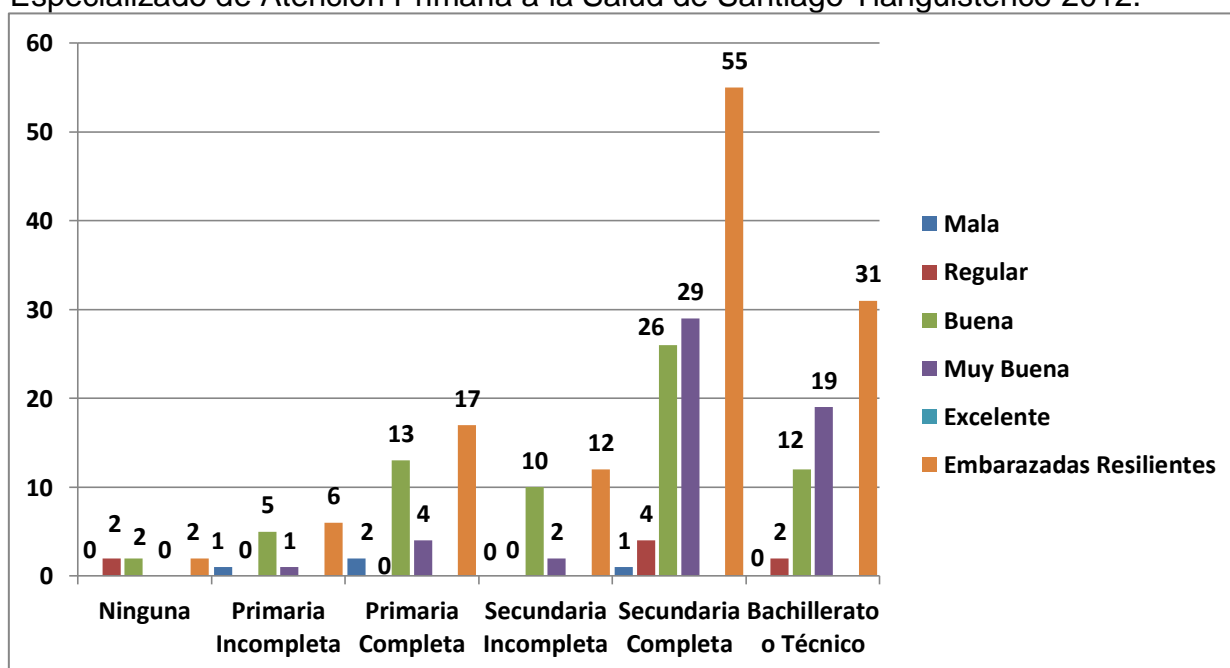
Resiliencia en embarazadas por escolaridad, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

ESCOLARIDAD	RESILIENCIA										% EMBARAZADAS RESILIENTES EN RELACION AL NUMERO DE ENCUESTADAS		% EMBARAZADAS ENCUESTADAS SEGUN ESCOLARIDAD	
	MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		EXCELENTE		No	%	No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%				
Ninguna	0	0.0	2	1.33	2	1.33	0	0.0	0	0.0	2	50.0	4	2.66
Primaria Incompleta	1	0.66	0	0.0	5	3.34	1	0.66	0	0.0	6	85.71	7	4.66
Primaria Completa	2	1.33	0	0.0	13	8.68	4	2.66	0	0.0	17	89.47	19	12.68
Secundaria Incompleta	0	0.0	0	0.0	10	6.66	2	1.33	0	0.0	12	100.0	12	8.0
Secundaria Completa	1	0.66	4	2.66	26	17.33	29	19.35	0	0.0	55	91.66	60	40.0
Bachillerato o Técnico	0	0.0	2	1.33	12	8.0	19	12.68	0	0.0	31	93.93	33	22.0
Licenciatura	0	0.0	2	1.33	4	2.66	9	6.0	0	0.0	13	86.66	15	10.0
Posgrado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	4	2.66	10	6.66	72	48.0	64	42.68	0	0.0	136		150	100.0

Fuente: Concentrado de Datos.

Gráfica No. 5

Resiliencia en embarazadas por escolaridad, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.



Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No. 6

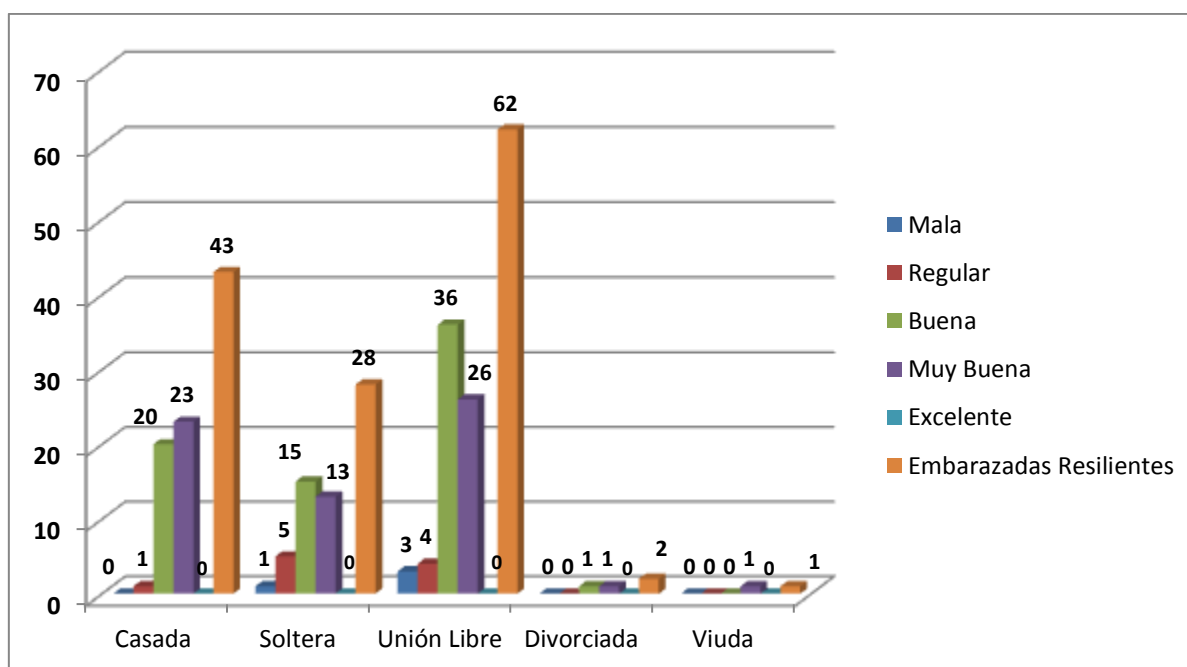
Resiliencia en embarazadas de acuerdo al Estado Civil, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.

ESTADO CIVIL	RESILIENCIA										% EMBARAZADAS RESILIENTES EN RELACIÓN AL NUMERO DE ENCUESTADAS		% EMBARAZADAS ENCUESTADAS SEGÚN ESTADO CIVIL	
	MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		EXCELENTE					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Casada	0	0.0	1	0.66	20	13.33	23	15.33	0	0.0	43	97.72	44	29.33
Soltera	1	0.66	5	3.33	15	10.0	13	8.66	0	0.0	28	82.35	34	22.68
Unión Libre	3	2.0	4	2.66	36	24.4	26	17.33	0	0.0	62	89.85	69	46.0
Divorciada	0	0.0	0	0.0	1	0.66	1	0.66	0	0.0	2	100.0	2	1.33
Viuda	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.66	0	0.0	1	100.0	1	0.66
TOTAL	4	2.66	10	6.66	72	48.0	64	42.68	0	0.0	136		150	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No. 6

Resiliencia en embarazadas de acuerdo al Estado Civil, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.



Cuadro No. 6.

Cuadro No. 7

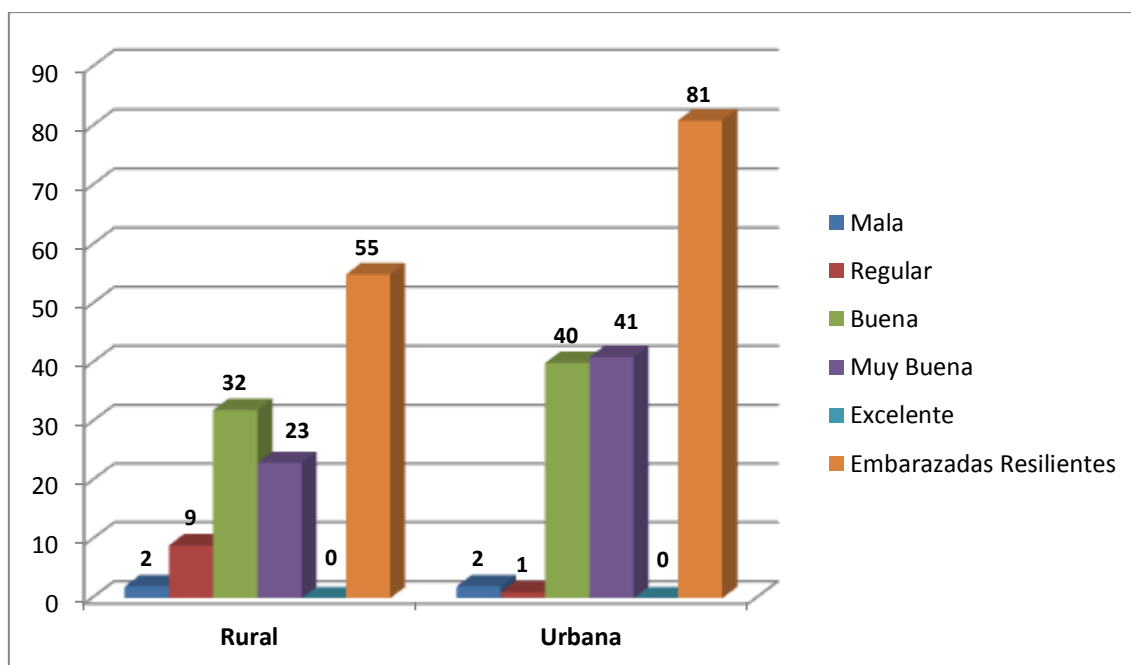
Resiliencia en embarazadas según habitan en área rural o urbana, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.

LUGAR DE RESIDENCIA	RESILIENCIA										% EMBARAZADAS RESILIENTES EN RELACION AL NUMERO DE ENCUESTADAS		% EMBARAZADAS ENCUESTADAS SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA	
	MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		EXCELENTE		No	%	No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Rural	2	1.33	9	6.0	32	21.33	23	15.33	0	0.0	55	83.33	66	44.0
Urbana	2	1.33	1	0.66	40	26.67	41	27.33	0	0.0	81	96.42	84	56.0
TOTAL	4	2.66	10	6.66	72	48.0	64	42.66	0	0.0	136		150	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No. 7

Resiliencia en embarazadas según habitan en área rural o urbana, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.



Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

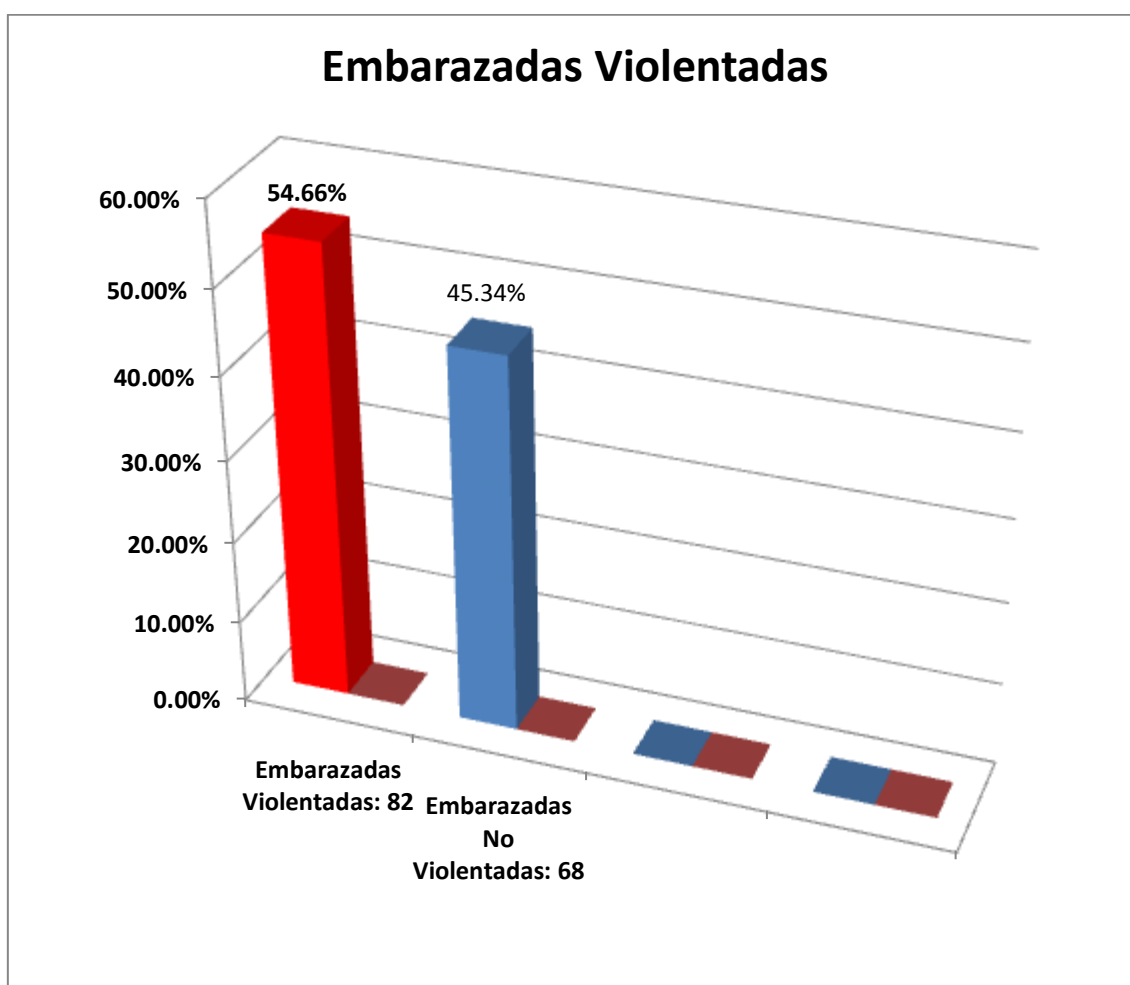
Embarazadas violentadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012

EMBARAZADAS ENCUESTADAS	VIOLENTADAS		NO VIOLENTADAS	
	No	%	No	%
150	82	54.66	68	45.34

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No. 8

Embarazadas violentadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

Tipo de violencia que presentaron las embarazadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

TIPO DE VIOLENCIA	No	%
Psicológica	30	36.60
Económica	4	4.87
Sexual	1	1.21
Psicológica y Física	10	12.21
Psicológica y Económica	7	8.54
Psicológica y sexual	1	1.21
Psicológica, Física y Económica	12	14.63
Psicológica, Física, Económica y Sexual	16	19.52
Física, Económica y Sexual	1	1.21
TOTAL	82	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No. 9

Tipo de violencia que presentaron las embarazadas, que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

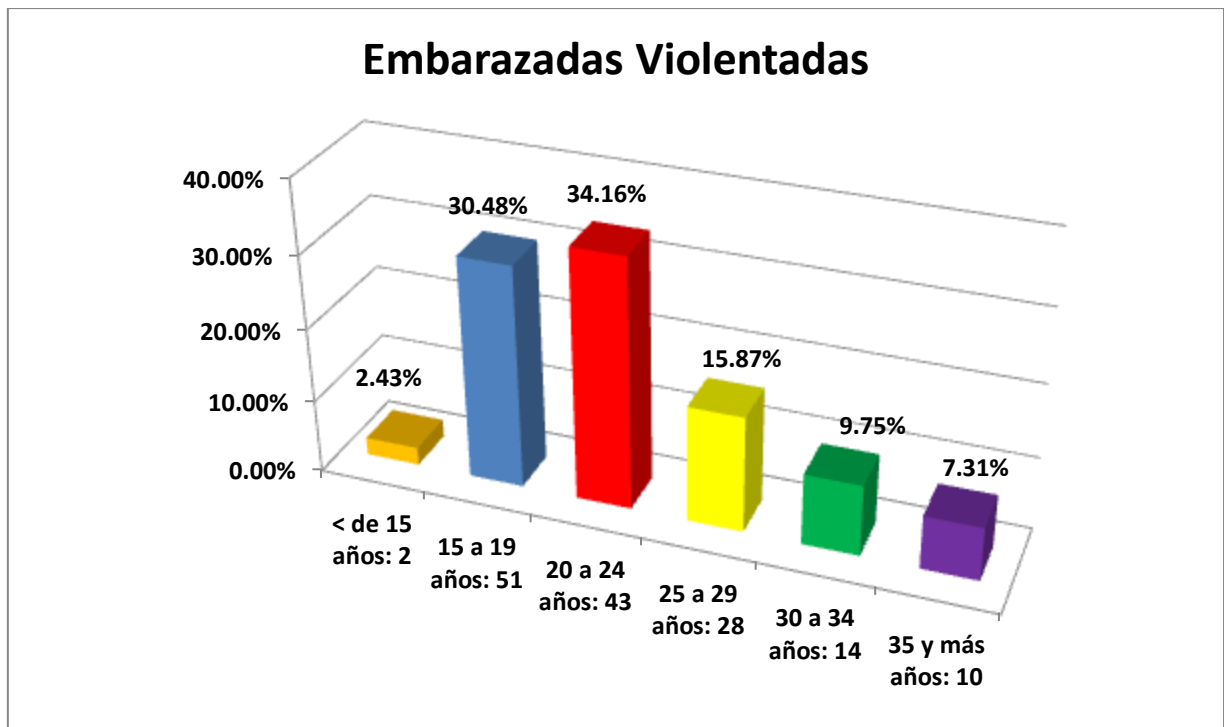
Violencia por grupo de edad, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

GRUPO DE EDAD	EMBARAZADAS ENCUESTADAS	EMBARAZADAS VIOLENTADAS	% Embarazadas violentadas en relación al Número de encuestadas	% En relación al Número de Violentadas
< 15 años	4	2	50.0	2.43
15 – 19 años	51	25	49.01	30.48
20 – 24 años	43	28	65.11	34.16
25 – 29 años	28	13	46.42	15.87
30 – 34 años	14	8	57.14	9.75
35 y más años	10	6	60.0	7.31
TOTAL	150	82		100.0

Fuente: Concentrado de Datos.

Gráfica No. 10

Violencia por grupo de edad, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No. 11

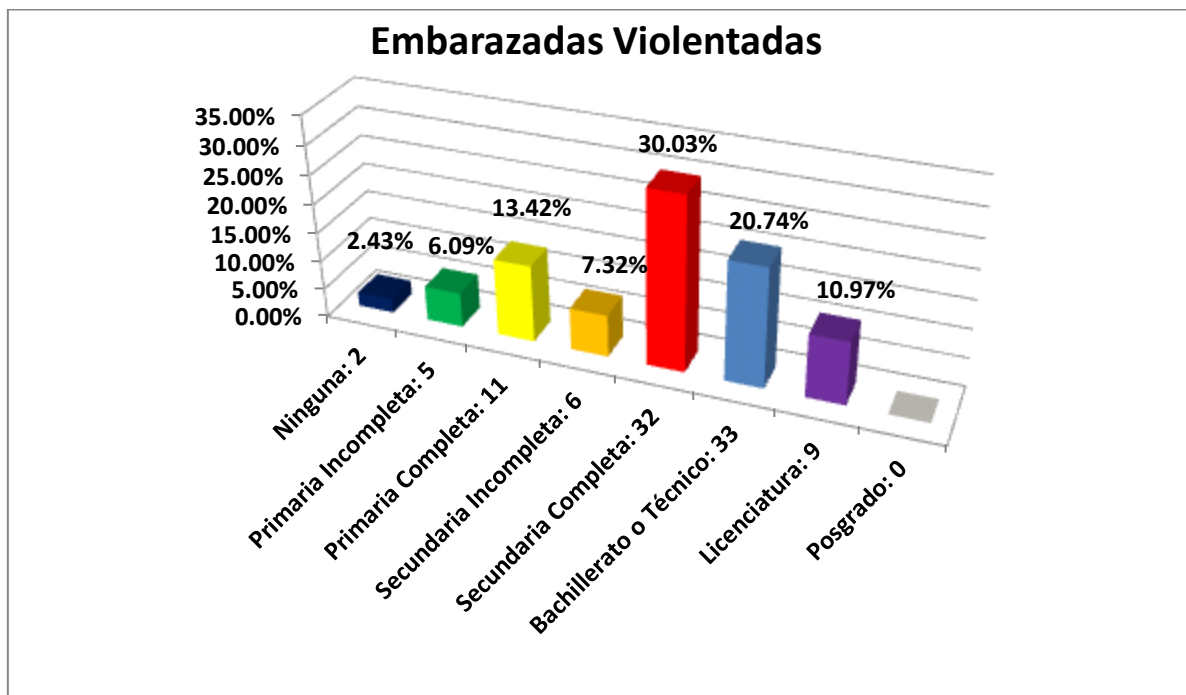
Violencia por escolaridad, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

ESCOLARIDAD	EMBARAZADAS ENCUESTADAS	EMBARAZADAS VIOLENTADAS	% En Relación al Número de Encuestadas	% En Relación al Número de Violentadas
Ninguna	4	2	50.0	2.43
Primaria Incompleta	7	5	71.42	6.09
Primaria Completa	19	11	57.89	13.42
Secundaria incompleta	12	6	50.0	7.32
Secundaria completa	60	32	53.33	39.03
Bachillerato o Técnico	33	17	51.51	20.74
Licenciatura	15	9	60.0	10.97
Posgrado	0	0	0.0	0.0
TOTAL	150	82		100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No. 11

Violencia por escolaridad, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12.

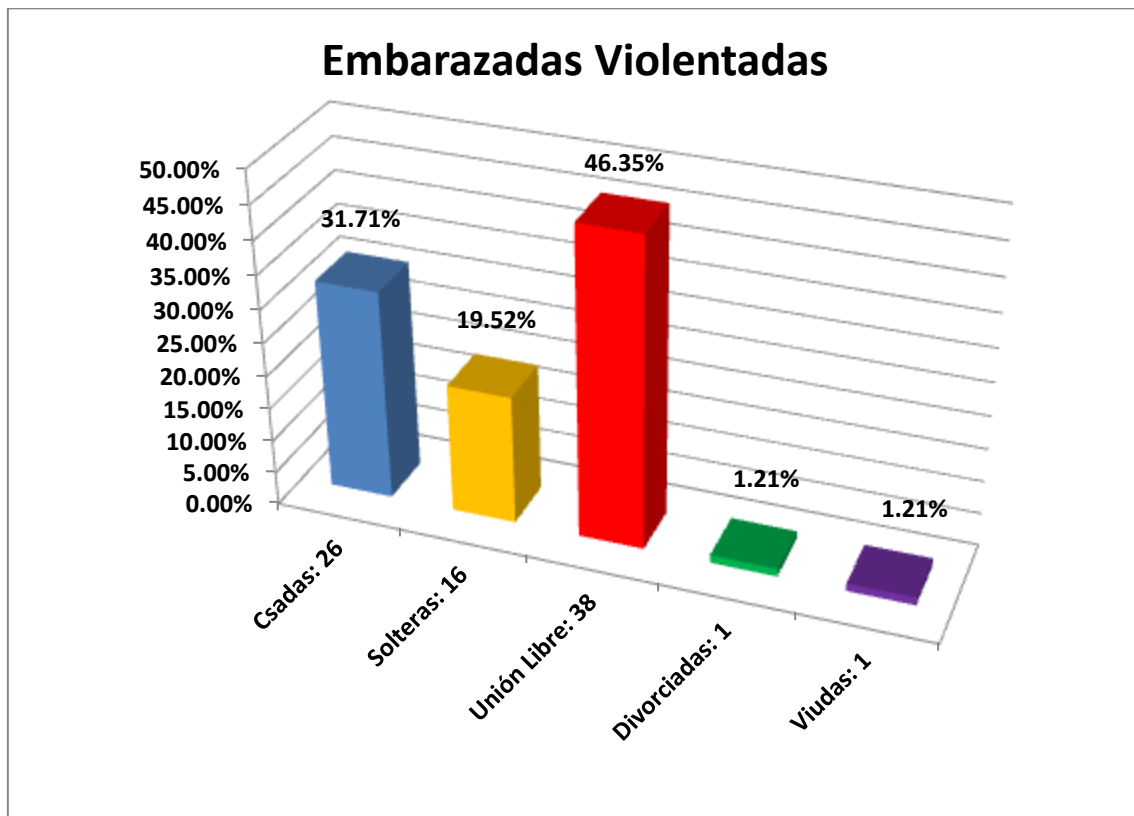
Violencia de acuerdo al Estado Civil, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

ESTADO CIVIL	EMBARAZADAS ENCUESTADAS	EMBARAZADAS VIOLENTADAS	% En Relación al número de Encuestadas	% En Relación al Número de Violentadas
Casada	44	26	59.09	31.71
Soltera	34	16	47.05	19.52
Unión Libre	69	38	55.07	46.35
Divorciada	2	1	50.0	1.21
Viuda	1	1	100.0	1.21
TOTAL	150	82		100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No. 12

Violencia de acuerdo al Estado Civil, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.



Fuente: Cuadro No. 12

Cuadro No. 13

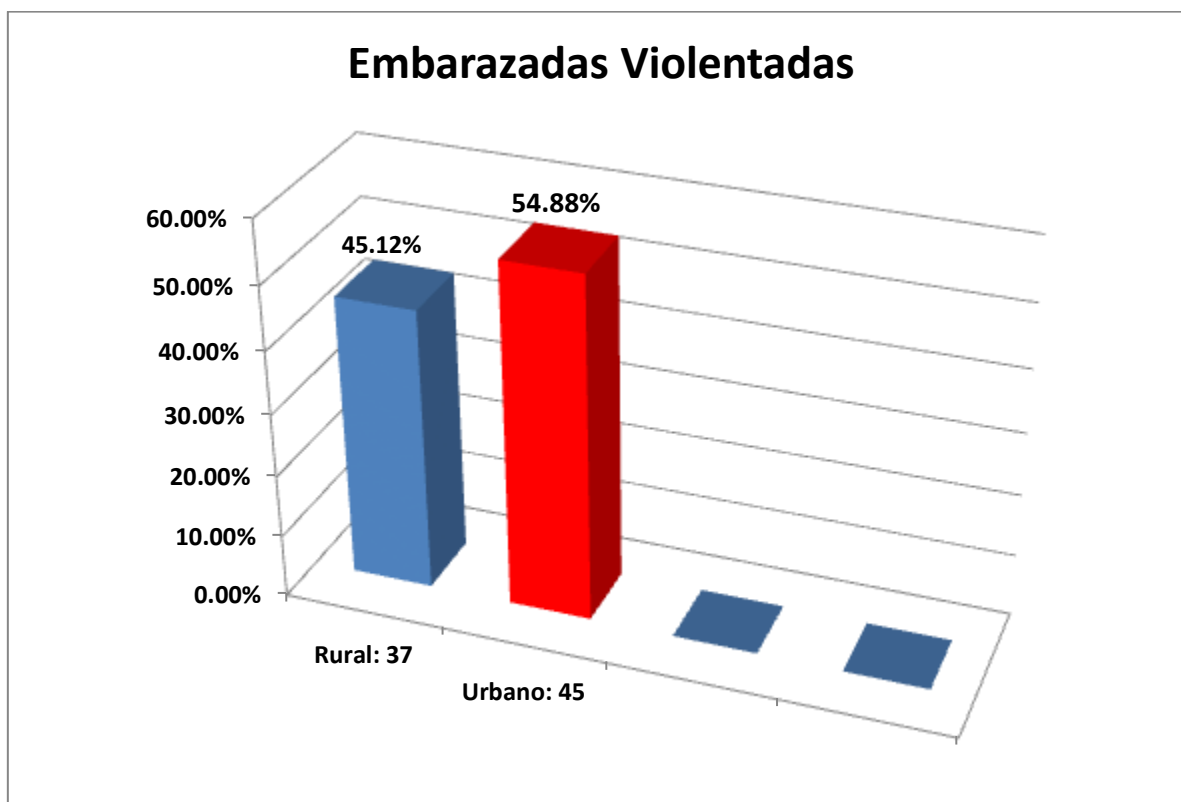
Violencia según lugar de residencia en área rural o urbana, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco. 2012.

LUGAR DE RESIDENCIA	EMBARAZADAS ENCUESTADAS	EMBARAZADAS VIOLENTADAS	% En Relación al Número de Encuestadas	% En Relación al Número de Violentadas
Rural	66	37	56.06	45.12
Urbano	84	45	53.57	54.88
TOTAL	150	82		100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfica No. 13

Violencia según lugar de residencia en área rural o urbana, en embarazadas que acudieron al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de Santiago Tianguistenco 2012.



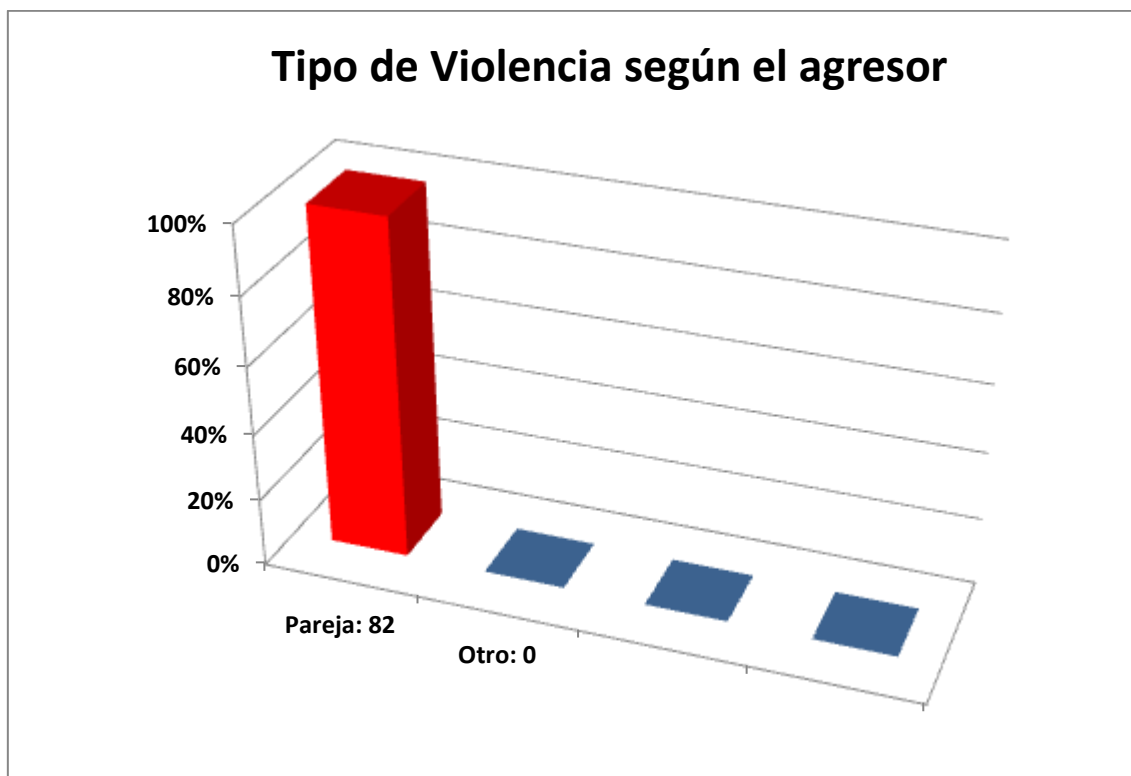
Fuente: Cuadro No. 13

Cuadro No. 14

Tipo de Violencia según el tipo de agresor

TIPO DE AGRESOR	EMBARAZADAS VIOLENTADAS	TOTAL	%
Pareja	82	82	100.0
Otro	0	0	0.0

Fuente: Concentrado de datos



Fuente: Cuadro No. 14

XI.- CONCLUSIONES

- No se demostró la Hipótesis ya que la resiliencia estuvo presente en el 90.65 % de las embarazadas, sin embargo la violencia aún y cuando no alcanzo más del 70 %, si estuvo presente en el 54.58 % de las embarazadas encuestadas, lo que no deja de ser importante.
- En ambos grupos, tanto de las embarazadas violentadas como de las no violentadas, la resiliencia estuvo presente, haciendo evidente que la mayoría de las embarazadas encuestadas fueron resilientes.
- La violencia psicológica en las mujeres embarazadas encuestadas, ya sea de manera exclusiva o en combinación con otros tipos de violencia, demostró ser la más frecuente.
- La Orientación a la meta, la perseverancia y la autoeficacia en las mujeres embarazadas encuestadas, fueron las dimensiones resilientes que alcanzaron mayor porcentaje y las dimensiones resilientes con menor porcentaje, fueron el afrontamiento, la empatía y la flexibilidad. Sin embargo se debe mencionar, que en general todas las dimensiones tuvieron un porcentaje aceptable reflejándose en que más del noventa por ciento de las embarazadas encuestadas fueron resilientes.
- La resiliencia en las embarazadas violentadas, tuvo un porcentaje más bajo que en las embarazadas no violentadas y en ningún caso la resiliencia fue excelente, lo que puede decirse que hubo menor resiliencia, si se compara con la embarazadas resilientes que no fueron violentadas.
- Las embarazadas que fueron más resilientes, se encontraron entre los grupos de edad de los 15 a los 29 años, y las menos resilientes se ubicaron en los grupos de menos de 15 años y las mayores de 30 años,

por lo que puede mencionarse, que a menor edad, menor resiliencia y a mayor edad también menor es la resiliencia.

- Considerando el número de embarazadas encuestadas, según su escolaridad, las más resilientes fueron las que contaban con secundaria incompleta, seguidas de aquellas con nivel de Bachillerato o Técnico y secundaria completa, siendo las embarazadas con menor resiliencia aquellas con ninguna escolaridad, por lo que se puede concluir que a mayor escolaridad no hay diferencias en el nivel de resiliencia, sin embargo en aquellas con ninguna escolaridad la diferencia es más evidente.
- De acuerdo al estado civil, el porcentaje más alto de encuestadas se encontraba en el estado civil de soltera, las embarazadas que se encontraban casadas, divorciadas o viudas, al momento de la encuesta presentaron el nivel de resiliencia más alto, sin embargo aún las solteras y aquellas que vivían en unión libre, presentaron un nivel de resiliencia por encima del ochenta por ciento, concluyendo que el estado civil, no influye en el nivel de resiliencia de las embarazadas.
- Las embarazadas que tenían su lugar de residencia en área urbana, tuvieron un nivel de resiliencia más alto, que aquellas que vivían en área rural al momento de la encuesta.
- La violencia psicológica, de manera aislada o sumada con otros tipos de violencia, fue la más frecuente en las mujeres embarazadas, que manifestaron haber sido violentadas al momento de la encuesta.
- En relación a la edad, el grupo que presentó un mayor porcentaje de violencia fue el de 20 a 24 años, seguido por el de 35 y más años, sin embargo no hubo diferencias en relación a los otros grupos de edad y todos los grupos presentaron violencia, en alrededor del cincuenta por ciento de las embarazadas encuestadas.

- Según el grado de escolaridad, las embarazadas que presentaron un mayor porcentaje de violencia fueron aquellas que contaban con primaria incompleta, sin embargo en segundo lugar estuvieron presentes aquellas con un grado de escolaridad de licenciatura. El resto de las embarazadas con algún otro grado de escolaridad se encontraron en un porcentaje de violencia de alrededor del cincuenta por ciento, por lo que se puede concluir que el grado de escolaridad no influye de manera determinante en la presencia de violencia en las mujeres embarazadas.
- A pesar de que el mayor porcentaje de violencia, se encuentra en el estado civil de viuda, se debe considerar que solo una de las encuestadas presentaba este estado civil, por otro lado no hubo diferencias en los porcentajes para el resto de las embarazadas, según su estado civil y en todas se presentó en alrededor del cincuenta por ciento.
- Considerando el lugar de residencia, la violencia tuvo un porcentaje similar para las áreas rural y urbana, por lo que se concluye que la violencia se puede presentar de manera indistinta, sin considerar que el lugar de residencia pueda ser un factor determinante.
- El Instrumento ENVIM 2011, no considera un ÍTEM específico para el tipo de agresor, sin embargo está diseñado para la detección de violencia por la pareja, motivo por el que para el total de embarazadas violentadas, el tipo de agresor fue la pareja.

XII.- RECOMENDACIONES

La Resiliencia en las embarazadas, puede considerarse un factor de protección para el ser humano, mismo que debe continuar siendo estudiado en poblaciones del medio local, regional, estatal y nacional, con el objetivo de obtener información que sirva como fundamento para diseñar programas de intervención encaminados a mejorar las fortalezas psicológicas de las mujeres, pero con un enfoque preventivo, es decir antes del embarazo.

Aunque es de dominio público, que la violencia es una conducta presente en el medio, es indispensable continuar buscando información al respecto, sobre todo en nuestra población, con el objetivo de contar con información tangible que sea útil para llevar al efecto, acciones de intervención de tipo preventivo.

Las Instituciones de Salud, deben contar con procedimientos obligatorios, bien definidos y simplificados no solo para la detección, sino para la canalización o referencia de los casos, estableciendo convenios con las instancias gubernamentales y no gubernamentales cuya función es el manejo de este tipo de pacientes.

Al interior del Centro de trabajo, donde se realizó el estudio se hará la sugerencia de llevar a cabo un programa de intervención, encaminado a cumplir con dos objetivos: fortalecer la resiliencia y diseñar una estrategia con acciones que puedan prevenir la violencia en las embarazadas.

La educación para la salud, es parte importante para la prevención de este tipo de problemas de Salud Pública, toda vez que mediante la orientación y capacitación de manera continua y permanente se puede influir en la dinámica cultural de las mujeres y sus parejas, evitando la aparición de la violencia.

Los embarazos en adolescentes continúan presentándose en un porcentaje considerable, por lo que se deben reforzar las actividades de los Programas de Salud Reproductiva, específicamente de Planificación Familiar, con el objetivo

de prevenir los embarazos en este grupo de mujeres en las que se incrementan los factores de riesgo.

Se deben realizar más estudios, encaminados específicamente a la evaluación y análisis de la Violencia Psicológica, considerando que se presenta en un alto porcentaje de mujeres violentadas, según los resultados de este estudio y se puede considerar la posibilidad de incrementarse.

Se deberá considerar la implementación de estrategias encaminadas a fomentar la relación de pareja, con perspectivas de estabilidad con un sustento legal en lo civil, toda vez que se observa la tendencia al embarazo en mujeres solteras o que viven en unión libre y que a pesar de su estado civil presentan violencia de pareja.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Anzola M. *Educar. Investigación Arbitrada*. ISSN: 1316 - 4910. Año 8 2004; No. 2: 371-379.
2. Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Nueva York, Cornell University Press. 1992.
3. Kalawski J. P; Haz A. M. Y... ¿Dónde está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*. 2003; Vol. 37, Núm. 2: 365-372.
4. Cyrulnik, B. *Los Patitos Feos: La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa. 2002
5. Escalera Reyes J, Ruiz Ballesteros E. Resiliencia Socioecológica: aportaciones y retos desde la Antropología. *Revista de Antropología Social*, 2011, 20: 109-135.
6. Melillo A, Soriano R, Méndez A, Pinto. P. "Salud comunitaria, salud mental y resiliencia", en "Resiliencia y subjetividad - Los ciclos de la vida" -en prensa-. 2004.
7. Villalba Quezada C. *El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social*. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olvide. Sevilla. Enero 2004.
8. Badilla H. *Para comprender el concepto de Resiliencia*. Universidad de Costa Rica: www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pdf000179
9. Vera P, Carbelo B y col. "La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático". *Papeles del Psicólogo* 2006. Vol. 27 (1), pp. 40-49.
10. Carreño P. *La resiliencia, una competencia emocional y moral para una vida saludable*". Universidad de Barcelona. 2012. [http://www.jornadeseducacioemocional.com/material-edicions-anteriors/](mailto:pcarrenorojas@http://www.jornadeseducacioemocional.com/material-edicions-anteriors/)
11. Barranco C. *Trabajo Social, Calidad de Vida y Estrategias Resilientes*. Portuaria. Universidad de la Laguna, Tenerife, Islas Canarias. Vol. IX, Nº 2, Pág. 133 – 145.
12. Gaxiola J; Frias M. Validación del Inventario de Resiliencia (IRES) en una muestra del Noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2011; Vol. 16, Núm. 1: 73-83.

13. Melillo A. *Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia, en Resiliencia y Subjetividad - Los ciclos de la vida -(en prensa- 2002*
14. Vanistendael S. *Resiliencia: ¿Proceso de superación de la adversidad? Como crecer superando percances Resiliencia: Capitalizar las fuerzas del individuo.* <http://notas.nezit.com.ar/resiliencia.htm/>. Secretario Nacional para la Familia- Año 1998.
15. OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Washington, DC: OPS. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
16. *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.*
17. Valtueña A. *La violencia intrafamiliar Análisis de una epidemia social .Vol. 26 Núm. 8 Septiembre 2007: 26-29.*
18. Zapata L. *Repercusiones de la violencia basada en el género, sobre el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela Vol.66 No.1 Caracas mar. 2006.*
19. Cruz J. *La victimación por violencia urbana: niveles y factores en ciudades de América Latina y España. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am /Public Health, 5(4/5), 259 – 267.1999.*
20. Esplugues S J. *Una aproximación al concepto y a la clasificación de la Violencia. Revista de Filosofía, 2007; No 42: 9 -21.*
21. Lam N, Contreras H. *Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Revista Peruana de Epidemiología. 2008: Vol. 12, No. 3. pp.1-8. revista@rpe.epiredperu.net. Sociedad Peruana de Epidemiología.*
22. Benatiul D. *“Paternidad adolescente ¿Factor de riesgo o de resiliencia? / www.palermo.edu/cienciassociales/.../5Psico%2001.*
23. Doubova SV; Pàmanes GV; Billings D; Torres AD. *“Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México”. Revista de Salud Pública. 2007; 41 (4): 582-90.*
24. Castro R, Ruíz A. *“Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México”. Revista de Salud Pública 2004; 38(1): 62-70 www.fsp.usp.br/rsp.*

25. Cuevas S, Blanco J; "Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estado de alta marginación en México; 2006; 48, suplemento 2: S239 – S249.
26. Nuñez R, Monge R. "La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica". *Revista Panamericana de la Salud*. 2003; /14(2). p: 75-83.
27. Valdez R. *Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo*. *Salud pública de México*. Enero – febrero 2004; Vol.46, no.1, P: 56-63.
28. Paredes Solís S, Villegas A. A. *Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México*. *Salud Pública de México*. Septiembre – octubre 2005; vol.47, no.5, pp: 335-341.
29. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. *Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México*. *Salud Publica México*. 2006; 48, supl 2: S232-S23.
30. *Instituto de Salud del Estado de México. Jurisdicción Tenango del Valle. Diagnostico de Salud Municipio de Santiago Tianguistenco, 2011.*
31. *Instituto de Salud del Estado de México. Jurisdicción Tenango del Valle. Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H.*
32. Castro R, Ruíz A. *Prevalencia y Severidad de la Violencia contra mujeres embarazadas, México*. *Revista de Salud Pública*. 2004; 38(1):62-70-www.fsp.usp.br/rsp.
33. Posada R, Malbersis B. *Humanidades Médicas*. 2012; 12(2): 217-240.
34. *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2006 ENVIM. Primera Edición 2009. Cp. p 1 -1*

XIV. ANEXOS

ANEXO I. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:

ANEXO 1.1: Consta de 2 componentes:

- a) Para identificar el nivel de resiliencia en mujeres embarazadas Inventario de resiliencia IRES-2011.
- b) Para la violencia en embarazadas, la encuesta ENVIM 2011.

INTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN NIVEL DE RESILIENCIA Y VIOLENCIA EN MUJERES EMBARAZADAS

Llene todos los datos personales que aquí se le piden

Edad: ⁽¹⁾ _____

Grado Escolar: ⁽²⁾ Ninguno Primaria Incompleta Primaria Completa

Secundaria Incompleta Secundaria Completa Bachillerato ó Técnico

Profesional (Licenciatura) Postgrado

Lugar de residencia: ⁽³⁾ Urbano Rural

Ocupación: ⁽⁴⁾ Labores del Hogar Obrera Comerciante Técnica

Otros Especificar

Estado Civil: ⁽⁵⁾ Casada Soltera Unión Libre Estable Unión Libre

Divorciada Viuda

A continuación encontrará usted, una serie de enunciados que expresan comportamientos, sentimientos y situaciones de la vida cotidiana que pueden o no parecerse a los que vive. Al frente de cada uno de los enunciados por favor marque con una X la frecuencia con que los vivencia.

a) Inventario de resiliencia IRES-2011.

DIMENSIONES		1	2	3	4	5
AFRONTAMIENTO		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Por lo general	Siempre
6	Busco el apoyo de otros cuando necesito de su ayuda.					
7	Cuando hay problemas los enfrento inmediatamente.					
8	Por más difíciles que sean las situaciones, soy capaz de enfrentarlas.					
9	Para mí, los problemas son un reto a superar.					
ACTITUD POSITIVA		1	2	3	4	5
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Por lo general	Siempre
10	Veó lo positivo de la vida y de las cosas que me pasan.					
11	Busco estar con las personas de las que puedo aprender cosas positivas.					
12	Intento aprender algo positivo incluso de los problemas que enfrento.					
13	A pesar de mis problemas, procuro ser feliz.					

SENTIDO DEL HUMOR		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
14	Mantengo el sentido del humor aun en las situaciones más difíciles.					
15	Soy capaz de sonreír a pesar de los problemas que tengo.					
EMPATIA		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
16	Trato de comprender por qué algunas personas me han hecho daño.					
17	Intento perdonar a las personas que me han hecho daño.					
FLEXIBILIDAD		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
18	Acepto que los problemas son parte de la vida.					
19	Si pierdo algo o a alguien, trato de enfocarme en lo que aún me queda.					
PERSEVERANCIA		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
20	Trato constantemente de mejorar mi vida.					
21	Lucho hasta conseguir lo que quiero.					
RELIGIOSIDAD		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
22	Mis creencias religiosas le dan sentido a mi vida.					
23	Mi fe religiosa me ayuda a superar mis problemas.					
AUTOEFICACIA		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
24	Me considero capaz de resolver o superar los problemas de mi vida.					
26	Soy segura de mí misma en lo que hago.					
OPTIMISMO		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
26	Pienso que el futuro será mejor que el presente.					
27	Creo que regularmente tendré éxito en lo que hago.					
ORIENTACION A LA META		1 Nunca	2 Casi nunca	3 Alguna s veces	4 Por lo general	5 Siempre
28	Tengo metas y aspiraciones en la vida.					
29	Hago lo posible por cumplir las metas y aspiraciones de mi vida.					

De igual forma, enseguida se presentan otra serie de enunciados, que intentan recabar información sobre algunas situaciones a las que usted puede estar o ha estado expuesta. Al frente de cada uno de los enunciados por favor marque con una X la frecuencia con que los ha vivido:

b) Encuesta ENVIM 2011

VIOLENCIA <u>PSICOLÓGICA</u> DE ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA					
ACCIÓN		1 Muchas Veces	2 Varias Veces	3 Alguna Vez	4 Nunca
30	Su pareja la insulta				
31	Su pareja se enoja si la comida, trabajo de la casa o el lavado de ropa no están hechos				
32	La humilla o menosprecia frente a otras personas				
33	Se pone celoso o ha sospechado de sus amistades				
34	Se pone a golpear o patear la pared o algún mueble				
35	Le ha destruido alguna de sus cosas				
36	Le amenaza con golpearla				
37	Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete				
38	Le ha amenazado con alguna pistola o rifle				
39	Le ha amenazado con matarla o matarse su pareja o a los niños				
40	Le ha impedido visitar a su familia				
VIOLENCIA <u>FÍSICA</u> DE ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA					
ACCIÓN		1 Muchas Veces	2 Varias Veces	3 Alguna Vez	4 Nunca
41	La ha empujado a propósito				
42	La ha sacudido, zarandeado o jaloneado				
43	Le ha torcido el brazo				
44	Le ha jalado el cabello				
45	Le ha pegado con la mano o puño				
46	Le ha pateado				
47	Le ha golpeado con algún palo o cinturón u objeto domestico				
48	Le ha quemado con cualquier sustancia				
49	Le ha tratado de ahorcar o asfixiar				
50	Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete				
51	Le ha disparado con alguna pistola o rifle				
VIOLENCIA <u>ECONÓMICA</u> DE ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA					
ACCIÓN		1 Muchas Veces	2 Varias Veces	3 Alguna Vez	4 Nunca
52	La controla con no darle dinero o quitárselo				
53	Se enoja y le da poco dinero o gasto				
54	Le ha dejado de dar dinero para la comida				
55	Le ha quitado o usa sus pertenencias en contra de su voluntad				
VIOLENCIA <u>SEXUAL</u> EJERCIDA POR EL ESPOSO, COMPAÑERO O ÚLTIMA PAREJA					
ACCIÓN		1 Muchas Veces	2 Varias Veces	3 Alguna Vez	4 Nunca
56	Le ha exigido tener relaciones sexuales con el				
57	Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones con el				
58	Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales				