

11226

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94

"PADECIMIENTOS PSICOSOMÁTICOS Y VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MUJERES
CON PAREJA ATENDIDAS EN LA CONSULTA DE LA UMF N° 94"

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JESÚS POZOS LOZA

ASESOR: DR. CORNELIO EDUARDO BOUCHAN VALENCIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores:

Por los conocimientos brindado para la realización de esta tesis.

A mi asesor:

Por la paciencia y apoyo.

A mis amigos:

Por los ratos de convivencia.

A mi familia:

Por la motivación de seguir adelante

Y en especial a mi esposa:

Por su comprensión y por todos los momentos difíciles que pasamos, y a pesar de todo, salimos adelante.

Muchas gracias.

¡RECIBÍ FLORES HOY!

¡Recibí flores hoy!

No es mi cumpleaños o ningún otro día especial;
Tuvimos nuestro primer disgusto anoche,
Y él dijo muchas cosas crueles que en verdad me ofendieron.
Pero sé que esta arrepentido y no las dijo en serio,
Por que él me mandó flores hoy.

¡Recibí flores hoy!

No es nuestro aniversario o ningún otro día especial;
Anoche me aventó contra la pared y comenzó a ahorcarme.
Parecía una pesadilla, pero de las pesadillas despiertas y sabes que no es real.
Me levante esta mañana adolorida y con golpes en todos lados,
Pero yo sé que esta arrepentido;
Porque él me mandó flores hoy.

¡Recibí flores hoy!

Y no es día de San Valentín o ningún otro día especial;
Anoche me golpeo y amenazó con matarme;
Ni el maquillaje o las mangas largas podían esconder las cortadas
Y golpes que me ocasiono esta vez.
No pude ir al trabajo hoy, porque no quería que se dieran cuenta.
Pero yo sé que está arrepentido,
Porque él me mandó flores hoy.

¡Recibí flores hoy!

Y no era día de las Madres o ningún otro día especial;
Anoche él me volvió a golpear pero esta vez fue mucho peor.
Si logro dejarlo, ¿qué voy a hacer?
¿Cómo podría yo sola sacar adelante a los niños?
¿Qué pasara si nos falta el dinero?
Le tengo mucho miedo, pero dependo tanto de él que temo dejarlo.
Pero yo sé que esta arrepentido,
Porque él me mandó flores hoy.

¡Recibí flores hoy!

Hoy es un día muy especial: es el día de mi funeral.
Anoche por fin logró matarme.
Me golpeó hasta morir.
Si por lo menos hubiera tendido el valor y la fortaleza de dejarlo.
Si hubiera aceptado la ayuda profesional.
Hoy no hubiera recibido flores.

Anónimo.

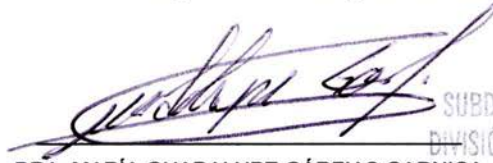
Dedicado a todas las pacientes que colaboraron para esta tesis.

AUTORIZACIONES



DRA. PATRICIA LEONOR PÉREZ SÁNCHEZ

Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud



DRA. MARÍA GUADALUPE GÁRFIAS GARNICA

Coordinadora Delegacional de Educación en Salud

SUBDIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DRA. ANA MARÍA CORTES AGUILERA

Directora de la Unidad de Medicina Familiar N°94



DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO

Jefe de Educación Médica Unidad de Medicina Familiar N°94



DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO

Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar U.M.F. N°94



DR. CORNELIO EDUARDO BOUCHAN VALENCIA

Asesor de Tesis



ÍNDICE

1. Antecedentes.....	3
2. Planteamiento del problema.....	14
3. Pregunta de investigación.....	17
4. Objetivo general.....	17
5. Objetivos específicos.....	17
6. Expectativa empírica.....	17
7. Cuadro de variables.....	17
8. Tipo de estudio.....	18
9. Variables confusoras.....	18
10. Variables universales.....	18
11. Universo de trabajo.....	18
12. Población de estudio.....	19
13. Obtención de la muestra.....	19
14. Validación del instrumento.....	19
15. Programa de trabajo.....	20
16. Criterios de inclusión.....	21
17. Criterios de no inclusión.....	22
18. Consideraciones éticas.....	22
19. Difusión de resultados.....	22
20. Análisis estadístico.....	23
21. Cronograma de actividades.....	23
22. Resultados.....	24
23. Análisis.....	26
24. Conclusiones.....	28
25. Cuadros y figuras.....	29
26. Sugerencias.....	41
27. Anexo 1.....	42
28. Anexo 2.....	44
29. Anexo 3.....	46
30. Bibliografía.....	47

ANTECEDENTES.

La violencia se ha definido como un estado de ánimo, una enfermedad mental, una conducta aprendida, una estrategia evolutiva de supervivencia, el resultado de una disfunción neuroquímica, un proceso hereditario impuesto por los genes. En cualquier caso, es evidente que se trata de uno de los fenómenos que más atribulan a los esperanzados humanos del siglo XXI (1).

Por el carácter cultural y naturalizado de la violencia doméstica y la forma específica en que afecta las habilidades y recursos de quienes la sufren, se le ha identificado como un fenómeno paradigmático (2).

Corsi, menciona diferentes definiciones o términos para que nos quede claro el concepto de violencia. *Conflicto* es un término que alude a los factores que se oponen entre sí, refiriéndose a los conflictos intra o interpersonales. A la *Agresividad* la define como oponer resistencia a las influencias del medio, La agresividad humana tiene vertientes fisiológicas, conductuales y vivenciales.

La *agresión* es la conducta mediante la cual se adoptan formas disímiles: motoras, verbales, gestuales, posturales, lo esencial de esta conducta es comunicar el significado de lo agresivo, existe en ésta, un agresor y un agredido, también una direccionalidad y con una intención ya que al aventar un golpe o insultar el objetivo es causar daño. Simplificando podríamos decir que una persona agresiva es aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores o amenazantes y, frente a tal construcción cognitiva, reacciona con conductas de ataque. Finalmente a la *violencia* la define como forzar o violar. Violencia significa usar la fuerza para hacer daño, por lo que puede hablarse de violencia económica, política, social, en todos los casos implica el concepto de poder (3).

Otras de las definiciones que podemos mencionar acerca de la violencia son la que propone la ONU refiriendo como violencia contra la mujer a todo acto violento de

género que resulte en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada (4,2).

También podemos mencionar que la violencia se entiende como lesiones físicas, psíquicas e incluso contra propiedades que se ejerce contra una persona ocasionándole dolor, enfermedad, trastorno emocional y en casos extremos la muerte. En marzo del 2000 salió en el Diario Oficial de la Federación la nueva Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, sobre la prestación de servicios de salud y criterios para la atención médica en violencia familiar. En ésta se establece el derecho a la protección, salud e igualdad jurídica no sólo de los hombres sino también de las mujeres con el fin de proteger la organización e integración de las familias (5). Sin embargo aún en nuestros tiempos sigue habiendo desigualdades donde se propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles, en función de su sexo, edad o bien de su condición física. Estas mismas inequidades facilitan el abuso de poder y expone a situaciones de violencia a los grupos más vulnerables, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas discapacitadas, ancianos y enfermos mentales (2).

En dicha Norma se establece la definición de violencia familiar, mencionando que es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación con su poder en contra de uno u otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra este maltrato, el cual puede ser físico, emocional, sexual, además contempla al abandono como un acto de violencia.

Se conceptualiza a la violencia física como el acto de agresión corporal que causa daño orgánico, a la violencia psicológica como el acto de agresión emocional que causa daño sobre el autoconcepto y autovaloración de los individuos y finalmente la violencia sexual contempla a la acción de imponer o inducir la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto a las cuales se tiene incapacidad para consentir.

La violencia contra la mujer debe contener al menos los siguientes elementos:

- a) Intencionalidad de una conducta.
- b) Consecuencia de la misma.
- c) Perpetrador de la acción u omisión
- d) Quien es el objeto de las acciones.

La violencia doméstica contra la mujer se considera como el conjunto de conductas, acciones u omisiones, ejercidas por su pareja con el propósito, explícito o no, de mantener el control de la relación. Dichas conductas adoptan formas físicas, emocionales y sexuales (6).

Históricamente, las mujeres han tenido escasa protección legal contra la violencia. En los tiempos medievales un hombre no estaba autorizado para asesinar a su mujer, tenía un poder casi ilimitado para castigarla, pero no para matarla, en tanto lo hiciera "por su propio bien". Si él la mataba podía ser enjuiciado por asesinato. Si ella lo mataba, el crimen era una traición porque su marido representaba al rey. Un dicho inglés era "un perro de aguas, una mujer y un árbol hickory, mientras más los golpeas mejores son". La expresión "regla del pulgar" surgió cuando las cortes en el siglo XIX sostenían el derecho del hombre de golpear a su mujer con un palo de diámetro no mayor que su pulgar. Limitar el tamaño del palo se consideraba una gran ventaja para las mujeres. En 1874 la suprema corte del Norte de Carolina en un intento por proteger a la mujer reglamentó "que un marido no tenía derecho de castigar a su mujer bajo ninguna circunstancia", después aseveró "si no se infligió una lesión permanente, ni se demostró malicia, crueldad o violencia peligrosa por el marido (7).

En 1998 se realizaron estudios con relación a la violencia en parejas sexuales en California Estados Unidos, en donde se estudiaron 1635 parejas, 5.21% al 13.61% la violencia fue de hombre a mujer, de 6.22% al 18.21% de mujer a hombre y de 7.84% al 21.48% de compañero a compañero no importando el sexo; este estudio se realizó para medir las proporciones de violencia en parejas sexuales obteniendo los datos de los dos miembros de la pareja usando un instrumento de estudio estandarizado, la

Escala de Tácticas de Conflicto; resultando que las proporciones de violencia en compañeros sexuales son altas (8).

Mullen y colaboradores también realizaron un estudio semejante al aplicado en Nueva Zelanda donde se tomaron 248 mujeres las cuales reportaron haber tenido abuso sexual en la infancia; estas tenían un nivel socioeconómico bajo. Las mujeres que tuvieron abuso sexual con penetración tuvieron 16% más probabilidad de vivir solas sin pareja. La separación y el divorcio fue más frecuente en las mujeres con historia de abuso sexual durante la infancia, en comparación con el grupo control en un 12% a 4% (9).

Sheldrick, en un estudio observacional, comparativo y retrospectivo, reportó los efectos a largo plazo del abuso sexual comparado con la población sin historia de abuso sexual, encontrando tendencia a la depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa; presentaban ideas de autoagresión o bien actos autodestructivos. Tenían un estilo de vida relacionado con el abuso del alcohol y drogas, en forma bidireccional se presentó historia de abuso sexual que predisponía a la baja autoestima y a la drogadicción. Además asociaciones con trastornos de la alimentación, somatización, disociación, dolor pélvico, quejas ginecológicas, crisis histéricas, trastorno de personalidad múltiple entre otros. En el área sexual presentaban vaginismo, masturbación excesiva, autoestima sexual baja, promiscuidad, embarazo no planeado o bien actividad sexual aumentada. Otra área donde se reporta implicaciones es en las relaciones interpersonales, presentando sentimientos de hostilidad hacia el agresor, siendo vulnerables a ser víctimas, como podía ser violación, embarazo no aceptado producto de la violencia e incapacidad para salir de la situación. Se ha visto que los actos de abuso que son producidos por familiares o por relaciones incestuosas son más traumáticas que las ocasionadas por un desconocido, probablemente se deban a que en ellas no hay violencia física (10).

Goodwin, documentó la historia de abuso sexual y físico en pacientes con síntomas severos encontrados en mujeres tratadas en un grupo para víctimas adultas de incesto

que habían tenido una hospitalización psiquiátrica. Todas sufrieron siete de los siguientes 11 síntomas severos:

- Trastornos de personalidad limítrofe (Borderline)
- Trastornos afectivos
- Síntomas disociativos
- Trastornos en la alimentación
- Acciones antisociales, cualquier pérdida de custodia de niños o arrestos
- Abuso de drogas o alcohol
- Víctima de violación
- Pelear por un compañero sexual
- Intentos de suicidio múltiples (dos por lo menos)
- Hospitalizaciones múltiples (tres por lo menos)
- Síntomas somáticos

Encontrando que de las pacientes con trastorno de personalidad de tipo limítrofe, 81% tenía una historia tanto de abuso sexual como de abuso físico (11).

Estudios mexicanos, Saltijeral (12) en 1998 estudió a mujeres violadas que habían solicitado ayuda psicológica y legal en un Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE) en el Distrito Federal el 68% de las mujeres se encontraban en edad de los 13 a 34 años, el 52% eran madres y 30% hijas. El 80% había sufrido gritos, amenazas e insultos. En cuanto a violencia física el 75% reportaron cachetadas, golpes en la cabeza en el 50%, incluso hasta quemaduras con cigarrillos en 5%. Se observó que en la mayoría, este maltrato era sistematizado y escalado, con frecuencia se extendía de por vida. La mujer en un inicio se da cuenta que este trato no es normal y al tratar de cambiarlo se percata de que no puede y queda atrapada aprendiendo a usar estrategias para sobrevivir emocionalmente y disminuir el riesgo de que la violencia la conduzca a la muerte. Surgen entonces los mecanismos de defensa como la negación y la disociación. Leonore Walker considera 3 etapas de violencia contra la mujer (citada por Saltijeral, [12]):

Acumulación de tensión.

Episodio agudo de violencia.

La luna de miel (donde predomina el arrepentimiento).

Estas etapas que presentan las mujeres son repetidas y en forma cíclica, esto hace que la mujer tengan baja autoestima, desesperanza aprendida y esto ocasionan mayor dificultad para abandonar a la pareja. En el ámbito emocional reportan sentimientos de coraje, miedo, terror, ira, tristeza que podría durar días o semanas. También admitieron haberse sentido humilladas, desconfiadas, indefensas y acorraladas, así como autopercepción distorsionada, tenían sentimientos de acorralamiento y sentimientos de culpa. Dentro del área somática mencionan insomnio, gastralgia, hiporexia; en el área social, aislamiento, desconfianza hacia el sexo opuesto y repercusiones en su desarrollo en el ámbito laboral y familiar.

Fierman, en 1993 en Harvard realiza un estudio prospectivo, longitudinal en 711 adultos con diversos trastornos de ansiedad relacionados con presencia de violencia durante alguna etapa de su vida; para determinar la prevalencia y naturaleza del trauma psicológico en este grupo. Utilizaron para la realización del estudio los criterios diagnósticos de investigación y una versión modificada de la Entrevista Clínica Estructurada (SCI) para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R), en los que se indagaban además eventos traumáticos como desordenes de pánico, desordenes de pánico con agorafobia, fobia social, desordenes generalizados de ansiedad y Trastorno de Estrés Postraumático (TEP). El 27% reportaron experiencias que consideraban muy traumáticas como abuso físico, violencia psicológica, asaltos, daño físico; el 13.8% sufrieron violencia sexual. La mayoría de los pacientes que reportaron violencia sexual, físico o psicológica, tuvieron TEP; en las otras categorías de trauma, la mayoría de los pacientes no tuvieron TEP. Los pacientes que reportaron trauma sexual tuvieron significativamente mayor probabilidad de tener TEP (53%) que aquellos con otros tipos de trauma (23%), (13).

Sobre las reacciones psicológicas en las mujeres que han sufrido violencia sexual, se presenta una reacción de dos fases; una desorganizacional o aguda, que dura días o semanas. Posteriormente viene la fase organizacional, donde la víctima va aceptando gradualmente las condiciones de ataque y lo integra dentro de una experiencia de vida. La recuperación ocurre de los 3 a 4 meses después de la violencia sexual. Algunas víctimas pasando este período llegan a presentar síntomas de depresión, disfunción sexual, deterioro del ajuste social y en la realización de tareas. Ciertas respuestas han sido descritas como incapacitantes a largo plazo, como culpa, autorreproche y el miedo. Se exploró este tipo de reacciones en 12 mujeres con violencia sexual y 12 controles realizándose durante las primeras 48 horas, después del ataque, se les realizó una entrevista psicológica previa y la valoración del estado mental, posteriormente se les aplicó la escala de listado de síntomas (SCL-90) la cual mide psicopatología general como somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, enojo-hostilidad, ansiedad fóbica, contenidos de pensamiento paranoide así como tendencias psicóticas, y el inventario de Beck para depresión, dejando pasar de 3 a 4 semanas para aplicarles nuevamente estos instrumentos. Todas mencionaron la sensación de muerte, motivo por el cual accedieron a tal acto, casi todas experimentaron miedo y pánico. También describieron sensación de paralización y posteriormente reproche así mismas por no haber luchado. Algunos otros síntomas descritos incluyeron despersonalización, desrealización y síntomas somáticos, como náusea, vértigo y desmayo. Se reportó que en el inicio de las entrevistas la mayoría presentaba depresión por la escala de Beck y en el SCL-90 manifestaron alto rango neurótico, particularmente ansiedad y fobia. En ambas escalas, la mayoría de los síntomas disminuyeron conforme pasaron las semanas. En los controles no se observó alteración (14).

En el simposio realizado en marzo del 2000 en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía sobre los aspectos sociales y biológicos de la violencia, mencionaron que en una encuesta realizada en México en la ciudad de Guadalajara a población abierta, 1163 mujeres de áreas rurales y 427 en zonas urbanas son víctimas de algún tipo de violencia dando como resultado que un 80% mostró ser víctimas de maltrato. La

violencia se señaló como una enfermedad crónica y hay dos formas de estudiarla; una es preguntar a la persona si ha sido víctima de violencia en el último año y otra que es el indicador más confiable, preguntar que es lo que sucede en una relación de pareja (15).

Luciana Ramos (16) realizó en México, D.F. en 1994 estudios sobre violencia en la mujer, dentro del perímetro de la Delegación Regional de Coyoacán ya que cuenta con una agencia especializada en delitos imprudenciales, intencionales y sexuales; uno de ellos nos habla sobre las experiencias de mujeres maltratadas no sólo por sus parejas sino por los padrastros y hermanos encontrándose el síndrome de estrés postraumático como el más constante. Dentro del mismo estudio L. Ramos hace mención sobre los beneficios económicos de la violencia como delito común. Se calcula que en el área metropolitana 5 millones de personas no cuentan con servicios de seguridad social y 806 mil personas no disponen de servicios básicos (4). Dentro de las consecuencias psicológicas se hizo mención del trastorno de estrés postraumático a largo plazo así como sentimientos depresivos, ansiosos, consumo de drogas o alcohol, síntomas somáticos y cambios marcados en su estilo de vida. Por último abordó el tema de la mujer violada y abarca la sintomatología más frecuente es el trastorno de estrés postraumático, dejando una profunda huella en la vida de las mujeres que fueron víctimas de estos delitos (4).

Últimamente se ha retomado evaluar la violencia en provincias del país, tal es el caso del estudio realizado en 1998 de 10 mujeres que habían experimentado violencia física en la comunidad Flor de Mayo, municipio de las Margaritas, Chiapas. La agresión por parte de los esposos se presentaba cuando ellos consideraban que el trabajo realizado en casa no era el adecuado, catalogándolas de holgazanas o "contestonas", sin embargo cuando los esposos se encontraban en estado de ebriedad no se dejaban golpear y en este caso tenían el derecho de abandonarlos o de informar a la autoridad. Otras de las causas por las cuales las mujeres eran agredidas es por no poder embarazarse y celos. La gran mayoría se resignaba a vivir con sus esposos, comentando que era su "suerte" que les tocara un hombre que las maltratara y tres de

10 mujeres entrevistadas decidieron abandonar a sus esposos, mientras una había quedado viuda (17).

El análisis de la violencia debe partir de la base de que se trata de un fenómeno predecible y, por lo tanto prevenible. Existen barreras sociales que impiden detectar los efectos de la violencia ocurridos entre miembros de una misma familia, amigos, familiares y extraños; se denuncian actos de violencia por agresores familiares y agresores extraños en relación 1:2. A fin de analizar el fenómeno de la violencia debe considerarse como un problema de salud que se traduce en muertes, enfermedades y disminución de calidad de vida.

Expertos en el área sugieren que la violencia debe entenderse como la interacción entre factores que tienen que ver con el desarrollo psicosocial de los individuos, sus diferencias neurológicas y hormonales y los procesos sociales.

Con frecuencia se piensa en la violencia como hechos imprevisibles, inmodificables y prácticamente inevitables; se asume que a lo más que se puede llegar es a registrar su magnitud, tratar de restaurar los daños causados y, en el mejor de los casos, a sugerir algunas de las prácticas preventivas, básicamente en el ámbito de la conducta individual. Por lo tanto la violencia queda caracterizada como un proceso histórico social cuya génesis y ejecución están medidas por una serie de condicionamientos individuales y sociales que la constituyen en algo más que un hecho que provoca daños capaces de causar la muerte (18).

Se ha denominado "ciclo de violencia" al vínculo intraindividual entre tomar como víctima a una persona y perpetrar un delito, y es una forma de describir la idea de transmisión generacional de la violencia (19). Pudiendo ser un fenómeno de adaptabilidad a la violencia entendiéndose como tal "al influjo positivo de diferencias individuales en la respuesta de las personas al estrés y la adversidad" (20).

Se define a la somatización como la aparición de síntomas físicos sin explicación médica en pacientes con una enfermedad física no relacionada, mínima o ausente,

producto de alteraciones sociales, psicológicas no resueltas (21). Se pueden encontrar mujeres con síntomas no explicados sin enfermedad física aparente (como dolor pélvico crónico), o bien con enfermedades físicas no relacionadas (mujeres con endometriosis que se quejan de fatiga crónica), o que presentan síntomas fuera de proporción con la enfermedad aparente. Las pacientes con somatización están en alto riesgo de sufrir daño iatrogénico con costos médicos innecesarios, porque se ordenan estudios y procedimientos múltiples en un intento por descubrir una enfermedad orgánica oculta. La somatización puede ser aguda o crónica, la primera se refiere a aparición de síntomas físicos relacionado con el estrés transitorio, presentándose incluso en personas sanas; generalmente refieren diarrea leve, sensación “de mariposas” en el estomago entre otros síntomas. La somatización crónica esta relacionada mas con individuos que presentan mala adaptación a su entorno por periodos frecuentes y continuos, lo que los incapacita de una forma funcional ya que ellos mismos se consideran con una enfermedad crónica repercutiendo en sus relaciones interpersonales llegando incluso a la perdida de empleos.

La somatización se considera a menudo una estrategia de enfrentamiento mal adaptado, Kleinman demostró en pacientes con depresión mayor en población China (1996), que presentaban síntomas vegetativos, que estaban relacionados con culpa, con facilidad de mencionar sus síntomas físicos que den sus cambios de estado de ánimo.

Existen síntomas que pueden conservarse por factores de refuerzo no aparentes en una forma inmediata por ejemplo: una mujer con dolor abdominal cuyo esposo emocionalmente es abusivo, no le grita cuando ella esta enferma porque siente “pena” por ella, por eso es poco probable que experimente desaparición de su dolor pues este tiene un efecto protector. Médicamente algunos investigadores han descrito cambios objetivos de la fisiología relacionada con alteraciones orgánicas y signos físicos, por lo que es común que exista una presión arterial alta, soplos y alteraciones en laboratorios y exploración física, que pueden formar parte de lo que es la somatización. También se pueden quejar de dolor, fatiga y mareo e incluso llegar a enfermedades graves. Las

mujer s con relación disfuncional presentan dolor pélvico crónico con ataques múltiples de violencia en la infancia, pueden presentar dolor rebelde al tratamiento y cifras altas de invalidez funcional (22).

Entre los padecimientos y síntomas asociados con la violencia doméstica se encuentran los resultados no fatales y los que afectan la salud mental; entre los primeros se incluye: cefalea crónica, dolor abdominal, muscular, pélvico, infecciones vaginales recurrentes, inflamación pélvica, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas, alcohol, colitis, gastritis nerviosa y asma; entre los segundos: las alteraciones del sueño, depresión, disfunción sexual, ansiedad, trastornos de la personalidad múltiple, estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo; y, finalmente, las fatales, como en suicidio y homicidio (23).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La violencia hacia la mujer ha sido recientemente identificada como un problema de Derechos Humanos y Salud Pública. Desde la perspectiva de la salud pública, la violencia se percibe como problema porque los actos violentos ocasionan daño físico, discapacidad, secuelas y disminución de la calidad de vida. El trabajador de la salud desempeña un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento de dicha violencia. Sin embargo, el reconocimiento médico y la notificación legal de la misma no se lleva a acabo, en la mayoría de los casos, por las implicaciones que tienen para el paciente y su familia.(18)

A principios de los ochentas la segunda causa más importante de crimen en Escocia fue la violencia contra la esposa (25%). En Brasil se informó que el compañero fue el responsable del abuso (85%). En Colombia 18% de las mujeres lesionadas los esposos lo provocaron, el 64% de mujeres tuvieron violencia física con el marido, 33% eran insultadas, 20% golpeadas y 10% tenían relaciones sexuales forzadas. En Canadá, Egipto y Jamaica la violencia contra la mujer es de las causas más importantes de divorcio.

En México en 1997 se identificaron que el 33% de mujeres habían vivido una relación de violencia en una zona marginal de Ciudad Nezahualcoyotl en la Ciudad de México. En el estado de Jalisco en 1997 se llevó a cabo un estudio aleatorizado en tres subpoblaciones de mujeres residentes en la zona metropolitana y conurbana de Guadalajara; donde se encontró que el 57% y 44% de mujeres en la zona urbana y rural, respectivamente, que habían vivido una experiencia de algún tipo de violencia. (6,24)

Dentro de los malestares asociados a la violencia doméstica, se encuentran los físicos como irritabilidad, cansancio, dolor de cabeza y estómago; dentro de los emocionales un 85.9% presentó tristeza, 78.9% depresión y 73.2% sentimientos de humillación (12).

Los estudios de prevalencia de somatización han demostrado su frecuencia en la clínica. Los síntomas físicos como cefalea y fatiga contribuyen en casi 50% de las consultas de atención primaria siendo aun mayor en centros de atención terciaria. Kroneke y Mangelsdorff en 1989 en Estados Unidos, vigilaron a un grupo de 1000 pacientes en clínicas de atención primaria por tres años y calcularon las tasas de incidencia de los 14 síntomas mas frecuentes: dolor retroesternal, fatiga, mareo, cefalea, edema, dolor dorsal, disnea, insomnio, dolor abdominal, entumecimiento, impotencia, pérdida de peso, tos y estreñimiento, el 38% fueron mujeres, el 66% de estas se les realizo pruebas diagnósticas y solo en el 16% se encontró causa orgánica, el costo para llegar al diagnóstico orgánico fue alto para el síntoma de cefalea (7778 dls.) y para el dolor dorsal (7263 dls.), este estudio demostró que para los síntomas más frecuentes en atención primaria constituyeron el 40% de aparición reciente, no se encontró explicación médica en más del 75% (22).

En México, en el 2001, se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino de Álvarez" en pacientes mujeres de la consulta externa y colonia Ajusco de la delegación Tlalpan, D.F., con una población total de 120 mujeres, se estudio la relación entre violencia doméstica y psicopatología dentro del cual se utilizo la escala de violencia y la SCL-90 para somatización, donde se encontró que la edad media de la población fue de 36 años, en un 71.7% las mujeres se dedicaban a su hogar, un 26.3% trabajaban fuera de casa (se vio que a menor escolaridad mayor violencia), en los niveles de violencia se observó que el perpetrador fue el esposo o pareja en un 95% y el 5% el novio, en un 18.5% la violencia se inicio al casarse y en un 12.6% desde novios, las regiones corporales afectadas 21.7% fue la cara, los brazos en 14.2% y el resto del cuerpo un 10.8%, siendo las lesiones mas frecuentes los moretones con el 24.2%, fracturas 1.7%, las suturas, quemaduras, pérdidas de conocimiento, aborto, luxaciones de brazo y desprendimiento de dientes en un 0.8%; se encontró que el total de pacientes estudiadas un 88% se relacionaba la violencia y la psicopatología (Cárdenas M. Violencia doméstica y psicopatología en las mujeres del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Presentado en: Congreso Nacional de Psiquiatría, Septiembre 15, 2003, Monterrey).

Se acepta que la violencia es un problema multidisciplinario. Dada a su complejidad y consecuencias en las esferas psicológicas y de salud física, las percepciones morales y filosóficas como sus correlaciones sociales, políticas y económicas (25).

En México, comparado con otros países, carece de información sobre la problemática de la violencia contra la mujer. La incidencia y prevalencia de la violencia física y emocional al parecer no han sido consideradas como un tópico de importancia para ser investigado formalmente dentro del campo médico, donde la violencia contra la mujer es vista más como un fenómeno anecdótico que como un problema de salud (26).

El desconocimiento sobre la magnitud de los problemas de salud relacionados con la violencia doméstica y sus consecuencias sigue siendo enorme, por lo que se requiere de un cuerpo sistematizado y de investigación (2).

En la UMF N° 94 no se encuentran datos de investigaciones anteriores de violencia doméstica y la frecuencia de enfermedades psicosomáticas.

Se considera necesario trabajar en propuestas que aporten una visión más completa del problema a fin de que las diversas vertientes aquí presentadas hagan converger y concretar en propuestas específicas; asimismo, reconocer que en este quehacer se tiene que contar con los aportes de otras disciplinas y con medidas educativas, sociales y políticas que toquen las raíces de tan seria problemática. Debido a la importancia que está tomando el tema de violencia doméstica y su probable relación con las enfermedades psicosomáticas, se llevara el presente estudio que es viable, que cuenta con la infraestructura para elaborarlo, con el tipo de población, con los recursos humanos y el apoyo de las autoridades; considerando todo lo anterior se hace la siguiente pregunta ¿con que frecuencia existen enfermedades psicosomáticas en mujeres con pareja y violencia domestica?.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la frecuencia de padecimientos psicosomáticos en mujeres con pareja y violencia doméstica?

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de padecimientos psicosomáticos en mujeres con violencia doméstica que tienen pareja, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 94.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar la existencia de violencia doméstica en mujeres con pareja derechohabientes de la UMF N° 94.

Identificar la existencia de enfermedades psicosomáticas en mujeres con violencia doméstica que acudan a la consulta de la UMF N° 94.

EXPECTATIVA EMPÍRICA.

Las mujeres con pareja y violencia doméstica presentan elevada frecuencia de enfermedades psicosomáticas

CUADRO DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Niveles de medición de escala	Categorización
Padecimientos psicosomáticos	Presencia de síntomas somáticos que no pueden explicarse por los hallazgos físicos o de laboratorio (20).	La presentación de síntomas físicos acompañados por demanda continua de atención médica, los cuales no tienen una base física sustentable, evaluada a través de la escala ENUGU	Cualitativa	Ordinal	Área de cabeza Resto del cuerpo

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, transversal.

VARIABLES CONFUSORAS.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Niveles de medición
Padecimientos orgánicos concomitantes	Confusora	Trastornos o enfermedades con causa patológica identificable agudas, crónicas o crónico degenerativas que se encuentren en el paciente en un mismo momento (20).	Enfermedades no psicósomáticas, de cualquier tipo, clínicamente comprobables que se encuentren al momento del estudio, por conocimiento de la paciente.	Cualitativa	Nominal

VARIABLES UNIVERSALES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Nivel de medición	Categorización
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Tiempo en años que tiene la persona.	Cuantitativa	Continua	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49
Escolaridad	Periodo de tiempo en la cual se asiste a la escuela.	Grado de escuela hasta el cual estudió.	Cualitativa	Ordinal	Técnica. Primaria. Secundaria. Preparatoria. Profesional.
Estado civil	Condición de los individuos en lo referente a las relaciones de la familia, nacimiento, filiación, matrimonio y muerte.	Condición social con respecto a la pareja.	Cualitativa	Ordinal	Casada Soltera Unión Libre
Vida sexual activa	Individuo que ejerce libremente su sexualidad.	Ejercicio de la actividad sexual con pleno consentimiento de la persona.	Cualitativa	Nominal	Sí No
Ocupación	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo.	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento.	Cualitativa	Ordinal	Obrero Campesina Profesional

UNIVERSO DE TRABAJO.

Dentro del presente trabajo se tomará en cuenta el total de mujeres derechohabientes a la UMF N° 94.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres en edad reproductiva en el rango de los 15 a 49 años de edad, las cuales son de 32,899 mujeres, derechohabientes de la UMF # 94.

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.

Tomando en cuenta el tamaño de la población de 32,899 mujeres en edad reproductiva adscritas a la UMF #94 se procederá a entrevistar derechohabientes en edad de 15 a 49 años que asistan la unidad en días y horas hábiles hasta la determinación del tamaño de la muestra, la cual se obtuvo mediante el programa Epi Info con una prevalencia esperada del 80%, con un peor resultado del 70%, con margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% y una "p 0.05", obteniendo como resultado un tamaño de muestra de 61 pacientes.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

El cuestionario de violencia incluye 72 preguntas en total, de las cuales 34 preguntas son acerca de la violencia emocional o psicológica, 21 sobre violencia física y 8 restantes interroga sobre la violencia sexual. Todas las preguntas se responden marcando una cruz o bien llenando el área de la respuesta que considere adecuada de acuerdo a su situación personal, teniendo en cuenta que lo sucedido haya ocurrido durante el último año:

- a) Una vez le ocurrió en el último año
- b) Algunas veces le ha ocurrido en el último año
- c) Frecuentemente le ha ocurrido en el último año
- e) Casi a diario le ha ocurrido en el último año

También se incluye en el cuestionario un área acerca de aspectos sociodemográficos, como la edad, la escolaridad, la religión. Este cuestionario fue validado por Hudson en

1981 en población norteamericana, utilizado por Marshal en 1992 en población centroamericana, utilizado en México por Cox y Santiago en 1992 en una zona marginal de la ciudad de México dentro del perímetro de la delegación Coyoacán, por Ramírez en 1997 sobre un estudio en el estado de Jalisco en una zona urbana y una rural (Anexo 1).

La escala ENUGU (nombre de la población africana donde se utilizó por primera vez esta escala), se utilizará para la valoración del aspecto psicosomático constando de 64 preguntas en total, divididas con relación al área de malestar, siendo de la 1 a la 23 con sintomatología en la región de la cabeza y de la 24 a la 64 con relación al resto del cuerpo, se responde contestando Si ó No; se califica dependiendo en el numero de respuestas afirmativas menor de trece se considera que no existe somatización y de catorce en adelante se tiene la existencia de somatización. Tomando en cuenta que las 64 preguntas corresponden al 100% y de esta el 36% corresponden a la región de cabeza y el 64% al resto del cuerpo. La presente escala fue validada por Ebigo en 1982 y utilizada posteriormente por el mismo en 1986 (Anexo 2).

PROGRAMA DE TRABAJO.

Se aplicara el cuestionario de violencia doméstica y el cuestionario de somatización a mujeres derechohabientes con pareja del IMSS adscritas a la UMF #94 de San Juan de Aragón, hasta completar el tamaño de la muestra que es de 61 pacientes, las mujeres deben fluctuar entre los 15 a 49 años de edad, que acudan a demandar atención médica, del 1° de noviembre del 2003 al 31 de diciembre del 2003. Para demostrar la frecuencia de enfermedades psicosomáticas en mujeres con pareja y violencia doméstica.

El cuestionario de violencia consta de tres partes: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual y el de somatización constan de dos partes la que se refiere a sensaciones en la cabeza y sensaciones en el resto del cuerpo.

Una vez recolectado los datos se identificará la presencia de violencia en mujeres con pareja y la frecuencia de enfermedades psicosomáticas.

En todas las pacientes que presentar algún tipo de violencia doméstica, la cual se determinara por medio del instrumento descrito específico para violencia, se determinara la frecuencia de enfermedades psicosomáticas las cuales se obtendrá por medio de la escala de somatización y así determinar si la violencia doméstica es un factor importante para la presentación de las enfermedades psicosomáticas. Una vez obtenidos los cuestionarios de violencia y somatización se procederán a su análisis, Al mismo tiempo se podrá conocer el tipo de violencia más común ejercida hacia la mujer en la población estudiada, así como las enfermedades psicosomáticas más comunes relacionadas a cabeza y el resto del cuerpo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- a) Mujeres con pareja y violencia.
- b) Edad entre 15 y 49 años.
- c) Que sepan leer y escribir.
- d) Que acepten participar.
- e) Derechohabiente del IMSS o beneficiarios.
- f) Adscritas a la UMF #94.
- g) Sin enfermedad psíquica subyacente en el momento del estudio. (psicosis, estados confusionales, retraso mental)
- h) Cualquier nivel socioeconómico.
- i) Cualquier ocupación.
- j) Que asistan a la consulta matutina, vespertina o al servicio de urgencias.
- k) Estar unidas (casadas o en unión libre) al momento de la encuesta.
- l) Que la unión tuviera una duración por lo menos de un año.
- m) Que contesten los cuestionarios al 100%.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- a) Mujeres sin pareja.
- b) Con menos de un año de relación con su pareja.
- c) Fuera del rango de edad de 15 a 49 años.
- d) Analfabetas.
- e) Con antecedentes de trastornos psiquiátricos (Psicosis, estados confusionales, retraso mental).
- f) No derechohabientes.
- g) No adscritas a la UMF #94.
- h) No acepten participar en el estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Dentro de las consideraciones éticas se otorgara una carta de consentimiento informado la cual tendrán que firmar las pacientes para su autorización y posterior contestación de los cuestionarios (anexo 3), además se tomará en cuenta la declaración de Helsinki, recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Norma oficial mexicana N° 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud y Ley general de salud.

DIFUSIÓN DE RESULTADOS.

“Será presentado como tesis de postgrado de la especialidad de Medicina Familiar, valorándose posteriormente su posible publicación en la revista medica de Medicina Familiar o Salud Pública”.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La recolección de los datos se vaciará en una hoja de calculo, conteniendo: datos generales del paciente, numero progresivo, edad, sexo, nombre, existencia de violencia y existencia de somatización.

Para el análisis estadístico de los datos generales se empleara la estadística descriptiva: las proporciones y porcentaje, para las variables numéricas se usara las medidas de tendencia central (media y moda).

La presentación de los resultados se hará en cuadros y figuras de acuerdo al tipo de variables.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Programadas												Realizadas														
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	ACTIVIDADES		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2001				X	X								Elección del tema					X	X							
2001				X	X	X	X	X	X	X			Revisión bibliográfica					X	X	X	X	X	X	X		
2001				X	X	X	X	X	X	X			Elaboración de Protocolo					X	X	X	X	X	X	X		
2003		X									X		Presentación al comité												X	
2003											X	X	Recolección de datos	2004	X											
2003								X	X				Procesamientos de datos	2004	X	X										
2003									X				Análisis de datos	2004	X											
2003										X			Informe final del estudio	2004	X											

RESULTADOS.

De los datos sociodemográficos obtenidos de las 61 pacientes de la muestra, el predominio de la edad fue la siguiente, del rango de 15 a 19 años en 13% (n=8), de los 20 a 24 años con 15% (n=9), en el grupo de 25 a 29 años con el 23% (n=14), siendo este grupo de edad el de mayor porcentaje. En los grupos de edad de 30 a 34 años se encontró el 21% (n=13), de 35 a 39 el 13% (n=8), en el grupo de 40 a 44 años con 12% (n=7) y en el último grupo de 45-49 años con un 3% (n=2) (cuadro y figura 1).

Dentro de esta variable numérica, edad; se obtuvieron las siguientes medidas de tendencia central: moda de 25 años y media de 7.37.

En lo que concierne a la escolaridad se encontró que el 11.5% (n=7) tenían una carrera técnica, el 11.5% (n=7) con un nivel académico de primaria, el 25% (n=15) habían cursado la secundaria, siendo el grupo de mayor porcentaje el de preparatoria o bachillerato con 39% (n=24) y la licenciatura o profesión obtuvieron el 13% (n=8) (cuadro y figura 2).

En cuanto al estado civil se encontró de las mujeres con violencia, con el 93% (n=57) estaba casada y el 7% (n=4) vivía en unión libre, cabe mencionar que dentro de las variables en este rubro se tomó cuenta a las divorciadas no presentándose ningún caso dentro de la muestra (cuadro y figura 3).

La ocupación fue una variable medible encontrando que 10% (n=6) son obreras, el 7% (n=4) se dedican a su licenciatura o profesión, el 6% (n=4) es comerciante, el 5% (n=3) estudiante y el rubro mas elevado de mujeres con violencia fue el del hogar con 72% (n=44) (cuadro y figura 4).

Dentro de los tipos de violencia que se estudiaron, el 47% (n=29) presentó violencia psicológica, el 28% (n=17) física y el 25% (n=15) sexual (cuadro y figura 5).

Una de nuestras variables de estudio fue si las mujeres con violencia presentan somatización, encontrándose que el 89% (n=54) presentaban somatización y el 11% (n=7) no; de acuerdo a los criterios de medición de la escala ENUGU para somatización (cuadro y figura 6).

ANÁLISIS.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio las mujeres que presentaron violencia fue el grupo de edad que oscila entre los 25 a 29 años, esto puede deberse a factores socioculturales, en este rango de edad es donde comúnmente las mujeres se casan o viven con una pareja estable, y que en edades tempranas las mujeres no tienen una pareja estable o por el contrario por arriba de estas edades hoy en día hay un aumento en el número de divorcios o de mujeres abandonadas.

Con lo que respecta a la escolaridad se encontró que el porcentaje de violencia mayor es en mujeres que tenían en forma parcial o total la preparatoria o bachillerato, seguido por las mujeres con escolaridad secundaria, siendo esto contrario a lo que se esperaba, según se refiere en el artículo de Edari "Factores de riesgo y adaptabilidad a la violencia" en donde menciona la relación que existe entre los factores individuales de cada persona, en cuanto a menor grado de estudios sería mayor el grado de violencia y en cuanto mayor al grado escolar menor la violencia; encontrando que la responsabilidad de este fenómeno es por culpa de la pareja, mencionando las encuestadas que al casarse, los esposos las obligaban a permanecer en la casa al cuidado de los hijos o para los quehaceres domésticos, no dejándolas continuar con sus estudios. Otro de los datos relevantes a mencionar de esta estudio es que las mujeres que tienen escolaridad profesional tienen más violencia que las mujeres con un grado escolar de primaria, encontrando como motivo las costumbres y las bases de la educación en mujeres mexicanas.

Dentro del estado civil se encontró que las de mayor índice de violencia son las casadas, no se encontró dentro de la muestra ninguna mujer divorciada que actualmente tuviera pareja por lo que las de porcentaje más bajo fueron las de unión libre.

En la variable de ocupación se encontró el mayor porcentaje de violencia en el rubro de las que se dedicaban al hogar, si consideramos lo descrito en la edad, donde las

mujeres al casarse los esposos ya no dejaban que continuaran con sus estudios, se entiende entonces que por este hecho elevó de forma importante el parámetro, hogar. Además coincidiendo con los estudios de Ramírez en la ciudad de México y Miranda en una población de Las Margaritas, Chiapas; en donde refiere que el hogar y la familia es el principal origen de la violencia donde ellos encontraron que por el machismo, a la mujer en el hogar se le ve como una sirvienta la cual únicamente sirve para tener hijos y hacer los quehaceres domésticos.

Tomado en cuenta el cuestionario de violencia que se aplicó a las mujeres encuestadas, el cual medía tres parámetros de violencia: violencia psicológica, física y sexual; se encontró que el mayor promedio de violencia en las mujeres del estudio fue la violencia psicológica, seguida por la violencia física y por último la violencia sexual. Coincidiendo con el estudio de violencia y psicopatología, realizado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino de Álvarez" en donde se encontró la misma secuencia de presentación de violencia. En cuanto a la violencia psicológica muchas de las mujeres encuestadas al leer el cuestionario no sabían que varios de los hechos mencionados en las preguntas eran un tipo de violencia. Con lo que respecta a la violencia física y sexual se encontró que el porcentaje de ambas es muy similar, esto es, comúnmente que la violencia sexual conlleva a la violencia física.

Dentro del estudio, de las mujeres encuestadas el 89% presentaba somatización, en un 69% en tronco y extremidades y en un 31% en la región de la cabeza. Tomando en cuenta los estudios realizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino de Álvarez" donde también se comprobó la relación existente entre la violencia y la somatización. Con lo que respecta a esta relación de somatización y violencia hay muy pocos artículos escritos la mayoría hace mención de la violencia o de la somatización por separado, pero no en forma conjunta. Por lo que en el presente estudio se puede observar la relación que presenta la violencia doméstica y la somatización.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboró la elevada frecuencia de padecimientos psicosomáticos en mujeres con violencia doméstica.

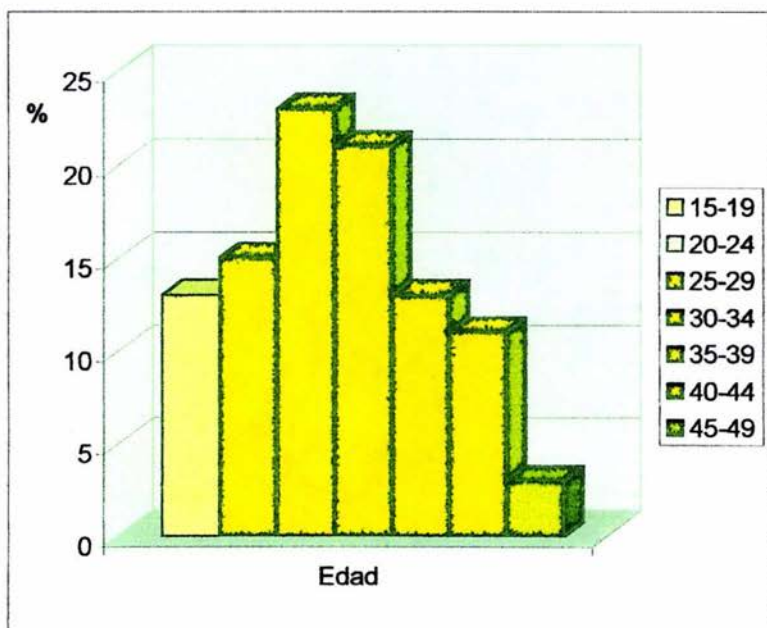
CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1 Frecuencia de edad en mujeres con violencia domestica

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	15-19	8	13.1	13.1	13.1
	20-24	9	14.8	14.8	27.9
	25-29	14	23.0	23.0	50.8
	30-34	13	21.3	21.3	72.1
	35-39	8	13.1	13.1	85.2
	40-44	7	11.5	11.5	96.7
	45-49	2	3.3	3.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Figura 1 Porcentaje de edad en mujeres con violencia domestica

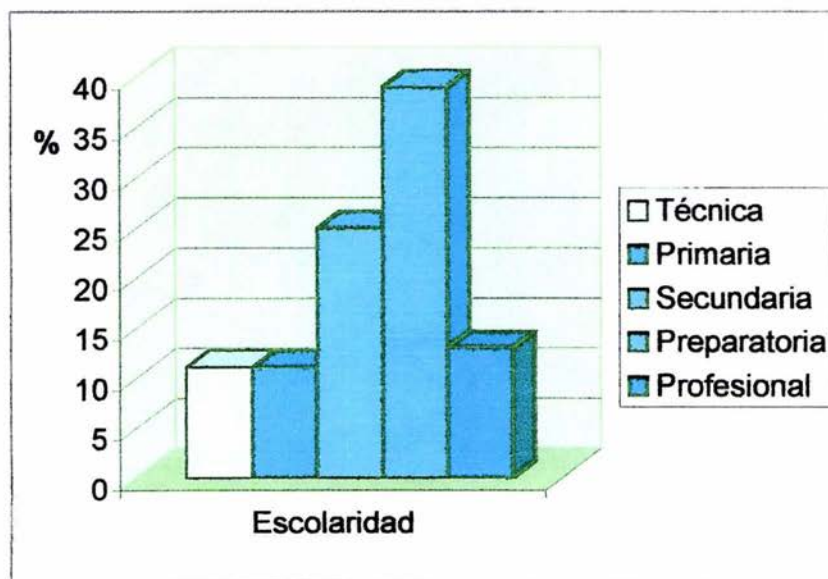


Cuadro 2 Frecuencia de escolaridad en mujeres con violencia domestica

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido técnica	7	11.5	11.5	11.5
primaria	7	11.5	11.5	23.0
secundaria	15	24.6	24.6	47.5
preparatoria	24	39.3	39.3	86.9
profesional	8	13.1	13.1	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Figura 2 Porcentaje de escolaridad en mujeres con violencia domestica

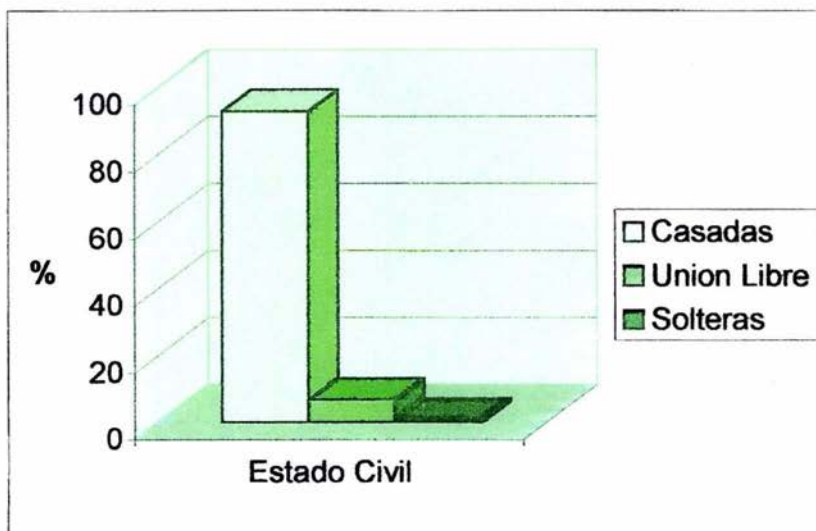


Cuadro 3 Frecuencia de estado civil en mujeres con violencia domestica

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido casada	57	93.4	93.4	93.4
union libre	4	6.6	6.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Figura 3 Porcentaje de estado civil en mujeres con violencia domestica

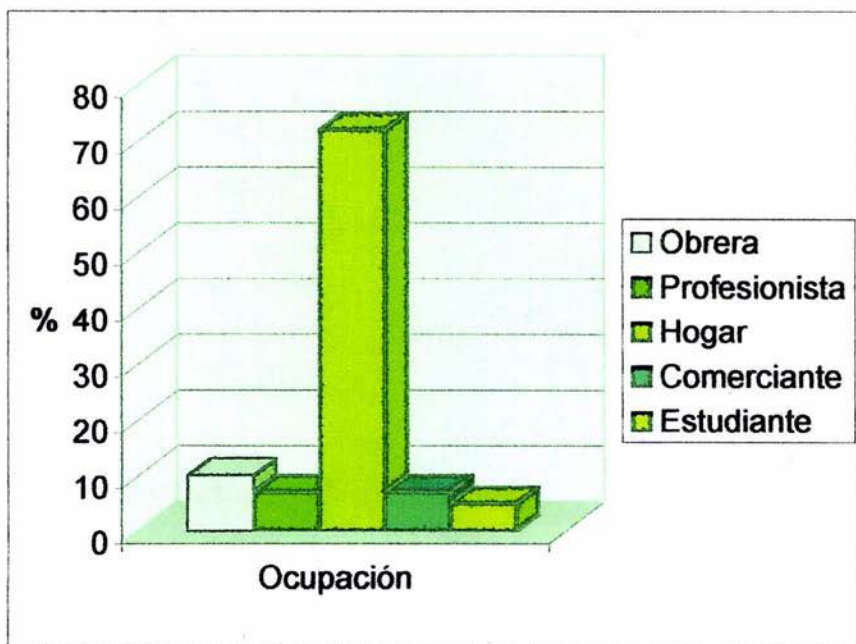


Cuadro 4 Frecuencia de ocupación en mujeres con violencia domestica

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido obrera	6	9.8	9.8	9.8
profesional	4	6.6	6.6	16.4
hogar	44	72.1	72.1	88.5
comerciante	4	6.6	6.6	95.1
estudiante	3	4.9	4.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Figura 4 Porcentaje de ocupación en mujeres con violencia domestica

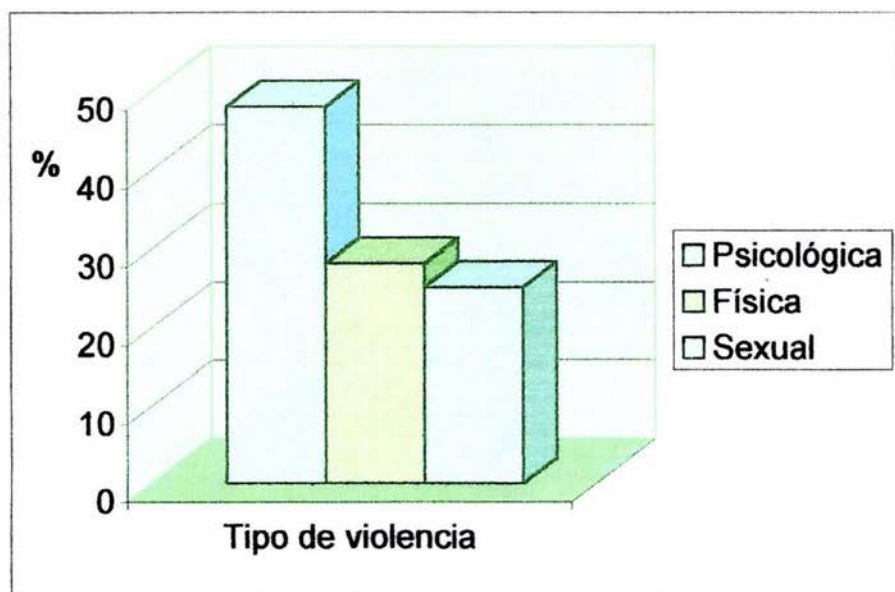


Cuadro 5 Frecuencia del tipo de violencia en mujeres con violencia doméstica

Violencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido psicologica	29	47.5	47.5	47.5
fisica	17	27.9	27.9	75.4
sexual	15	24.6	24.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Figura 5 Porcentaje del tipo de violencia en mujeres con violencia doméstica

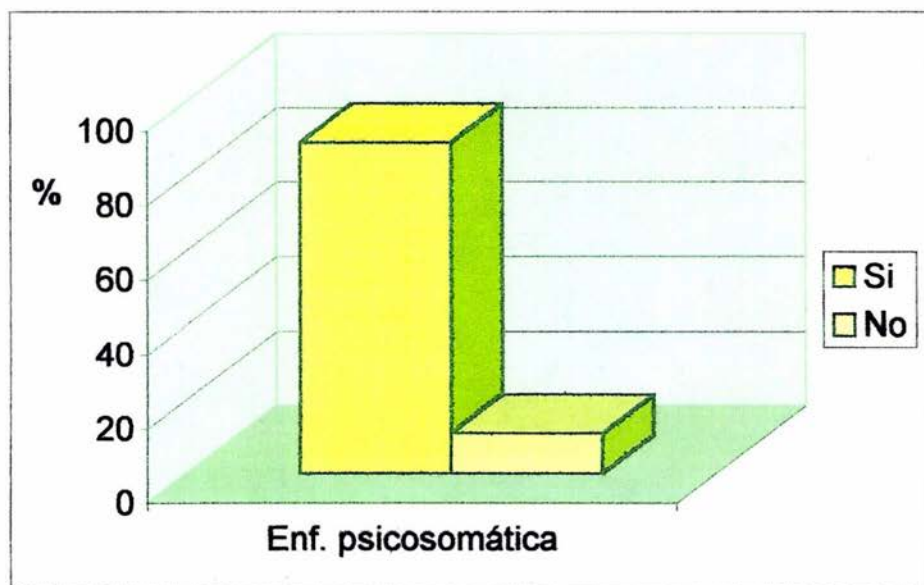


Cuadro 6 Frecuencia de mujeres con somatización y violencia doméstica

Somatización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido si	54	88.5	88.5	88.5
no	7	11.5	11.5	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Figura 6 Porcentaje de mujeres con somatización y violencia doméstica



SUGERENCIAS

Se observó una falta de redes de apoyo dentro de la unidad para la atención de primer nivel a mujeres con violencia, por lo que sería recomendable un grupo multidisciplinario para la atención a estas mujeres víctimas de maltrato, conformado por un Médico Familiar, un psicólogo y una trabajadora social; otorgando una atención integral e individualizada, y en caso necesario referirlo a otra especialidad o nivel de atención.

Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 prestación de servicio de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar; comenta que se debe dar aviso a la agencia del Ministerio Público en caso de que el paciente, víctima de maltrato, así lo solicite; por medio del formato de Registro de Atención en Caso de Violencia Familiar y el formato de Aviso al Ministerio Público, o en caso de que la lesión presentada sea clasificada como lesión que pone en peligro la función órgano o vida del paciente, no llevándose dicha normatividad en primer nivel de atención por lo que se tendría que contar con estas formas en caso de requerirlas.

Se encontró que la somatización es un diagnóstico poco frecuente, sobre todo en pacientes con síntomas físicos sin explicación médica, dando como resultado un gasto de equipo de laboratorio, rayos "X", referencias a otras especialidades, fármacos y otros recursos por no hacer una historia clínica familiar completa e integrar el diagnóstico de somatización y en consecuencia desesperación del paciente por no encontrarle una causa médica con bases físicas sustentables de enfermedad orgánica. Por lo que se sugiere dar a conocer los resultados de este tipo de investigaciones de enfermedades psicosomáticas en primer nivel de atención.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA

EDAD: _____ EDO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

I. Conteste las siguientes preguntas. Marque con una **X** la opción elegida.

Durante el último año su esposo o pareja:	NO	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTE-MENTE	CASI A DIARIO
1. ¿Se enoja si lo contradice o si no está de acuerdo con él?					
2. ¿Le grita?					
3. ¿La insulta?					
4. ¿Le exige obediencia a sus antojos o caprichos?					
5. ¿Se enoja si la comida, el trabajo de la casa, o el lavado de la ropa no está cuando él piensa que debería estar hecho?					
6. ¿La cela (es celoso y sospecha de sus amistades)?					
7. ¿Ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble?					
8. ¿Le prohíbe que se junte o vea a sus amigas?					
9. ¿La ha amenazado con el puño?					
10. ¿Piensa que no debería trabajar o seguir estudiando?					
11. ¿Le dice que sin él usted no sirve para nada, que no puede cuidarse sola?					
12. ¿La a amenazado con lastimarla?					
13. ¿La insulta o le falta el respeto enfrente de otras personas?					
14. ¿Le da órdenes?					
15. ¿La ha amenazado con echarla de la casa?					
16. ¿Se burla o no respeta sus sentimientos?					
17. ¿Toma actitudes autoritarias con usted como apuntarle con el dedo índice o tronarle los dedos?					
18. ¿La maltrata cuando él toma?					
19. ¿Le exige que se quede en casa?					
20. ¿La ha amenazado con estropear o dañar sus pertenencias personales?					
21. ¿La menosprecia o la hace menos?					
22. ¿Le ha aventado algún objeto?					
23. ¿Siente miedo de él?					
24. ¿Ha amenazado a alguien que usted estima o quiere?					
25. ¿Le dice que no es atractiva o que es fea?					
26. ¿Se enoja si usted le dice que está bebiendo demasiado?					
27. ¿La trata de una ignorante o tonta?					
28. ¿La a amenazado o actuado como que va a matarla?					
29. ¿La trata como si fuera su sirvienta?					
30. ¿La maltrata si no atiende a los hijos como él cree o piensa que debería ser?					
31. ¿Es codo o tacaño con el dinero para mantener la casa?					
32. ¿La ha amenazado con un palo cinturón o algo parecido?					

Durante el último año su esposo o pareja:	NO	UNA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTE-MENTE	CASI A DIARIO
33. ¿La amenaza o asusta con algún tipo de arma (pistola, cuchillo, piedra, etc.)?					
34. ¿La ha amenazado con matarse él mismo?					
35. ¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?					
36. ¿La ha empujado o aventado a propósito?					
37. ¿La ha jaloneado del pelo?					
38. ¿La ha retenido o sujetado a la fuerza?					
39. ¿La ha golpeado en la cara o en la cabeza?					
40. ¿La ha golpeado con los puños?					
41. ¿Le ha dado de cachetadas?					
42. ¿Le ha torcido el brazo?					
43. ¿La ha encerrado?					
44. ¿La ha golpeado con la parte posterior de la mano?					
45. ¿La ha pateado?					
46. ¿La ha amarrado?					
47. ¿Le ha dado de nalgadas?					
48. ¿La ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido?					
49. ¿La ha golpeado a muerte?					
50. ¿Ha intentado ahorcarla o asfixiarla?					
51. ¿La ha quemado?					
52. ¿La ha rasguñado?					
53. ¿La ha mordido?					
54. ¿Ha brincado sobre usted?					
55. ¿La ha herido con alguna arma (cuchillo, pistola, etc.)					
56. ¿Le ha exigido tener relaciones sin importar si usted lo desea o no?					
57. ¿Utiliza la fuerza física para tener relaciones contra su voluntad?					
58. ¿La obliga al sexo oral o por la boca contra su voluntad?					
59. ¿La amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales aunque usted no lo desee?					
60. ¿La obliga a tener sexo anal o por atrás en contra de su voluntad?					
61. ¿La obliga a hacer actos sexuales que a usted no le complacen o no le gustan?					
62. ¿La obliga a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido?					
63. ¿Ha usado algún objeto en usted de manera sexual en contra de su voluntad?					

ANEXO 2.
Escala de somatización ENUGU.

Durante el último año a sentido alguna sensación que a continuación se describen (marque con una X):	SI	NO
1.- De vez en cuando yo experimento la sensación de calor en mi cabeza.		
2.- A veces parece como si mis ideas están fuera de mi cabeza.		
3.- Tengo la sensación de algo como agua en mi cerebro.		
4.- Tengo sensación de hormigueo en varias partes de mi cerebro.		
5.- Estoy convencida de tener algún tipo de gusanos o microbio en mi cabeza.		
6.- Si usted mira exactamente sobre mi cabeza puede ver la forma de respirar.		
7.- Algún lugar o lugares de mi cabeza son tan dolorosos que creo que hay una lesión o herida dentro de mi cerebro.		
8.- Mi cabeza parece estallar que tengo que sostenerla o apretarla para prevenirlo.		
9.- Me parece que mi cabeza se alarga y se acorta.		
10.-Siento mi cabeza tan pesada que parece que estoy cargando algo pesado.		
11.-Tengo dolores de cabeza constantemente y severos.		
12.-Por cosas simples las partes susceptibles o débiles de mi mente se lastiman.		
13.-Para sentirme limpia, debo peinar mi pelo completamente y constantemente.		
14.-Mis esperanzas son dolorosas.		
15.-Ya no puedo ver bien de lejos.		
16.-Siento mis párpados pesados.		
17.-Tengo la sensación de calor en mis ojos.		
18.-Algunos cabellos parecen haber entrado en mi oreja y siento constantemente que vuelan con el aire o hacen algún ruido.		
19.-Últimamente he estado sintiéndome muy aturdido.		
20.-Siento piquetes en mi cabeza.		
21.-Siento como si me martillaran la cabeza.		
22.-Tengo la sensación de algo en mi garganta.		
23.-Cuando trago algo siento que viaja muy despacio de mi garganta al estómago.		
24.-Siento mi hombro tan pesado como si estuviera cargando algo pesado.		
25.-Siento la sensación como si varios centímetros de uña se encajaran en mi espalda.		
26.-Siento un calor interno en todo mi cuerpo.		
27.-Siento calor interno sólo en algunas partes de mi cuerpo.		
28.-A veces tengo dificultad para respirar.		
29.-Tengo la sensación de respirar poco y temo asfixiarme.		
30.-Intermitentemente debo respirar rápido o siento morirme.		
31.-Siento que algunas partes de mi cuerpo están descompuestas.		
32.-Sé que mi cuerpo no esta bien pero nadie parece creerme.		
33.-Mi malestar parece estar fuera del alcance de los médicos.		
34.-Me convencen que sólo los curanderos pueden sanarme.		
35.-Es tal el problema que yo tengo, que no puede ser descubierto fácilmente por pruebas médicas.		
36.-A veces mi corazón late muy fuerte.		
37.-Pueden escuchar latir mi corazón a distancia.		
38.-Tengo la sensación de piquetes en mi cuerpo.		
39.-Siento verdadero dolor en la médula de los huesos de mis manos y piernas.		
40.-Muy a menudo sudo intensamente sin haber hecho ejercicio físico.		
41.-Tengo la sensación de que algo como gusanos viven y se arrastran por algunas partes de mi cuerpo.		
41.-El malestar que me preocupa no es fijo, se presenta en diferentes partes del cuerpo.		
43.-Siento que varias partes de mi cuerpo se estremecen.		
44.-A veces me siento tan inquieto que me da miedo no controlarlo y enojarme.		
45.-Es difícil para mí explicar al doctor la molestia de mi cuerpo.		
46.-Mi problema es que no puedo dormir.		
47.-Siento debilidad en todo el cuerpo.		
48.-Cuando camino mis pies no pueden mantenerse firmes en el piso.		
49.-Muy a menudo tengo ruido en mi barriga.		
50.-Mi cuerpo es muy ligero.		
51.-No tengo ninguna excitación en situaciones donde yo me despertaba sexualmente.		
52.-Experimento la sensación de comezón en diferentes partes de mi cuerpo.		
53.-En el momento consigo excitarme muy poco.		
54.-Mi cuerpo es sano totalmente.		

55.-Mi cuerpo entero simplemente está muerto: ése es el sentimiento que yo tengo.		
56.-Una parte de mi cuerpo es ocasionalmente inútil o está incapacitada.		
57.-Algunas veces se me pone la piel de gallina sin motivo.		
58.-Mis malestares empeoran después de la relación sexual.		
59.-Siento algunos calambres débiles.		
60.-Siento que me he secado o amargado.		
61.-Siento dolor cada vez que tengo relaciones sexuales.		
62.-Las plantas de los pies son uno de mis problemas principales; debo estirar mis pies para conseguir de algún modo sentirme bien.		
63.-Siempre que el sol esté brillando, yo no puedo caminar lejos, por que siento desmayarme.		
64.-Siento algo muy pesado que me presiona hacia abajo cuando duermo.		

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconozco que se me ha informado en forma clara, amplia y precisa sobre el estudio de investigación "Padecimientos psicosomáticos y violencia doméstica en mujeres con pareja atendidas en la UMF N° 94" sobre los beneficios de otorgar mis datos personales en favor de la investigación, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se me informó acerca del contenido de la investigación.
2. Se me informó acerca del anonimato de dicho estudio.
3. Se me informó el número de preguntas, forma de contestar y manera de evaluar el cuestionario de violencia.
4. Se me informó el número de preguntas, forma de contestar y manera de evaluar el cuestionario de somatización.
5. Que si decido contestarlo puedo recibir los resultados de mis cuestionarios.
6. Que las respuestas serán de forma clara precisa y por mi propia voluntad.

Por lo anterior, es mi decisión libre, conciente e informada de aceptar contestar los cuestionarios de violencia y somatización para fines de investigación.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y Fecha

Aceptante

Testigo

Nombre y firma del Médico

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Alcalde, J. Radiografía de la violencia. *Muy Interesante*, 2001; 8(06): 3-17.
- 2.- *Secretaría de Desarrollo Social. Violencia Doméstica: Red de referencia del Distrito Federal*. 1999.
- 3.- Corsi, J. *Violencia Familiar*. Paidós. Buenos Aires, 1999, 3a reimpresión, 15-26.
- 4.- Ramos, L., Esteban, R. Necesidades en la atención en la salud mental en mujeres violadas. *Salud Mental*, 1997; 20 (suplemento): 47-54.
- 5.- Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Contendida en el diario oficial de la federación. 8 de Marzo del 2000.
- 6.- Chambliss, L. *Violencia doméstica: Una crisis en salud pública*. Clínica Ginecológica de Norteamérica, 1997; 591-599.
- 7.- Ramírez, 3. C. y Patiño, M. C. Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *Salud Mental*, 1997; 20(2): 5-16
- 8.- Schafer, J., et al. Rates of intimate partner violence in the United States. *Am J Public Health*, 1998; 88(11): 1702-1704.
- 9.- Mullen, P., Martín, J. The effect of child abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 1994; 165: 35-47.
- 10.- Sheldrick, C. Adult Sequelae of Child Sexual Abuse. *British Journal of Psychiatry*, 1991; 158(Suppl.10): 55-62.

- 11.-Goodwin, J., Cheeves, K., et al. Bordeline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. *Psychiatric Annals*, 1990; 20(1): 22- 32.
- 12.- Saltijeral, M. T., Ramos, L. y Caballero, M. A. Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal; tipos de violencia experimental y algunos efectos en salud mental. *Salud Mental*, 1998; 21(2): 10-18.
- 13.- Fierman, E. J., Hunt, M. F., Pratt, L. A., et al. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Subjects With Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150(12): 1872-1874
- 14.-Mezey, G., Taylor, P. Psychological reactions of women who have been raped. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 152: 330-339.
- 15.- Simposio sobre los aspectos sociales y biológicos de la violencia. Segunda parte. *Gaceta Facultad de Medicina UNAM*. 25 de abril del 2000; 5-7.
- 16.- Ramos, L. y Saltijeral, M. El impacto emocional en las víctimas de la violencia. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1994: 73-83.
- 17.- Miranda, L., Halperin, D. Características de la violencia doméstica y la respuesta de las mujeres en una comunidad rural del municipio de Las Margaritas, Chiapas. *Salud Mental*, 1998; 21(6): 19-26.
- 18.- Hajar, M. y col. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública*, 1997; 39:565-572.
- 19.- Dowd, D. Consecuencias de la violencia. *Clínica Pediátrica de Norteamérica*, 1998; 305-315.

- 20.- Edari, R., Mc Manus, P. Factores de riesgo y adaptabilidad a la violencia. *Clínica Pediátrica de Norteamérica*, 1998; 267-279.
- 21.- Kaplan, H., Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición. 1999, Edit. Panamericana, 711-729.
- 22.- Walker, E. Síntomas físicos sin explicación médica. *Clínica Ginecológica de Norteamérica*, 1997; 553-562.
- 23.- Valdez, S., Aguirre, S. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación de peso al nacer. *Salud Pública*, 1998; 38:352-362.
- 24.- Hudson, W., McIntosh, S. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 1981; 873-885.
- 25.- Calhoun, A., Clark-Jones, F. Psicopatología del desarrollo y programa de salud pública contra la violencia y sus ciclos. *Clínica Pediátrica de Norteamérica*, 1998; 255-265.
- 26.- Ramírez, J., y col. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Pública*, 1998; 35: 148-160.