



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL”

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL”
DEL ISSSTE**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ISABEL ANGÉLICA AMADAHÍ BUENDÍA SUÁREZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

NÚMERO DE REGISTRO: 115.2008

Facultad de Medicina



MÉXICO, D.F. JUNIO 2008



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.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ISABEL ANGÉLICA AMADAHÍ BUENDÍA SUÁREZ

AUTORIZACIONES:



DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR "A" TC
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DIRECTOR Y ASESOR



DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA MARINA NACIONAL
ISSSTE

VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

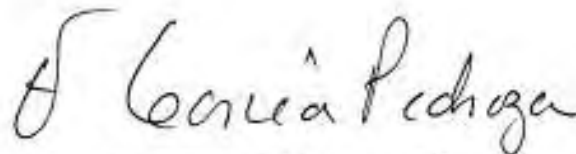
PRESENTA:

DRA. ISABEL ANGÉLICA AMADAHÍ BUENDÍA SUÁREZ

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

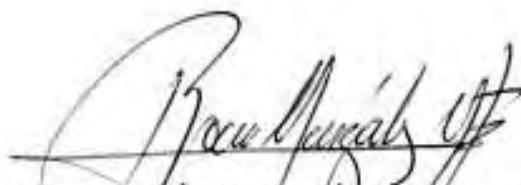
VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

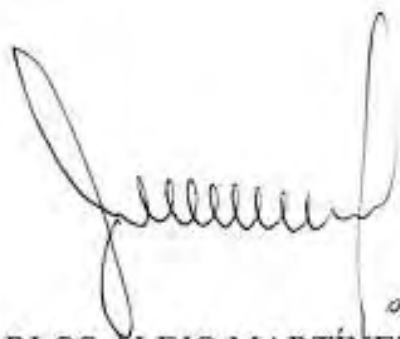
PRESENTA:

DRA. ISABEL ANGÉLICA AMADAHÍ BUENDÍA SUÁREZ

**AUTORIDADES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL”**



DRA. ROCÍO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ
DIRECTORA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
MARINA NACIONAL
ISSSTE



DR. CARLOS ALEJO MARTÍNEZ CALLES
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA MARINA NACIONAL
ISSSTE

DEDICATORIAS:

A PAULINA Y EDUARDO:

Por ser mis alicientes de vida y deseo de superación

A MAMÁ MARÍA:

Por ser mi ejemplo de lucha y fortaleza

A PAPÁ ANGEL:

Por su educación y consejos

A CARLOS:

Por ser mi compañero y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Al Dr. **EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS**

Quien desde el principio me brindó su confianza y apoyo
para la realización de éste proyecto.

Por su tiempo, su disposición, colaboración y enseñanza.

GRACIAS

AGRADECIMIENTOS:

Principalmente a **DIOS**: *por todo...*

Gracias a todos aquellos que me apoyaron en la realización de este trabajo que se concluyó satisfactoriamente, el cual representa una meta más alcanzada...

A los *docentes de la especialidad de Medicina Familiar* que participaron en mi formación académica, por sus enseñanzas y por compartir sus conocimientos...

Al *Dr. Carlos Eduardo Centurión Vigil*, por su acompañamiento durante el proceso de formación de la especialidad y apoyo...

Al *Dr. Carlos A. Martínez Calles*, por ser un ejemplo de la Medicina Familiar, por sus enseñanzas y amistad

A la *Dra. Silvia Landgrave*, por su disposición y apoyo en todo momento

RESUMEN

Introducción: La violencia de género representa un problema de salud pública de gran magnitud a nivel mundial; se presenta con mayor frecuencia en la etapa reproductiva. Dentro de los diferentes tipos de violencia, la emocional o psicológica se considera la más frecuente y la primera en manifestarse en el ciclo de violencia conyugal, no obstante, hasta el momento no se cuenta con ningún instrumento que la evalúe de forma independiente.

Diseño: Observacional, descriptivo, transversal

Objetivo: Identificar la frecuencia de violencia de tipo emocional o psicológica ejercida por las parejas de mujeres entre 19 a 39 años de edad. Determinar la frecuencia de los tipos de manifestaciones de violencia emocional o psicológica más frecuentes (abuso verbal, intimidación, amenazas, aislamiento, desprecio, abuso económico). Crear un instrumento que permita la búsqueda intencionada de violencia emocional o psicológica.

Material y métodos: Población de referencia constituida por mujeres derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE en el Distrito Federal de entre 19 y 39 años. La muestra de 123 mujeres fue no aleatoria y no representativa. En una sola medición se aplicó el cuestionario sobre violencia emocional o psicológica, a través de una encuesta de autoaplicación, previo consentimiento de participación voluntaria.

Resultados: Con los datos obtenidos por la aplicación de las encuestas y de acuerdo a la escala propuesta se encontró un 3.3% de mujeres sin evidencia de violencia, 61% con evidencia de violencia leve, 19.5% con violencia moderada y 16.3% con violencia severa. Se encontró una frecuencia de abuso verbal del 45.6%, de intimidación del 25.4%, de amenazas del 29.3%, de aislamiento del 45.4%, de manifestaciones de desprecio del 34.5% y de abuso económico del 28.7%.

Conclusiones: De acuerdo a los datos obtenidos el 96.7% de las mujeres encuestadas presentan evidencia de violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas y las manifestaciones de ésta que se ejercen con mayor frecuencia son: el abuso verbal y el aislamiento. No obstante, el 60% de éstas mujeres no se perciben como violentadas.

Palabras clave: violencia, violencia psicológica, medicina familiar, primer nivel de atención.

SUMMARY

Introduction: The gender violence represents a public health problem at world level. It is more frequent in the reproductive stage. With in the different types of violence, the emotional or psychological are considered the most frequent and the first to manifest in a conjugal course however up to now is not any instrument that evaluates this in an independent form.

Design: Observational, descriptive, transversal

Objective: Identify the frequency of emotional or psychological violence by women couples between 19 and 39 years old. Determine the most frequent manifestations of emotional or psychological violence (verbal abuse, intimidation, threatening, isolation, disregard, economical abuse). Create an instrument that will allow showing the intention of the emotional or psychological violence.

Materials and methods: Population of rightful claimant between the ages of 19 and 39 at the “*Marina Nacional*” from ISSSTE in the Federal District. The sample was of 123 women not aleatory and not representative. At only one point a questionnaire was applied in regards to emotional or psychological violence it was a self application and only to volunteers.

Results: With the results obtained by the survey and according to a scale show that 3.3% of the women have no evidence of violence and 61% show they have evidence of violence, 19.5% with moderate violence and 16.3% with sever violence. We can observe 45.6% of verbal abuse, 25.4% of intimidation, 29.3% of threatening, 45.4% of isolation, 34.5% of disregard and 28.7% of economical abuse.

Conclusion: According to the survey the data shows that 96.7% of the women interviewed show evidence of emotional or psychological violence, with in relationships the most frequent violence is of verbal abuse and isolation however, 60% of these women do not now it.

Key Words: violence, psychological violence, family medicine, primary care

INDICE

Capítulo		Página
1.	MARCO TEÓRICO	
1.1	Antecedentes de violencia	1
1.1.1	Antecedentes de violencia en México	6
1.1.2	Definición de violencia	8
1.1.2.1	Definición de violencia intrafamiliar	11
1.1.2.2	Definición de violencia de género	12
1.1.3	Tipos de violencia	13
1.1.4	Epidemiología de la violencia	17
1.1.4.1	Epidemiología de la violencia en México	18
1.1.5	Origen de la violencia	22
1.1.6	El ciclo de la violencia conyugal	28
1.1.7	Causas precipitantes de la violencia de género	31
1.1.8	Factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar	34
1.1.8.1	Factores de riesgo asociados a la violencia de género	36
1.1.9	Repercusiones de la violencia familiar	38
1.1.9.1	Repercusiones de la violencia de género	39
1.1.10	Detección de la violencia intrafamiliar	40
1.1.11	Instrumentos utilizados para la detección de la violencia	42
1.1.11.1	Instrumentos utilizados para la detección de la violencia en México	43
1.1.12	Medidas de intervención frente a la violencia intrafamiliar	44
1.1.12.1	Medidas de intervención frente a la violencia intrafamiliar en México	47
1.1.13	Aspectos éticos relacionados con la violencia de género	48
1.1.14	Aspectos legales relacionados con la violencia de género	50
1.1.15	El médico de familia y el manejo de la violencia intrafamiliar	54
1.2	Planteamiento del problema	58
1.3	Justificación	61
1.4	Objetivos: general y específico	63
2.	MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1	Tipo de estudio	64
2.2	Diseño de investigación del estudio	65
2.3	Población lugar y tiempo	67
2.4	Muestra	67
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	67
2.6	Variables	68
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables	74
2.8	Diseño estadístico	76
2.9	Instrumento de recolección de datos	77
2.9.1	Modificación del instrumento inicial, (versión 2)	80
2.9.2	Segunda modificación del instrumento inicial, (versión 3)	82
2.9.3	Escala de puntuación	84
2.10	Método de recolección de datos	86
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos	87
2.12	Prueba piloto	87

2.13	Procedimientos estadísticos	92
2.13.1	Plan de codificación de los datos	92
2.13.2	Diseño y construcción de la base de datos	93
2.13.3	Análisis estadísticos de los datos	97
2.14	Cronograma	98
2.15	Recursos humanos, materiales, físicos, y financiamiento del estudio	98
2.16	Consideraciones éticas	98
3.	RESULTADOS	111
4.	DISCUSIÓN	132
4.1	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar	139
5.	CONCLUSIONES	140
6.	REFERENCIAS	144
7.	ANEXOS	
7.1	Anexo 1. Propuesta de instrumento versión 1	149
7.2	Anexo 2. Propuesta de instrumento versión 2	152
7.3	Anexo 3. Propuesta de instrumento versión 3	155
7.4	Anexo 4. Tríptico informativo	158
7.5	Anexo 5. Cronograma	160

VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE VIOLENCIA

La violencia ha sido parte de las diferentes sociedades, familias e individuos desde el principio de la historia de la humanidad y continúa vigente, en diferentes expresiones, hasta nuestros días. De ahí la importancia de su estudio y repercusiones para lograr su control, manejo y prevención.

En los mitos griegos, romanos, aztecas y de otras culturas se observan los estilos de recreación utilizados por estas sociedades, los cuales, estuvieron llenos de agresión, suicidio y asesinatos¹.

La lucha de poder con aprobación familiar ha convertido a sus miembros en agresores y/o agredidos, lo cual representa una situación vigente hasta nuestros días.

Hanna Arendt (1988), referida por Jáuregui (2006)², realizó un estudio sobre las bases teóricas de la violencia concluyendo que es la expresión más contundente del poder y que surge de la tradición judeo-cristiana y de su imperativo concepto de ley. En este sentido, la violencia se origina en lo más profundo de la sociedad occidental, esto es, en los principios más antiguos que fundaron el pensamiento.

Jáuregui (2006)², menciona a la violencia como una problemática social que no es producto de un grupo marginal, sino inherente a las sociedades. Esto representa la expresión de la violación más fundamental del ser humano: la diferencia, la pluralidad, la cualidad. En este sentido, la mujer también se configura como el elemento más visible de diferencia y, por lo tanto, como blanco perfecto de la violencia patriarcal. Casique y Ferreira (2006)³, mencionan que *“la violencia es cambiante pues sufre la influencia de épocas, lugares, circunstancias y realidades muy diferentes. Existen violencias toleradas y violencias condenadas, pues desde que el hombre*

vive sobre la Tierra, la violencia existe, presentándose bajo diferentes formas, cada vez más complejas y al mismo tiempo más fragmentadas y articuladas”.

Existen diversidad de espacios, lugares y personas que ejercen o sufren violencia, hay formas de ésta que se viven privadamente. Una de ellas es la *intrafamiliar* que durante décadas ha tenido un marco de referencia secreto, íntimo y ha sido considerada como inexistente y hoy en día se ha convertido en un problema social^{4, 5}. Ortiz-Gómez (1999)⁴, refiere “*es considerada como una forma de la violencia social, en tanto la familia no es una unidad autónoma que funciona independiente y separada de la sociedad”.*

La *violencia familiar* la ejerce y la sufren tanto hombres como mujeres, aunque la mayoría de la violencia, independientemente de su forma, naturaleza o consecuencia, es llevada a cabo mayormente por los varones. Además es manifiesta en la actualidad en grupos que se catalogan como vulnerables en la sociedad: niños, mujeres, ancianos y discapacitados⁵.

La violencia de género, en gran parte se da en los hogares y proviene de la pareja conyugal^{6, 7}. Los hombres agreden con mayor frecuencia a las mujeres con golpes, amenazas, de forma verbal, encierro doméstico, prohibiciones y ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a amenazas de muerte y al homicidio⁶. Las normas sociales que gobiernan la relación conyugal se hacen explícitas a través de los argumentos del conflicto y éstas se expresan, en términos generales, como un ejercicio irrestricto de la voluntad del hombre y un control sobre el comportamiento de la mujer. Así mismo, estas normas establecen la distribución de responsabilidades y obligaciones de cada uno de los cónyuges y ponen en evidencia la relación de profunda inequidad existente entre géneros⁸.

Un ejemplo es la mutilación genital femenina ejercida hasta el momento en 28 países en África donde se estima que entre 100 a 140 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a este tipo

de prácticas^{9, 10}. El patrón patriarcal, dominante y machista explica que las descargas agresivas consecutivas a las frustraciones se deriven hacia la mujer como objeto, o que sea una actitud directa de posesión, dominancia y humillación la que genere el comportamiento agresor¹¹.

Varios autores consideran que en todo agresor contra la mujer existen circunstancias favorecedoras, en las que predominan los factores culturales y educativos que hacen que para muchos hombres el papel de la mujer sea de objeto, de servicio al hombre, a los hijos y a la casa y que actúen frente a ella desde un rol de dominancia y superioridad^{3, 12, 13}. Las mujeres con antecedentes de maltrato físico o emocional en la niñez presentan mayor posibilidad de sufrir malestar emocional en la vida adulta; así, las mujeres que refirieron haber sido golpeadas, insultadas o humilladas de manera ocasional durante la infancia, tienen una posibilidad 25% superior a presentar violencia, en relación con las que no lo presentaron^{9, 14, 15, 12}.

Una proporción importante de mujeres sufre el primer episodio de violencia a manos de su pareja durante el noviazgo, y se dispara hasta alcanzar entre un 60 y 96% durante el primer año de la unión. En las parejas jóvenes se presenta la mayor proporción de episodios violentos, ya que es una etapa de transición decisiva para el desarrollo inmediato y futuro de la relación de pareja. Así, la percepción de lo que es la violencia se confunde con rasgos de la personalidad y carácter del individuo^{16, 33}.

Agoff C y cols. (2006)⁸, proponen que la perspectiva subjetiva de las mujeres violentadas explica la violencia masculina como un acto de carácter impulsivo, como expresión de frustración y sin intención de dañar, de ahí de su mayor tolerancia a vivir la violencia. Las explicaciones subjetivas que giran en torno a la violencia como castigo “merecido” por las expectativas de rol de género no cumplidas, favorecen un menor grado de tolerancia a la misma y una clara atribución de responsabilidad del maltrato a la pareja masculina⁸.

Directamente vinculadas a las razones percibidas de la violencia ejercida por el cónyuge, se pueden reconocer las normas sociales que gobiernan la unión conyugal y que favorecen su justificación. La reproducción de los valores y normas sociales que pautan el ejercicio tradicional de roles de género, se pone de manifiesto en la reacción a la violencia del entorno social y en el tipo de respuestas institucionales al problema⁸.

Estudios de carácter histórico y cualitativo en población campesina e indígena de fines del siglo XIX y del XX sugieren una recurrencia elevada de la violencia doméstica masculina contra la pareja heterosexual. Por tanto, más que un fenómeno de aparición repentina, se trata de uno, cuyo comportamiento parece sostenerse secularmente, siendo más parecido a uno de carácter endémico el que se ha logrado identificar de diferente manera a lo largo de la historia¹⁶.

El movimiento feminista, en el inicio del siglo XX, se destacó por denunciar casos de violencia contra la mujer, dando luz a esa realidad que hasta entonces, sólo era mencionada en el ámbito privado. La violencia ejercida dentro de los hogares permanecía sin que nadie hiciese ni dijera algo. Hasta entonces, no era manifestada abiertamente teniendo el apoyo de las condiciones sociales de la época³. La violencia y el maltrato en el ámbito familiar, se reconocieron como un problema social únicamente hasta 1960, cuando algunos autores describieron el síndrome del niño maltratado. Antes de esa fecha, la violencia contra el género femenino era considerada poco frecuente, estaba catalogada como anormal y se atribuía a personas con trastornos psicopatológicos¹⁷. En investigaciones previas hasta el momento, se encuentra que la violencia psicológica ocupa un lugar importante en la dinámica familiar. Ortiz Gómez (1999)⁴, refiere la percepción de violencia psicológica hacia el interior de las familias, expresada en gritos, amenazas y desvalorizaciones.

Desde hace dos décadas, la violencia empezó a cobrar visibilidad gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos de las víctimas, de entonces a la fecha, se ha reconocido como un

grave problema social, el cual tiene un impacto en la calidad de vida de las personas y las capacidades productivas de la sociedad^{10, 18, 19}.

Las conferencias internacionales realizadas en el siglo XX, que sin duda, tuvieron impacto en la detección e investigación de la violencia de género son: Carta de las Naciones Unidas (1945); Convención contra el Genocidio (1948); Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966); Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979); Convención Contra la Tortura y otros Tratamientos o Penas Cruelles, Deshumanas Degradantes (1984); Convención sobre los Derechos de los Niños (1989); Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998) y Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer – Convención de Belem del Para (1994)^{3, 20}.

En 1993 en Viena, Austria, la violencia contra las mujeres y niñas fue catalogada como una grave violación de los derechos humanos, incompatible con la dignidad y el valor de ser humano, posición reiterada posteriormente en El Cairo, Egipto, y Beijing, China. En ese mismo año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró que, por su magnitud y efectos sobre la salud y el desarrollo, se trata de un problema de salud pública que merece la atención prioritaria de sus Estados miembros²².

A fin de potenciar los esfuerzos que en este sentido realizan las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y sociales, así como las entidades estatales que abogan por mejorar la situación de las mujeres, desde 1995 la OPS ejecuta un proyecto denominado “*La violencia contra las mujeres y las niñas: propuesta para establecer intervenciones coordinadas de la comunidad en tres países de la Subregión Andina*”²³.

En 1996, la OPS inició una investigación cooperativa y multinacional denominada Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales (proyecto ACTIVA), destinado a evaluar

actitudes y normas culturales relacionadas con la violencia en ciudades de América Latina y España²³.

1.1.1 ANTECEDENTES DE VIOLENCIA EN MÉXICO

Los estudios sobre las características de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar se iniciaron a principios de la década de los noventa; sin embargo, desde los ochenta las organizaciones especializadas en la atención habían dado a conocer las primeras cifras sobre el maltrato a la mujer en el ámbito familiar^{18, 21, 16}.

La violencia de pareja sigue constituyendo un tabú social y cultural, a pesar de ser un fenómeno de gran magnitud en el país y un grave problema de salud pública en el mundo. Debido a que el ejercicio de la violencia masculina se sigue considerando como algo “normal”, con frecuencia resulta “invisible” aún para las propias mujeres maltratadas y esto incide en una inadecuada respuesta al problema⁸.

En 1995, la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC) realizó una encuesta, la cual reveló que, las víctimas principales eran menores de edad y tres cuartas partes de las personas maltratadas eran mujeres. En el mismo año se creó en la Academia Nacional de Medicina el Comité para el Estudio de la Violencia Intrafamiliar y Sexual²². En 1997 se abrió el primer albergue para mujeres maltratadas, y desde entonces el número ha ido en aumento, sobre todo en el Distrito Federal²².

Entre 2002 y 2003, el Instituto Nacional de Salud Pública, el Programa de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud e investigadores formaron el grupo de trabajo sobre violencia contra la mujer, encaminado a mostrar la perspectiva general de éste problema, tanto en usuarias de los servicios de salud como en proveedores²⁴.

Los últimos diez años se han llevado a cabo reformas en los códigos civiles y penales y se han presentado iniciativas y proyectos jurídicos en materia de violencia intrafamiliar en todos los estados de nuestro país⁶.

El impacto de las reformas jurídicas se ha traducido en la creación de más espacios de denuncia de la violencia y atención a víctimas, en la elaboración de más y mejores modelos de atención, en el surgimiento de alternativas legislativas de apoyo, en la creación del Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000 (Pronavi), el 20 de octubre de 1999 se publicó la *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999* con los criterios para la atención médica de la violencia familiar, (cuya aplicación en la práctica ha sido muy limitada)²⁵; el seguimiento del Pronavi, el Programa Nacional por una Vida sin Violencia en la Familia⁶.

El Gobierno del Distrito Federal se ha adherido al combate de la violencia familiar. Las acciones de atención se han dirigido fundamentalmente a las mujeres y los niños, cuyo sustento jurídico se encuentra en la ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal⁶.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 contempló la preocupación del Gobierno Federal por el tema de violencia en todas sus formas y de él se desprenden: el Programa Nacional de Seguridad Pública, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la Discriminación contra las Mujeres (PROEQUIDAD 2001-2006) y el Programa Nacional por una Vida sin Violencia en la Familia⁶. El Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres) por medio del PROEQUIDAD 2001-2006, se enfocó en la creación de condiciones para eliminar la discriminación hacia las mujeres mediante la transformación de las condiciones de inequidad y, a través del Programa Nacional por una Vida sin Violencia instituir un sistema integral, interdisciplinario, interinstitucional y concertado que trabaje en estrecha colaboración con la sociedad civil organizada mediante el cual, se logre la eliminación de la violencia intrafamiliar⁶.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) conjuntamente con INMujeres desarrollaron un Subsistema de Información Estadística sobre Violencia con el fin de normar la generación estadística básica, contar con cifras periódicas con cobertura estatal y nacional, divulgación sistemática de la información sobre el tema, lo anterior con la finalidad de contar con redes de apoyo, tanto para las víctimas de violencia como para las instituciones encargadas de atender la problemática⁶.

Aunque la violencia es muy común, no forma parte de la condición humana, ni constituye un problema de la “vida moderna”, que no pueda ser tratado y superado mediante la decisión y la inventiva humana²⁰.

1.1.2 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

La palabra violencia viene del latín *vis*, que quiere decir fuerza y se refiere a limitación que sufre una persona y el uso de la superioridad física sobre el otro³.

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, detalla como violencia: “*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*”^{5, 26}.

La OPS define la violencia como “*cualquier relación, proceso o condición por lo cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psicológica o social de otra persona. Es considerada como el ejercicio de una fuerza indebida de un sujeto sobre otro, siempre que sea experimentada como negativa*”¹.

Gil Verona (2002)²⁷, refiere que el concepto de violencia puede tener diferentes niveles de generalización y abstracción:

1. En su forma más abstracta, significa la potencia o el ímpetu de las acciones físicas o espirituales.
2. En un sentido más concreto, como la fuerza que se hace a alguna cosa o persona para sacarla de su estado, modo o situación natural.
3. En un sentido semántico, más preciso y restringido, violencia es la acción o el comportamiento manifiesto que aniquila la vida de una persona o de un grupo de personas o que pone en grave peligro su existencia. Por tanto, *“agresión destructiva que implica imposición de daños físicos a personas o a objetos de su propiedad en cuanto que tales objetos son medios de vida para las personas agredidas o símbolos de ellas”*.

La violencia se ha convertido en problema cada vez mas serio, que provoca una carga considerable los servicios de salud y rehabilitación y con sus múltiples manifestaciones es un problema de salud pública. Por tanto, es importante definirla, conjuntamente con su aceptación familiar, a opinión de diversos autores, Cantú Martínez (2004)⁵ expone la opinión de los siguientes:

Reis y Roth (1993)⁵: *“Comportamientos de individuos que amenazan, intentan infligir o infligen un daño físico a otros de forma intencionada”*

Molas (2000)⁵: *“Entendemos la violencia , o mejor dicho, el acto violento, como el acto que se desarrolla basado en el abuso del desequilibrio de poder y que se juega en el cuerpo del otro produciendo algún tipo de daño”*.

Moreno García (2001)⁵: *“La violencia se ha definido tradicionalmente como: hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños capaces de producir la muerte. Así mismo,*

se ha conceptualizado como las formas de agresión de individuos o de una comunidad que no se traducen necesariamente en un daño físico”.

Berro Rovira (2001)⁵: *“Podemos entender la violencia como la utilización de la fuerza física o la coacción psíquica ejercida por una persona o grupo de personas, en contra de sí mismo, persona o grupo de personas, otros seres vivos, cosas u objetos”.*

Torres Falcón (2001)⁵: *“Un comportamiento, ya sea un acto o una omisión, cuyo propósito sea ocasionar un daño o lesionar a otra persona, y en la que la acción transgreda el derecho de otro individuo”.*

Valdez Santiago y cols. (2006)¹⁹, conceptualizan a la violencia como *“un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercivas que pueden incluir: violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzocortante; violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física; violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual; violencia económica: ejercicio de control a través del dinero.”*

Gómez-Dantés (2006)¹³, también distingue la violencia en cuatro tipos, refiriendo que *“la violencia psicológica sucede cuando el hombre le haya rebajado o menospreciado a solas o frente a otras personas, insultado, celado, le haya dicho que es poco atractiva o fea, que haya golpeado la pared o mueble”*

Híjar-Medina (1997)²⁸, refiere que distintas disciplinas han proporcionado diversas maneras de abordar el problema de la violencia, no obstante, prevalece la fragmentación pues cada una de ellas proporciona su visión particular en la cual no están integrados todos los avances logrados en el conocimiento de la misma.

Para la *Salud Pública*, la violencia se percibe como problema porque los actos violentos ocasionan daño físico, discapacidad, secuelas, un gran número de años de vida potencial perdidos y disminución de la calidad de vida^{24, 26, 28}.

Para la *Sociología*, el fenómeno de violencia se ubica en el marco de las relaciones macrosociales, donde violencia y poder parecen ser conceptos inseparables. Identifica dos formas de materialización de la violencia: la *manifiesta*, que afecta la vida o integridad física de individuos o grupos, por lo que sus manifestaciones son cuantificables; la *estructural*, cuya causalidad se encuentra en las condiciones estructurales de la sociedad y cuyas consecuencias no se pueden atribuir a sujetos específicos²⁸.

Desde el *punto de vista legal*, la violencia tiene interés en tanto sea un hecho criminal, es decir, una violación a la ley. Desde esta perspectiva no todo hecho violento es criminal y no todo hecho criminal es violento. Para la ley es fundamental la determinación de la intencionalidad, por lo que, desde esta perspectiva, la violencia se concibe como un proceso producto de la voluntad individual, lo que permite a los legisladores atribuir la responsabilidad en la ejecución del acto violento; como consecuencia, el interés se centra en el agresor y no en la víctima²⁸.

1.1.2.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En México, de acuerdo a la NOM-190 *Violencia Familiar* se refiere al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono^{29, 18, 5, 30, 40}.

La definición dada por la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal es: “*Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro*

de la familia dentro o fuera del domicilio particular, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño”⁶.

Sauceda García (2002)²⁵, refiere que *“la violencia interpersonal en el hogar puede incluir agresiones físicas, psicológicas y sexuales, además de abandono y negligencia, infligidas por un miembro de la familia a otro de sus integrantes”*.

Alvarado-Zaldivar y cols. (1998)¹⁷, definen violencia familiar a: *“las distintas formas de relación abusiva que caracterizan, de modo permanente o cíclico, al vínculo familiar”*

Ortiz-Gómez (1999)⁴, conceptualiza a la violencia intrafamiliar: *“toda acción u omisión en el seno de la familia por uno de sus miembros que ocasiona daños físicos, psicológicos o sexuales a otro de los miembros de la misma familia, menoscaba la integridad y causa un serio daño a la personalidad”*.

1.1.2.2 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Las múltiples manifestaciones de la violencia hacia las mujeres han sido definidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OPS como violencia de género: *“todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”^{6, 17, 3, 32, 9, 33, 34}.*

Ramírez-Rodríguez (2006)¹⁶, define a la violencia doméstica contra la pareja heterosexual como *“una práctica social, mediada por relaciones entre los géneros que se constituyen y materializan en formas de ejercicio de poder, siempre en contextos sociales asimétricos que atentan contra la integridad de las mujeres y favorecen su subordinación y control por parte de los varones. Sus*

expresiones pueden identificarse como conductas (acciones u omisiones), ya sean de carácter real o simbólico”.

Raya Ortega (2004)³¹, define la violencia doméstica como” *la violencia física, sexual y psicológica que se produce contra la mujer en el ámbito de la familia y que es llevada a cabo por parte del que es o fue su compañero sentimental”.*

1.1.3 TIPOS DE VIOLENCIA

Los diferentes grados, niveles y concepciones de la violencia están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social¹.

La OMS fragmenta la violencia en tres clases generales:

1. Autoinfligida: advierte la conducta suicida y el provocarse lesiones uno mismo.
2. Interpersonal: La cual se subdivide en dos subcategorías: familiar y comunitaria.
 - *Violencia Familiar o de pareja*: la producida sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar.
 - *Violencia Comunitaria*: es la que origina entre personas que no tienen parentesco y que pueden frecuentarse o no, y ocurre habitualmente fuera del hogar.
3. Colectiva: Se divide en violencia social, política y económica. A diferencia de las anteriores, las subclases de ésta, muestran las probables propensiones de la violencia realizada por conjuntos de personas o por el Estado^{5, 12, 26}.

Jáuregui (2006)², menciona el análisis realizado por Galtung (1969-1989) sobre los diferentes niveles de violencia, distinguiendo tres: la directa, la estructural y la cultural.

- *Violencia directa* se refiere a un evento, un hecho concreto. Es un tipo de violencia en la que hay un actor que la ejerce. Siendo el caso de la violencia conyugal.

- La *violencia estructural o indirecta* es un proceso latente en donde no hay actor, en este caso “*está edificada dentro de la estructura y se manifiesta como un poder desigual y, consiguientemente, como oportunidades de vidas distintas*”, ejemplos de éste tipo son la desigualdad de oportunidades, la discriminación sexual del trabajo.
- La *violencia cultural* la refiere, como aquellos aspectos de la cultura, la esfera simbólica de nuestra existencia “*ejemplificada por la religión y la ideología, el lenguaje y el arte, la ciencia empírica y la ciencia formal*” que puede ser usada para justificar o legitimar la violencia directa o estructural.

Ramírez-Rodríguez (2005)⁷, distingue dos formas de violencia: simbólica y no simbólica. Lo que diferencia a una de la otra es que la simbólica puede ser reconocida; esto es, que una acción particularmente puede ser identificada pero a la vez desconocida en tanto que no se aprecia como violencia, porque se consideran como acciones naturales que, para el caso, se consideran inherentes a la condición biológica sexual de los individuos mientras se construye como base a un sistema de creencias que son de orden genérico.

Casique y Ferreira (2006)³, mencionan que en los países industrializados, las formas de violencia de género no son las mismas para todos los casados, ya que experimentan conflictos violentos de diversa índole. Refiere que existen por lo menos dos patrones relacionados con la violencia de género:

1. Una forma grave y creciente de violencia caracterizada por diversas formas de abuso, terror y amenazas, acompañada de comportamientos cada vez más posesivos y controladores por parte de quien practica el abuso.
2. Una forma más moderada de violencia en la relación, donde la frustración constante y la rabia ocasionalmente irrumpe en agresión física.

El INEGI⁶ e INMujeres distinguen tres tipos de violencia de género:

- *Intrafamiliar*: Violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar en una familia.
- *Social*: Violencia física, sexual y psicológica que suceda dentro de la comunidad, incluye la violación, abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, instituciones académicas, tráfico sexual de mujeres y la prostitución forzada.
- *Institucional*: Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o permitida por el Estado, donde quiera que ésta ocurra.

La violencia en la familia suele asumir diferentes tipos, cada uno de los cuales se expresa de diversas maneras⁶:

- Violencia emocional: actos que atacan los sentimientos o las emociones de las personas y que implican mensajes de invalidación y crítica.
- Violencia verbal: se practica para descalificar, degradar o intimidar a otra persona con amenazas de agresiones y violencia hacia ella o hacia personas significativas para ésta.
- Violencia física: invasión del espacio físico de otra persona a través del contacto directo con su cuerpo o mediante la limitación de su capacidad de movimiento.
- Violencia sexual: imposición de ideas y actos sexuales a otra persona, así como de contactos y relaciones sexuales usando la fuerza.

De acuerdo a la NOM-190²⁹, la violencia familiar comprende:

- Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia, con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.
- Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

- Maltrato Sexual, a la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

Intrafamiliarmente se reconocen diversas formas de vivir la violencia. La *violencia física* es considerada como toda lesión física o corporal que deja huellas o marcas visibles; ésta incluye golpes, bofetadas, empujones, heridas de arma de fuego o punzocortantes, entre otras^{1, 3, 4, 9, 12, 18, 19, 24, 32, 34, 35}.

La *violencia psicológica* se refiere al hostigamiento verbal entre los miembros de la familia a través de intimidación, insultos, críticas permanentes, descréditos, humillaciones, silencio, amenaza de violencia física, entre otras; es la capacidad de destrucción con el gesto, la palabra y el acto. Esta no deja huellas visibles inmediatas, pero las implicaciones son más trascendentes^{1, 3, 4, 9, 12, 18, 19, 24, 32, 34, 35}.

Wynter AE, referido por Casique (2006)³, refiere diversas manifestaciones de la violencia psicológica o emocional, clasificadas de la siguiente manera:

- Abuso verbal: rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir.
- Intimidación: asustar con miradas, gestos o gritos, lanzar objetos o destrozar la propiedad.
- Amenazas: de herir, matar, suicidarse, llevar consigo a los niños.
- Aislamiento: control abusivo de la vida del otro por medio de la vigilancia de sus actos y movimientos, escuchar sus conversaciones, impedir de cultivar amistades.
- Desprecio: tratar al otro como inferior, tomar decisiones importantes sin consultar al otro.
- Abuso económico: control abusivo de la finanzas, imponer recompensas o castigos monetario, impedir a la mujer que trabaje aún cuando sea necesario.

La *violencia sexual* se refiere a la imposición de actos de orden sexual por parte de un miembro contra la voluntad de otro. Incluyendo la violación marital, evitar el uso de anticonceptivos o el adoptar medidas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual^{1, 9, 12, 19, 24, 32, 34}.

De acuerdo al Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM) realizada en México en el año 2003 se reconoce en la violencia de pareja cualquier tipo de maltrato, que igualmente incluye el psicológico, físico sexual y reconoce también al maltrato económico, representada por el ejercicio del control a través del dinero^{12, 19, 24, 32, 35}.

Algunos autores refieren otras formas de violencia como el abandono y la negligencia en los cuidados, por falta de protección y cuidados físicos de los miembros de la familia que lo requieran, la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva, falta de atención, descuido en la alimentación y vestuario necesario^{1, 4, 18, 40}.

1.1.4 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA

La OMS en el año 2000 reportó que una de cada cinco mujeres en el mundo fue objeto de violencia en alguna etapa de su vida. La familia es el lugar en el que se ejerce, de manera más constante violencia sobre el género femenino, sobre todo de sus parejas sentimentales³⁶. Estas cifras concuerdan con otros autores y se estima una prevalencia de alrededor de un 10 a 50%^{6, 10, 26, 37, 40}.

Aún cuando existen cifras obtenidas de diversos estudios a nivel mundial, que estiman la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en los grupos vulnerables, resulta insuficiente y subestima la magnitud del problema, el cual se encuentra subregistrado, no sólo por que es difícil abordar la problemática al interior de los hogares, aún cuando se realice adecuadamente una

entrevista, o no trascienda al grado de llegar a una instancia legal, también porque en la mayoría de los casos no se reconoce^{12, 23, 24, 25, 28, 38, 36, 40}.

Alvarado-Zaldivar (1998)¹⁷, estima que en el mundo más de cinco millones de mujeres al año son víctimas de abuso físico severo por parte de sus esposos y que de 50 a 60% son violadas por ellos mismos. Del 75% de los casos de violencia intrafamiliar corresponden a maltrato hacia la mujer, 2% abuso hacia el hombre, y 23% de casos de violencia cruzada.

En Chile una de cuatro familias vive violencia física, y una de cada tres, violencia psicológica. En Puerto Rico entre 1977 y 1978 más de 50% de las mujeres que murieron fueron asesinadas víctimas de sus maridos. En Brasil en 1980 murieron de esta forma 722 mujeres, en Francia se encontró que el 95% de las víctimas eran mujeres y de los estudios en México constataron que el 61% de las mujeres eran golpeadas^{1, 4}. En Cuba, según la revista *Violencia Doméstica. Que nadie se entere*, referida por Almenares y cols. (1999)¹ aún cuando no se cuentan con cifras de la incidencia de la violencia al interior de la familia, debido a que no hay muchas investigaciones al respecto, se encontró que las muertes violentas superan el 10% de las muertes anuales, y éstas se producen en el domicilio como lugar frecuente de ejecución del delito.

Varios autores coinciden en que se estima que a causa de la violencia doméstica las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable, es decir, uno de cada cinco días de salud^{17, 13}.

1.1.4.1 EPIDEMIOLOGIA DE LA VIOLENCIA EN MÉXICO

La investigación acerca de la violencia en contra de la mujer en México es muy reciente. Sus inicios se remontan a principios de la década de los noventa del siglo XX, cuando se realizaron los primeros estudios de prevalencia, sobre todo de violencia de pareja. Desde entonces, hasta la fecha, se notifica una prevalencia de ésta, aproximada entre 30 y 70%^{21, 26, 39, 40}.

En la encuesta que la Asociación Contra la Violencia hacia la Mujer, A.C. (COVAC) en 1995 se reportó una prevalencia de violencia hacia la mujer física 81%, emocional o psicológica 76% y sexual 32%^{17, 40}.

Almenares y cols. (1999)¹, reportaron de su estudio que el 56% de las familias presentan problemas en cuanto a su dinámica relacional sistémica; familias con dificultades en la comunicación, cohesión, estructura de poder, para vivencias y demostración de emociones positivas y, para cumplir funciones y responsabilidades negociadas en el núcleo familiar. Respecto a los tipos de violencia se apreció que la psicológica se presentó en el 90% de las familias estudiadas, la cual se caracterizó por el hostigamiento verbal, gritos, insultos, amenazas, privación del saludo y la comunicación. De acuerdo a la violencia física, se encontró un 34% y la económica en un 12%.

Por tanto el tipo de violencia que resultó más notoria fue la psicológica, tanto en forma simple como en combinación con otro tipo de violencia¹.

Ramírez-Rodríguez (1996)³⁴, en un estudio realizado en mujeres de Guadalajara, Jalisco, encontró que el 46% había sufrido violencia. El perpetrador más frecuente fue el compañero/esposo (73%), y de ellas, el tipo de violencia se identificó en emocional 33%, física 19% y sexual 12%.

De los primeros reportes documentados en el país, se encuentran los ofrecidos por el INEGI en el año 2000, donde a través de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF 99), la cual se realizó en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, se registró de al menos algún tipo de violencia en uno de cada tres hogares, en donde el maltrato emocional se instaura como el que sucede con más frecuencia, presentándose en el 99.2% de los hogares, en los que se reconoce al menos un ejemplo de violencia: en el 41% se afirma que en el hogar se protagonizan “enojos”;

en el 25% hay insultos, la intimidación en el 16.4%, la violencia física en el 11.2% y, el abuso sexual en el 1.1%^{5, 6, 36}.

Las principales formas en las que se exterioriza el maltrato emocional son el alza de la voz, en el 85.1%, el enojo en un 40.8% y el insulto en el 25.5%^{5, 6}.

Se identificó que los miembros de la familia más agresivos son el jefe de la familia (49.5%) y la cónyuge (44.1), mientras que las víctimas más frecuentes en todos los tipos de maltrato fueron las hijas e hijos (44.9%) y la cónyuge (38.9%)^{6, 40}.

Sauceda-García y cols. (2003)⁴⁰, reportan que las formas de violencia más comunes por parte del esposo hacia la mujer se representa por gritos en un 92.9%, insultos, 77.1%, desprecios 73.6%, humillaciones en 71.9%, limitación del gasto 66.6%, amenazas de abandono 57.6%, golpes 50.8%, celos injustificados 43.8%, restricción de visitas familiares 36.8%, amenaza de quitar hijos 33.3%, acoso sexual 15.7%.

Durante el último trimestre del 2003, el INMujeres, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el INEGI, coordinaron esfuerzos para levantar la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH); con el propósito de obtener información sobre los incidentes de violencia entre las parejas, y de manera específica la llevada a cabo por el hombre sobre la mujer. Se encontró en las mujeres que coexisten con su pareja en el mismo hogar, el 47% reportó algún incidente de violencia emocional, física, económica o sexual, en los 12 meses preliminares a la encuesta; la violencia es más frecuente entre las que viven en unión libre (54.9%) que entre las casadas (44.5%), asimismo, es mayor entre las mujeres con al menos un hijo nacido vivo (46.9%) que entre las que no tienen hijos (41.3%)⁵.

Uno de los estudios más importantes que se han realizado de este tema en el país es la ENVIM 2003, en usuarias de los servicios médicos de primer y segundo nivel, en la cual, parte de sus objetivos fue identificar la prevalencia de violencia contra las mujeres en usuarias del sector salud en México^{1, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 24, 26, 37, 39, 44}.

Para este estudio se utilizó una muestra de 26 042 mujeres, en las 32 entidades federativas del país; dentro de sus resultados por características sociodemográficas se encontró que dos tercios de las mujeres entrevistadas son menores de 40 años, es decir, es edad reproductiva, la mayoría están casadas o viven en unión libre (74%). El *nivel educativo* promedio reportado fue de 7.4 años; y una de cada 10 no recibió ninguna instrucción formal. En cuanto a la condición de actividad, los quehaceres del hogar representan cerca del 50%, pero aún las que tienen trabajo fuera del hogar dedican una gran cantidad de tiempo a labores domésticas. Respecto a los ingresos, la mayor parte reciben por trabajo y/o por actividad del compañero entre 1 y 2.9 salarios mínimos mensuales¹². La prevalencia para cada tipo de violencia de pareja actual fueron: psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y económica 5.1%^{1, 12, 13, 21}.

De acuerdo a los resultados de prevalencia de violencia con la pareja actual, en el ámbito nacional fue de un 21.5%. Las cinco entidades federativas con mayor índice de violencia por orden descendente fueron: Quintana Roo, 10 puntos por encima de la prevalencia nacional, le siguieron Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca. El estado con menor prevalencia fue Aguascalientes con 9.4%, cerca de tres veces por debajo de la prevalencia nacional. Lo cual no denota que exista menor problemática, ya que aún en los estados que acusan menor prevalencia, ésta continua siendo muy elevada^{5, 12, 21, 24}.

Dentro de las mujeres entrevistadas 15.6% se identificó como caso de malestar emocional. Los antecedentes de violencia en la infancia son 1.7 veces más frecuentes entre las mujeres que acusan malestar emocional, en comparación con las que no lo tienen. De igual forma se encontró

que los casos de violencia de pareja representan más del 50% en las mujeres que tienen malestar emocional en comparación con las que no lo refieren^{12, 14, 19}.

De acuerdo a los diversos análisis de prevalencia a lo largo de los años, se ha visto que la violencia psicológica se ha considerado como el tipo de violencia que con mayor frecuencia se ejerce sobre la mujer por su pareja heterosexual, por lo que se debe indagar intencionadamente la presencia de violencia en la vida familiar, y no sólo como resultado de lesiones físicas que eran evidentes para ser consideradas como pruebas fehacientes de su existencia^{1, 5, 6, 36, 40}.

1.1.5 ORIGEN DE LA VIOLENCIA

Debido a la complejidad de la génesis de la conducta agresiva, se han elaborado múltiples hipótesis explicativas, las cuales, pueden agruparse en tres tipos fundamentales^{27, 36}:

- Modelos Neurobiológicos
- Modelos Psicológicos
- Modelos Socio-culturales

Cantú Martínez (2004)⁵, menciona cuatro teorías relacionadas con estos modelos explicativos, las cuales son las más estudiadas:

1) ***Teoría de la Biología e Informática Genética***: la cual refiere que existe en el individuo una base biológica que determina la violencia^{5, 27}. Gil Verona y cols. (2002)²⁷, dividen esta teoría en cuatro subtipos:

- *Genético-Neurobioquímico*

Una de las más estudiadas es la *teoría serotoninérgica*, así como la asociación con el *sistema noradrenérgico*. La serotonina ejerce un control inhibitorio sobre la agresión impulsiva. Su enzima catalizadora, hidroxilasa del triptófano, es un producto del gen ubicado en el brazo corto del cromosoma 11²⁷. Se han ubicado dos polimorfismos de este gen asociados a comportamiento

impulsivo y violento. En estos individuos, el Acido 5 hidroxindolacético (5HIAA/, metabolito de la serotonina) está reducido en el líquido cefalorraquídeo²⁷.

Este resultado se explica como una disminución de la actividad serotoninérgica central, sea en su producción o actividad de receptores. La reducción de 5HIAA se encontró en personas con intento suicida con actos violentos y en personas con desórdenes de personalidad que demuestran conducta agresiva durante toda su vida⁴¹.

Estudios en seres humanos han demostrado que una serie de agentes sociales estresantes, como el maltrato social o sexual en la niñez, disminuyen los umbrales biológicos de la violencia, entre otros, el nivel de serotonina en el cerebro²⁷.

Recientemente se ha descrito también la existencia de una alteración del sistema dopaminérgico, en el sentido de aumento de su actividad, asociado con los comportamientos violentos²⁷.

La asociación entre ambos sistemas es debido a que el sistema serotoninérgico tiene un efecto inhibitorio sobre el dopaminérgico, de modo que, una reducción de la serotonina de causa genética produciría un incremento de la función dopaminérgica que explica la coexistencia de ambas alteraciones de neurotransmisores²⁷.

Esta teoría se ha complementado con trabajos recientes donde se encuentran las bases genéticas que sustentan la herencia de la conducta humana⁴¹.

- Endocrinológico

Este modelo sugiere que la conducta agresiva se relaciona de alguna manera con la reproducción, en él se demuestra la influencia de las hormonas esteroideas, como la testosterona, en la aparición de estas conductas²⁷.

En investigaciones más recientes se relacionan los niveles de estrógenos con la presencia de conductas agresivas, se propone la existencia de dos subtipos de receptores para el estrógeno (alfa y beta) y se demuestra cómo éste puede facilitar la aparición de conductas agresivas a través de

su receptor alfa. De acuerdo a lo anterior, actualmente se intenta establecer una relación causal, como parte de la diferenciación biológica, a la originada por la androgenización, además de la presencia de la conducta agresiva en varones y no sólo a la socialización como única causa de las diferencias sexuales en estas conductas²⁷.

Otros estudios han descrito una relación entre la disminución de los niveles plasmáticos de cortisol con la existencia de conductas agresivas persistentes en seres humanos, así como la aparición de comportamientos antisociales, lo que podría estar a favor de la existencia de una alteración del eje hipotálamo-hipofisiario en dichos comportamientos patológicos²⁷.

- Etológico

A éste modelo se le ha denominado como la “historia natural” de las conductas agresivas para descubrir su sentido benéfico en las sociedades animales, e intentar comprender su desviación a nivel humano, y así, aportar sugerencias prácticas destinadas a remediar los efectos nocivos de la conducta violenta en el ser humano²⁷.

Lorenz (1980)²⁷, propone que “*la pulsión de agresión es primitiva (no derivada) que se descarga espontáneamente*”, cuya explicación se aproxima al conductismo elemental en donde se propone que las pulsiones sólo se desencadenan bajo el efecto de un estímulo externo adecuado.

- Neurobiológico

En las bases *biológicas* se ha encontrado patología cerebral focal y su asociación con la violencia. En las pruebas neuro-psicológicas y estudios de imágenes sofisticados se encuentra patología frontal en individuos violentos en un 57%^{41, 27}.

La alteración funcional de la corteza cerebral, principalmente los sistemas circuitales relacionados con el córtex órbito-frontal puede estar relacionada, directamente con individuos que muestran comportamientos agresivos patológicos²⁷. En estudios recientes se ha demostrado que los individuos con comportamientos agresivos están caracterizados por una disminución

tanto en las respuestas de conductancia en la piel, como en las cardiovasculares, como un incremento en la cantidad de ondas lentas que aparecen en el electroencefalograma, lo que sugiere ser un indicador biológico de las conductas agresivas humanas²⁷.

2) *Conductismo*: Basada en el condicionamiento de la conducta y el principio de estímulo respuesta⁵.

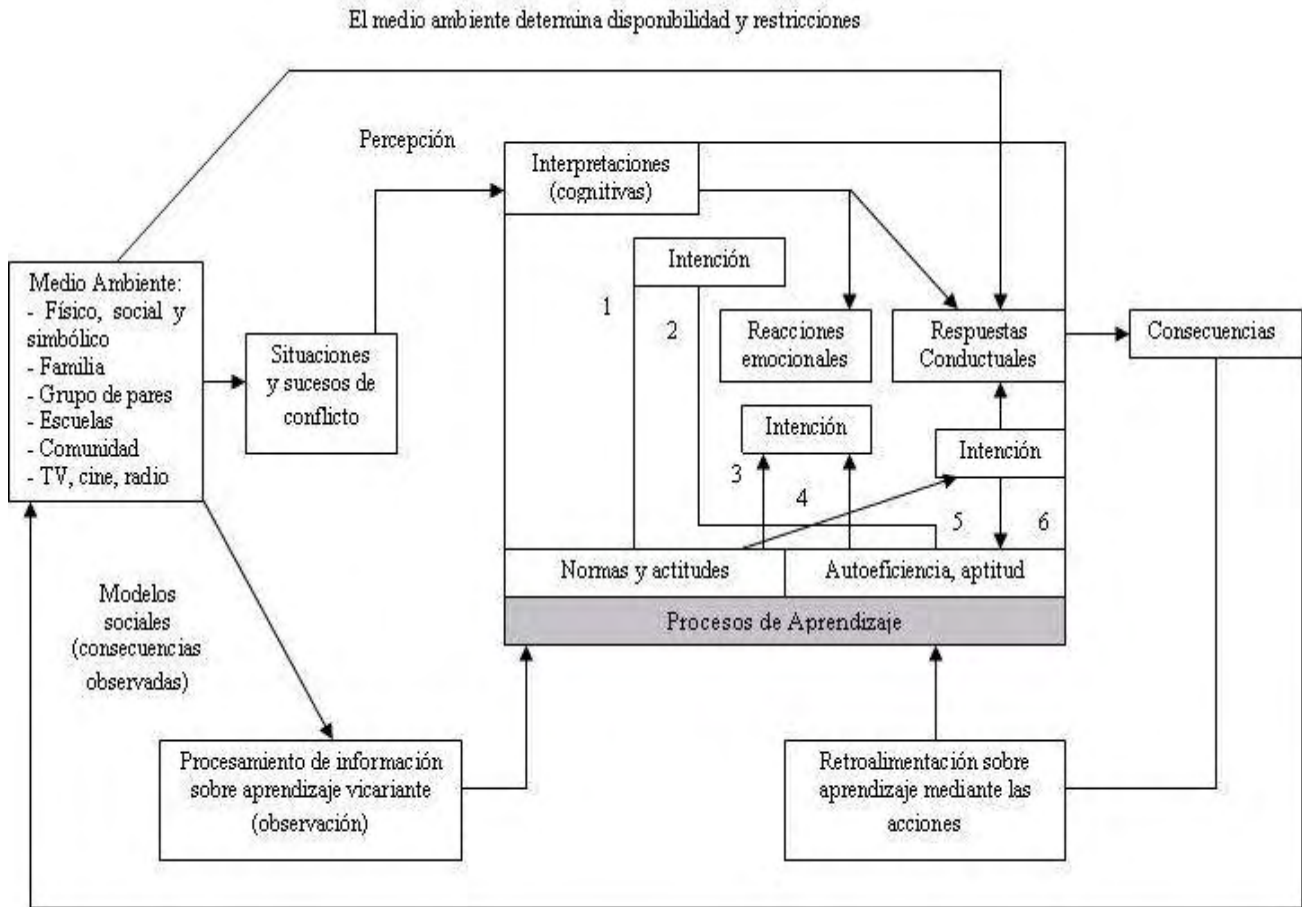
3) *Constructivismo*: Esta teoría explica la conducta humana y la conducta social y detalla que la realidad no existe como tal, sino que es una creación cognitiva individual que guía la conducta. De tal forma que, cada persona tiene una noción o significado diferente de la realidad. Donde la violencia responde a procesos específicos de socialización, en un contexto individual, familiar, grupal, comunitario, nacional e internacional⁵.

Esta teoría esta apoyada por el proyecto ACTIVA, donde tuvo como referente inicial la teoría del aprendizaje cognitivo que ha servido como base de diversos programas de salud.

En la figura 1 se muestra la función que desempeñan las actitudes y aptitudes tanto en el comportamiento violento como en el pacífico. En cada caso, el ambiente produce una situación a la cual responden el agresor y la víctima⁴².

Si la situación despierta una reacción emocional de enojo o frustración o una necesidad urgente de responder, la selección de respuestas conductuales se guiará por actitudes hacia tales respuestas y por su aceptabilidad social o moral (normas), así como por las expectativas de eficacia personal (capacidad) para actuar de forma agresiva o pacífica⁴².

Figura 1. Modelo para entender los procesos psicológicos y sociales que gobiernan la violencia.



1. La interpretación de un conflicto depende de las creencias y valores que influyen en la atribución, por ejemplo, cuando una intención de provocación se infiere selectivamente a grupos.
2. La codificación de la información, la atribución y otras aptitudes cognitivas determinan cuán acertadamente se interpreta la situación de conflicto.
3. Dependiendo de las actitudes hacia la emoción y sus expresiones, algunas interpretaciones podrían desembocar en sentimientos de cólera y pesadumbre.
4. La aptitud de autocontrol cognitivo y emocional puede inhibir o aumentar la intensidad de reacción y la posibilidad de responder.
5. Las respuestas preferidas se determinan mediante las normas y actitudes percibidas sobre la utilidad, propiedad y demás.
6. La selección de la respuesta se hace según las aptitudes reales y la autoeficiencia percibida para realizar la conducta con efectividad y corrección.

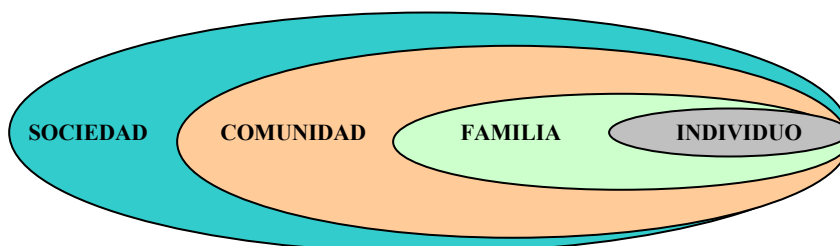
Tomado de *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 5(4/5), 1999⁴².

El alcohol, las emociones, el estrés y otros factores pueden modificar el procesamiento de la información y los procesos de evaluación de la actitud. Por otro lado, los factores ambientales, como la disponibilidad de armas y la privación económica, también influyen en los tipos de comportamiento que se elijan⁴².

4) Enfoque Ecológico: Derivada de la Teoría de Sistemas, la cual indica que tanto el individuo y la sociedad, en general son subsistemas dentro de uno mayor. La causa de la violencia en particular de la familia, se deriva de tres factores los que corresponden a la visualización del macrosistema, microsistema y exosistema en que subsiste la familia⁵.

Esta teoría, en el 2002, la OPS y la OMS en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, la propusieron como base teórica para comprender la violencia contra la mujer denominada **Modelo Ecológico**^{5, 26, 32}. Este modelo estudia los factores que actúan en cuatro ámbitos distintos: individual, familiar, comunitario y sociocultural (Figura 2). Se focaliza la violencia en la interacción que se produce entre los distintos niveles. Los niveles de causalidad implicados, donde no existe un solo determinante, sino de varios factores que interactúan y operan entre sí, favoreciendo la violencia o protegiendo al individuo contra ella^{3, 32}.

Figura 2 – Modelo Ecológico para comprender la violencia



Tomado de Casique C. y Ferreira F. Rev Latino-am Enfermagem 2006 Nov-Dec; 14 (6)³.

Dicho modelo, está clasificado en cuatro niveles y permite analizar los factores que influyen en el comportamiento de las personas y los factores que aumentan las probabilidades de que se conviertan en víctimas o perpetradores de actos violentos³.

- En el primer nivel se identifican los factores biológicos y la historia personal del individuo. En éste se encuentran las características personales y relación con el medio ambiente que rodea al

individuo (edad, sexo, educación), los antecedentes de conductas agresivas o de autodesvalorización, los trastornos psíquicos de la personalidad y las toxicomanías.

- En el segundo nivel se incluyen las relaciones más próximas como las mantenidas entre los esposos y los compañeros, otros miembros de la familia y los amigos. Se ha observado que estos aumentan el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.
- En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en que se desarrollan los individuos así como las relaciones sociales que se procuran, tales como las relaciones que se establecen dentro de la escuela, los locales de trabajo y la vecindad.
- El cuarto nivel reúne los factores de carácter general, relativos a la estructura de la sociedad. Estos factores contribuyen para crear un clima que incita o inhibe la violencia.

1.1.6 EL CICLO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

La violencia conyugal -violencia directa- se caracteriza por la presencia de violencia psicológica y física en una secuencia temporal lineal, en donde, la violencia psicológica puede durar incluso años antes de pasar al acto físico de pegar².

Jáuregui Balenciaga (2006)² menciona que la violencia marital se puede presentar en tres fases:

FASE UNO: Caracterizada por un periodo de tensiones. Al principio empieza por haber *oposiciones* en la pareja. Las tensiones entre la pareja existen y se van acumulando. El agresor vive diferentes frustraciones en diferentes aspectos de su vida (trabajo, social, afectivo) y no llega a verbalizarlas ni a liberarlas². Esto provoca que los conflictos aumenten, y éstos se retroalimentan por un estrés suplementario, una situación frustrante vivida durante el día o un evento decisivo en el seno familiar provoca ansiedad en el agresor, pero no llega a expresarla ni mucho menos a asumirla. Para ocultar sus angustias recurre a la violencia verbal².

La víctima, por su parte, aprehende inmediatamente una crisis de cólera en el agresor y reacciona poniéndose más nerviosa. El agresor, progresivamente comienza a *amenazar* a su pareja, inclusive puede expresar directamente su deseo de pegarla². Esta fase forma parte de la etapa en la cual el agresor se desensibiliza de la víctima, reduciéndola a un rango de objeto; la despersonaliza. La víctima se convierte así en un objeto de desprecio y el hombre violento, aumenta sus comentarios denigrantes, comienza a autorizarse a pasar al siguiente acto; por su parte, ésta reacciona replegándose sobre sí misma, gesto que es interpretado por el agresor como un consentimiento por su parte a la escalada de violencia que se ha iniciado².

FASE DOS: Finalmente, él encuentra una justificación para ejercer crueldad corporal excesiva de tipo punitivo sobre la víctima, que se convierte en la responsable de su pérdida de control, desde su visión².

En esta fase, la violencia, en intensidad y frecuencia, aumentará tras cada reincidencia, puesto que el agresor no ha arreglado nunca las dificultades que le lleven a perder el control y ejercer el (abuso de) poder². Durante la explosión de su violencia, la liberación de tensiones del agresor está en función de la energía física desplegada al pegar. En el momento que cesa, el agresor toma conciencia de que podría perder a su pareja debido a la violencia ejercida².

FASE TRES: La tercera fase o fase de remisión, también conocida por “luna de miel”. En ésta el agresor necesita a su víctima para que esta llene sus necesidades afectivas, para alimentar su imagen personal y para conservar su poder de dominación.

Es aquí cuando hará todas las promesas necesarias con la finalidad de poner término a sus pérdidas de control. Será persuasivo en sus declaraciones, pues es el momento en que las dice, es muy sincero, pues el miedo a perder a su víctima es tan fuerte que modificará sus

comportamientos durante un período del ciclo de la violencia puesto que no puede permitirse perder a su víctima². La mujer maltratada, en estado de choque, vulnerable emotivamente, es muy sensible a lo que dice su pareja. Además, éste se muestra muy cariñoso en estos periodos del ciclo, lo que contribuye aún más a confundir a la víctima y a creerse efectivamente que ella es la responsable de lo ocurrido. Se aferra a estos momentos y olvida las agresiones y así estas son percibidas como eventos aislados y el conjunto de reincidencias no son vistas como un todo. Esta censura es un mecanismo de defensa que le permitirá sobrevivir y esperar².

El agresor ve estas agresiones como pérdidas aisladas de control y las asociará a eventos exteriores a él, concretamente relacionados con su víctima. En estos momentos de luna de miel el agresor convencerá a su víctima de que ella es la responsable de sus accesos de cólera y de su irritabilidad².

Así se completa el ciclo, recomenzando uno nuevo. Pero cada ciclo completo provoca en la víctima una disminución de confianza en sí misma. A su vez, cada ciclo completo hace que el siguiente sea aún más violento: las reincidencias se acrecentarán en intensidad y en frecuencia, de tal manera que los periodos de remisión serán cada vez más cortos².

Existen elementos que forman parte de éstas interacciones y son básicos para que el maltrato se mantenga, entre ellos, los más importantes son: la justificación, la adaptación funcional, la tolerancia a la agresión y la empatía hacia el agresor²³.

Por lo que, de acuerdo al ciclo, la violencia en su primer etapa es sutil, inicia con agresión psicológica, la cual consiste en atacar directamente la autoestima de la víctima, ésta se va acrecentando y magnificando en intensidad hasta llegar a la violencia física posteriormente puede llegar a la de tipo sexual y concluir incluso en homicidio y/o suicidio, a menos que sea interrumpido^{2, 6, 23}.

1.1.7 CAUSAS PRECIPITANTES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Alvarado-Zaldivar (1998)¹⁷, y Moreno Martín (1999)²³, mencionan que las causas son múltiples, señalando factores como problemas de personalidad y de dinámica interpersonal familiar, situaciones variables como el nivel de pobreza y el estrés económico, así como normas culturales que dan soporte a la violencia de género o a la provocada por la desigualdad social.

Agoff y cols. (2006)⁸, refieren que: “*la violencia de pareja resulta la manifestación más radical de la inequidad de género y dominación masculina y se rige o comporta según determinadas orientaciones, valores, normas, que establecen derechos desiguales para el hombre y la mujer.*”

Las diferencias de edad, origen social y nivel académico, económico o profesional entre los miembros de la pareja generan disputas debidas a las diferentes formas de entender las relaciones o, por el contrario, ser fuente de complementariedad y prevención del conflicto²³. Varios autores consideran que se puede concretar la génesis de este tipo de violencia en la falta de equidad entre los géneros y la dominación masculina^{3, 8, 10, 16, 40}. Esta dominación, que desde la perspectiva feminista ha recibido el nombre de *patriarcado*, ha insistido de una u otra forma en la condición de subordinación de las mujeres hacia los hombres^{7, 10}.

La dominación o ejercicio de poder de los hombres contra las mujeres es operada de diferentes formas, uno de estas es la “simulación”, o formas de fingir, de hacer parecer algo que no es realidad; otra estrategia es el eufemismo, que pretende una valoración positiva de una acción que es negativa, y la cual es muy frecuente en la violencia psicológica⁷.

Castro-Riquer (2003)¹⁰, refiere las variables “independientes” que las reporta como el tener actitudes que justifiquen el uso de violencia y el contar con escasas habilidades para resolver los conflictos interpersonales: la denominada “*confusión operacional*”.

Agoff C y cols. (2006)⁸, menciona que, la violencia emocional, física, sexual y económica, sigue el patrón de reencauzar la conducta femenina y reestablecer tanto las reglas del poder que el hombre detenta, como la sumisión de la mujer. Muchos de los causales las refieren como machismo reinante en la sociedad, problemas no resueltos de la infancia del cónyuge o conflictos con la familia de origen, presiones laborales, características psicológicas como la inseguridad o la necesidad de ser reconocido, el consumo de alcohol o sustancias.

Sauceda García y cols. (2003)⁴⁰, en su estudio reportan como causas de la violencia el consumo de alcohol en un 38.5%, la presencia de problemas económicos en un 36.8%, problemas cotidianos 35%, falta de comunicación 15.7%, faltas de respeto 8.7%, falta de amor 7% y ubica a otros en 3.5%.

Los valores y normas que establecen las pautas de comportamiento femenino y que se reproducen y transmiten en el ámbito familiar (entre otros), imponen a la mujer un imperativo de sometimiento a la violencia que se expresa de dos modos: como justificación de ésta como castigo merecido por el incumplimiento del rol de género prescripto y/o como tolerancia hacia el maltrato por aceptación de un destino natural de toda mujer^{8, 16, 23}.

Diversos autores refieren que de acuerdo a la perspectiva percibida por la mujer maltratada, los motivos involucran intenciones concientes y voluntad de maltrato por parte de la pareja masculina, mientras que las causas responden a fuerzas externas, ajenas a la voluntad del hombre violento, confundiéndolo con rasgos de personalidad y carácter del individuo^{2, 8, 16, 23}.

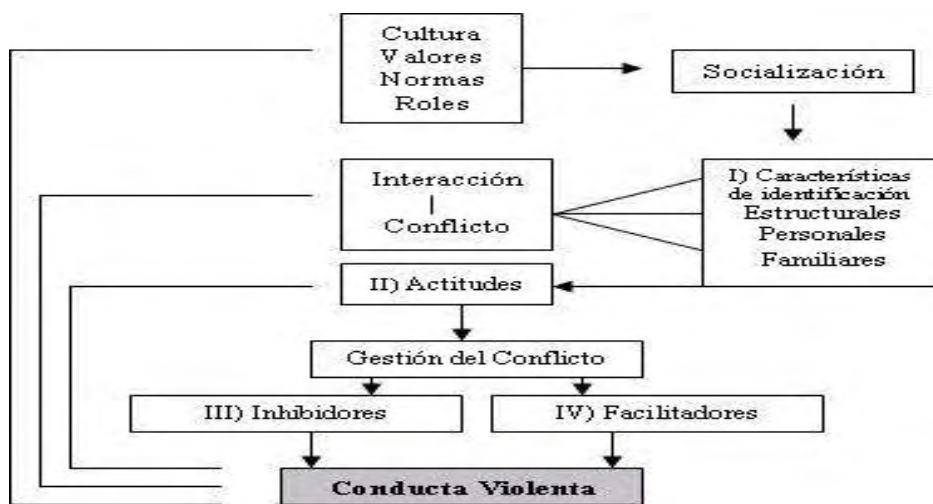
En varios trabajos realizados es posible definir un conjunto de factores que mantienen y reproducen la violencia doméstica, los cuales son:

- Desconocimiento, especialmente de las mujeres, de los derechos y obligaciones y de los mecanismos legales que las protegen de la violencia^{8, 16, 23}.

- Reproducción de rasgos culturales que mantienen en situación de subordinación a las mujeres^{16, 23}.
- Ineficiencia, desinterés y corrupción en las instancias legales y judiciales para resolver las demandas sobre violencia intrafamiliar o doméstica.
- Problemas entre las instancias policial y judicial que obstaculizan las denuncias y seguimiento.
- Incumplimiento de la legislación y ausencia de mecanismos e instituciones de protección a las víctimas.
- Aceptación social de las formas que asume la autoridad y el ejercicio de poder por parte de los hombres para controlar y mantener la subordinación de las mujeres, ya sea consciente o no la mujer de ésta^{6, 7, 8, 10, 16, 23}.
- Impunidad de los actos delictivos que se comenten en los espacios privados⁶.

El modelo teórico explicativo de la violencia de género propuesto por el proyecto *ACTIVA*, (Figura 3), esquematiza concretamente las causas relacionadas con la génesis de ésta²³.

Figura 3. Modelo teórico que explica la violencia en la pareja



Tomado de Moreno Martín. Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health 5 (475), 1999²³.

En México, la violencia familiar se presenta como un arraigo de tradiciones socioculturales que han adjudicado una jerarquía más alta a los varones que a las mujeres, esta discriminación basada en el sexo es consecuencia de la falta de equidad de género, se inicia desde el núcleo familiar y se correlaciona directamente con la presencia de violencia en cualquiera de sus tipos⁴⁰.

1.1.8 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Díaz y Jiménez mencionan que los factores que intervienen en las expresiones de la violencia intrafamiliar son: orgánicos, psicológicos, psiquiátricos, contextuales específicos y sociales³⁶.

Para describirlos Vézina (2007)³³ propone dividirlos en:

- **Sociodemográficos:** incluyen sexo, edad, estatus económico, escolaridad, estructura familiar, tipo de vivienda y religión.

En cuanto a la violencia de pareja tiende a ser mayor en la mujer, aunque la frecuencia con la que hombres y mujeres la ejercen en sus distintas formas, el resultado suele ser más negativo para la mujer debido fundamentalmente a la diferencia de fortaleza física. Sin embargo, los datos se centran en la violencia de género, es decir la ejercida sobre el hombre hacia la mujer^{23, 36}.

De acuerdo a la edad, la violencia doméstica es más frecuente cuando los miembros de la pareja, especialmente el agresor, son jóvenes. Lo cual suele iniciar desde la etapa del noviazgo, y se suele incrementar hasta el doble ya sea en términos de frecuencia o de severidad^{12, 23, 33}.

En cuanto al nivel socioeconómico, tiene una relación inversa, es decir, a mayor estatus, menor riesgo de sufrir violencia^{13, 31, 36}.

Del mismo modo ocurre con el nivel de escolaridad, el cual se asocia a mayor educación menor riesgo de sufrirla, mientras que el analfabetismo prácticamente duplica el riesgo de ser víctima de cualquier tipo de violencia^{13, 17, 19}.

En si, las diferencias de edad, origen social y nivel académico, económico o profesional entre los miembros de la pareja generan dificultades para la comunicación, el equilibrio del poder o las diferencias en el desempeño de roles familiares son los elementos básicos de conflicto en las parejas y fuentes de posibles reacciones violentas^{23,39}.

Almenares y cols. (1999)¹, refieren que en la violencia intrafamiliar se asocian factores como ser familias ampliadas, con bajo ingreso per cápita, condiciones satisfactorias de la vivienda y un alto grado de disfuncionalidad. Ortiz y Morales (1999)⁴, apoyan estos datos donde mencionan que el tipo de familia predominante de violencia es la de tipo ampliada en 51.5%, compuestas por tres generaciones y que incluyen entre sus miembros a padres e hijos abuelos y otros familiares^{2,4}.

- **Factores individuales (personales e interpersonales):** donde se encuentran como variables la presencia de internalización de problemas, actitudes, su opinión sobre relaciones sentimentales o sexuales, la presencia de externalización de problemas, experiencias en relaciones previas y la adaptación^{33,36}.

Castellano (2004)¹¹, menciona que se considera como rasgo predisponente a sufrir maltrato el perfil del “*eje de neuroticismo*” compuesto por: baja estabilidad emocional y fuerza del yo, inseguridad, baja autoestima, tendencia a la culpabilidad, dependencia, conflictividad consigo mismo, poca tolerancia a la frustración, alto nivel de ansiedad, etcétera, el cual supone un 35% del riesgo a que se instale en un proceso de victimización más difícil de tratar.

Estudios de los últimos años demuestran que sufrir una lesión frontal adquirida antes de los ocho años, es factor de riesgo para tener una conducta impulsiva, agresiva y anti-social⁴¹.

- **Factores ambientales:** Que involucra la evaluación de variables familiares (prácticas parentales, haber presenciado violencia familiar, abuso sexual en la infancia) y las variables de red social (características de grupo y ser testigo de violencia en la comunidad)^{26,33,36,37,45}.

Otros factores que influyen de manera positiva o negativa son los apoyos familiares y sociales: la confianza con miembros de la familia, el tener o no amigos, trabajar, tener niños pequeños u otras obligaciones que impliquen cierto grado de responsabilidad y ocupación^{11, 20, 23}.

El factor social y el medio familiar son el primer elemento en la desviación patológica de índole violenta o anti-social, con el paso de los años, éste factor declina y el sujeto pasa a ser dominado por el factor emocional con un comportamiento anti-social violento junto a la incapacidad de reprimir su impulsividad e indiferencia ante el acto cometido, con ausencia de sentimiento de culpa⁴¹.

La sociedad, por su parte, con la televisión y demás medios de comunicación dan una amplia cobertura al acto de violencia realizado por un individuo con enfermedad mental⁴¹.

Las conductas de riesgo para la violencia, se incrementan si se asocia a consumo de alcohol o drogas o historia previa de conducta violenta^{10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 39, 41, 42}.

1.1.8.1 FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia del hombre contra la mujer en una relación de convivencia es un problema que involucra, además del vínculo de pareja, un conjunto complejo de relaciones y factores con el entorno social que favorecen la aparición de la violencia y contribuyen a perpetuarla^{8, 20, 23}.

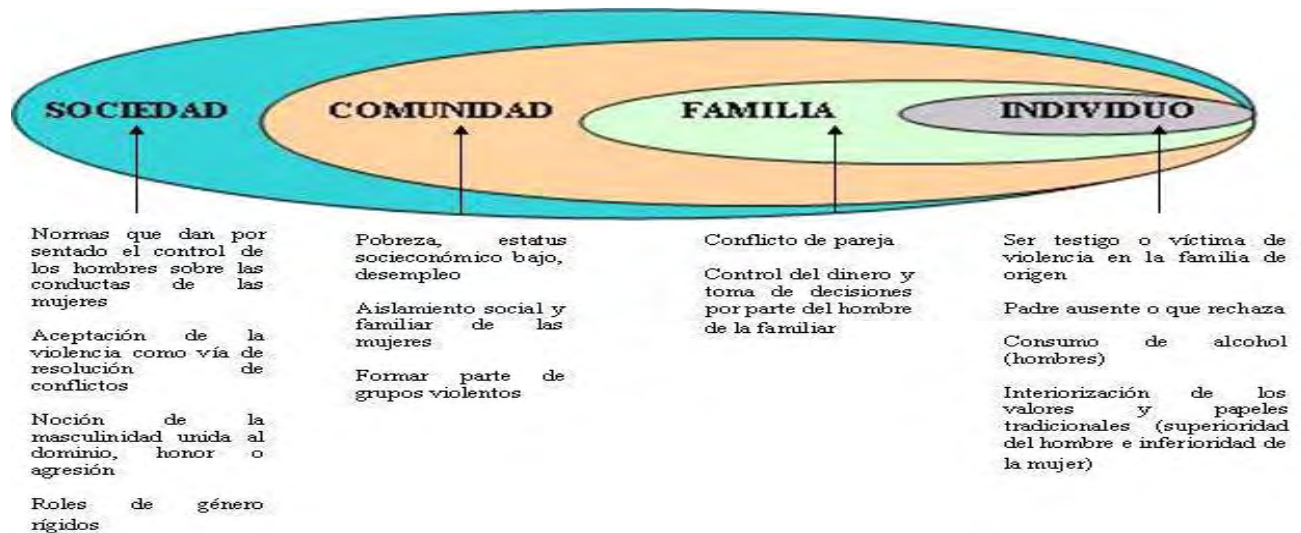
Diversos autores mencionan como factores más frecuentes asociados a violencia el nivel socioeconómico, la escolaridad y el grupo de edad (en todos los casos mientras más bajo, más riesgo), el estado civil (las mujeres no casadas en más riesgo), el haber sufrido abuso o violencia durante la infancia o el haber sido testigo de ella (tanto la mujer como su pareja), la condición de ocupación de la pareja (si está desempleado más riesgo) así como de la mujer (si trabaja fuera de la casa menos riesgo); el número de hijos, el número de años de unión, y el consumo de alcohol (en los tres casos, entre más alto más riesgo); y finalmente la existencia de una marcada asimetría

de poder en la pareja, así como la existencia de una ideología de los roles de género^{10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 31, 36, 37}.

El aislamiento constituye un factor de riesgo considerable para favorecer la aparición de violencia de género, o bien, contribuir a perpetuarla, cuando la mujer se ve obligada por la misma dinámica a dejar de lado sus relaciones sociales⁸.

De acuerdo al modelo ecológico (figura 4) los factores relacionados con la violencia de género, se encuentra que tiene bases sociales y culturales basadas en la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado³².

Figura 4. Modelo Ecológico de factores asociados con la violencia de pareja



Tomado de Blanco Pilar y colaboradores. Gac Sanit 2004; 18 (supl) 182-8³².

Está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político, aún cuando existen indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de los derechos³².

Sobre la base de una organización social basada en la desigualdad y el dominio de los hombres hacia las mujeres, que acepta la violencia como una forma de resolver los conflictos, existen una serie de factores que interactúan y que pueden favorecer la violencia o protegerla frente a ella³².

1.1.9 REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

En México, la NOM-190-SSA1-1999²⁹ menciona *“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, 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”*.

La violencia intrafamiliar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima de la víctima; además repercute en otros ámbitos de la sociedad como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o en el abandono escolar y en el tiempo perdido. Lo anterior constituye un obstáculo para el desarrollo del país, ya que impide el disfrute de los derechos humanos^{6, 16, 21, 28, 30}.

Es importante destacar que es difícil establecer una relación causal de un acto violento y su repercusión, predominantemente en el maltrato psicológico, ya que el individuo responde a la adversidad de manera personal, donde la edad, el temperamento, el apoyo de redes sociales entre otros influyen en las consecuencias de los hechos violentos²⁶. Sin embargo, las mismas víctimas de violencia familiar valoran las consecuencias psicológicas como más graves que las físicas⁴³.

1.1.9.1 REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La mayor parte de los actos violentos no son mortales, sin embargo, tienen como consecuencia efectos sobre la salud que pueden durar años, y a veces consisten en discapacidades físicas o mentales permanentes^{26, 44}. Fernández Alonso (2004)⁴³ refiere que se puede dividir en:

1. Consecuencias Físicas

Por razones obvias, los efectos inmediatos sobre la salud física son los mejores documentados:

- Lesiones traumáticas de todo tipo: heridas, quemaduras, fracturas, hematomas, politraumatismos o lesiones capaces de ocasionar secuelas permanentes e incluso de causar la muerte^{3, 12, 13, 32, 40, 43, 44}.
- Las agresiones sexuales originan alteraciones en el contexto genitourinario: enfermedades de transmisión sexual, infecciones, dolor pélvico y embarazos no deseados^{3, 12, 13, 32, 43, 44}.
- Los malos tratos en el embarazo suponen un riesgo para la salud de la madre y del niño; hay riesgo de aborto, recién nacidos de bajo peso y mayor mortalidad perinatal^{3, 12, 13, 32, 40, 43, 44}.

A largo plazo, la violencia produce alteraciones que, se cree, guardan relación con el estrés mantenido: trastornos digestivos (colon irritable, pérdida de apetito, vómitos, etc.), cefaleas, dolor torácico, dolor abdominal, dolor osteomuscular y síntomas físicos inespecíficos^{31, 32, 43, 44, 45}.

Recientemente se considera que existe relación con el desarrollo de enfermedades como diabetes, la hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y otros problemas crónicos^{31, 32, 43, 44}.

2. Consecuencias Psicológicas

Las repercusiones emocionales que genera la violencia son inespecíficas, sin embargo, los problemas más relacionados son: trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión (es el indicador más relacionado con el maltrato), mayor riesgo de suicidio (hasta cuatro veces más frecuente que en las mujeres no expuestas a violencia), así como malestar emocional en el que predomina sintomatología ansioso-depresiva, baja autoestima e inadaptación^{2, 3, 14, 32, 33, 34, 43, 44, 45}.

También existe mayor riesgo de presentar conductas adictivas: abuso de alcohol, de drogas, tabaco y de psicofármacos; mayor frecuencia de insomnio, trastornos por somatización, disfunciones sexuales, trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia) y finalmente, se utiliza con mayor frecuencia la violencia sobre sus propios hijos^{3, 31, 32, 39, 43, 45}.

En situaciones de maltrato extremo las mujeres generan distorsiones cognitivas que les impide reconocer la magnitud del peligro que corren tanto ellas como sus hijos y les dificultan llevar a la práctica estrategias de protección que les permitan buscar ayuda^{3, 14, 15, 33}.

3. Consecuencias Sociales

Frecuentemente, la mujer maltratada presenta aislamiento social, es más frecuente el ausentismo laboral y la pérdida de empleo, así como, la disminución de su capacidad económica y del nivel de vida^{39, 43}.

La víctima de maltrato utiliza con mayor frecuencia los servicios de salud, tanto los servicios de urgencia como en primer nivel de atención, así como a los servicios de salud mental^{40, 43}.

A largo plazo, una importante consecuencia es la *transmisión transgeneracional* de la violencia doméstica, que perpetúa modelos de conducta que aceptan la violencia como instrumento de dominio y sumisión, ya que no sólo se aprende el rol de agresor, sino también el de víctima, con una mayor tolerancia hacia las conductas maltratantes^{12, 33, 39, 40, 43}.

1.1.10 DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Los servicios de salud representan un papel fundamental para la detección de personas que sufren violencia intrafamiliar, debido a que en la mayor parte de las ocasiones acuden para recibir atención de las lesiones sufridas, o bien, para manejo de diversas sintomatologías secundarias a la misma, aún cuando no hay evidencia de daño físico^{8, 11, 28}.

En México, de acuerdo a la NOM-190-SSA1-1999²⁹, en su apartado 6.4 para la detección y diagnóstico se debe:

- Identificar a los usuarios afectados por violencia familiar y valorar su grado de riesgo, durante el desarrollo de las actividades cotidianas.
- Realizar entrevista dirigida al afectado en un clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Lo cual debe incluir la historia del maltrato, en cualquiera de sus tipos, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración mínima del grado de riesgo en que viven los afectados.
- Determinar si los signos y síntomas que se presentan son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato, en cualquiera de sus tipos, como eventos únicos o combinados, para constatar o descartar su presencia.
- Registrar la entrevista y el examen físico en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo: nombre del paciente, lugar donde fue encontrado y condiciones en que se hallaba, estado físico y mental, en caso necesario, descripción de las lesiones, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico y tratamiento médico así como la orientación que se proporcionó.
- Integrar el diagnóstico del probable caso de violencia familiar con base en antecedentes, síntomas y signos, elaborando historia completa, practicando en caso necesario, pruebas psicológicas, de laboratorio o gabinete -en donde sea posible- que apoyen el establecimiento de la relación causal de los involucrados, considerando los posibles diagnósticos diferenciales.
- Apoyar la detección de los probables casos de violencia familiar, la valoración del riesgo, la detección de la probable vinculación con adicciones y la combinación de tipos de maltrato, en

donde se a posible, mediante aplicación de entrevistas planeadas por prestadores de servicios capacitados para esta fin.

Sin embargo, el reconocimiento médico y la notificación legal de las mismas no se llevan a cabo, la mayoría de las veces, por las implicaciones que tienen para el paciente y la familia²⁸.

Híjar-Medina y cols. (1997)²⁸, refieren que: “*Algunos médicos sostienen que el hecho de denunciar a la justicia estas agresiones no redunda en una solución real del problema sino que, por el contrario, lo pueden empeorar ya que se debe acusar a los padres o familiares del paciente*”.

Sin embargo, esta justificación no exime la responsabilidad legal que conlleva no denunciar este problema de salud publica que cada vez cobra mayor relevancia por sus repercusiones, el no reconocerla o evitar evidenciarla sólo dificulta su manejo.

1.1.11 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA

En 1996, la OPS inició una investigación cooperativa y multinacional denominada proyecto ACTIVA, destinado a evaluar actitudes y normas culturales relacionadas con la violencia en ciudades de América Latina y España. La investigación se limitó al análisis de la violencia física interpersonal^{23,42}.

Este estudio fue de tipo transversal, en el cual se utilizó un cuestionario común diseñado con el fin de cuantificar variables psicosociales asociadas con la violencia, estructurado por 15 dimensiones, una de las cuales era a violencia de parejas, evaluado mediante seis preguntas, tres de agresión y tres de victimización; cuyas preguntas se basaron en la escala *The Conflict Tactic Scale*, elaborada por Straus^{16,23,42}.

En España, Raya Ortega y cols. (2004)³¹, realizaron un estudio transversal para estudiar el impacto en la salud física y psíquica de la violencia contra la mujer, utilizaron un cuestionario estructurado autoadministrado de 21 preguntas, que proporcionaba además de las variables sociodemográficas, las relacionadas con el maltrato e indicadores de salud física, psíquica, salud autopercebida y apoyo social.

También en España, Soler y cols. (2005)⁴⁴, proponen el desarrollo de un instrumento para identificar el nivel de distrés emocional en respuesta a la violencia doméstica y sexual. El cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia (REV) está formado por cuatro escalas que a través de 22 ítems, cuyo contenido hace referencia a respuestas conductuales, cognitivas y fisiológicas asociadas a depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y al ajuste psicosocial.

1.1.11.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA EN MÉXICO

Alvarado Zaldivar y cols. (1998)¹⁷, realizaron un estudio en la ciudad de Durango, México para determinar la prevalencia de violencia doméstica; el instrumento de medición fue un cuestionario semiestructurado de 184 preguntas cerradas y 22 abiertas, que incluía datos de identificación, sociodemográficos y reproductivos, así como aspectos específicos para la violencia física, emocional y sexual.

En el 2003 se llevó a cabo la ENVIM 2003, el cuestionario utilizado estuvo integrado por 17 secciones^{12, 21, 24}. Para medir el tipo de violencia, se utilizó una escala de 27 reactivos obtenidos del Index of Spouse Abuse (ISA), desarrollado por Hudson y McIntosh, y del Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), de Marshall, al que se agregaron dos reactivos más para medir violencia económica. Para la variable de salud personal se utilizó la Escala de Salud

Personal (ESP), desarrollada por un grupo de profesionales de Nicaragua, ésta integra un total de 10 reactivos, los cuales hacen referencia a situaciones que provocan malestar emocional. Para la medición del estrato socioeconómico se definió en base a la combinación de tres características de los hogares: la escolaridad, la actividad de sus miembros y la cantidad de activos o equipos electrodomésticos existentes en la vivienda^{12, 13, 14, 16, 19, 21, 24}.

En el 2004, Natera Rey y cols.³⁷, proponen una escala de violencia hacia la pareja que forma parte de una de las tres versiones que componen la Encuesta Nacional de Adicciones, ésta escala esta formada por doce reactivos, que se agruparon en dos factores que explican 52.2% de la varianza total. El primero se denominó *violencia física y verbal* ya que incluyó aspectos que implican golpes, gritos y amenazas hacia la mujer, además de otras actitudes de violencia del hombre tales como mostrarse violento con los hijos y manifestar celos. El segundo factor se denominó *amenazas de suicidio y de muerte* ya que incluye situaciones relacionadas con esta área. Ambos factores explican 32.2% y 20% de la varianza respectivamente.

Valdez-Santiago y cols. (2006)¹⁹, en base a los resultados obtenidos en el ENVIM 2003 proponen una escala para medir diferentes dimensiones de la violencia masculina, que a diferencia de la propuesta previamente por Natera y cols. (2004)³⁷, ésta escala abarca la medición de la violencia emocional, física, física severa y sexual, y no sólo la violencia física y emocional; además de la construcción de un Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP) que permite identificar los gradientes de la violencia (en general y por tipos)^{14, 19}.

1.1.12 MEDIDAS DE INTERVENCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En todo el mundo, las autoridades tienden a actuar sólo después que han ocurrido actos de violencia patente, para después invertir recursos durante un breve lapso en programas destinados a grupos de personas pequeños y fácilmente identificados²⁰. Sin embargo, la salud pública insiste

que es prioritaria las actividades de prevención, dada la naturaleza polifacética de la violencia y sus complejas raíces, los gobiernos y las organizaciones pertinentes en todos los niveles de adopción de decisiones -local, nacional e internacional- deben trabajar afanosamente para prevenirla, lo cual, puede producir beneficios importantes y duraderos con menor inversión^{20, 38}.

En el caso de la violencia se aplica el mismo criterio de prevención primaria, secundaria o terciaria que se utilizan para cualquier otro tipo de problema³⁸. Por medio de la *prevención primaria* se busca fomentar un ambiente social e individual de respeto y tolerancia, de valores sociales y de conducta personal que favorezca la resolución pacífica de los conflictos. La *prevención secundaria* se aplica cuando un evento violento ya ha ocurrido y la intención es evitar nuevos episodios. La *prevención terciaria* busca la rehabilitación, se aplica más específicamente a los agresores³⁸.

De acuerdo a la magnitud que representa la violencia, las soluciones no deben recaer solo sobre las entidades gubernamentales, sino que se debe buscar la participación de otras fuerzas sociales, como la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, las iglesias, el sistema educativo y los medios de comunicación, ya que todos los sectores de la comunidad están involucrados y en la raíz de los comportamientos violentos existe una amplia gama de intereses, culturas (o subculturas) y aprendizajes que es necesario confrontar interdisciplinariamente³⁸.

Casique y cols. (2006)³, mencionan que: “*los tres niveles de intervención en salud, propuestos por la OMS incluyen: las acciones dirigidas a prevenir la violencia, especialmente en la atención a los grupos de riesgo; las educativas, las acciones centradas en la atención pre-hospitalaria, en los servicios de urgencia y de seguimiento de la salud; las acciones en la atención hospitalaria recurrentes de actos violentos incluyendo intervenciones y rehabilitación bio-psico-social*”.

La coordinación comunitaria e intersectorial debe garantizar una respuesta integral al problema de violencia; ya que la ausencia de coordinación puede llevar a que cada sector u organización atienda el problema de forma parcial, sin asumir la responsabilidad directa, remitiendo los casos a otras instituciones sin dar respuestas rigurosas y sin promover la recuperación de la autoestima y el empoderamiento de las víctimas^{22, 28}.

El tratamiento de la violencia debe comprender una serie de intervenciones específicamente destinadas para el lugar o situación particular y debe incluir: psicoterapia, medicación, hospitalización, aislamiento en caso necesario, sobre todo en pacientes psiquiátricos y apoyo comunitario, cuyo objetivo es conseguir que la calidad de la atención garantice no sólo la suficiencia técnica, sino que también fomente en ellas procesos de recuperación de su autoestima y decisiones que les permita superar la situación^{22, 36}.

Para solucionar exitosamente la problemática que genera la violencia, es necesario, en primera instancia, el autorreconocimiento de la mujer como maltratada, durante lo cual recorre una trayectoria de búsqueda de ayuda ante la presencia de violencia familiar, esto es parte de lo que se conoce como “ruta crítica”, es decir, el propio proceso de concientización y búsqueda por parte de la mujer, y los recursos sociales e institucionales con lo que pudo contar o no, para dar solución a su problema⁸.

Parte de este proceso está determinado por la presencia de redes sociales que están alrededor de la víctima, las cuales pueden funcionar como capital positivo, es decir, ayudando a la mujer a evitar la violencia, a salir de ella o a no reincidir; o bien, como capital negativo, lo cual, en muchas ocasiones son representadas por las relaciones personales significativas (como padres, hermanos o amistades), cuyos “consejos” orientan a soportar la violencia como algo natural o como un destino^{8, 11, 35}.

Juárez Ramírez y cols. (2005)³⁵, mencionan que, las mujeres que acuden a grupos de autoayuda tienen un cambio significativo en la percepción de “víctima”, al ingresar a éstos, se sienten apoyadas e identificadas con otras mujeres en las mismas circunstancias y por tanto, el trabajo terapéutico grupal ayuda significativamente a afrontar el problema.

Es importante, más no indispensable para el manejo de la víctima, la evaluación del agresor, a fin de establecer su perfil de personalidad, así como los factores que coadyuvan la presencia de acciones violentas, como el abuso de alcohol u otras sustancias, ya que su rehabilitación garantiza el que mejore sus relaciones interpersonales, aún cuando ya exista una ruptura definitiva con su pareja, puede disminuir el riesgo de que se propicie en una nueva relación¹¹.

1.1.12.1 MEDIDAS DE INTERVENCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MÉXICO

De acuerdo a lo establecido en la NOM-190-SSA1-1999²⁹, en su apartado 6.10 para el tratamiento y la rehabilitación de la violencia intrafamiliar se estipula que se debe:^{14, 29}

- Orientar el tratamiento a una atención médica integral y de las secuelas específicas, refiriéndolos para ello a otros servicios, unidades médicas, instituciones u organismos con mayor capacidad resolutive.
- Considerar en el plan terapéutico el seguimiento periódico a fin de evitar reincidencias y complicaciones.
- Referir preferencialmente, a los servicios de salud mental o a otros de especialidad a los afectados que manifiesten alteraciones psicológicas, trastornos psiquiátricos, alteraciones físicas u orgánicas -directas o consecuencias de la violencia familiar-.

- Desarrollar procedimientos específicos para la atención médica de los involucrados en situación de violencia intrafamiliar, a fin de que una rehabilitación que mejore la capacidad de realizar sus actividades necesarias para un mejor desempeño físico y mental, y cuando así sea conveniente, la adecuada participación o reintegración en su núcleo familiar y social.

La violencia entre los miembros de la misma familia posee determinantes biológicos, psicológicos y sociales que trascienden la competencia del clínico y por eso requiere de la colaboración de varias disciplinas para su estudio y tratamiento^{5, 25}.

En el Distrito Federal se han creado instituciones dedicadas a atender la violencia intrafamiliar mediante una coordinación interinstitucional del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. Dichas instituciones han aplicado un modelo que cuenta con metas a corto, mediano y largo plazo. Las metas a corto plazo se orientan a la atención, las de mediano y largo plazo están enfocadas principalmente a la prevención⁶. Los programas de prevención involucran actividades para la sensibilización de la población mediante actividades de difusión masiva en los medios de comunicación y capacitación al personal con talleres, conferencias y jornadas de prevención del delito y de la violencia⁶.

1.1.13 ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La investigación y el registro de hechos violentos conllevan cierto grado de riesgo para los investigadores, las familias de las víctimas o las víctimas mismas³⁸.

La conducta agresiva y aislada del victimario puede agravarse si sospecha riesgos o se siente evidenciado. Por ello es recomendable tener especial atención con los informantes; el anonimato, la confiabilidad y el respeto a las personas son parte sustancial de la investigación científica³⁸.

No obstante, es importante reconocer a la violencia con la repercusión que provoca a la salud emocional y física de las mujeres que sufren esta situación, para detectarla oportunamente y darle el manejo o canalización pertinente.

La detección oportuna de casos puede ser la diferencia entre perpetuar o remitir un nuevo ciclo de violencia para futuras generaciones y los servidores de salud deben reportar la sospecha o presencia de casos, ya establecido en marco legal, para mediar esta situación que debe detenerse.

Las investigaciones previas para estatificar o denotar cifras, las cuales por cierto, son subestimadas, se deben considerar como “alarma” a los profesionales de atención primaria, para entender que la violencia doméstica es un problema frecuente, lo cual se debe considerar durante cada consulta, ya que no sólo la evidencia de lesiones físicas denotan la única prueba de su existencia, esto sólo puede representar lo que se conoce como “la punta de iceberg”³¹. Esto favorece la perpetuación del miedo y desconfianza ante la incapacidad del sistema de protección y procuración de justicia para controlar y prevenir la violencia manifiesta²⁸.

Prácticamente todas las mujeres están en contacto con servicios de atención primaria en algún momento de la vida, y es ahí, donde estos servicios pueden desempeñar un papel esencial para ayudar a quienes sufren abusos de sus parejas³¹.

Es por ello que, para que esto se pueda realizar, es preciso que todos los profesionales de salud y otras disciplinas conozcan la realidad del impacto que la violencia tiene sobre la salud de la mujer maltratada emocionalmente por su pareja^{28, 31}.

También se pueden presentar situaciones de uso indebido de la información³⁸. El abuso o la irresponsabilidad en su utilización pueden generar conflictos individuales, sociales o legales. Es por esto que es necesario que la investigación reúna la información pertinente, se canalizen los

casos necesario pero sin inmiscuirse individualmente, y sobre todo se deben acatar las normas éticas establecidas para la investigación con humanos.

1.1.14 ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia familiar, especialmente la generada por el hombre y dirigida contra la mujer, en todo el mundo, ha experimentado en los últimos años cambios importantes debido a la atención que los poderes públicos han dedicado al problema y a las víctimas¹¹.

En México se han realizado diversos proyectos, iniciativas y reformas gubernamentales en contra de la violencia, entre las que destacan las siguientes⁶:

- En 1984, el Código Penal del Distrito Federal se modificó aumentando la pena de violación sexual de 6 a 8 años de prisión.
- En 1989, se establecen las agencias especializadas del Ministerio Público para la atención de los delitos sexuales de violación y atentados al pudor. Estas agencias existen en 13 estados de la República.
- La creación del Centro de Atención a Víctimas de Violencia (CAVI) de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF).
- La creación del Programa de Atención Integral para las víctimas de Ataques Sexuales.
- En 1991, se llevan a cabo reformas, adiciones y derogaciones al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal en Materia de Delitos Sexuales. Entre otros puntos, se aumenta la pena por violación de 8 a 14 años de prisión.
- La conformación en 1995 de la Subprocuraduría de Derechos Humanos y Servicios a la Comunidad y de la Dirección de Atención a Víctimas de Delitos de la PGJDF.

En 1996 se presenta por primera vez una propuesta de modificaciones legales en materia penal, civil y procedimientos sobre el tema de la violencia intrafamiliar a los legisladores, la cual se aprueba el 13 de diciembre de 1997. Esta iniciativa mostró la necesidad de concebir como iguales al padre y la madre, a los padres frente a los hijos, y a los hijos frente a las hijas, dándoles los mismos derechos, pero omitiendo integrar sus especificidades a los cuerpos normativos⁶.

La Reforma Civil planteó⁶:

- Adicionar al capítulo de personas, el que se contemple el respeto a su integridad física y emocional, como un derecho de las mismas dejando atrás conceptos referidos a la familia nuclear.
- En el capítulo de matrimonio, establecer como uno de los derechos y obligaciones que nacen del mismo, el desaliento de conductas generadoras de violencia intrafamiliar y el poder considerarla como una nueva causal de divorcio necesario.
- Facultar al juez para que dicte medidas provisionales, con efectos inmediatos, relativas a la prohibición de que el responsable de los actos violentos dentro de la familia acuda al lugar donde ocurren los hechos.

A nivel Procesal Civil se propuso⁶:

- Ampliar la competencia de los Juzgados Familiares para facultarlos sobre asuntos de violencia intrafamiliar.
- Que durante el acto prejudicial el juez goce de facultades que le permitan ordenar la salida del domicilio de la parte que ejerce la violencia.
- Establecer un procedimiento para seguir aquellos asuntos en los cuales se encuentre presente la violencia intrafamiliar.

En cuanto al Código Penal se propuso⁶:

- La elaboración de un tipo penal que defina la violencia en la familia y la violencia entre cónyuges.
- Integrar a la violencia familiar como delito siempre y cuando se cometa agravio de personas que guardan una relación de parentesco desde el punto de vista del derecho familiar.
- Abarcar a cualquier pareja que conviva fuera del matrimonio, en virtud de que participan de las mismas circunstancias que caracterizan a los cónyuges. También incorpora a los otros parientes, siempre y cuando se trate de menores, ancianos, minusválidos, etc.
- Establecer la pena restrictiva de la libertad como un importante desaliento a esta conducta grave; en donde exista responsabilidad penal y medidas de seguridad.
- Establecer una regla particular sobre la reparación del daño (gastos médicos, tratamiento psicoterapéutico, etc).

En lo referente al Código de Procedimientos Penales se planteó⁶:

- Establecer una regla particular para integrar los elementos de la conducta típica, tal y como ocurre con otros delitos, en virtud de tratarse de una conducta nueva del derecho penal y de gran relevancia social.
- Facilitar al agente investigador los elementos suficientes para la probanza de la conducta típica.
- La integración de los peritos de salud física y mental para demostrar el empleo de la fuerza física o moral.

No obstante, a estas propuestas jurídicas y al reconocimiento de éste problema social, que es la violencia de género, que va cobrando cada vez mayor importancia en la sociedad, en diversos

estudios se ha demostrado que las usuarias de servicios de salud no acuden a solicitar ayuda a estas instancias por vergüenza o desconfianza, y cuando acuden por lesiones o malestares secundarios a la violencia los médicos se muestran indiferentes⁸.

Es fundamental conocer el procedimiento normado que es necesario aplicar a los usuarios de todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud, de donde se puede iniciar un manejo multidisciplinario y preventivo de la violencia intrafamiliar²⁹. Por lo que, de acuerdo a la NOM-190-SSA1-1999²⁹, en su apartado cinco refiere que se debe:

- Otorgar atención médica a las o los usuarios involucrados en situaciones de violencia familiar, los cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; el que pudo haber realizado el maltrato, y el involucrado indirectamente en este tipo de situaciones, ya que todos éstos en algún momento pueden requerir la prestación de los servicios de salud.

Lo cual incluye promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores²⁹.

- Participar en el diseño, aplicación y evaluación de los programas de promoción de la salud-educación para la salud, participación social y operativa²⁹.
- Propiciar la coordinación o concentración con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público o privado, para que, en el ámbito de sus respectivas

competencias, se proporcione atención médica, en su caso apoyo legal, psicológico u otros para los cuales se estén facultados, a las personas que se identifiquen como usuarias o usuarios involucrados en la violencia familiar²⁹.

- El personal de salud debe proporcionar la información y atención médica a los involucrados en situaciones de violencia familiar, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación, así como apoyos legal y psicológico para los cuales estén facultados²⁹.
- En la atención de los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, los prestadores de servicios de salud deberán apearse a los criterios de oportunidad, calidez, confidencialidad, honestidad y respeto a su dignidad²⁹.
- Las instituciones públicas y privadas encargadas de proporcionar atención médica a los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato anexado en la NOM-190²⁹.
- Las instituciones del sector público, social o privado que otorguen atención médica, deberán registrar e informar a la Secretaría de Salud de los usuarios afectados por violencia familiar conforme a las disposiciones aplicables²⁹.

1.1.15 EL MÉDICO DE FAMILIA Y EL MANEJO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El médico familiar, es el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, tomando en consideración el contexto biológico, social, y psicológico⁴⁶.

Su trabajo, entre muchas cosas, es elevar el nivel de salud de las personas sanas y de las comunidades en las que trabaja: curar, aconsejar, cuidar y consolar para mejorar la calidad de vida, y basa su atención en la continuidad y longitudinalidad de la atención, en un contexto dinámico⁴⁷.

Es por esto que, es importante conocer los objetivos de estudio relacionados con la violencia familiar que el especialista debe aplicar en su trabajo cotidiano. En la revisión de los planes de estudio de la Especialidad de Medicina Familiar, en el Plan Único de Especializaciones Médicas en México, sólo está considerado el tema de violencia intrafamiliar como parte de orientación familiar en el tercer año, dentro de abordajes de problemas específicos. Sin señalar los objetivos de conocimiento y práctica a desarrollar, que son importantes para delimitar la acción del médico familiar ante esta problemática de salud pública.

El programa de estudios de la especialidad de medicina familiar en España⁴⁷, especifica por prioridades los conocimientos que todo residente de la especialidad debe manejar al final de su preparación de posgrado, y por tanto aplicar en su práctica clínica.

Dentro de la primera prioridad se encuentran los siguientes puntos:

- Conocer las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato identificar indicios y síntomas de violencia doméstica.
- Conocer y ser capaz de aplicar las pautas de entrevista clínica en esta situación (actitudes y habilidades de comunicación).
- Manejar el diagnóstico de maltrato y evaluación de su magnitud, valorando el riesgo: situación crónica, aguda, riesgo potencial de lesiones y riesgo vital.

- Realizar el examen físico y conocer las particularidades a observar y las actuaciones a evitar en la exploración por agresiones y ser capaz de hacer la valoración psicológica básica (actitudes y estado emocional).
- Informar a la paciente y conocer las actuaciones urgentes a realizar.
- Conocer las pautas de actuación ante una agresión sexual.
- Cumplimentar correctamente el parte médico de lesiones.
- Conocer las posibilidades de prevención de la violencia doméstica en nuestro nivel de atención.
- Ser capaz de establecer un plan de actuación integral y coordinado, en colaboración con el trabajador social, hospital, servicios sociales.

Dentro de la segunda prioridad se encuentran los siguientes puntos:

- Conocer los recursos sanitarios, sociales y judiciales a nuestro alcance, sus formas de acceso y criterios de derivación.
- Información y coordinación con el pediatra si la mujer tiene hijos, para la prevención del maltrato infantil.

Como tercera prioridad se encuentran:

- Conocer la repercusión de la violencia doméstica en el ámbito familiar y las posibilidades de intervención familiar.
- Conocer cuál debe ser nuestra actitud y pautas de actuación con el maltratador.

Por tanto, todo médico familiar debe ser capaz de:

1. Conocer los tipos de maltrato y realizar la detección precoz en la consulta mediante la identificación de situaciones de riesgo, indicios y síntomas de violencia doméstica.
2. Conocer y aplicar las pautas específicas de entrevista clínica ante la sospecha de violencia doméstica.
3. Realizar el diagnóstico de maltrato y evaluar su magnitud, valorando el riesgo inmediato.
4. Realizar un examen físico, la valoración psicológica (actitudes y estado emocional) y establecer un plan de actuación integral y coordinado.
5. Conocer las pautas de actuación (qué hacer y qué no hacer) ante la atención de una de agresión sexual.
6. Cumplimentar correctamente el parte de lesiones que se remitirá al juez.
7. Conocer los recursos sociales y sanitarios disponibles, forma de acceso y criterios de derivación.

El médico familiar, al ser el de primer contacto, debe considerar la problemática de salud pública que implica la violencia intrafamiliar, y de acuerdo a las estadísticas actuales la mayor incidencia de violencia la ejerce el hombre hacia la mujer y el primer tipo de violencia que se presenta es la psicológica, es por tanto prioritaria la búsqueda intencionada de violencia emocional a este grupo de riesgo, para poder establecer medidas preventivas o resolutivas que puedan detener el ciclo de violencia, a fin de disminuir las repercusiones psicológicas, físicas y sociales que se desencadenan como consecuencia de ésta.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar es un problema social que se presenta en la mayoría de los hogares, aunque en muchas ocasiones, no se reconoce o se teme aceptarlo; se manifiesta tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, independientemente del tipo o consecuencia, es ejercida en la mayor parte de los casos por los varones y una de las repercusiones más importantes de ésta, a largo plazo, es la transmisión transgeneracional, que perpetúa modelos de conducta que la aceptan como instrumento de dominio y sumisión^{3,4, 5, 6, 8, 12, 13, 43}.

La violencia de género es un problema de salud pública que amerita intervención y manejo por parte de un equipo interdisciplinario, entre los cuáles, es primordial la acción del médico familiar en el primer nivel de atención, ya que debe intervenir en la búsqueda intencionada o el reconocimiento de la violencia, a fin de detectarla, prevenirla y evitar las consecuencia que se presentan a nivel físico, psicológico y social a corto y largo plazo.

De acuerdo a los estudios realizados en México durante los últimos 10 años, el tipo de violencia que se presenta con mayor frecuencia, sola o en combinación con otras, es la emocional o psicológica, la cual, de acuerdo al ciclo de violencia conyugal, tiene una secuencia temporal lineal, de ahí la importancia de ser detectada oportunamente, a fin de detener su progresión, y con ello sus repercusiones.

Dentro de las investigaciones realizadas en el país, entre las más representativas están, el reportado por el INEGI en el 2000, en un estudio realizado en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, a través del levantamiento de la ENVIF, donde se obtuvo que de los 4.3

millones de hogares del Área Metropolitana, uno de cada tres, que involucra a 5.8 millones de habitantes sufre algún tipo de violencia intrafamiliar.

De los poco más de 1.3 millones de hogares en donde se detectó la presencia de violencia, el 99.2% reporta maltrato emocional, donde sus expresiones más frecuentes fueron los gritos (85.8%), el enojo fuerte (41.1%) y los insultos (25.7). En 215 mil hogares, que representa el 16%, se detectaron intimidaciones, éstas se expresaron en actos como empujones (45.9%), jaloneos (41%) y amenazas verbales (38%). En el 88.4% de los encuestados se encontró que consideran que la violencia es un asunto privado y sólo catorce de cada cien hogares en donde se registran actos de violencia solicitaron ayuda (14.4%).

Estos son algunos de los resultados obtenidos en este estudio, entre otras cifras estadísticas importantes, que sólo representan el preámbulo cuantitativo de este fenómeno, aunque se han creado diversos programas a fin de combatir la violencia intrafamiliar y de género, es necesario continuar buscando las estrategias necesarias para combatir éste problema de salud pública.

Otro estudio relevante del tema en el país, es la ENVIM 2003, en usuarias de los servicios médicos de primer y segundo nivel, en la cual, parte de sus objetivos fue identificar la prevalencia de violencia contra las mujeres en usuarias del sector salud en México^{12, 21}. Para realizarlo se utilizó una muestra de 26 042 mujeres, en las 32 entidades federativas del país; dentro de sus resultados por características sociodemográficas se encontró que dos tercios de las mujeres entrevistadas son menores de 40 años, es decir, en edad reproductiva. La prevalencia para cada tipo de violencia de pareja actual fueron: psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y económica 5.1%^{1, 12, 13, 21}. La desagregación en esta tipología, permitió identificar que las

mujeres pueden sufrir más de un tipo de violencia y que algunos tipos, son difícilmente reconocidos por las mismas^{1, 12}.

Dentro de las mujeres entrevistadas 15.6% se identificó como caso de malestar emocional. Los antecedentes de violencia en la infancia son 1.7 veces más frecuentes entre las mujeres que presentan malestar emocional, en comparación con las que no lo tienen. De igual forma se encontró que los casos de violencia de pareja representan más del 50% en las mujeres que tienen malestar emocional en comparación con las que no lo refieren^{12, 14, 19}.

Con estos resultados, es posible inferir que, a pesar de estar presente en más del 90% de los hogares, la violencia emocional ejercida sobre las mujeres por su pareja, no es reconocida, aceptada o es justificada, y por tanto, puede pasar inadvertida y progresar hasta límites extremos, en donde ya manifiesta la violencia física, con los efectos negativos de ésta, se empieza a considerar su existencia. Sin embargo, las consecuencias a la salud que implica sufrir violencia psicológica, son igual o probablemente más graves que aquellas que son visibles.

De ahí la importancia de determinar la existencia de violencia emocional o psicológica sufrida en mujeres en edad reproductiva, ya que son el grupo vulnerable de la población en quien se ejerce con mayor frecuencia, conocer los factores de riesgo predominantes, las características sociodemográficas en las que prevalece, y el contar con un instrumento, que de forma sencilla y breve, permita identificar a aquellas mujeres que son víctimas de violencia emocional o psicológica, considerando que por la complejidad del problema, hasta el momento no se ha evaluado un solo tipo de violencia, porque lo más común es que se presenten combinados, sin embargo, al ser el tipo de violencia que se presenta en la mayor parte de los casos, su búsqueda

puede contribuir a establecer las medidas de intervención necesarias para detenerla, atender las repercusiones que se originen a través de ésta y fomentar así su prevención e incluso, en un futuro su eliminación.

En la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE, no se cuenta con datos que revelen la magnitud de ésta problemática social en su población, por lo que es importante determinar la frecuencia de violencia emocional o psicológica, presente en mujeres de 19 a 39 años derechohabientes a ésta unidad médica, para poder establecer medidas de detección y prevención oportunas.

El papel del médico familiar ante esta problemática de salud pública, que cada día toma más importancia en el desarrollo social, debe de ser activo y participativo, ya que es el primer contacto con el individuo y su familia, y dentro de sus funciones está el detectar e intervenir oportunamente ante una situación de violencia intrafamiliar que esté ocasionando alteraciones en la dinámica y salud de la familia y sus integrantes, y a su vez en la interacción con la sociedad. Se debe considerar fundamental la detección de violencia, y conocer los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia para poder realizar una acción médico preventiva capaz de intervenir de forma adecuada.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El interés de estudiar la violencia intrafamiliar, de tipo emocional o psicológico, radica no sólo en conocer las características y repercusiones de ésta a través de estadísticas, sino también, percibirla como un fenómeno controlable y transformable oportunamente, a fin de evitar que continúe la secuencia temporal lineal que conduce a la violencia física, la cual, conlleva

puede contribuir a establecer las medidas de intervención necesarias para detenerla, atender las repercusiones que se originen a través de ésta y fomentar así su prevención e incluso, en un futuro su eliminación.

En la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE, no se cuenta con datos que revelen la magnitud de ésta problemática social en su población, por lo que es importante determinar la frecuencia de violencia emocional o psicológica, presente en mujeres de 19 a 39 años derechohabientes a ésta unidad médica, para poder establecer medidas de detección y prevención oportunas.

El papel del médico familiar ante esta problemática de salud pública, que cada día toma más importancia en el desarrollo social, debe de ser activo y participativo, ya que es el primer contacto con el individuo y su familia, y dentro de sus funciones está el detectar e intervenir oportunamente ante una situación de violencia intrafamiliar que esté ocasionando alteraciones en la dinámica y salud de la familia y sus integrantes, y a su vez en la interacción con la sociedad. Se debe considerar fundamental la detección de violencia, y conocer los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia para poder realizar una acción médico preventiva capaz de intervenir de forma adecuada.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El interés de estudiar la violencia intrafamiliar, de tipo emocional o psicológico, radica no sólo en conocer las características y repercusiones de ésta a través de estadísticas, sino también, percibirla como un fenómeno controlable y transformable oportunamente, a fin de evitar que continúe la secuencia temporal lineal que conduce a la violencia física, la cual, conlleva

repercusiones que, aunque son más evidentes, tienen el mismo efecto negativo que el que produce la violencia emocional, esto con el objeto de que, las futuras generaciones puedan reconocer su existencia, crear estrategias oportunas de intervención encaminadas a la promoción y prevención y así, evitar vivir con violencia, lo cual se puede entender como salud, bienestar y calidad de vida^{1,2}.

El conocer los factores de riesgo que pueden favorecer la presencia de violencia intrafamiliar, puede ser parte de las medidas de prevención para concienciar a la población de aquellas situaciones que pueden contribuir a que sea manifiesta. El enfoque de riesgo de esta problemática es posible determinarlo antes de se establezcan relaciones formales, es decir desde el noviazgo y con ello, disminuir los casos en el interior de las familias. De este modo, la transmisión transgeneracional de estas conductas, también disminuirá y así será posible ayudar a controlar el problema de salud pública a nivel mundial.

No obstante, se debe considerar que a través de los años, en diversas culturas, el dominio del varón y la sumisión de su pareja, han formado parte de la dinámica familiar, e incluso muchos de los roles asumidos por cada uno de los cónyuges, hace permisible que se establezca el ciclo de violencia, y así se justifique, se niegue o se ignore su presencia, de acuerdo a las redes sociales que permanezcan cerca de aquellas mujeres que sufren de violencia, será como ellas lo puedan reconocer y asumir, buscando o no las alternativas para resolverlo.

Considerando que la violencia emocional o psicológica es, la más frecuente, la primera en establecerse y dar continuidad a la intensidad con la que se presente cualquier otro tipo de

agresión es, por tanto, importante detectarla y detenerla, a fin de evitar las repercusiones a la salud de los individuos, la familia y por ende a la sociedad.

El primer nivel de atención de salud, en donde el papel del médico familiar es fundamental para lograr su detección oportuna, ya que al estar en contacto con todos los integrantes de la familia, es posible determinar las características de ésta, las posibles repercusiones en su interior, y así colaborar en la intervención y canalización en caso necesario, para que interdisciplinariamente se logre controlar y resolver.

El contar con un instrumento que le permita la búsqueda intencionada de violencia emocional en mujeres que pueda pasar inadvertida o enmascarada, sería una herramienta útil para poder intervenir en la detención del ciclo de violencia o en la resolución de éste.

Una vez detectados los casos de violencia emocional o psicológica, en donde se establezcan las características cuantitativas y cualitativas de éste problema social, es necesario dar el asesoramiento a las víctimas de violencia, y en caso necesario, canalizarlas a las diversas instituciones encargadas de los programas que la manejan de forma de integral.

1.4 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la frecuencia de violencia de tipo emocional o psicológica ejercida por las parejas de mujeres entre 19 a 39 años.

1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Crear un instrumento que en el primer nivel de atención médica, permita evaluar la presencia y determinar el grado de violencia emocional o psicológica en las mujeres de edad fértil.

- Determinar las características de las familias y los factores de riesgo involucrados en aquellas que se ha identificado violencia de tipo emocional o psicológica.
- Identificar la frecuencia del indicador abuso verbal, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador intimidación, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador amenazas, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador aislamiento, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador desprecio, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador abuso económico, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar los tipos de agresión que se presentan con mayor frecuencia en la violencia emocional o psicológica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, ya que no existe una intervención por parte del investigador y se limita a medir las variables que definen el mismo.

Se trata de un estudio observacional y descriptivo ya que aplicará para deducir la presencia de una circunstancia determinada, y las características que presenta, así como transversal, ya que se

- Determinar las características de las familias y los factores de riesgo involucrados en aquellas que se ha identificado violencia de tipo emocional o psicológica.
- Identificar la frecuencia del indicador abuso verbal, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador intimidación, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador amenazas, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador aislamiento, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador desprecio, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar la frecuencia del indicador abuso económico, presente en las mujeres con violencia emocional o psicológica ejercida por sus parejas.
- Identificar los tipos de agresión que se presentan con mayor frecuencia en la violencia emocional o psicológica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, ya que no existe una intervención por parte del investigador y se limita a medir las variables que definen el mismo.

Se trata de un estudio observacional y descriptivo ya que aplicará para deducir la presencia de una circunstancia determinada, y las características que presenta, así como transversal, ya que se

realizará una sola medición para conocer todos los casos de violencia psicológica o emocional en mujeres de 19 a 39 años, ejercida por su pareja, sin considerar cuanto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

La población de referencia fue de 4,635 mujeres entre 19 y 39 años de edad, derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE en el Distrito Federal.

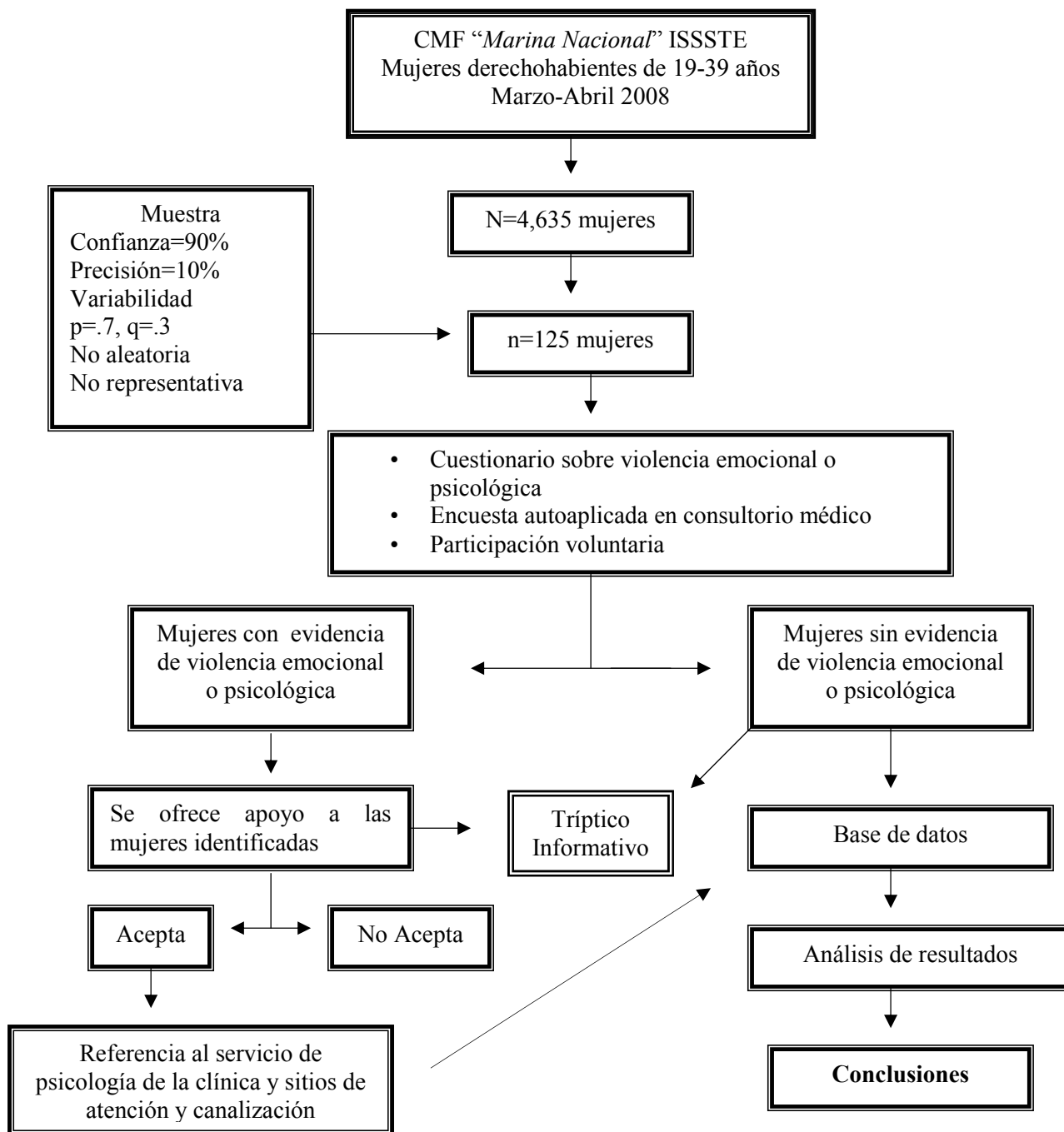
La muestra del estudio está constituida por un grupo, es no aleatoria y no representativa, para el tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza del 90%, con una precisión de 10%, variabilidad de $p=.7$ y $q=.3$, requiriendo un total de 125 mujeres como objeto de estudio.

En una sola medición se aplicó el cuestionario sobre violencia emocional o psicológica a través de encuesta con autoaplicación, en un consultorio médico, previo consentimiento de participación voluntaria, para determinar la frecuencia de violencia emocional o psicológica en mujeres.

En la figura 5 se muestra el diseño general del estudio y los elementos del modelo de intervención de acuerdo a los resultados obtenidos.

El análisis de los resultados se realizó con técnicas cuantitativas y cualitativas.

Figura 5. Diseño de investigación del estudio



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en un total de 125 mujeres de 19 a 39 años de edad derechohabientes a la CMF “*Marina Nacional*” del ISSSTE en el Distrito Federal, en un periodo comprendido entre los meses de marzo a abril de 2008.

2.4 MUESTRA

Se tomó la población total de mujeres dentro de los grupos de edad comprendidos entre 19 y 39 años derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE en el Distrito Federal, con un total de 4,365 mujeres, de acuerdo a la pirámide poblacional derechohabiente por unidad de medicina familiar, clasificados por edad y sexo emitido en febrero del 2007 en la misma clínica.

Se trata de una muestra no aleatoria, no representativa y se calculó el tamaño de la misma considerando: un 90% de confianza, un 10% de error o precisión y una variabilidad de $p=.7$ y $q=.3$, requiriendo un total de 125 mujeres, es decir una muestra mediana por su magnitud.

2.5 CRITERIOS

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE en el Distrito Federal.
- Mujeres entre las edades de 19 a 39 años que aceptaron participar de forma voluntaria en el presente estudio respondiendo al cuestionario de búsqueda de violencia emocional o psicológica en mujeres.
- Mujeres que además de lo anterior tuvieron o hayan tenido una relación de pareja durante el último año de por lo menos 6 meses de unión.

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres no derechohabientes de la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE del Distrito Federal.
- Mujeres que no se encontraron dentro del grupo de edad de 19 a 39 años.
- Mujeres que no tengan o no hayan una relación de pareja durante el último año de mínimo seis meses de unión.

2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y que decidan suspender la aplicación del cuestionario.

2.6 VARIABLES

Se diseñó el cuestionario de búsqueda de violencia emocional o psicológica en mujeres para determinar la frecuencia y el grado de ésta, en las derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE en el Distrito Federal, el cual tiene 54 preguntas divididas en cuatro secciones. Además de un folio y el consentimiento de participación voluntaria. Consta de preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple, a las que se les asignó un valor en puntos para su evaluación y calificación.

Las secciones, el número de preguntas que lo conforma y su puntuación quedaron de la siguiente forma (ver cuadros 1 y 2):

A. Datos sociodemográficos: que se conforma por siete preguntas, cuatro de ellas abiertas, y las tres restantes con escalas nominales cuyas opciones se determinan de acuerdo a la cédula básica de identificación familiar (CEBIF), sin puntuación para determinar la frecuencia de violencia emocional o psicológica, no obstante, necesarias para determinar las características de factores de riesgo asociados a la violencia.

B. Antecedentes personales: constituida de cinco preguntas, todas con opciones de respuesta de si o no, y en el caso positivo con opciones nominales, sin puntuación para determinar la frecuencia de violencia emocional o psicológica, sin embargo, necesarias para establecer la asociación con factores de riesgo.

C. Antecedentes personales de la pareja: consta de 10 preguntas, tres de ellas con respuestas abiertas, dos con respuestas de escala nominales, de acuerdo a la CEBIF, y cinco con respuestas de si o no, que en caso positivo cuentan con opciones nominales, igualmente sin puntuación para la determinación de la frecuencia de violencia emocional o psicológica, pero necesaria para complementar los factores de riesgo asociados a ésta.

D. Relación con la pareja: contiene 34 preguntas, todas con respuestas de opción múltiple, las primeras 30 son referentes a la búsqueda de violencia emocional o psicológica, distribuidas en seis variables, que son: abuso verbal con siete preguntas, intimidación, amenazas y desprecio con cinco preguntas, aislamiento y abuso económico con cuatro preguntas; cada una de las preguntas con un valor máximo de 3 puntos y un valor total máximo de 90 puntos. Las cuatro preguntas restantes, también con respuestas de opción múltiple, las cuales no forman parte de la evaluación de violencia, pero se consideran como factores de riesgo para presentarla.

**CUADRO 1
VARIABLES DEL ESTUDIO**

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de la variable Opciones de respuesta
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Consecutivos del 001 al 125
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= casada 2= soltera 3= divorciada 4= unión libre 5= viuda
Escolaridad en año	Cuantitativa	Continua	Números enteros

Ocupación	Cualitativa	Nominal	01= hogar 02= jubilada/pensionada 03= desempleada 04= subempleada 05= menor de edad 06= estudiante 07= estudia y trabaja 08= campesina 09= artesana 10= obrera 11= conductor de auto, camioneta o camión 12= técnico 13= empleado 14= profesional 15= artista 16= comerciante establecidos 17= empresaria 18= directivo 19= servicios diversos 20= otras ocupaciones no especificadas
Ingreso mensual familiar	Cuantitativa	Continua	Valor del ingreso mensual familiar
Clasificación Familiar	Cualitativa	Nominal	1= nuclear 2= nuclear simple 3= nuclear numerosa 4= reconstruida (binuclear) 5= monoparental 6= monoparental extendida 7= monoparental extendida sin parentesco 8= monoparental extendida compuesta 9= extensa 10= extensa compuesta 11= extensa ascendente 12= extensa descendente 13= extensa colateral 14= grupos similares a familias 15= no parental 16= persona que vive sola
Número de hijos	Cuantitativa	Continua	Valor del número de hijos
¿Padece de alguna enfermedad?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Especifique la enfermedad que padece	Cualitativa	Nominal	Textual (agrupación post-códigos)
¿Toma algún medicamento de forma frecuente?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Especifique el medicamento que toma de forma frecuente	Cualitativa	Nominal	Textual (agrupación post-códigos)
¿Acostumbra fumar?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Cantidad de cigarrillos que acostumbra fumar por día	Cuantitativa	Nominal	1= 1 a 4 cigarrillos al día 2= de 5 a 10 cigarrillos al día 3= más de 10 cigarrillos al día
¿Acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Especifique la frecuencia con la que acostumbra el uso de bebidas alcohólicas	Cualitativa	Nominal	1= diario 2= semanal 3= mensual 4= ocasional

¿Acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Especifique la frecuencia con la que acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga	Cualitativa	Nominal	1= diario 2= semanal 3= mensual 4= ocasional
Número de parejas formales	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Tiempo de unión conyugal con su última pareja	Cuantitativa	Continua	Cantidad de años en números enteros (si se toman meses, se debe hacer la equivalencia en fracciones: 6 meses= 0.5 años)
Edad de la pareja	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Escolaridad de la pareja en años	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Ocupación de la pareja	Cualitativa	Nominal	01= hogar 02= jubilado/pensionado 03= desempleado 04= subempleado 05= menor de edad 06= estudiante 07= estudia y trabaja 08= campesino 09= artesano 10= obrero 11= conductor de auto, camioneta o camión 12= técnico 13= empleado 14= profesional 15= artista 16= comerciante establecidos 17= empresario 18= directivo 19= servicios diversos 20= otras ocupaciones no especificadas
¿Su pareja padece de alguna enfermedad?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Especifique la enfermedad que padece su pareja	Cualitativa	Nominal	Textual (agrupación post-códigos)
¿Su pareja toma algún medicamento de forma frecuente?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Especifique el medicamento que su pareja toma de forma frecuente	Cualitativa	Nominal	Textual (agrupación post-códigos)
¿Su pareja acostumbra fumar?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Cantidad de cigarrillos que su pareja acostumbra fumar por día	Cuantitativa	Nominal	1= 1 a 4 cigarrillos al día 2= de 5 a 10 cigarrillos al día 3= más de 10 cigarrillos al día
¿Su pareja acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Cualitativa	Nominal	0= no 1= sí
Especifique la frecuencia con la que su pareja acostumbra el uso de bebidas alcohólicas	Cualitativa	Nominal	1= diario 2= semanal 3= mensual 4= ocasional
¿Su pareja acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	Cualitativa	Nominal	0= no 1=sí
Especifique la frecuencia con la que su pareja acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga	Cualitativa	Nominal	1= diario 2= semanal 3= mensual 4= ocasional

¿Para pedirle algo o discutir su pareja le ha levantado la voz o gritado?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
Para lograr que usted haga algo, aún en contra de su voluntad ¿su pareja ha utilizado algún tipo de chantaje?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja le controla sus actividades o su hora de llegada?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
Al estar a solas ¿su pareja la ha insultado o menospreciado?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja controla la economía familiar sin informarle la distribución de los gastos?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja se dirige a usted de forma ofensiva o grosera?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja le ha destruido alguna de sus cosas?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja ha puesto condiciones para tomar alguna decisión?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja se pone celoso fácilmente o sospechado de alguna amistad o conocido?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja la ha hecho comentarios poco agradables acerca de su aspecto físico?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
Para la distribución de los gastos, ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta su opinión?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
Al estar con otras personas ¿Su pareja la ha insultado o menospreciado?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja la ha amenazado con golpearla (con objetos o puño)?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Lo cree capaz de hacerlo?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre

¿Su pareja le ha pedido que deje de acudir a algún lugar aún en contra de su voluntad?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja la ha hecho sentir inútil, torpe o loca?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
Posterior a un disgusto ¿su pareja ha dejado de aportar dinero?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja le ha retirado la palabra o ignorado?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja la ha amenazado con abandonarla?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Lo cree capaz de hacerlo?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿A su pareja le gusta escuchar sus conversaciones privadas?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja la compara con otras personas?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja le ha pedido que deje de trabajar aunque sea necesario para la economía familiar?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja le cuenta de su relación con otras parejas (de él) previas o actuales?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja le ha hecho sentir miedo de él?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Su pareja la ha culpado de algo?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
Si tiene hijos: ¿Los utiliza como medio de chantaje (llevárselos o abandonarlos)?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
Si NO tiene hijos: ¿Utiliza algún tipo de chantaje para darle o esperar recibir algo?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
En las decisiones importantes ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta su opinión?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre

¿En la forma de arreglar diferencias con su pareja hay gritos o insultos?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Usted cree que es violentada emocionalmente por su pareja?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Considera que su estado de salud se afecta por su relación de pareja?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Usted vivió algún tipo de violencia durante su infancia?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre
¿Con alguna pareja anterior usted vivió algún tipo de violencia?	Cualitativa	Ordinal	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre

2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

El instrumento está constituido por 56 preguntas, divididas en cuatro secciones, 30 de las cuales, son las referentes a la búsqueda de violencia emocional o psicológica, dividido en seis indicadores, que de acuerdo a Wynter AE, referido por Casique (2006)³, las diversas manifestaciones de violencia emocional o psicológica se clasifican de la siguiente manera:

- A. **Abuso verbal**: rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir.
- B. **Intimidación**: asustar con miradas, gestos o gritos, lanzar objetos o destrozar la propiedad.
- C. **Amenazas**: de herir, matar, suicidarse, llevar consigo a los niños.
- D. **Aislamiento**: control abusivo de la vida del otro por medio de la vigilancia de sus actos y movimientos, escuchar sus conversaciones, impedir de cultivar amistades.
- E. **Desprecio**: tratar al otro como inferior, tomar decisiones importantes sin consultar al otro.
- F. **Abuso económico**: control abusivo de la finanzas, imponer recompensas o castigos monetario, impedir a la mujer que trabaje aún cuando sea necesario.

La distribución de los indicadores se realizó de la siguiente forma: siete preguntas de abuso verbal, cinco preguntas sobre intimidación, amenazas y desprecio respectivamente y cuatro preguntas sobre aislamiento y abuso económico respectivamente.

El valor operativo de las respuestas a cada una de éstas 30 preguntas de opción múltiple es: nunca= 0 puntos, casi nunca= 1 punto, casi siempre= 2 puntos y siempre= 3 puntos. Con un valor máximo de 90 puntos.

Al resto de las preguntas de opción múltiple (de la 53 a la 56), se les asignó el mismo valor operativo de: nunca= 0, casi nunca= 1, casi siempre= 2 y siempre= 3, cuyos resultados se ubicaron dentro de antecedentes personales y de pareja, con la finalidad de obtener la frecuencia de los factores de riesgo. En total se utilizaron 56 reactivos, como se muestra en el cuadro 2.

**CUADRO 2
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES**

SECCIÓN/PREGUNTAS	DESCRIPCIÓN	CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERATIVA
Sección A Preguntas 1-7	Datos sociodemográficos	Datos sobre la características demográficas de la paciente, y generales sobre su grupo familiar.	Se solicita la edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso mensual familiar, clasificación familiar y número de hijos de la paciente.
Sección B Preguntas 8-12 Preguntas 55, 56	Antecedentes personales	Datos relacionados con enfermedades asociadas ya diagnosticadas y uso frecuente de medicamentos, tabaco, alcohol o drogas. Se cuestiona sobre antecedentes de violencia previa, durante la infancia y con parejas anteriores.	Se dan opciones de respuesta de si o no, en caso positivo con opciones de respuesta abiertas con valor operativo nominal. Se exploran a través de respuestas de opción múltiple con valores asignados de 0 a 3 puntos equivalentes a porcentajes de 0 a 100%. Para determinar porcentaje de frecuencia general como parte de los factores de riesgo.

<p>Sección C</p> <p>Preguntas 13, 14, 53, 54</p> <p>Preguntas 15-22</p>	<p>Antecedentes de la pareja</p>	<p>Se refieren a los antecedentes de relación de la pareja y relaciones previas a la actual.</p> <p>Datos sociodemográficos, antecedentes de salud y hábitos relacionados con la pareja actual.</p>	<p>Se solicita el número de parejas formales previas, así como el tiempo de unión actual, y antecedentes de malestar emocional relacionados con la relación de pareja. Para obtener datos de factores de riesgo asociados.</p> <p>Se solicita edad, escolaridad, ocupación, con respuesta textual (agrupación post-códigos) y las correspondientes a morbilidad previamente diagnosticada, antecedente de uso de medicamentos, tabaco, alcohol o droga. Con opciones de respuesta de si o no, en donde en caso positivo se dan opciones de respuesta nominal.</p>
<p>Sección D</p> <p>Preguntas 23-52</p> <p>Abuso verbal 23, 29, 35, 41, 47, 49 y 52</p> <p>Intimidación 24, 30, 37, 43 y 48</p> <p>Amenazas 25, 31, 36, 42, 50 y 50.1</p> <p>Aislamiento 26, 32, 38 y 44</p> <p>Desprecio 27, 33, 39, 45 y 51</p> <p>Abuso económico 28, 34, 40 y 46</p>	<p>Relación con la pareja</p>	<p>Relacionadas con la relación de pareja durante el último mes, en donde se encuentran agrupadas aleatoriamente en seis indicadores: abuso verbal, intimidación, amenazas, aislamiento, desprecio, abuso económico.</p>	<p>Las respuestas de opción múltiple con valores asignados de: 0, 1, 2 y 3 puntos.</p> <p>Con una puntuación de 0 a 90 puntos.</p>

DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito estadístico de la investigación es determinar la frecuencia y el grado de violencia

emocional o psicológica en mujeres en edad fértil derechohabientes a la CMF “*Marina Nacional*” ISSSTE en el Distrito Federal.

Para tal fin se tomó un grupo de mujeres dentro del grupo de edad de 19 a 39 años, se realizó una sola medición independiente, midiendo variables cualitativas y cuantitativas, utilizando escalas de medición ordinales y nominales, en donde se esperó una distribución de tipo no paramétrico.

La muestra utilizada en el presente trabajo es no aleatoria, no representativa.

2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó un instrumento nuevo creado por la autora del presente trabajo con el propósito de determinar la frecuencia y grado de violencia emocional o psicológica presente en las mujeres de 19 a 39 años de edad derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE, también para determinar los factores de riesgo asociados a la violencia emocional o psicológica presentes en las pacientes identificadas, de acuerdo a los sugeridos por la bibliografía previamente consultada.

Se realizó el cuestionario de “búsqueda de violencia emocional o psicológica en mujeres”, basado en las diferentes propuestas de instrumentos que hacen referencia a la violencia en general, es decir a la de tipo emocional o psicológica, física y sexual, referidos en la literatura, tanto en México como en otros países^{12, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 31, 37, 42, 44}, sin embargo, no se cuenta con un instrumento que evalué únicamente la presencia de violencia emocional o psicológica, la cual se considera el tipo más frecuente de violencia^{1, 5, 6, 12, 13, 14, 19, 21, 34, 36, 40}, por otro lado, la violencia de pareja ejercida por el hombre, aún cuando se encuentra subregistrada, es más común en las mujeres de edad reproductiva^{1, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 17, 21, 26, 36, 37, 40} y la primera en manifestarse de acuerdo al ciclo de violencia conyugal². De ahí la importancia de crear un instrumento que permita evaluar estas características.

Inicialmente se construyó un instrumento de 54 variables (ver anexo 1), cuantitativas y cualitativas, con escala de medición nominal y ordinal.

En primera instancia se realizó el formato de participación voluntaria, en el cual se agrega un número de folio para la identificación de cada cuestionario. Con dicho formato se invita a participar en la investigación a aquellas mujeres que cumplen con los criterios de inclusión y de forma voluntaria acepten responder el cuestionario, se aclara de antemano el carácter anónimo y confidencial de los datos proporcionados, la autorización para su realización por parte del comité de ética de la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” ISSSTE, la finalidad del estudio, la cantidad de preguntas y el tiempo aproximado necesario, así como la libertad para responder o no a alguna de las preguntas, y bien, en caso de molestia, incomodidad o agresión a la intimidad, dignidad, valores o moral la destrucción del cuestionario en presencia de la paciente.

Conformado de 4 secciones, que son las siguientes:

- **Sección A. Datos sociodemográficos:** compuesto por las preguntas de la uno a la siete, con opciones de respuestas abiertas y cinco de ellas, (preguntas 2, 3, 4, 5 y 6) con opciones de escalas nominales, sin puntuación para determinar la frecuencia de violencia emocional o psicológica, necesarias para determinar las características de factores de riesgo asociados a la violencia.
- **Sección B. Antecedentes personales:** integrada por 5 preguntas, de la pregunta 8 a la 12, referentes a antecedentes de enfermedad concomitante ya diagnosticada, hábito de consumo de medicamentos, tabaco, alcohol o drogas, las opciones de respuesta son “sí o no”, en caso de opción afirmativa, se señala que se especifique a través de respuesta abierta, para lo cual se estableció una escala de medición nominal para su clasificación. Sin puntuación para determinar violencia emocional o psicológica, datos necesarios para determinar factores de riesgo asociados.

- **Sección C. Antecedentes personales de la pareja:** constituida por diez preguntas, de la 13 a la 22, cinco de las cuales son de respuestas abiertas (preguntas 13, 14, 15, 16 y 17) las primeras dos sobre antecedentes de relación de pareja previas y actual, las siguientes tres sobre antecedentes sociodemográficos de la pareja, con opciones de respuesta de escala de medición nominal; las preguntas 18 a la 22 son referentes a los antecedentes personales de la pareja, donde se cuestiona sobre antecedentes de enfermedad ya diagnosticada y hábitos de consumo de medicamentos, tabaco, alcohol o droga, las opciones de respuesta son “si o no”, en donde en caso positivo se solicita se especifique a través de respuesta abierta, para lo cual se diseñó una escala de medición nominal para clasificar las respuestas.
- **Sección D. Relación con la pareja:** está constituida por 32 preguntas, de la 23 a la 54, las primeras 27, diseñadas para la identificación de violencia emocional o psicológica en la relación de pareja durante el último mes, las opciones de respuesta son de opción múltiple, ordenadas tipo matriz para señalar con una “X” la respuesta según el caso, las con la siguiente escala:

NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

Se enumeraron de forma aleatoria de acuerdo a los siguientes indicadores: a) abuso verbal conformado por seis preguntas (24, 25, 30, 35, 45 y 47), b) intimidación, conformada por seis preguntas (32, 33, 39, 41, 44 y 46), c) amenazas, conformado por cinco preguntas (37,38,40,42 y 43), d) aislamiento, conformado por 3 preguntas (31, 34 y 50), e) desprecio, conformado por cinco preguntas (26,27,28,29 y 36) y abuso económico conformado por dos preguntas (48 y 49). Las preguntas restantes, de la 51 a la 54, se incluyeron dentro de las respuestas de opción múltiple, con la misma escala de respuesta, sin embargo, no están consideradas dentro de las

preguntas que buscan la violencia emocional o psicológica porque forman parte de los antecedentes tanto personales como de pareja (secciones B y C), sin embargo, por fines éticos éstas preguntas se decidió realizarlas una vez que la paciente se encuentra con la suficiente confianza para responderlas, ya que incluirlas en las secciones correspondientes podría haber provocado incomodidad o molestia desde el principio, debido a que se trata de cuestiones muy personales, lo cual se aclara desde el inicio de la sección D. Las preguntas 53 y 54 son correspondientes a los antecedentes de violencia durante la infancia y con parejas previas, lo cual forma parte de la sección B; las preguntas 51 y 52 son referentes a la percepción de la relación de pareja actual, y forman parte de la sección C.

2.9.1 MODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO INICIAL (VERSIÓN 2)

Posterior a la aplicación de la prueba piloto, a través de 10 cuestionarios (cinco de ellos por encuesta dirigida y los otros cinco por medio de autoaplicación) en las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar de forma voluntaria, se analizaron los resultados obtenidos en ésta y se efectuaron modificaciones al instrumento inicial, para complementar y mejorar la redacción, la organización, el número y el sentido de algunas preguntas de las cuatro secciones.

Los cambios realizados al instrumento inicial son los siguientes (ver anexo 2):

- En la pregunta 8, se agregó la palabra: “Acostumbra...”.
- En la pregunta 12, se modificó la palabra. “Consume...”, quedando de la siguiente forma: “¿Acostumbra utilizar...”
- En las preguntas de la 18 a la 22, se agregó al principio de cada una de ellas: “Su pareja...”.
- A la pregunta 27, se le eliminó las palabras: “sentir poco atractiva o...”, debido a que es reiterativa. Quedando solamente como: “Le ha hecho comentarios poco...”.

- La pregunta 30, se cambió a la pregunta 43 y a su vez la pregunta 43 a la 30, para evitar que dos preguntas del mismo tipo de indicador estuvieran juntas.
- A la pregunta 36, fue necesario cambiarla para no alterar las opciones de respuesta con los valores ya asignados, debido a que la puntuación más alta denotaba en realidad lo que no ocurre negativamente. De tal forma que quedó como sigue: “¿Toma decisiones importantes sin considerar su opinión. . .”.
- En la pregunta 42, se agregó una opción de respuesta que califica el mismo indicador, para aquellas mujeres que no tengan hijos. Se agregó: “Si no tiene hijos ¿La chantajea para dar o recibir algo...”.
- A la pregunta 46, se decidió eliminarla debido a que el valor en cualquier indicador puede ser ambiguo o malinterpretado. Se recorrió la numeración progresiva de las preguntas posteriores a ésta.
- La pregunta 48, cambia la numeración por la 47, y se modifica la redacción por ser poco explícita, de la siguiente forma: “¿Controla la economía de la familia sin informarle la distribución de gastos...”.
- La pregunta 49, cambia por la 48, y se modifica la redacción, debido a que la puntuación más alta denotaba en realidad lo que no ocurre negativamente, quedando de la siguiente forma: “¿Evita tomar en cuenta su opinión para la distribución de gastos?...”.
- Se agregaron al cuestionario tres preguntas, para el balance de la puntuación de acuerdo a cada indicador, que son: “¿Le gusta escuchar sus conversaciones privadas?”, “¿Ha dejado de aportar dinero posterior a un disgusto?” y “¿Le ha pedido que deje de trabajar aunque sea necesario para la economía familiar?”, se les asignó la numeración progresiva correspondiente a las preguntas 50, 51 y 52 respectivamente.

- A la pregunta 50, se le modificó la numeración a pregunta 53, y se agregó al final de la pregunta, para que fuera más explícita la frase: "...por su pareja".
- La pregunta 53, se modificó la numeración por pregunta 55, y se eliminó al principio de la pregunta la palabra: "...considera", para hacer más concreto el sentido de la pregunta, quedado: "Usted vivió algún tipo de violencia...".
- Se modificó el subtítulo de la sección B, omitiendo la palabra "personales...", debido a que se cuestionan otros datos relacionados a la pareja pero no de tipo personal.
- Por último se cambió el orden de la numeración a cada pregunta de la 23 a la 52, para alternar las respuestas de los diferentes tipos de indicadores. La pregunta 23, continúa en el 23, la 24 cambia por la pregunta 32, la 25 cambia por la 30, la 26 cambia por la 31, la 27 cambia por la 26, la 28 cambia por la 47, la 29 cambia por la 24, la 30 cambia por la 33, la pregunta 31 cambia por la 37, la pregunta 32 cambia por la 34, la pregunta 33 cambia por la 27, la 34 cambia por la 48, la 35 por la pregunta 25, la 36 por la 38, la 37 cambia por la 39, la pregunta 38 cambia por la 49, la 39 cambia por 28, la pregunta 40 cambia por la 51, la pregunta 41 cambia por la 35, la 42 cambia por la 40, la pregunta 43 cambia por la 41, la pregunta 44 cambia por la 50, la pregunta 45 cambia por la 29, la pregunta 46 cambia por la 52, la pregunta 47 cambia por la 43, la pregunta 48 cambia por la 44, la 49 cambia por la 45, la pregunta 50 cambia por la 42, la pregunta 51 cambia por la 36 y la pregunta 52 cambia por la 46.

2.9.2 SEGUNDA MODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO INICIAL, (VERSIÓN 3)

Se realizó una segunda prueba piloto, a través de 5 cuestionarios por medio de autoaplicación en las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar de forma voluntaria. Se analizaron los resultados y se efectuaron las siguientes modificaciones de redacción de las preguntas de la sección D, para que fuesen más explícitas:

- La pregunta 23, se cambió la redacción por: “¿Para pedirle algo o discutir su pareja le ha levantado la voz o gritado?”...
- La pregunta 25, cambió la redacción por: “Para lograr que usted haga algo, aún en contra de su voluntad ¿su pareja utiliza algún tipo de chantaje?...”
- La pregunta 27, cambio la redacción: “Al estar a solas, ¿su pareja la ha...”
- La pregunta 29, cambia la redacción, se omite las palabras: “altisonantes o agresivas” y se modifica: “Su pareja se dirige a usted de forma ofensiva o grosera” ...
- La pregunta 34, se cambia la redacción por causar confusión de respuesta, modificándose: “Para la distribución de gastos ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta...”
- La pregunta 35, cambia el orden de redacción para hacerla más explícita: “Al estar con otras personas, ¿su pareja ...”
- La pregunta 40, cambia el orden de redacción por: “Posterior a un disgusto ¿su pareja...”
- La pregunta 47, cambia la redacción por causar confusión en cuanto a que tipo de relación con otras personas, por lo que se modifica: “¿Su pareja le cuenta de su relación con otras parejas (de él) previas o actuales...”
- La pregunta 50, por ser una sola pregunta para dos tipos de respuesta, se modifica la numeración de la segunda opción de respuesta, por 50.1 en caso de no tener hijos, y se modifica la redacción por: “Utiliza algún tipo de chantaje para darle o esperar recibir algo...”
- La pregunta 51, cambia el orden de la redacción por: “En las decisiones importantes ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta...”
- La pregunta 52, cambia la redacción, se omite la palabra “conlleva” por: “En la forma de arreglar diferencias con su pareja hay gritos o...”

2.9.3 ESCALA DE PUNTUACIÓN

Para la calificación de las variables que buscan violencia emocional o psicológica se les asignó los valores operativos puntuales: nunca= 0 puntos, casi nunca= 1 punto, casi siempre= 2 puntos y siempre= 3 puntos. De un total de 30 preguntas, organizadas en los seis indicadores conceptuales de la violencia emocional o psicológica propuestos por Wynter AE, referido por Casique (2006)³, se agruparon de la siguiente forma:

1. **ABUSO VERBAL:** representado por siete preguntas (23, 29, 35, 41, 47, 49, y 52), correspondiente al 23.3%.
2. **INTIMIDACIÓN:** formado por cinco preguntas (24, 30, 37, 43 y 48), es decir, al 16.6%.
3. **AMENAZAS:** compuesto por cinco preguntas (25, 31, 36, 42 y 50), equivalente al 16.6%.
4. **AISLAMIENTO:** conformado por cuatro preguntas (26, 32, 38 y 44), corresponde al 13.3%.
5. **DESPRECIO:** formado por cinco preguntas (27, 33, 39, 45 y 51) que representa el 16.6%.
6. **ABUSO ECONÓMICO:** conformado por cuatro preguntas (28, 34, 40 y 46) con un valor de 13.3%.

Cada grupo de estas preguntas están relacionadas con la definición conceptual que busca cada indicador de manifestación de violencia emocional o psicológica.

Se decidió que el indicador de abuso verbal represente el mayor porcentaje de preguntas, debido a que es la manifestación de maltrato más objetiva de determinar y que, en la mayor parte de las veces, se presenta junto con el desarrollo de alguna otra manifestación de maltrato de éstos mismos indicadores, lo cual se compensa con el porcentaje proporcionado a los indicadores de aislamiento y abuso económico, cada uno representado por un 13.3% respectivamente, debido a que son los menos percibidos o aceptados por la mujer violentada emocionalmente, ya que pueden ser enmascarados o justificados por diversas causas.

Para obtener la calificación de la puntuación y determinar la evidencia de violencia emocional o psicológica, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) que permitieron determinar la calificación máxima (90 puntos) y mínima (0 puntos).

Para determinar los intervalos de la escala de severidad de violencia emocional o psicológica se utilizó el valor obtenido de la media \pm una desviación estándar.

Los valores de referencia son: $\bar{X}=15.5$, $s=15.1$, estableciendo los siguientes parámetros, según la puntuación obtenida:

- **De 0 a 0.4 puntos: sin evidencia de violencia emocional o psicológica.**

A partir de los **0.5 puntos**, es decir, a partir de una respuesta con valor mayor o igual a uno de las preguntas sugerentes, es indicativo de evidencia de violencia emocional o psicológica, aunque no sea percibida o aceptada por la mujer entrevistada.

Para determinar el grado de severidad de violencia emocional o psicológica, se estableció la siguiente escala:

De **0.5 a 15.5 puntos**, se consideró:

- Violencia emocional o psicológica **LEVE**.

De **15.6 a 30.6 puntos**, se consideró:

- Violencia emocional o psicológica **MODERADA**.

De **30.7 puntos y más**, se consideró:

- Violencia emocional o psicológica **SEVERA**.

El resto de las preguntas, es decir, las secciones A, B, C y las preguntas de la sección D de la 52 a la 56, las cuales no determinan la frecuencia de violencia emocional o psicológica se califican de acuerdo a las escalas de medición propuestas de forma ordinal y nominal descritas previamente.

A las respuestas de la 52 a la 56, las cuales son de opción múltiple, al igual que las anteriores, se les asignó el siguiente valor operativo: nunca= 0, casi nunca = 1, casi siempre= 2 y siempre= 3. Estos valores se asignan para su distribución en la base de datos de almacenamiento de la información, con la finalidad de determinar la frecuencia porcentual de estos factores de riesgo.

2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez realizado el instrumento, la aplicación de la prueba piloto y los ajustes y modificaciones posteriores, se procedió a realizar los trámites necesarios para la aplicación en la CMF “*Marina Nacional*” ISSSTE en el Distrito Federal, lo cual se resume de la siguiente forma:

- Aprobación por el comité de ética de la Clínica de Medicina Familiar “*Marina Nacional*” ISSSTE, sede académica de la autora del presente trabajo.
- Se contó con las facilidades necesarias para la aplicación del instrumento a todas las mujeres de edad de 19 a 39 años que voluntariamente aceptaron responder al cuestionario, en un consultorio de la clínica que proporcionaba privacidad.
- La aplicación del instrumento se realizó en diferentes días y durante los horarios matutino y vespertino, en las mujeres que acudieron a la clínica de medicina familiar por diversas circunstancias, y quienes aceptaron responder voluntariamente el cuestionario.
- Para la aplicación del instrumento se requirieron de 5-10 minutos disponibles, lápiz o bolígrafo, y un consultorio con escritorio y dos sillas que proporcionó un ambiente de privacidad que permitió responder con comodidad el cuestionario.
- A todas la mujeres que respondieron el cuestionario se entregó el instrumento y el consentimiento de participación voluntaria foliados, de forma individual y confidencial.
- Al término de las respuestas, se recibió y se evaluó de forma rápida el instrumento.

- A todas las mujeres que participaron en la aplicación del cuestionario se les proporcionó un tríptico informativo sobre la violencia de pareja de tipo emocional o psicológica, en las sospechosas ser víctima de cualquier grado de violencia, se les invitó a acudir al consultorio de psicología de la misma clínica para su atención, manejo y canalización a centros especializados en caso necesario, o bien, a llamar a los centros de atención telefónica especializados para la atención de violencia, especificados en el tríptico informativo (ver Anexo 4), los cuales funcionan las 24 horas del día los 365 días del año, en éstos centros se les asesora inicialmente y se les canaliza a los módulos de atención de violencia más cercanos a su domicilio.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

2.11.1 SESGO DE SELECCIÓN

No controlado debido a que se eligieron a 125 mujeres de 19 a 39 años de edad que aceptaron voluntariamente responder el cuestionario con previo consentimiento de participación voluntaria.

2.11.2 SESGO DE INFORMACIÓN

Se reconoce que este tipo de sesgo se pudo haber presentado. Debido a que queda a expensas de la honestidad de la entrevistada, confiando en las respuestas. Se trató de controlar informándole del anonimato de la entrevista, a fin de que expresara sus respuestas lo más cercano posible a la realidad.

2.12 PRUEBA PILOTO

Una vez terminado el cuestionario con el total de variables necesarias y las preguntas idóneas, las opciones de respuesta, el vocabulario empleado y la puntuación otorgada, se realizaron dos

pruebas piloto a las mujeres con los criterios de inclusión necesarios y previa autorización de participación voluntaria.

En la primera prueba se aplicaron 10 cuestionarios, cinco de ellos con encuesta dirigida y otros cinco con autorespuesta, que aportaron datos importantes para las primeras modificaciones del instrumento.

Datos que aportó la primera prueba piloto:

- Para responderlo se requirió un tiempo aproximado de 5 a 10 minutos tanto en la autoaplicación como la encuesta dirigida.
- De las 5 pacientes que respondieron el cuestionario por encuesta dirigida, dos de ellas opinaron que se hubieran sentido más cómodas al responderlo ellas mismas. Las otras tres comentaron sentirse con confianza para responderlo.
- Los inconvenientes de la encuesta dirigida fueron: 1) las cinco mujeres tendían a contestar “sí o no”, frecuentemente, en lugar de las opciones de respuesta sugeridas, 2) una de las cinco se observó dudosa al responder las preguntas de la sección D.
- La ventaja de la encuesta dirigida fue que se puede hacer un balance rápido del total de puntos, y en caso de evidencia de violencia emocional o psicológica proporcionar la información necesaria para acudir, si así lo desea, al servicio de psicología de la unidad, explicándole que resultó sospechosa de ser violentada.
- Las 5 mujeres en quienes se realizó autoaplicación, comentaron sentirse cómodas en la forma de responder el cuestionario, sólo una de ellas refirió que hubiera preferido la encuesta dirigida.
- Los inconvenientes de la autoaplicación fueron: 1) Las cinco coincidieron que había algunas preguntas que les eran poco claras; 2) No determinar antes de despedir a la paciente un balance de los resultados obtenidos, y por consiguiente, no haber proporcionado una

invitación en caso necesario, al servicio de psicología de la unidad, ni se explicó el resultado obtenido.

- La ventaja de la autoaplicación fue que las pacientes respondieron con mayor seguridad, de acuerdo a lo comentado por ellas mismas, y los resultados probablemente sean más confiables.

Se decidió cambiar las siguientes preguntas:

- En la pregunta 8, se agregó la palabra: “Acostumbra...”.
- En la pregunta 12, se modificó la palabra. “Consume...”, quedando de la siguiente forma: “¿Acostumbra utilizar...”
- En las preguntas de la 18 a la 22, se agregó al principio de cada una de ellas: “Su pareja...”.
- A la pregunta 27, se le eliminó la palabras: “sentir poco atractiva o...”, debido a que es reiterativa. Quedando solamente como: “Le ha hecho comentarios poco...”.
- La pregunta 30, se cambió a la pregunta 43 y a su vez la pregunta 43 a la 30, para evitar que dos preguntas del mismo tipo de indicador estuvieran juntas.
- A la pregunta 36, fue necesario cambiarla para no alterar las opciones de respuesta con los valores ya asignados, debido a que la puntuación más alta denotaba en realidad lo que no ocurre negativamente. De tal forma que quedó como sigue: “¿Toma decisiones importantes sin considerar su opinión. . .”.
- En la pregunta 42, se agregó una opción de respuesta que califica el mismo indicador, para aquellas mujeres que no tengan hijos. Se agregó: “Si no tiene hijos ¿La chantajea para dar o recibir algo...”.
- A la pregunta 46, se decidió eliminarla debido a que el valor en cualquier indicador puede ser ambiguo o malinterpretado. Se recorrió la numeración progresiva de las preguntas posteriores a ésta.

- La pregunta 48, cambia la numeración por la 47, y se modifica la redacción por ser poco explícita, de la siguiente forma: “¿Controla la economía de la familia sin informarle la distribución de gastos...”.
- La pregunta 49, cambia por la 48, y se modifica la redacción, debido a que la puntuación más alta denotaba en realidad lo que no ocurre negativamente., quedando de la siguiente forma: “¿Evita tomar en cuenta su opinión para la distribución de gastos?...”.
- Se agregaron al cuestionario tres preguntas, para el balance de la puntuación de acuerdo a cada indicador, que son: “¿Le gusta escuchar sus conversaciones privadas?”, “¿Ha dejado de aportar dinero posterior a un disgusto?” y “¿Le ha pedido que deje de trabajar aunque sea necesario para la economía familiar?”, se les asignó la numeración progresiva correspondiente a las preguntas 50, 51 y 52 respectivamente.
- A la pregunta 50, se le modificó la numeración a pregunta 53, y se agregó al final de la pregunta, para que fuera más explícita la frase: “...por su pareja”.
- La pregunta 53, se modificó la numeración por pregunta 55, y se eliminó al principio de la pregunta la palabra: “...considera”, para hacer más concreto el sentido de la pregunta, quedado: “Usted vivió algún tipo de violencia...”.
- Se modificó el subtítulo de la sección B, omitiendo la palabra “personales...”, debido a que se cuestionan otros datos relacionados a la pareja pero no de tipo personal.

Por último, se cambió el orden de la numeración a cada pregunta de la 23 a la 52, para alternar las respuestas de los diferentes tipos de indicadores. La pregunta 23, continúa en el 23, la 24 cambia por la pregunta 32, la 25 cambia por la 30, la 26 cambia por la 31, la 27 cambia por la 26, la 28 cambia por la 47, la 29 cambia por la 24, la 30 cambia por la 33, la pregunta 31 cambia por la 37, la pregunta 32 cambia por la 34, la pregunta 33 cambia por la 27, la 34 cambia por la 48, la 35

por la pregunta 25, la 36 por la 38, la 37 cambia por la 39, la pregunta 38 cambia por la 49, la 39 cambia por 28, la pregunta 40 cambia por la 51, la pregunta 41 cambia por la 35, la 42 cambia por la 40, la pregunta 43 cambia por la 41, la pregunta 44 cambia por la 50, la pregunta 45 cambia por la 29, la pregunta 46 cambia por la 52, la pregunta 47 cambia por la 43, la pregunta 48 cambia por la 44, la 49 cambia por la 45, la pregunta 50 cambia por la 42, la pregunta 51 cambia por la 36 y la pregunta 52 cambia por la 46.

La segunda prueba piloto se realizó a través de 5 cuestionarios por medio de autoaplicación en las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar de forma voluntaria. Se analizaron los resultados y se efectuaron las siguientes modificaciones de redacción de las preguntas de la sección D, para que fuesen más explícitas:

- La pregunta 23, se cambió la redacción por: “¿Para pedirle algo o discutir su pareja le ha levantado la voz o gritado?”...
- La pregunta 25, cambió la redacción por: “Para lograr que usted haga algo, aún en contra de su voluntad ¿su pareja utiliza algún tipo de chantaje?...”
- La pregunta 27, cambio la redacción: “Al estar a solas, ¿su pareja la ha...”
- La pregunta 29, cambia la redacción, se omite las palabras: “altisonantes o agresivas” y se modifica: “Su pareja se dirige a usted de forma ofensiva o grosera” ...
- La pregunta 34, se cambia la redacción por causar confusión de respuesta, modificándose: “Para la distribución de gastos ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta...”
- La pregunta 35, cambia el orden de redacción para hacerla más explícita: “Al estar con otras personas, ¿su pareja ...”
- La pregunta 40, cambia el orden de redacción por: “Posterior a un disgusto ¿su pareja...”

- La pregunta 47, cambia la redacción por causar confusión en cuanto a que tipo de relación con otras personas, por lo que se modifica: “¿Su pareja le cuenta de su relación con otras parejas (de él) previas o actuales...”
- La pregunta 50, por ser una sola pregunta para dos tipos de respuesta, se modifica la numeración de la segunda opción de respuesta, por 50.1 en caso de no tener hijos, y se modifica la redacción por: “Utiliza algún tipo de chantaje para darle o esperar recibir algo...”
- La pregunta 51, cambia el orden de la redacción por: “En las decisiones importantes ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta...”
- La pregunta 52, cambia la redacción, se omite la palabra “conlleva” por: “En la forma de arreglar diferencias con su pareja hay gritos o...”

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas para las medidas de resumen, pruebas estadísticas de asociación para las variables ordinales y nominales.

2.13.1 PLAN DE CODIFICACIÓN DE DATOS

Las respuestas a las preguntas contenidas en el cuestionario fueron de tipo cerradas, las cuales se codificaron a través de un número progresivo para facilitar su captura e información en la base de datos estadística.

2.13.2 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

NÚMERO DE PREGUNTA (OCHO CARACTERES)	TIPO N=NUMÉRICO O S=CADENA (NOMBRES)	ANCHO DE LA COLUMNA		ETIQUETA NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE CÓDIGOS	ESCALA DE MEDICIÓN S=CONTINUA O ESCALAR O=ORDINAL N=NOMINAL
		ENTEROS	DECIMALES			
Folio	N	3	0	Número de folio	Consecutivos del 001 al 125	S
P1	N	3	2	Edad	Números enteros	S
P2	N	3	0	Estado civil	1= casada 2= soltera 3= divorciada 4= unión libre 5= viuda	N
P3	N	3	0	Escolaridad en años	Números enteros	S
P4	S	3	0	Ocupación	1= ama de casa (hogar) 2= jubilada/pensionada 3= desempleada 4= subempleada 5= menor de edad 6= estudiante 7= estudia y trabaja 8= campesina 9= artesana 10= obrera 11= conductor de auto, camioneta, camión (chofer) 12= técnico 13= empleada 14= profesional 15= artista 16= comerciante establecido 17= empresaria 18= directivo 19= servicios diversos 20= otras ocupaciones no especificadas	N
P5	N	6	2	Ingreso mensual familiar	Valor del ingreso mensual familiar	S
P6	N	3	0	Clasificación Familiar	1= nuclear 2= nuclear simple 3= nuclear numerosa 4= reconstruida (binuclear) 5= monoparental 6= monoparental extendida 7= monoparental extendida sin parentesco 8= monoparental extendida compuesta 9= extensa 10= extensa compuesta 11= extensa ascendente 12= extensa descendente 13= extensa colateral 14= grupos similares a familiar 15= no parental 16= persona que vive sola	N
P7	N	3	0	Número de hijos	Valor de número de hijos	S
P8	N	3	0	¿Padece de alguna enfermedad?	0= no 1= sí	N

P8.1	S	20	0	Especifique la enfermedad que padece	Textual (agrupación post-códigos)	N
P9	N	3	0	¿Toma algún medicamento de forma frecuente?	0= no 1= sí	N
P9.1	S	20	0	Especifique el medicamento que toma de forma frecuente	Textual (agrupación post-códigos)	N
P10	N	3	0	¿Acostumbra fumar?	0= no 1= sí	N
P10.1	N	3	0	Cantidad de cigarrillos que acostumbra fumar por día	1= 1 a 4 cigarrillos por día 2= 5 a 10 cigarrillos por día 3= más 10 cigarrillos por día	N
P11	N	3	0	¿Acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	0= no 1= sí	N
P11.1	N	3	0	Especifique la frecuencia con la que acostumbra el uso de bebidas alcohólicas	1= diario 2= semanal 3= mensual 4= ocasional	N
P12	N	3	0	¿Acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	0= no 1= sí	N
P12.1	S	3	0	Especifique que sustancia acostumbra utilizar	Textual (agrupación post-códigos)	N
P13	N	3	0	Número de parejas formales	Números enteros	N
P14	N	3	2	Tiempo de unión conyugal con su última pareja	Números enteros	S
P15	N	3	2	Edad de la pareja	Números enteros	S
P16	N	3	0	Escolaridad de la pareja en años	Números enteros	S
P17	S	3	0	Ocupación de la pareja	1= amo de casa (hogar) 2= jubilado/pensionado 3= desempleado 4= subempleado 5= menor de edad 6= estudiante 7= estudia y trabaja 8= campesino 9= artesano 10= obrero 11= conductor de auto, camioneta, camión (chofer) 12= técnico 13= empleado 14= profesional 15= artista 16= comerciante establecido 17= empresario 18= directivo 19= servicios diversos 20= otras ocupaciones no especificadas	N
P18	N	3	0	¿Su pareja padece de alguna enfermedad?	0= no 1= sí	N

P18.1	S	20	0	Especifique la enfermedad que padece su pareja	Textual (agrupación post-códigos)	N
P19	N	3	0	¿Su pareja toma algún medicamento de forma frecuente?	0= no 1= sí	N
P19.1	S	20	0	Especifique el medicamento que su pareja toma de forma frecuente	Textual (agrupación post-códigos)	N
P20	N	3	0	¿Su pareja acostumbra fumar?	0= no 1= sí	N
P20.1	N	3	0	Cantidad de cigarrillos que su pareja acostumbra fumar por día	1= 1 a 4 cigarrillos por día 2= 5 a 10 cigarrillos por día 3= más 10 cigarrillos por día	N
P21	N	3	0	¿Su pareja acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	0= no 1= sí	N
P21.1	S	3	0	Especifique la frecuencia con la que su pareja acostumbra el uso de bebidas alcohólicas	1= diario 2= semanal 3= mensual 4= ocasional	N
P22	N			¿Su pareja acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	0= no 1= sí	N
P22.1	S	3	0	Especifique que sustancia acostumbra utilizar su pareja	Textual (agrupación post-códigos)	N
P23	N	3	0	¿Para pedirle algo o discutir su pareja le ha levantado la voz o gritado?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P24	N	3	0	¿Su pareja le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P25	N	3	0	Para lograr que usted haga algo, aún en contra de su voluntad ¿su pareja ha utilizado algún tipo de chantaje?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P26	N	3	0	¿Su pareja le controla sus actividades o su hora de llegada?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P27	N	3	0	Al estar a solas ¿su pareja la ha insultado o menospreciado?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P28	N	3	0	¿Su pareja controla la economía familiar sin informarle la distribución de los gastos?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P29	N	3	0	¿Su pareja se dirige a usted de forma ofensiva o grosera?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O

P30	N	3	0	¿Su pareja le ha destruido alguna de sus cosas?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P31	N	3	0	¿Su pareja ha puesto condiciones para tomar alguna decisión?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P32	N	3	0	¿Su pareja se pone celoso fácilmente o sospechado de alguna amistad o conocido?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P33	N	3	0	¿Su pareja la ha hecho comentarios poco agradables acerca de su aspecto físico?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P34	N	3	0	Para la distribución de los gastos, ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta su opinión?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P35	N	3	0	Al estar con otras personas ¿Su pareja la ha insultado o menospreciado?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P36	N	3	0	¿Su pareja la ha amenazado con golpearla (con objetos o puño)?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P37	N	3	0	¿Lo cree capaz de hacerlo?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P38	N	3	0	¿Su pareja le ha pedido que deje de acudir a algún lugar aún en contra de su voluntad?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P39	N	3	0	¿Su pareja la ha hecho sentir inútil, torpe o loca?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P40	N	3	0	Posterior a un disgusto ¿su pareja ha dejado de aportar dinero?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P41	N	3	0	¿Su pareja le ha retirado la palabra o ignorado?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P42	N	3	0	¿Su pareja la ha amenazado con abandonarla?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P43	N	3	0	¿Lo cree capaz de hacerlo?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P44	N	3	0	¿A su pareja le gusta escuchar sus conversaciones privadas?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O

P45	N	3	0	¿Su pareja la compara con otras personas?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P46	N	3	0	¿Su pareja le ha pedido que deje de trabajar aunque sea necesario para la economía familiar?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P47	N	3	0	¿Su pareja le cuenta de su relación con otras parejas (de él) previas o actuales?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P48	N	3	0	¿Su pareja le ha hecho sentir miedo de él?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P49	N	3	0	¿Su pareja la ha culpado de algo?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P50	N	3	0	Si tiene hijos: ¿Los utiliza como medio de chantaje (llevárselos o abandonarlos)?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P50.1	N	3	0	Si NO tiene hijos: ¿Utiliza algún tipo de chantaje para darle o esperar recibir algo?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P51	N	3	0	En las decisiones importantes ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta su opinión?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P52	N	3	0	¿En la forma de arreglar diferencias con su pareja hay gritos o insultos?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P53	N	3	0	¿Usted cree que es violentada emocionalmente por su pareja?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P54	N	3	0	¿Considera que su estado de salud se afecta por su relación de pareja?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P55	N	3	0	Usted vivió algún tipo de violencia durante su infancia?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O
P56	N	3	0	¿Con alguna pareja anterior usted vivió algún tipo de violencia?	0= nunca 1= casi nunca 2= casi siempre 3= siempre	O

2.13.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico de las variables de la base de datos se utilizó el programa SPSS V.12.

2.14 CRONOGRAMA

Ver Anexo 5

2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS, Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el presente estudio, se requirió la intervención de la autora para la aplicación del cuestionario.

Se requirieron hojas blancas, tarjetas foliadas, impresiones, fotocopias, bolígrafos, computadora, dispositivo de almacenamiento masivo para textos electrónicos, paquetes informáticos Office y SPSS V. 12, financiado totalmente por la autora del presente trabajo.

2.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS

2.16.1 DECLARACIÓN DE HELSINKI⁴⁷

Este estudio esta de acuerdo con los principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, establecidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 18^a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29^a Asamblea Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983, la 41^a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. 48^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial en Somerset West, Sudáfrica, en octubre de 1999, en la 52^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial en Edimburgo, Escocia, en octubre de 2000. Nota aclaratoria al párrafo 29, añadida en la 54^a Asamblea general de la Asociación Médica Mundial realizada en Washington, Estados Unidos, en octubre de 2002.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación en seres humanos. La cual incluye la investigación de material humano o de datos identificables.

“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad”.

En el caso del presente trabajo, se propone un instrumento para la identificación e índice de severidad de violencia emocional ejercida en mujeres por sus parejas, lo que permitiría la identificación y reconocimiento oportuno, y a su vez un manejo integral que permita el establecimiento de medidas preventivas a fin de evitar que esta situación persista o empeore, y así, disminuir las consecuencias de ésta problemática de salud pública.

“Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquier medida de protección para los seres humanos establecida en esta declaración”.

Es por esto que se toma en consideración la Ley General de Salud vigente en México, así como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por aclamación por la 33ª sesión de la Conferencia General de la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el 19 de octubre de 2005.

“En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano”.

Para los fines del presente trabajo no se atentó contra la vida o la salud de las participantes, su intimidad y dignidad se respetaron a través de un consentimiento de participación voluntaria, así como un sistema de folios para conservar el anonimato.

“El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental”: “El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiación, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio”.

Los objetivos del estudio, la creación y modificaciones realizadas al instrumento, el método de recolección de datos y la canalización a las pacientes identificadas con violencia emocional, previa autorización, están claramente establecidas en el presente trabajo.

“La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados”.

Si el instrumento propuesto es capaz de identificar la presencia de violencia emocional ejercida en mujeres por su pareja, así como determinar un índice de severidad de la misma, permitirá su reconocimiento y aceptación, lo cual es indispensable para poder otorgar un manejo oportuno, integral y preventivo que permita detener el ciclo de violencia en la pareja y la disminución de sus repercusiones. También contribuirá a la detención de la transmisión transgeneracional colaborando con la resolución de la problemática que implica.

“Las personas objeto del proyecto de investigación deben ser participantes voluntarios e informados”: *“La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona”.*

En el presente trabajo, se entregó un consentimiento de participación voluntaria (anexo 1, 2 y 3) antes de aplicar el instrumento, y se reiteró la información en la sección D del cuestionario, correspondiente a la vida en pareja.

2.16.2 LEY GENERAL DE SALUD⁴⁸

2.16.2.1 TÍTULO PRIMERO, CAPITULO ÚNICO, ARTÍCULO 3°.

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

En el presente trabajo se pretendió el desarrollo de un instrumento que ayude a la búsqueda de violencia emocional, para así contribuir al manejo de la violencia como problema de salud

pública y con intervención de carácter preventivo para evitar el avance esperado en el ciclo de la misma.

2.16.2.2 TÍTULO SEGUNDO, CAPÍTULO I.

2.16.2.2.1 ARTÍCULO 13.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

2.16.2.2.2 ARTÍCULO 14

La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que pretende producir no puede obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberá prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este reglamento.

Para la realización de este trabajo, era necesario hacerlo en seres humanos, debido que no había otro medio a través del cual se obtuviera la información necesaria, se utilizó un cuestionario de autorespuesta, con previa autorización de participación voluntaria, no hubo riesgos en su aplicación, por el contrario, aquellas mujeres con datos de violencia emocional se les proporcionó la información necesaria para acudir a los diferentes centros de atención contra la violencia en mujeres ubicados en el D.F., así como referencia al servicio de psicología de la misma clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE, sede de adscripción de la autora del presente trabajo, para el curso de especialización en Medicina Familiar. Se contó con la asesoría de médicos especialistas en medicina familiar con los conocimientos y la experiencia necesarios para preservar la integridad de las personas participantes en la investigación, así como con la autorización para su realización por el comité de ética de la clínica, así como de la institución de adscripción.

2.16.2.2.3 ARTÍCULO 16

En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificación sólo cuando los resultados lo requieran y éste los autorice.

En este trabajo, el cuestionario fue anónimo y se desarrolló un sistema de foliación para mejor control de los resultados, los cuales se analizaron frente al participante para dar a conocer el resultado y dar la información necesaria en caso de canalización.

2.16.2.2.4 ARTÍCULO 17

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

- I. Investigación sin riesgo
- II. Investigación con riesgo mínimo
- III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo.

El presente trabajo se encuentra dentro del rubro I, es decir, sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, como es el caso del instrumento utilizado en el presente trabajo.

2.16.2.2.5 ARTÍCULO 20

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

2.16.2.2.6 ARTÍCULO 21

Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representación legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la amerite, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

2.16.2.2.7 ARTÍCULO 22

El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

2.16.2.2.8 ARTÍCULO 23

En caso de investigación de riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

De acuerdo a los artículos 20 a 23, título segundo, capítulo primero de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en la Ley General de Salud en México, en el presente trabajo se realizó un consentimiento de participación voluntaria (anexo 2) para informar en general sobre el objetivo del trabajo a los participantes y sobre su derecho a abandonar el estudio sin tomar de

represalias por ello, así como la autorización por parte de las autoridades competentes para la aplicación del mismo.

2.16.3 DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS⁴⁹

Disposiciones generales

Artículo 1. Alcance

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.

Artículo 2. Objetivos

Los objetivos de la presente Declaración son:

- a. Proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética;
- b. Orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas;
- c. Promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos;
- d. Reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico;

- e. Fomentar el diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto;
- f. Promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología;
- g. Salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras;
- h. Destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

Principios: En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes:

Artículo 3. Dignidad humana y derechos humanos

1. “Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.”
2. “Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.”

En el caso del presente trabajo se respeta la dignidad humana y su derecho de participación voluntaria con previo conocimiento del objetivo del mismo y el consentimiento de hacerlo, donde se aclara el anonimato, así como la libertad de no contestar o dejar de participar, aún con previo consentimiento.

Artículo 4. Beneficios y efectos nocivos.

“Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los

participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.”

En el presente trabajo se esperan beneficios de la investigación, puesto que, al detectar oportunamente la presencia de violencia emocional o el riesgo de padecerla, a través de la aplicación del cuestionario, se brindaría atención oportuna a las mujeres sospechosas, así como información para la búsqueda de asesoría o alternativas de manejo.

Artículo 6. Consentimiento

1. “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”

Artículo 9. Privacidad y confidencialidad

“La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad, con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.”

En el presente trabajo se utiliza un formato de consentimiento de participación voluntaria (anexo 1, 2 y 3) donde se hace explícito el carácter confidencial, anónimo y voluntario de las

participantes, así como la libertad de no contestar o dejar de participar en cualquier momento. El objetivo de la investigación, la cantidad de preguntas y el tiempo aproximado empleado en responderlo.

Artículo 15. Aprovechamiento compartido de los beneficios

1. “Los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones deberían compartirse con la sociedad en su conjunto y en el seno de la comunidad internacional, en particular con los países en desarrollo. Los beneficios que se deriven de la aplicación de este principio podrán revestir las siguientes formas:
 - a. Asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos;
 - b. Acceso a una atención médica de calidad;
 - c. Suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación;
 - d. Apoyo a los servicios de salud;
 - e. Acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos; entre otros.

Con el presente trabajo se espera proporcionar un instrumento capaz de detectar oportunamente la presencia de violencia emocional o psicológica en mujeres, que funcione como elemento de apoyo diagnóstico. Así mismo, aquellas mujeres que de acuerdo al instrumento resultaron sospechosas de padecer violencia emocional se les proporcionó la información sobre el tema y alternativas de centros de atención, en caso de que así lo decidieran, a través de un tríptico realizado, con base en la bibliografía consultada, por la autora (anexo 4).

3. RESULTADOS

Se aplicaron 125 cuestionarios a mujeres de 19 a 39 años derechohabientes de la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” ISSSTE, de los cuales, dos fueron anulados por presentar preguntas sin respuesta.

3.1 SECCIÓN A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

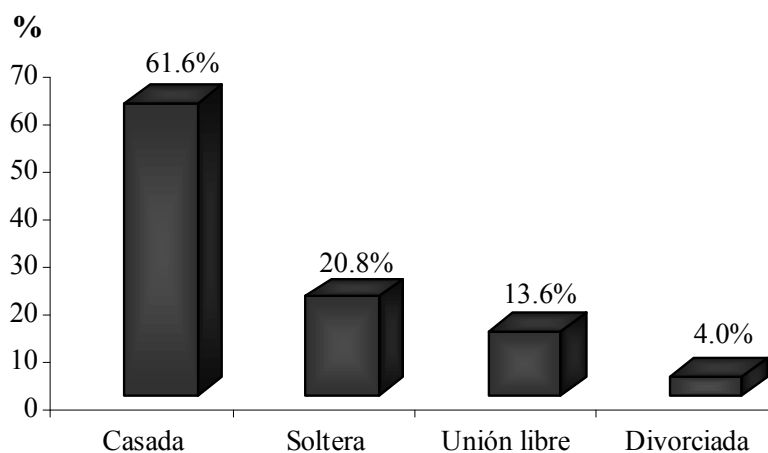
3.1.1 EDAD

El rango de edad de las mujeres participantes fue desde 19 hasta 39 años, con una media de 32.16 y desviación estándar de 5.59.

3.1.2 ESTADO CIVIL

De acuerdo a estado civil, el más frecuente fue casada (61%), el resto como se muestra en la figura 6.

**FIGURA 6.
ESTADO CIVIL**



3.1.3 ESCOLARIDAD EN AÑOS

En cuanto al rango de escolaridad en años se encontró un mínimo de 6 años y un máximo de 20 años, con una media de 13.3 y una desviación estándar de 3.34. El equivalente a un año de bachillerato o técnico.

3.1.4 OCUPACIÓN

Las tres ocupaciones más frecuentes fueron empleada con 38.4%, profesional con 27.2% y ama de casa “hogar” con un 23.2%, el resto como se describe en el cuadro 4.

Cuadro 4
OCUPACIONES

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleada	48	38.4
Profesional	34	27.2
Ama de casa “hogar”	29	23.2
Obrera	3	2.4
Técnico	3	2.4
Comerciante establecido	2	1.6
Servicios diversos	2	1.6
Estudiante	2	1.6
Directivo	1	.8
Estudia y trabaja	1	.8
TOTAL	125	100

3.1.5 INGRESO MENSUAL FAMILIAR

En cuanto al ingreso mensual familiar total en pesos mexicanos, se encontró un mínimo de \$2800 y un máximo de \$44 000, con una media de \$10 548.00 y una desviación estándar de 7262.74.

3.1.6 CLASIFICACIÓN FAMILIAR

En cuanto a la clasificación familiar el tipo de familia más frecuente fue nuclear simple (48.8%), es decir, ambos padres con uno a tres hijos, como se muestra en el cuadro 5.

Cuadro 5
CLASIFICACIÓN FAMILIAR*

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear simple	61	48.8
Monoparental extendida	13	10.4
Nuclear	12	9.6
Monoparental	10	8.0
Extensa	7	5.6
Persona que vive sola	7	5.6
Nuclear numerosa	4	3.2
No parental	4	3.2
Extensa ascendente	3	2.4
Grupos similares a familia	3	2.4
Extensa compuesta	1	0.8
TOTAL	125	100

*TOMADO DE: Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 1ed. México: Medicina Familiar Mexicana 2005.

3.1.7 NÚMERO DE HIJOS

En cuanto al número de hijos se encontró un mínimo de cero y un máximo de cuatro, con una media de 1.46 y una desviación estándar de 1.089. El número más frecuente fue de un hijo (30.4%), como se muestra en la cuadro 6.

Cuadro 6
NÚMERO DE HIJOS

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	28	22.4
1	38	30.4
2	37	29.6
3	18	14.4
4	4	3.2
TOTAL	125	100

3.2 SECCIÓN B. ANTECEDENTES PERSONALES

3.2.1 ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES

En cuanto a antecedentes de enfermedad 96 mujeres (76.8%) refirió no padecer alguna enfermedad, las otras 29 (23.3%) refirió padecer una o más enfermedades.

De acuerdo a las enfermedades mencionadas se encontró la más frecuente a la hipertensión arterial sistémica, en ocho casos, correspondiente a un 25%, en segundo lugar de frecuencia se encontró diabetes mellitus 2 y asma bronquial leve, ambas en cuatro casos cada una, y correspondiente a un 12.5%, el resto como se muestra en el cuadro 7.

Cuadro 7
ENFERMEDADES

ENFERMEDAD	CASOS	PORCENTAJE
Hipertensión arterial	8	25.0
Diabetes mellitus 2	4	12.5
Asma bronquial	4	12.5
Enfermedad ácido péptica	3	9.4
Migraña	2	6.3
Osteoartrosis	2	6.3
Lumbalgia crónica	2	6.3
Dislipidemia	2	6.3
Colitis	1	3.1
Hipoacusia	1	3.1
Hipotiroidismo	1	3.1
Escoliosis	1	3.1
Vértigo	1	3.1
TOTAL	32	100

3.2.2 ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS

Acerca del uso frecuente de algún medicamento 89 mujeres refirieron no tomar alguno (71.2%), las otras 36 mujeres reconocen el uso de uno o más medicamentos. Los más frecuentes, encontrados en cinco casos respectivamente fueron: captopril, paracetamol, sulfato ferroso y ácido fólico, cada uno correspondiente a un 9.4 %, el resto de los medicamentos encontrados, se muestra en el cuadro 8.

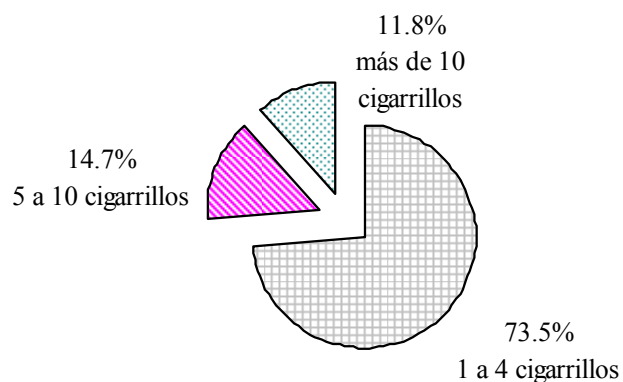
Cuadro 8
MEDICAMENTOS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Captopril	5	9.4
Paracetamol	5	9.4
Sulfato ferroso	5	9.4
Ácido fólico	5	9.4
Salbutamol	4	7.5
Metformina	2	3.8
Glibenclamida	2	3.8
Esgotamina/cafeína	2	3.8
Naproxeno	2	3.8
Beclometasona	2	3.8
Bezafibrato	2	3.8
Insulina NPH	1	1.9
Enalapril	1	1.9
Clortalidona	1	1.9
Amlodipino	1	1.9
Ketorolaco	1	1.9
Diazepam	1	1.9
Ranitidina	1	1.9
Piroxicam	1	1.9
Levotiroxina	1	1.9
Vitaminicos	1	1.9
Furosemida	1	1.9
Diclofenaco	1	1.9
Omeprazol	1	1.9
Esomeprazol	1	1.9
Intometacina	1	1.9
TOTAL	27	100

3.2.3 HÁBITO DE TABAQUISMO

De las 125 mujeres participantes, 91 mujeres refirieron no fumar (72.8%), de las 34 mujeres que reconocieron fumar (27.2%), el 73.5% refirió consumir de 1 a 4 cigarrillos por día, el 14.7% consumen de 5 a 10 cigarrillos al día y el 11.8% refirieron fumar más de 10 cigarrillos por día, como se muestra en la figura 7.

**FIGURA 7.
CONSUMO DE CIGARRILLOS POR DÍA**



3.2.4 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas, 79 mujeres (63.2%) refirió no acostumbrar consumirlas, 46 mujeres reconocieron el consumo de bebidas alcohólicas (36.8%), de las cuales el 95.7% mencionó el consumo ocasional, como se muestra en el cuadro 9.

**Cuadro 9
FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ocasional	44	95.7
Semanal	38	2.2
Mensual	37	2.2
TOTAL	46	100

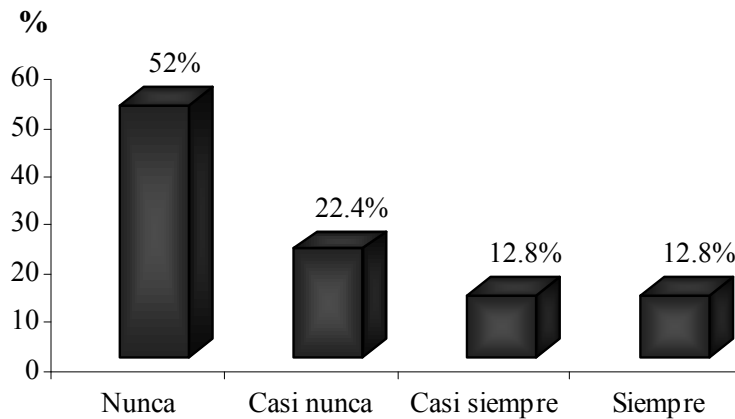
3.2.5 CONSUMO DE DROGAS

En cuanto al consumo de drogas, el 100% de las 125 mujeres participantes negaron su uso.

3.2.6 ANTECEDENTE DE VIOLENCIA DURANTE LA INFANCIA

En cuanto a los antecedentes de violencia durante la infancia 65 mujeres refirieron que nunca vivieron algún tipo de violencia, lo cual representa el 52%, el resto, que corresponde al 48%, refirió haber vivido algún tipo de violencia en la infancia, como se muestra en la figura 8.

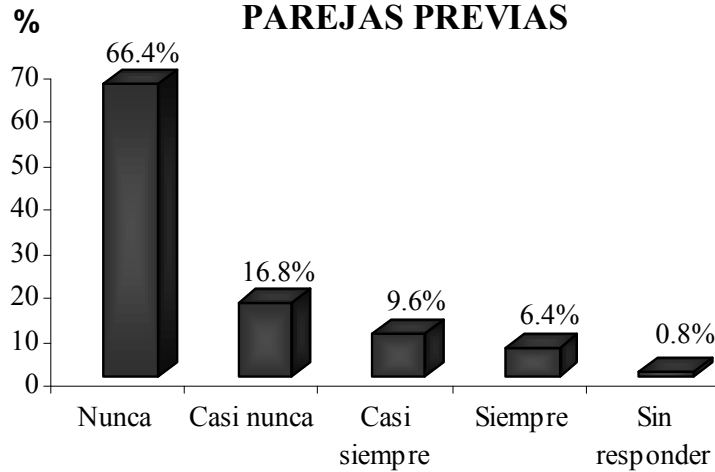
FIGURA 8.
ANTECEDENTE DE VIOLENCIA
DURANTE LA INFANCIA



3.2.7 ANTECEDENTE DE VIOLENCIA CON PAREJAS PREVIAS

Respecto al antecedente de algún tipo de violencia con alguna pareja previa, 83 mujeres seleccionaron la opción nunca, que corresponde al 66.4%, casi nunca representado por el 21%, casi siempre, elegido por 12 mujeres que representa el 9.6%, y la opción siempre, seleccionada por 8 mujeres, representando el 6.4%. Una mujer se abstuvo de responder, lo cual representa el 0.8%. Como se muestra en la figura 9.

FIGURA 9.
ANTECEDENTES DE VIOLENCIA CON
PAREJAS PREVIAS



3.3 SECCIÓN C. ANTECEDENTES DE LA PAREJA

3.3.1 NUMERO DE PAREJAS FORMALES

En cuanto al número de parejas formales, se encontró un mínimo de una y un máximo de ocho, con una media de 1.77 y una desviación estándar de 1.033. La cantidad de parejas más frecuente fue de una pareja con un 51.2%, como se muestra en la cuadro 10.

Cuadro 10
NÚMERO DE PAREJAS FORMALES

NÚMERO DE PAREJAS	FRECUENCIA	PROMEDIO
1	64	51.2
2	36	28.8
3	19	15.2
4	5	4.0
8	1	0.8
TOTAL	125	100

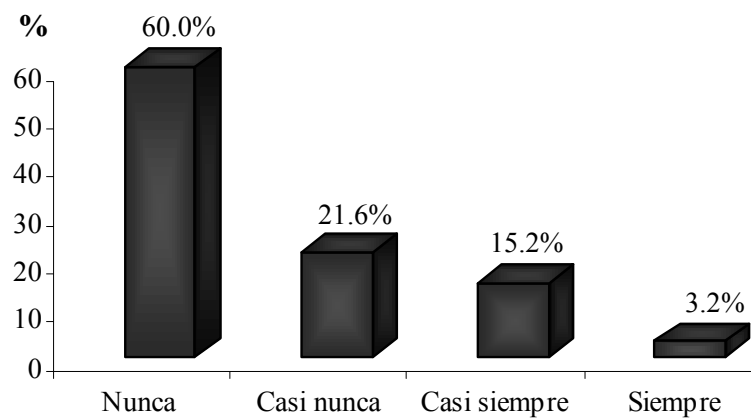
3.3.2 TIEMPO DE UNIÓN CONYUGAL

El tiempo de unión conyugal con la última pareja se encontró con un mínimo de un año y un máximo de 23 años, con un media de 8.56 y una desviación estándar de 5.779.

3.3.3 PERCEPCION DE VIOLENCIA EMOCIONAL EJERCIDA POR LA PAREJA

Respecto a la percepción de violencia emocional ejercida por su pareja, la opción de respuesta más frecuente, elegida por 75 mujeres, es nunca, que representa el 60%, el resto se muestran en la figura 10.

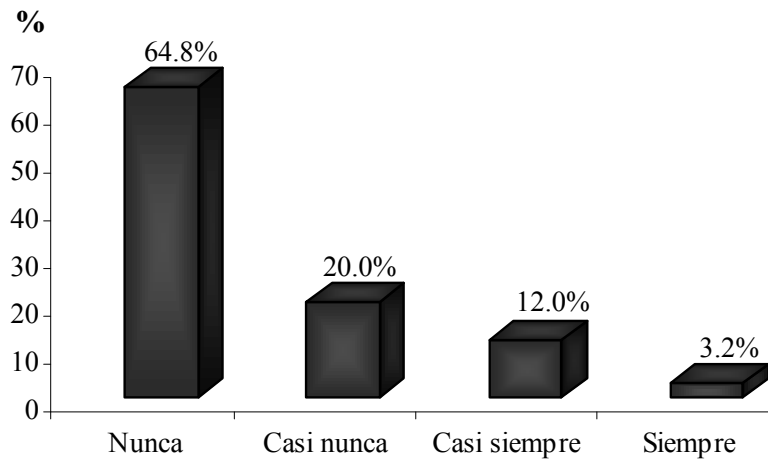
**FIGURA 10.
PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA EJERCIDA
POR LA PAREJA**



3.3.4 AFECCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR LA RELACIÓN DE PAREJA

Sobre la consideración acerca de la afección del estado de salud por su relación de pareja, 81 mujeres respondieron la opción nunca, que corresponde a un 64.8%, el resto se muestra en la figura 11.

**FIGURA 11.
AFECCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR LA
RELACIÓN DE PAREJA**



3.3.5 EDAD DE LA PAREJA

El rango de edad de la pareja encontrado fue de un mínimo de 19 años y un máximo de 54 años, con una media de 35.36 y una desviación estándar de 7.410.

3.3.6 ESCOLARIDAD DE LA PAREJA

De acuerdo con la escolaridad en años de la pareja se encontró un mínimo de 6 años y un máximo de 23 años, con una media de 12.90 y una desviación estándar de 3.509. Correspondiente a secundaria terminada.

3.3.7 OCUPACIÓN DE LA PAREJA

Respecto a la ocupación de la pareja, las más frecuentes fueron: empleado (45.6%), profesional (20.8%) y servicios diversos (6.4%), como se muestra en el cuadro 11.

**Cuadro 11
OCUPACIÓN DE LA PAREJA**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	57	45.6
Profesional	26	20.8
Servicios diversos	8	6.4
Obrero	7	5.6
Chofer	6	4.8
Comerciante establecido	5	4.0
Técnico	4	3.2
Otras no especificadas	3	2.4
Estudia y trabaja	3	2.4
Jubilado/pensionado	2	1.6
Subempleado	2	1.6
Estudiante	2	1.6
TOTAL	125	100

3.3.8 ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE LA PAREJA

Acerca de los antecedentes de enfermedad en las parejas, 106 mujeres refirieron que su pareja no padece alguna enfermedad (94.8%), de las 19 mujeres que reconocieron una o más enfermedades en su pareja (15.2%), se encontró que la más frecuente, con 12 casos, la hipertensión arterial sistémica en un 63.2% el resto como se muestra en el cuadro 12.

**Cuadro 12
ENFERMEDADES DE LA PAREJA**

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión arterial	12	63.2
Asma bronquial leve	2	10.5
Diabetes mellitus 2	1	5.3
Enfermedad Ácido-péptica	1	5.3
Obesidad	1	5.3
Osteoartrosis	1	5.3
Insuficiencia renal	1	5.3
TOTAL	19	100

3.3.9 ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS EN LA PAREJA

Respecto al uso de medicamentos por la pareja, 107 mujeres negaron su utilización (85.6%), de las 18 mujeres que reconocieron que su pareja utiliza uno o más medicamentos de forma frecuente (14.4%), se encontró que el más consumido es el captopril en ocho casos, correspondiente a un 40%, el resto se muestra en el cuadro 13.

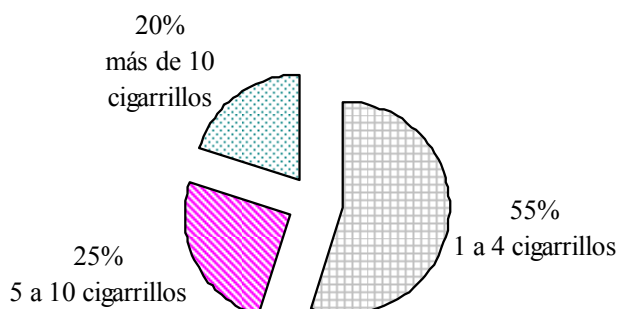
Cuadro 13
ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS EN LA PAREJA

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Captopril	8	40
Amlodipino	2	10
Salbutamol	2	10
Glibenclamida	1	5.0
Enalapril	1	5.0
Ácido acetilsalicílico	1	5.0
Metoprolol	1	5.0
Diltiazem	1	5.0
Furosemida	1	5.0
Diclofenaco	1	5.0
Omeprazol	1	5.0
TOTAL	20	100

3.3.10 HÁBITO DE TABAQUISMO EN LA PAREJA

En cuanto al consumo de tabaco por parte de la pareja, se encontró que 65 mujeres negaron que sus parejas fumen (52%), las 60 restantes reconocen que sus parejas acostumbran fumar (48%), de los cuales, el consumo más frecuente, correspondiente al 55%, refirieron que sus parejas fuman de 1 a 4 cigarrillos por día, el 25% consume de 5 a 10 cigarrillos al día y el 20% acostumbra fumar más de 10 cigarrillos por día, como se muestra en la figura 12.

**FIGURA 12.
CONSUMO DE CIGARRILLOS
DE LA PAREJA POR DÍA**



3.3.11 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR LA PAREJA

De acuerdo con el consumo de bebidas alcohólicas por la pareja se encontró que 40 mujeres negaron que sus parejas acostumbren consumirlas (32%), las 85 mujeres restantes reconocen que sus parejas si las consumen (68%), la frecuencia de uso más reportada fue ocasional, como se muestra en el cuadro 14.

**Cuadro 14
FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LA PAREJA**

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ocasional	62	72.94
Semanal	14	16.47
Mensual	6	7.06
Diario	3	3.53
TOTAL	85	100

3.3.12 CONSUMO DE DROGAS POR LA PAREJA

Se encontró que de las 125 mujeres participantes, 121 de ellas negaron que sus parejas acostumbren utilizar algún tipo de droga (96.8%), las 4 mujeres que aceptaron que sus parejas utilizan drogas (3.2%), 3 refieren que consumen cocaína y 1 marihuana.

3.4 SECCIÓN D. RELACIÓN CON LA PAREJA

Los resultados de ésta sección, correspondiente al instrumento, se muestran de acuerdo con cada una de las áreas que se exploraron sobre la violencia emocional o psicológica

3.4.1 ABUSO VERBAL

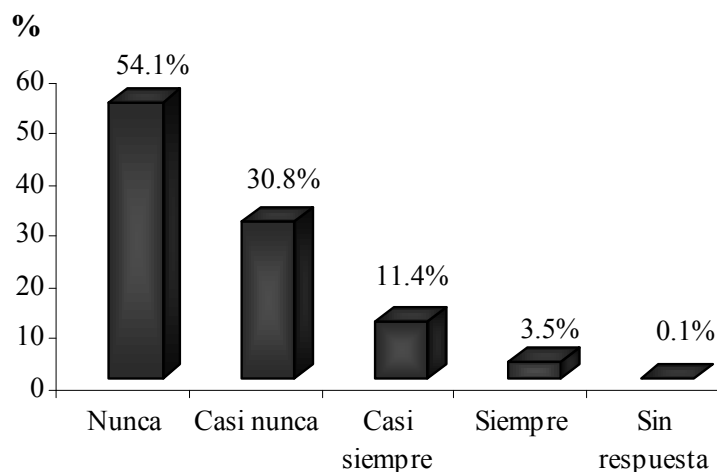
Conformado por siete preguntas (23, 29, 35, 41, 47, 49 y 52) se encontró lo siguiente:

CUADRO 15
PORCENTAJES DE ABUSO VERBAL

ABUSO VERBAL	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	SIN RESPUESTA
¿Para pedirle algo o discutir su pareja le ha levantado la voz o gritado?	28.0	51.2	17.6	3.2	0
¿Su pareja se dirige a usted de forma ofensiva o grosera?	68.0	23.2	8.0	0.8	0
Al estar con otras personas ¿su pareja la ha insultado o menospreciado?	76.8	18.4	2.4	1.6	1
¿Su pareja le ha retirado la palabra o ignorado?	45.6	36.0	15.2	4.0	0
¿Su pareja le cuenta de su relación con otras parejas (de él) previas o actuales?	63.2	25.6	5.6	5.6	0
¿Su pareja la ha culpado de algo?	57.6	27.2	9.6	5.6	0
¿En la forma de arreglar diferencias con su pareja hay gritos o insultos?	40.0	34.4	21.6	4.0	0
PROMEDIO %	54.17	30.86	11.43	3.54	0.14

La frecuencia de violencia emocional manifestada por abuso verbal presentó un promedio porcentual del 54.17% en la opción de respuesta nunca, un 30.86% para la opción casi nunca, un 11.43% en casi siempre y un 3.54% para la opción siempre. En una de las preguntas una mujer se abstuvo de responder, como se muestra en la figura 13.

**FIGURA 13.
ABUSO VERBAL**



3.4.2 INTIMIDACIÓN

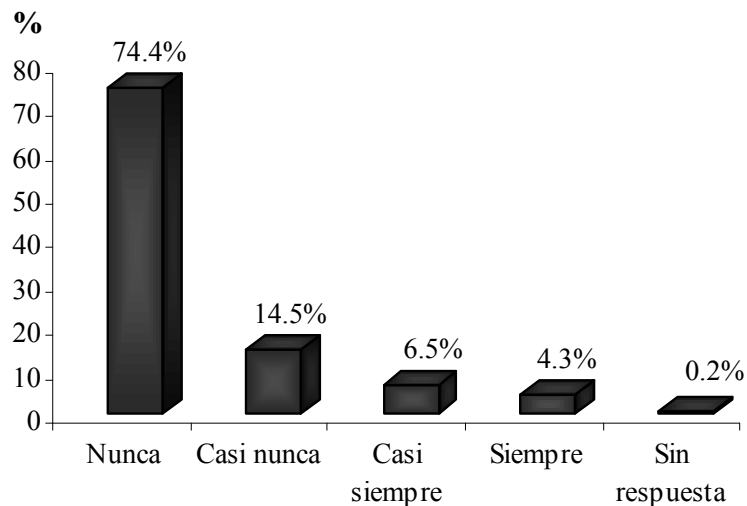
Este indicador se conformó por cinco preguntas (24, 30, 37, 43 y 48), se obtuvieron los siguientes resultados:

**CUADRO 16
PORCENTAJES DE INTIMIDACIÓN**

INTIMIDACIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	SIN RESPUESTA
¿Su pareja le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?	84.8	11.2	3.2	0.8	0
¿Su pareja le ha destruido alguna de sus cosas?	85.6	11.2	2.4	0.8	0
Referente a si cree capaz a su pareja de golpearla (con objetos o puño)	68.0	20.0	6.4	5.6	0
Referente a si cree capaz a su pareja de abandonarla.	62.4	16.0	12.0	9.6	0
¿Su pareja le ha hecho sentir miedo de él?	71.2	14.4	8.8	4.8	1
PROMEDIO %	74.4	14.56	6.56	4.32	0.2

De acuerdo con la frecuencia de intimidación manifestada por las mujeres participantes. el promedio de la opción de respuesta nunca, para éste indicador, fue del 74.4%, para casi nunca 14.56%, para casi siempre 6.56% y para siempre del 4.32%. Se encontró un cuestionario sin una opción de respuesta (0.2%), como se esquematiza en la figura 14.

**FIGURA 14.
INTIMIDACIÓN**



3.4.3 AMENAZAS

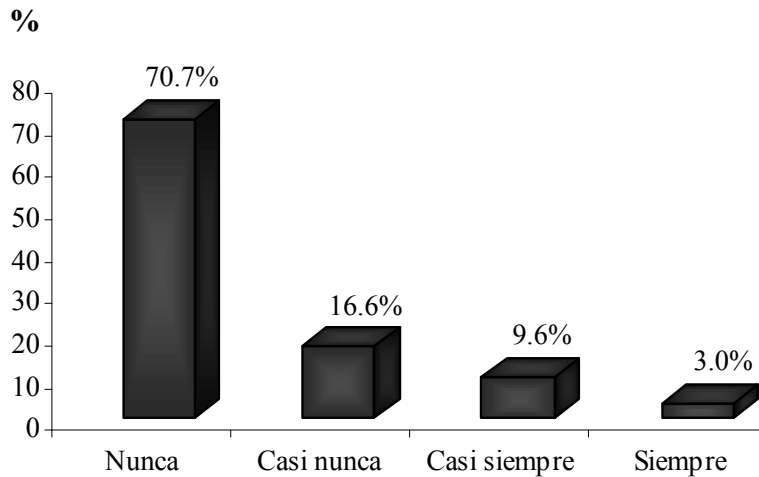
Las preguntas que representan a éste indicador son cinco (25, 31, 36, 42 y 50). En la pregunta 50 se dió una opción de respuesta para las mujeres con hijos y otra para aquellas que no los tienen (50.1), en cuyo caso se complementan los datos para formar una sola pregunta. Se obtuvieron los siguientes resultados.

**CUADRO 17
PORCENTAJES DE AMENAZAS**

AMENAZAS	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	SIN RESPUESTA
Para lograr que usted haga algo, aún en contra de su voluntad ¿su pareja ha utilizado algún tipo de chantaje?	64.0	19.2	13.6	3.2	0
¿Su pareja le ha puesto condiciones para tomar alguna decisión?	56.0	32.0	8.0	4.0	0
¿Su pareja la ha amenazado con golpearla (con objetos o puño)?	76.8	14.4	7.2	1.6	0
¿Su pareja la ha amenazado con abandonarla?	63.2	19.2	14.4	3.2	0
Si tiene hijos: ¿los utiliza como medio de chantaje (llevárselos o abandonarlos)?	74.2	13.4	6.2	6.2	0
Si no tiene hijos: ¿Utiliza algún tipo de chantaje para darle o esperar recibir algo?	78.6	10.7	10.7	0	0
PROMEDIO %	70.7	16.62	9.62	3.05	0

Los resultados obtenidos de amenazas fue de 70.7% para la opción nunca, de un 16.62% para casi nunca, 9.62% para casi siempre y 3.05% para la opción de respuesta siempre. Como se muestra en la figura 15.

**FIGURA 15.
AMENAZAS**



3.4.4 AISLAMIENTO

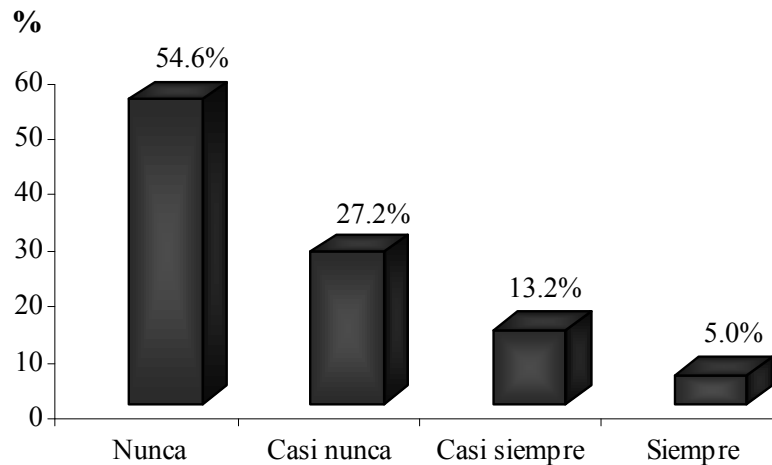
Para determinar éste indicador se utilizaron cuatro preguntas (26, 32, 38 y 44), de las cuales se encontraron los siguientes resultados:

**CUADRO 18
PORCENTAJES DE AISLAMIENTO**

AISLAMIENTO	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	SIN RESPUESTA
¿Su pareja le controla sus actividades o su hora de llegada?	62.4	20.0	12.8	4.8	0
¿Su pareja se pone celoso fácilmente o sospechado de alguna amistad o conocido?	38.4	36.0	17.6	8.0	0
¿Su pareja le ha pedido que deje de acudir a algún lugar aún en contra de su voluntad?	54.4	31.2	11.2	3.2	0
¿A su pareja le gusta escuchar sus conversaciones privadas?	63.2	21.6	11.2	4.0	0
PROMEDIO %	54.6	27.2	13.2	5	0

En el indicador amenazas se encontró que la opción de respuesta más frecuente fue nunca con un 54.6%, el resto se muestra en la figura 16.

**FIGURA 16.
AISLAMIENTO**



3.4.5 DESPRECIO

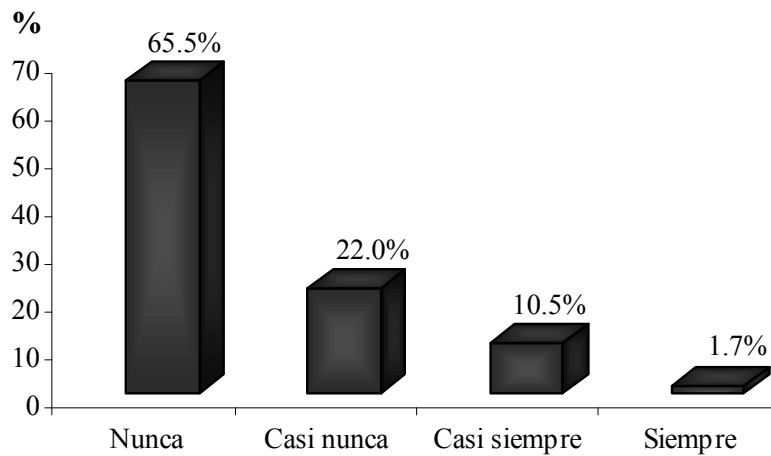
El siguiente indicador se representó por cinco preguntas (27, 33, 39, 45 y 51) del cuestionario, cuyos resultados son los siguientes.

**CUADRO 19
PORCENTAJES DE DESPRECIO**

DESPRECIO	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	SIN RESPUESTA
Al estar a solas ¿su pareja la ha insultado o menospreciado?	56.0	27.2	15.2	1.6	0
¿Su pareja le ha hecho comentarios poco agradables acerca de su aspecto físico?	67.2	23.2	7.2	2.4	0
¿Su pareja la ha hecho sentir inútil, torpe o loca?	64.8	22.4	11.2	1.6	0
¿Su pareja la compara con otras personas?	73.6	16.8	7.2	2.4	0
En las decisiones importantes ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta su opinión?	66.4	20.8	12.0	0.8	0
PROMEDIO %	65.5	22.08	10.56	1.76	0

De acuerdo con los resultados obtenidos de las manifestaciones de desprecio percibidas por las mujeres que participaron, el 65.5% eligió la opción de respuesta nunca, el 22.08% la opción casi nunca, el 10.56% casi siempre y 1.76 % eligió la opción siempre. Como se esquematiza en la figura 17.

**FIGURA 17.
DESPRECIO**



3.4.6 ABUSO ECONÓMICO

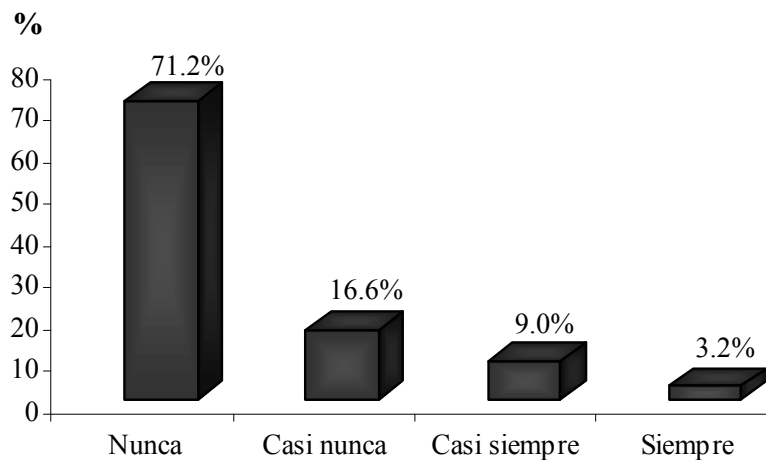
Para la búsqueda de éste indicador se utilizaron cuatro preguntas (28, 34, 40 y 46) de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

**CUADRO 20
PORCENTAJES DE ABUSO ECONÓMICO**

ABUSO ECONÓMICO	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	SIN RESPUESTA
¿Su pareja controla la economía familiar sin informarle la distribución de gastos?	72.0	16.8	8.0	3.2	0
Para la distribución de los gastos ¿ha dejado de tomar en cuenta su opinión?	64.8	21.6	8.8	4.8	0
Posterior a un disgusto ¿su pareja ha dejado de aportar dinero?	71.2	16.8	10.4	1.6	0
¿Su pareja le ha pedido que deje de trabajar aunque sea necesario para la economía familiar?	76.8	11.2	8.8	3.2	0
PROMEDIO %	71.25	16.6	9	3.2	0

De acuerdo con los resultados obtenidos, la opción de respuesta más frecuente fue nunca, elegida en un 72.25%, la opción casi nunca en un 16.6%, el resto de resultados se muestra en la figura 18.

FIGURA 18.
ABUSO ECONÓMICO



3.4.7 RESULTADO DE PUNTUACIONES

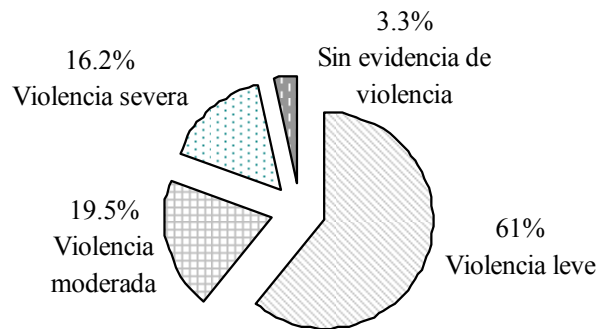
De acuerdo a la calificación obtenida por las respuestas de los diferentes indicadores se encontró una puntuación mínima de 0 y una máxima de 71 puntos, con una media de 15.5 puntos y una desviación estándar de 15.1.

Para establecer el parámetro de evidencia o no de violencia emocional o psicológica, se utilizó el promedio \pm una desviación estándar, la cual se reportó como un mínimo de 0 a 0.4 puntos, donde se encontraron 4 casos que corresponden al 3.3% que significa que no existe evidencia de violencia.

El resto de los casos, es decir, el 96.7% se encontró con evidencia de violencia emocional o psicológica, de los cuales, de 0.5 a 15.5 puntos se consideró **violencia leve**, donde se encontraron 75 casos, correspondientes al 61%, del 15.6 al 30.6 se reportó como **violencia moderada**, donde se encontraron 24 casos, que equivalen al 19.5%, y el resto de los casos, es decir, 20 mujeres, se

clasificaron como **violencia severa** por presentar puntuaciones mayores a 30.7 puntos. Como se esquematiza en la figura 19.

**FIGURA 19.
RESULTADOS DE EVIDENCIA Y SEVERIDAD
DE VIOLENCIA EMOCIONAL**



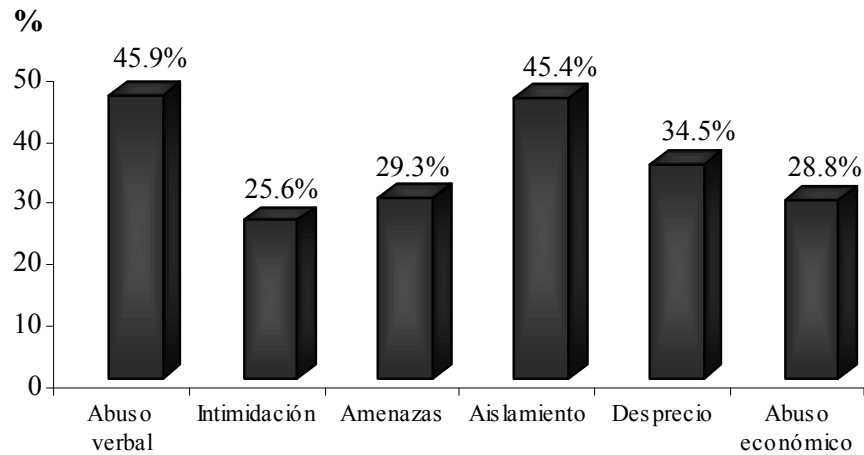
3.4.8 RESULTADOS DE LAS MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA

De acuerdo con los resultados de los seis indicadores de las manifestaciones de violencia emocional o psicológica, se encontró lo siguiente:

- El **abuso verbal** es referido como nunca en un 54.1%, el resto, es decir 45.9% se manifestó por lo menos en una ocasión en el último mes, previo a la realización de la encuesta.
- La **intimidación** se reportó como nunca en un 74.4%, en el 25.6% restante, se manifestó por lo menos en una ocasión el mes previo a la realización de la encuesta.
- Las **amenazas** se reportaron como nunca en un 70.7%, y por lo menos en una ocasión en el mes anterior a la aplicación de la encuesta en el 29.3% de las mujeres.
- El **aislamiento** se encontró como nunca en el 54.6%, por lo que en el 45.4% restante se presentó al menos en una ocasión el mes previo a la aplicación de la encuesta.

- Las manifestaciones de **desprecio** se reportaron en un 65.5% para nunca y en el 34.5% de las mujeres participantes se presentó por lo menos en una ocasión durante el mes anterior a la aplicación de la encuesta.
- Por último, **el abuso económico** se presentó en por lo menos una ocasión el mes previo en el 28.8% de las mujeres participantes. Como se muestra en la figura 20.

**FIGURA 20.
MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA
EMOCIONAL O PSICOLÓGICA**



4. DISCUSIÓN

La violencia de género representa un problema de salud pública de gran magnitud a nivel mundial, no obstante, se encuentra subregistrada debido a la problemática social que genera su reconocimiento⁸. La más común, es la ejercida por el hombre hacia la mujer, y la edad reproductiva, es la etapa de la vida en la que se presenta con mayor frecuencia^{1, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 17, 21, 26, 36, 37, 40}.

Dentro de los diferentes tipos de violencia, es decir, la emocional o psicológica, la física y la sexual^{1, 3, 4, 9, 12, 18, 19, 24, 32, 34, 35}, la de tipo emocional se considera la más frecuente^{1, 5, 6, 12, 13, 14, 19, 21, 34, 36, 40} y la primera en manifestarse de acuerdo al ciclo de violencia conyugal², sin embargo, hasta el momento no se cuenta con ningún instrumento que la evalúe de forma independiente. Por lo cual, este trabajo representa una propuesta de evaluación para tal fin.

De acuerdo con los resultados obtenidos de un total de 125 cuestionarios aplicados a mujeres de 19 a 39 años derechohabientes de la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” ISSSTE, (de los cuales, dos fueron anulados por respuestas incompletas) en la sección A del instrumento, correspondiente a datos sociodemográficos, se reportó lo siguiente:

La edad promedio de las mujeres participantes fue de 32 años, de las cuales, la mayoría es casada, lo cual concuerda con estudios previos donde reportan éste estado civil como más frecuente^{1,12,13,21}, no obstante, diversos autores determinan que las mujeres no casadas representan un mayor factor de riesgo para ser violentadas^{1, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 31, 36, 37}.

La escolaridad promedio encontrada en éste estudio fue de 13.3 años, correspondiente a un año de bachillerato o técnico, de acuerdo a la bibliografía, el nivel educativo promedio reportado en un estudio a población abierta, corresponde a 7.4 años, equivalente a un año de secundaria¹²; esta diferencia de escolaridad, es probablemente debido a la derechohabiencia a un servicio de salud, de ahí que, las tres principales ocupaciones reportadas correspondieron a: empleada en un 38.4%, profesional 27.2% y ama de casa en un 23.2%, a diferencia de estudios previos donde la principal actividad reportada es a los quehaceres del hogar¹².

En cuanto a los ingresos mensuales familiares, se encontró una media de \$10548, que corresponde a 6.5 salarios mínimos aproximadamente, lo cual también denota diferencia en estudios previos a población del sector salud, donde se reportan ingresos mensuales aproximados de 1 a 2.9 salarios mínimos¹². También se menciona que el nivel socioeconómico tiene una relación inversa como factor de riesgo para la violencia, es decir, a mayor estatus, menor riesgo de presentarla ^{13, 31, 36}.

El tipo de familia que se reportó con mayor frecuencia fue nuclear simple, es decir, ambos padres con uno a tres hijos, de acuerdo a estudios previos^{1, 2, 4}, las familias ampliadas, que de acuerdo a la actual clasificación familiar⁴⁶ corresponde a extensa, se encuentra más relacionada con la presencia de violencia intrafamiliar.

En cuanto al número de hijos, lo más frecuente fue de uno por familia, con una media de 1.46, de acuerdo a la bibliografía consultada, se considera que entre más alto sea el número de hijos en la familia, existe mayor riesgo de presentar violencia de género^{10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 31, 36, 37}.

En la sección B, que corresponde a antecedentes personales, se encontró que el 23.3% de las mujeres participantes padecen alguna enfermedad, de éstas, la más frecuente fue hipertensión arterial sistémica en un 25%, en cuanto al uso de medicamentos, el 28.8% de las mujeres refirió que de forma frecuente utiliza al menos uno, los medicamentos reportados como más utilizados fueron de tipo antihipertensivo (captopril), analgésico (paracetamol) y complementos vitamínicos (sulfato ferroso y ácido fólico).

De acuerdo a la bibliografía consultada, dentro de las repercusiones de la violencia de género, hay consecuencias físicas que se pueden presentar a largo plazo, las cuales tienen múltiples manifestaciones sistémicas o inespecíficas, e inclusive, recientemente se considera que existe una

relación entre la violencia y el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, entre otras^{31, 32, 43, 44}.

De acuerdo a los hábitos de consumo de tabaco, el 27.2% de las mujeres participantes reconoció ser fumadora, de éstas, el 73.5% refirió fumar de 1 a 4 cigarrillos por día, y el 11.8% más de 10 cigarrillos por día, lo cual se considera un tabaquismo importante. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, el 36.8% reconoció el consumo frecuente, sin embargo el 95.7% de éstas mujeres reportaron un consumo ocasional. El 100% de las mujeres negó el consumo de drogas.

A este respecto, en la bibliografía se reporta que existe un mayor riesgo de presentar conductas adictivas como parte de las consecuencias psicológicas de la violencia de género^{3, 31, 32, 39, 43, 45}.

El 52% de las mujeres participantes refirieron que nunca vivieron algún tipo de violencia durante la infancia, mientras que el 25.6% reconoció que casi siempre o siempre presentó abuso o violencia durante la infancia, que de acuerdo con algunos autores, ésto se considera como un factor de riesgo asociado a la violencia de género^{10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 31, 36, 37}.

En cuanto al antecedente de violencia con parejas previas, el 16% de las mujeres participantes refirió que casi siempre o siempre vivió algún tipo de violencia,

En la sección C, correspondiente a los antecedentes de la pareja se encontró que el 51.2% de las mujeres participantes ha tenido sólo una pareja formal, con un tiempo de unión conyugal promedio de 8.56 años, la media de la edad de la pareja fue de 35.3 años, ligeramente mayor a la encontrada en las mujeres en éste estudio, el nivel educativo promedio de la pareja fue de 12.9 años, que equivale a secundaria terminada, un año menor en comparación con el grado escolar

encontrado en las mujeres y las ocupaciones predominantes fueron empleado en un 45.6% y profesional en un 20.8%.

De acuerdo a la bibliografía, las diferencias entre edad, origen social y nivel académico, económico o profesional entre los miembros de la pareja puede generar desequilibrio del poder o dificultar el desempeño de los roles familiares, que conlleve a reacciones violentas^{23, 39}.

Respecto a la percepción de violencia emocional ejercida por la pareja, el 60% de las mujeres refirió que nunca considera ser violentada, no obstante, de acuerdo con lo referido por diversos autores, la prevalencia de los diferentes tipos de violencia se encuentra subestimada, no sólo por la problemática social que implica abordarla, sino también porque en la mayoría de los casos no se reconoce^{12, 23, 24, 25, 28, 36, 38, 40}.

A sí mismo, el 64.8% de las mujeres participantes consideró que su estado de salud no se afecta por su relación de pareja.

De acuerdo con los antecedentes de enfermedades de la pareja, el 15.2% reconoció que padecen de alguna enfermedad, la más frecuente, en un 63.1% fue la hipertensión arterial sistémica, el 14.4% refirió que su pareja utiliza al menos un medicamento y el más común, en el 40% de los casos, fue un antihipertensivo (captopril).

En cuanto a antecedentes de tabaquismo en la pareja el 48% reconoció que sus parejas son fumadores, de los cuales el 55% acostumbra fumar de 1 a 4 cigarrillos por día, y el 20% más de 10 cigarrillos, lo cual se considera un tabaquismo importante. Respecto al consumo de bebidas alcohólicas de la pareja, el 68% reconoció que su pareja acostumbra ingerirlas, sin embargo, el 72.9% lo hace de forma ocasional, y sólo el 3.5% tiene alcoholismo intenso, por consumo diario.

El consumo de drogas por la pareja, se presentó en un 3.2%, refiriendo la utilización de cocaína y marihuana.

La bibliografía refiere que las conductas de riesgo para la violencia se incrementan si se asocia a consumo de alcohol o drogas, sobre todo del ejecutor de la misma^{10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 39, 41, 42}.

En la sección D, que corresponde a la relación de la pareja, y en sí, a la exploración de las manifestaciones de violencia emocional o psicológica más frecuentes, divididas en seis indicadores, se encontró una puntuación mínima de 0 y una máxima de 71 puntos, con una media de 15.5 puntos y una desviación estándar de 15.1.

Por lo que de acuerdo a la escala de puntuación, la cual se obtuvo del total de la media \pm una desviación estándar, se reportó que el 3.3% de las mujeres participantes, no presentan evidencia de violencia emocional o psicológica, el resto, es decir, el 96.7% se encontró dentro del parámetro de algún grado de violencia. De los cuales, el 61%, corresponde a violencia leve, el 19.5% a violencia moderada y el 16.3% corresponde a violencia severa.

Los resultados obtenidos por indicador de manifestación de violencia emocional o psicológica, presentes en por lo menos una ocasión, previos a la aplicación de la encuesta, reportaron que: el abuso verbal se encontró en un 45.9%, la intimidación en el 25.6%, las amenazas en el 29.3%, el aislamiento en el 45.4%, las manifestaciones de desprecio se presentaron en el 34.5% y por último, el abuso económico se reportó en el 28.8% de las mujeres participantes.

En la bibliografía consultada se reportan diferentes manifestaciones de violencia emocional o psicológica, en general, los datos referidos engloban todos los tipos de violencia, o bien, uno o más tipos en combinación, algunos ejemplos de las cifras reportadas las refieren como alza de la

voz, presente en el 85%, enojo en 40.8% e insulto en 25.5%^{5,6,36}. Saucedá-García y cols. (2003)⁴⁰, refiere que las formas de violencia de género más comunes se manifiestan por gritos en el 92%, insultos en 77.1%, desprecios 73.6%, humillaciones en 71.9%, limitación económica 66.6%, amenazas de abandono 57.6%, golpes 50.8%, celos injustificados 43.8%, restricción de visitas familiares 36.8%, amenaza de quitar hijos en 33.3% y acoso sexual en el 15.7%.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, reportaron cifras muy similares a las referidas en la bibliografía consultada, correspondientes a los factores de riesgo y las causas consideradas como precipitantes para la presencia de violencia de género.

Aún cuando se han realizado estudios previos que reconocen a la violencia emocional o psicológica como la más frecuente^{12, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 31, 37, 42, 44} y la primera en manifestarse en el ciclo de violencia conyugal², los reportes de las diferentes formas de manifestación de ésta, no han sido delimitadas concretamente para su evaluación, de modo que se dificulta su detección y por lo tanto, la prevención de progreso a violencia física, que representa la prueba fehaciente de su existencia, por ser evidente.

No obstante, es menester la búsqueda intencionada de violencia emocional o psicológica, su reconocimiento y manejo oportuno de las consecuencias físicas, psicológicas o sociales, que se pueden presentar a corto o a largo plazo, así como de las repercusiones que esto conlleva, dentro de las cuales, una de las más trascendentes es la transmisión transgeneracional, que posterga la problemática de salud pública a nivel mundial.

Por lo tanto, el instrumento utilizado en el presente trabajo, se podría considerar como una propuesta para la búsqueda intencionada de violencia emocional o psicológica, tomando en cuenta las limitaciones del estudio, como las características de la muestra, la cual fue no aleatoria

y no representativa. Dentro de los sesgos, el de información fue el más relevante, debido a que, ésta quedó a expensas de la honestidad de la entrevistada, aún cuando se enfatizó el carácter anónimo y se abordó con sutileza la invitación para responder la encuesta, brindando el espacio y las condiciones de privacidad necesarios para ser contestada. Otro sesgo no controlado fue el de selección, ya que participaron aquellas mujeres que voluntariamente aceptaron responder el cuestionario.

Varias mujeres no aceptaron participar en el estudio por el hecho de tratarse de un tema que consideran privado, y que de hecho lo es, no obstante, debido a la prevalencia de violencia de género, reportada hasta el momento, es necesario emplear estrategias que permitan abordar esta temática social compleja de forma asertiva, a fin de lograr una detección y prevención oportuna.

La aplicabilidad práctica de los resultados obtenidos con el instrumento propuesto, radica en que permite determinar si existe o no evidencia de violencia de género de tipo emocional o psicológica, su detección temprana permitiría el manejo integral oportuno de las repercusiones que pudieran estar manifiestas y a la vez la detención del ciclo de violencia, el cual puede progresar a consecuencias aún más graves.

4.1 APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR

Para el médico de familia, la prevención constituye uno de los principales ejes que fundamentan su práctica, y como actor del primer nivel de atención, ésta es imprescindible para el manejo de los problemas de salud pública más importantes.

En el caso de la violencia de género, que es un problema de salud pública identificado a nivel mundial, la detección oportuna de ésta, en especial la de tipo emocional o psicológica, (que es la más frecuente y la primera en manifestarse, no obstante, la menos reconocida y aceptada por las mismas víctimas^{1, 5, 6, 12, 13, 14, 19, 21, 34, 36, 40}) brindaría un beneficio, no sólo para el manejo de las repercusiones que pudieran estar manifiestas, sino también para evitar la progresión y así la prevención.

El médico familiar, tiene la oportunidad de llevar a cabo acciones recíprocas con los miembros de la familia y detectar a través de su interacción y los estudios de evaluación familiar, la presencia de factores de riesgo que pueden ser precipitantes de violencia intrafamiliar.

En el caso de la violencia, con las estadísticas de estudios previos, se conoce que la mujer es más vulnerable de ser violentada por su pareja, la edad reproductiva constituye un factor de riesgo, entre otros muchos y por lo tanto, sería útil la aplicación del instrumento propuesto en este trabajo para detectar la presencia de violencia emocional o psicológica en mujeres, y en caso necesario, facilitar un manejo integral multidisciplinario, que permita la continuidad y seguimiento de la familia y en especial de las mujeres violentadas emocionalmente, y más aún en aquellas en las que es explícita la violencia física.

5. CONCLUSIONES

Se identificó una frecuencia del 96.7% de violencia de tipo emocional o psicológica ejercida por las parejas de mujeres entre 19 a 39 años de edad, derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE, cumpliendo así con el objetivo general de éste trabajo.

En el caso de la violencia de género, que es un problema de salud pública identificado a nivel mundial, la detección oportuna de ésta, en especial la de tipo emocional o psicológica, (que es la más frecuente y la primera en manifestarse, no obstante, la menos reconocida y aceptada por las mismas víctimas^{1, 5, 6, 12, 13, 14, 19, 21, 34, 36, 40}) brindaría un beneficio, no sólo para el manejo de las repercusiones que pudieran estar manifiestas, sino también para evitar la progresión y así la prevención.

El médico familiar, tiene la oportunidad de llevar a cabo acciones recíprocas con los miembros de la familia y detectar a través de su interacción y los estudios de evaluación familiar, la presencia de factores de riesgo que pueden ser precipitantes de violencia intrafamiliar.

En el caso de la violencia, con las estadísticas de estudios previos, se conoce que la mujer es más vulnerable de ser violentada por su pareja, la edad reproductiva constituye un factor de riesgo, entre otros muchos y por lo tanto, sería útil la aplicación del instrumento propuesto en este trabajo para detectar la presencia de violencia emocional o psicológica en mujeres, y en caso necesario, facilitar un manejo integral multidisciplinario, que permita la continuidad y seguimiento de la familia y en especial de las mujeres violentadas emocionalmente, y más aún en aquellas en las que es explícita la violencia física.

5. CONCLUSIONES

Se identificó una frecuencia del 96.7% de violencia de tipo emocional o psicológica ejercida por las parejas de mujeres entre 19 a 39 años de edad, derechohabientes a la clínica de medicina familiar “*Marina Nacional*” del ISSSTE, cumpliendo así con el objetivo general de éste trabajo.

Dentro de los objetivos específicos se creó un instrumento que permite evaluar la presencia y determinar el grado de violencia emocional o psicológica en mujeres, el cual puede ser utilizado en el primer nivel de atención médica. El cuestionario de detección de violencia emocional o psicológica en mujeres, utilizado en éste estudio, de acuerdo con los análisis estadísticos, obtuvo un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de .95. Éste valor, alienta a que sea factible de proponerse como nuevo instrumento de evaluación de la misma.

Para determinar el grado de violencia emocional o psicológica presente en las mujeres identificadas con evidencia de la misma, se utilizó el promedio \pm una desviación estándar de las puntuaciones, con los que se estableció un parámetro de severidad de leve, moderada y severa. Con lo cual se encontró un 61% de mujeres con evidencia de violencia leve, 19.5% con violencia moderada y un 16.3% de mujeres con evidencia de violencia severa.

Sin embargo, el procedimiento estadístico utilizado para la obtención de éstos parámetros (él cual se consideró el más apropiado, ya que ubica los rangos de los valores, de acuerdo a la distribución de los datos tal como fueron obtenidos), representa una propuesta para la delimitación de los mismos.

Otros procedimientos que se consideraron para la calificación de los valores fueron: asignación *a priori*, la cual presenta el inconveniente de asignarlos antes de conocer la distribución de los datos; por cuartiles, con el cual, los parámetros son divididos en cuatro grupos de 25% respectivamente y por la distribución de los datos, no permite establecer una adecuada relación entre los mismos. Otra propuesta fue la de obtener los parámetros a través de la media \pm $\frac{1}{2}$ desviación estándar, ya que ambos valores son muy similares, y con ello se ampliaría el rango de

no evidencia de violencia. No obstante, se descartaron todas las anteriores, con la finalidad de establecer los parámetros de acuerdo a los valores arrojados por el muestreo.

De acuerdo a los resultados, los factores de riesgo y las características involucradas en las mujeres que se identificaron con evidencia de violencia emocional o psicológica, son similares a los reportados por los estudios previos.

Dentro de los factores de riesgo, se encontró que el 48% de las mujeres tuvo algún tipo de violencia durante la infancia y el 32.8% tuvo antecedentes de violencia con parejas previas, en éste estudio se encontró un promedio de escolaridad de la pareja de 12.9 años, que en comparación con las mujeres es ligeramente menor, otros factores de riesgo encontrados en la pareja fueron: tabaquismo en un 55%, alcoholismo en un 68% y uso de drogas en un 3.2%.

En cuanto a las características sociodemográficas, también se encontraron resultados similares a los reportados en estudios previos, no obstante, que la población estudiada cuenta con un servicio de derechohabencia médica, y por lo tanto, con un nivel socioeconómico mayor esperado en una población abierta, lo cual se demuestra con: a) el *nivel educativo* promedio encontrado que fue de 13.3 años, b) con las *ocupaciones* más comunes, que en éste estudio fueron: empleada, profesional y ama de hogar c) la cantidad de *ingreso mensual familiar*, que en promedio fue de aproximadamente 6.5 salarios mínimos y, d) el *tipo de familia* más frecuente, que en éste caso fue de familia nuclear, sin embargo, esto demuestra que la violencia se presenta en todos los niveles socioculturales y en la mayoría de los casos no es aceptada o reconocida, en éste estudio el 60% de las mujeres participantes no reconoce ser violentada emocionalmente por su pareja, aún cuando sólo el 3.3% no mostró evidencia de violencia emocional o psicológica.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró una frecuencia de abuso verbal del 45.6%, de intimidación del 25.4%, de amenazas del 29.3%, de aislamiento del 45.4%, de manifestaciones de desprecio del 34.5% y de abuso económico del 28.7%. Por lo tanto, las manifestaciones de violencia emocional o psicológica que se ejercen con mayor frecuencia son el abuso verbal y el aislamiento.

Por los resultados obtenidos se demuestra la importancia de evaluar intencionadamente, la presencia de violencia emocional o psicológica en mujeres, ya que es la primera en manifestarse y su detección oportuna, puede evitar la progresión a otro tipo de violencia, así como de las repercusiones a nivel físico, psicológico y social de quienes viven con violencia y no lo reconocen o aceptan. En éste caso, la población estudiada, se delimitó en la etapa reproductiva, que se considera como la de mayor riesgo, sin embargo, se sugiere para futuras investigaciones abarcar la etapa del noviazgo, para determinar relaciones en riesgo de presentarla y así poder establecer medidas de prevención, a fin de evitar la progresión de violencia en relaciones estables.

Por ello, se diseñó un instrumento que permite evaluar la presencia de violencia emocional o psicológica en mujeres, el cual es una propuesta para ser utilizado en un primer nivel de atención médica, por el médico de familia, como parte de su función en la evaluación familiar.

Sin embargo, es necesario realizar la validación de constructo del instrumento y los ajustes pertinentes para su efectividad, considerando las limitaciones que se presentaron en éste trabajo, por lo que se sugiere para futuras investigaciones la aplicación del mismo en otras instituciones así como en población abierta para poder obtener mejores resultados.

7. REFERENCIAS

1. Almanares Aleaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gómez MT. *Comportamiento de la violencia intrafamiliar*. [artículo en línea]. Rev Cubana Med Gen Integr. May-Jun. 1999, Vol. 15, N°.3: p.285-292. Disponible en World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es [consulta: 30 de agosto de 2006]
2. Jáuregui Balenciaga I. *Mujer y Violencia*. [artículo en línea] Nómadas – Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. 13-2006. <http://www.ucm.es/info/nomadas/13/ijbalenciaga.html> [consulta: 13 de marzo de 2007]
3. Casique Casique L, Ferreira Furegato A. *Violencia contra mujeres: Reflexiones teóricas*. [artículo en línea] Rev Latino-am Enferma Gem. 2006. 14 (6) http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a18.pdf [consulta: 10 de febrero de 2007]
4. Ortiz Gómez MT, Morales Alemán I. *¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad?*. [artículo en línea] Revista Cubana de Medicina Integral. 15 (5). 1999. p 503-508 http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi02599.htm [consulta: 30 de agosto de 2006]
5. Cantú Martínez P., Moreno García D. *Contexto y Tendencias de la violencia Familiar*. [artículo en línea] Revista Salud Pública y Nutrición. 5 (4). 2004. http://www.respyn.uanl.mx/v/4/ensayos/violencia_familiar.htm [consulta: 16 de febrero de 2007]
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Mujeres y Hombres en México 2003. Violencia Intrafamiliar*. [en línea] 7ª. Edición. p 418-438. México. 2003. http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/default.asp?accion=2&upc=702825497064&seccionB=bd [consulta: 30 de agosto de 2006]
7. Ramírez JC. *Más allá de un videoclip de violencia: la argamasa entre varones y mujeres*. [artículo en línea] Estudios Sociales 2005; XIII (026): 8-25. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=41702601>. [consulta: 10 de abril de 2007]
8. Agoff, C, Rajsabaum A., Herrera C. *Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México*. [artículo en línea] Salud pública de México. Vol. 48, suplemento 2. 2006. p s307-s314. <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001409> [consulta: 17 de enero de 2007]
9. Gunilla K, García Moreno C. *Violence against women*. [artículo en línea] J. Epidemiol. Community Health 2005; 59; p 818-821. <http://jech.bmj.com/cgi/content/abstract/59/10/818> [consulta: 30 de agosto de 2006]
10. Castro R., Riquer F. *La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos*. [artículo en línea] Cad.Saúde Pública, Río de Janeiro, 19 (1): 2003. p135-146. <http://www.scielo.br/pdf/esp/v19n1/14913.pdf> [consulta: 30 de agosto de 2006]
11. Castellano Arroyo M., Lachica López E., Molina Rodríguez A., Villanueva de la Torre H.. *Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo*. Cuad. med. forense. [en línea]. 2004 Ene; (35): 15-28. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062004000100002&lng=es&nrm=iso. [consulta: 30 de agosto de 2006]

12. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. *Violencia contra las Mujeres. Un reto para la Salud Pública en México*. Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres. 2003. http://www.insp.mx/publicaciones/detalles.php?publicacion_id=9 [consulta: 11 de septiembre de 2006]
13. Gómez H, Vázquez JL, Fernández SB. *La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA*. Salud Pública de México 2006; 48 (Su2): 279-287. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10604808>. [consulta: 10 de febrero 2007]
14. Valdez R, Juárez Cr, Salgado VN, Agoff C, Avila Li, Híjar MC. *Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México*. [artículo en línea] Salud Pública de México 2006; 48 (Supl 2): p250-258. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10604805>. [consulta: 10 de febrero de 2007]
15. Brookoff, D, Kimberly K, Cook, C, Thompson T, Williams, C. *Characteristics of Participants in Domestic Violence. Assessment at the Scene of Domestic Assault*. JAMA, May 7, 1997. Vol. 277, núm 17. p1369-1373.
16. Ramírez-Rodríguez Juan Carlos. *La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana*. Salud pública Méx. 48 (supl 2). 2006: p315-27 [artículo en línea]. http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800012&lng=es&nrm=iso [consulta: 16 de agosto 2006]
17. Alvarado Zaldivar G., Salvador Moysén J., Estrada Martínez S., Terrones González A. *Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango*. [artículo en línea] Salud Pública de México. 40 (6). 1998. p 481-486. <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000790> [consulta: 30 de agosto 2006]
18. Valdez Santiago R., Híjar Medina M. *Del silencio privado a las salas de urgencias: La violencia familiar como un problema de salud Pública*. [artículo en línea] Gac Med Méx 2002; Vol 138 (2): p 159-163. http://ciss.insp.mx/ciss/publicaciones/pub_614.pdf [consulta: 9 de agosto 2006]
19. Valdez Santiago R., Híjar Medina M., Salgado de Zinder N. *Escala de Violencia e índice de severidad: Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas*. [artículo en línea] Salud Pública de México; Vol 48 (supl 2); 2006: p221-231 <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001389> [consulta: 10 de febrero 2007]
20. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Como proceder: Recomendaciones*. Capítulo 9.[en línea] 2002. p265-277. http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_9.pdf [consulta: 17 enero 2007]
21. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. *Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México*. [artículo en línea] Salud Pública de México 2006; 48 (Su2): p232-238. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10604803>. [consulta:17 de enero 2007]

22. Maira, G. *La Violencia intrafamiliar: experiencia ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector de la salud*. [artículo en línea] Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 5(4/5), 1999; p332-337 <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n4-5/5n4tm332.pdf> [consulta: 30 de agosto 2006]
23. Moreno Martín, F. *La Violencia de Pareja*. [artículo en línea] Rev Panam Salud Pública /Rev Am/ J Public Health 5 (4/5), 1999. p 245-258. http://www.arrakis.es/~ajmm/Sudamerica_FMM.pdf [consulta: 30 de agosto 2006]
24. Olaiz G, Franco A, Palma O, Echarri C, Valdez R, Herrera C. *Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México*. [artículo en línea] Salud Pública de México 2006; 48 (Su2): p328-335. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10604813>. [consulta: 17 de enero 2007]
25. Saucedá García, J. *Las múltiples formas de la Violencia Familiar*. [en línea] Rev Med IMSS 2002; 40 (4): p277-279. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/DDE910E1-A8FC-4F9B-A28B-1667DE140928/0/editorial10.pdf> [consulta: 16 agosto 2006]
26. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud: Resumen*. [en línea] Washington, D:C: 2002. p1-41. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf [consulta: 11 de septiembre 2006]
27. Gil JA, Pastor JF, Paz F, Barbosa Ms, Macías JA, Maniega MA, Rami L, Boget T, Picornell I. *Psicobiología de las conductas agresivas*. Anales de Psicología 2002; 18 (002): 293-303. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16718207>. [consulta: 9 de octubre 2006].
28. Híjar M, López MV, Blanco J. *La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México*. Salud Pública de México 1997; 39 (006): 0. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639610>. [Consulta: 17 de mayo de 2008].
29. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. *Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar*. Diario Oficial (Primera Sección). Miércoles 8 de marzo 2000. p 42-56.
30. Oaxaca Ayala F., Cantú Martínez P., Hernández Torres U. *Conocimiento y Actitud ante la Violencia Familiar del personal de salud de Unidades de Primer Nivel de Atención de un programa Universitario de Salud*. [en línea] Revista Salud Pública y Nutrición. Vol 6; N°1; Enero-Marzo 2005. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/vi/1/articulos/violencia.htm> [consulta: 11 de septiembre 2006]
31. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. *La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica*. Aten Primaria. 2004; 34:117-27.

32. Blanco Pilar, Ruiz-Jarabo Consuelo, García de Vinuesa Leonor, Martín-García Mar. *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Gac Sanit. 2004; 18 (Supl 1): 182-8. [artículo en línea]. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso. [consulta: 17 enero 2007].
33. Vézina J., Hébert M. *Risk factors for victimization in romantic relationships of young women. A review of empirical studies and implications for prevention*. [en línea] Trauma, Violence, & Abuse; Vol 8, No 1, January 2007. p 33-66. En la base de datos: Sage Journals On line <http://tva.sagepub.com/cgi/reprint/8/1/33> [consulta: 13 de marzo 2007]
34. Ramírez Rodríguez J., Patiño Guerra, M. *Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto*. [en línea] Cad. Saúde Públ., Río de Janeiro. 12(3); jul-set 1996. p 405-409. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n3/0266.pdf> [consulta: 11 de septiembre 2006]
35. Juárez Ramírez, C. *Las redes sociales y la noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal*. [en línea] Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol. 9, N3, <http://revista-redes.rediris.es/webredes/arsrosario/JuarezRamirez.pdf> [consulta: 17 de enero 2007]
36. Díaz Martínez A., Esteban Jiménez, R. *Violencia Familiar*. Gac Méd Méx Vol. 139 N° 4; 2003. p353-356.
37. Natera Rey, G., Juárez García, F., Tiburcio Sainz M. *Validez Factorial de una escala de violencia hacia la pareja en una muestra nacional mexicana*. [artículo en línea] Salud Mental, abril, Vol 27, número 2; 2004; p31-38. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58222705.pdf> [consulta: 30 de agosto 2006]
38. Concha-Eastman A, Guerrero R. *Epidemiologic surveillance for the prevention and control of urban violence*. Rev Panam Salud Publica [artículo en línea]. 1999 Apr; 5(4-5): 322-331. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400023&lng=en&nrm=iso [consulta: 16 de agosto 2006]
39. Rivera-Rivera, L., Allen, B., Rodríguez Ortega, G., Chávez Ayala, R., Lazcano Poce, E. *Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años)*. [en línea] Salud Pública de México Vol 48, suplemento 2; 2006. ps288-s296. <http://www.insp.mx/Portal/produccion/pdfs/457.pdf> [consulta: 13 de marzo 2007]
40. Saucedo, J., Castillejos, G., Maldonado, J. *Violencia doméstica. El Maltrato a la mujer*. [artículo en línea] Gac Méd Méx Vol. 139 N° 4; 2003. p 362-367. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2003/e-gm03-4/em-gm034gIII.htm> [consulta: 10 de febrero 2007]
41. Castro, E. *Violencia y Agresividad: La visión del Neurólogo*. [en línea] Revista Ecuatoria de Neuorología. Vol. 11, n 3 2005. http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol11_n3_2002/violencia.htm [consulta: 13 de marzo 2007]
42. Fournier, M., De los Ríos, R., Orpinas, P. *Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): metodología*. [artículo en línea] Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Health 5 (4/5), 1999. p 222-230
43. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n4-5/v5n4a2.pdf> [consulta: 16 de agosto 2006]

44. Fernández Alonso. *Violencia doméstica: ¿Conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?*. [en línea] Aten Primaria; 34 (3): 2004. p 117-127. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13088851> [consulta: 16 agosto 2006]
45. Soler, E., Barreto, P., González, R. *Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual*. [en línea] Psicothema; Vol 17, n° 2; 2005. p267-274. <http://www.psicothema.com/pdf/3098.pdf> [consulta: 30 agosto 2006]
46. McCauley, J., CERN, D., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A., DeChant, H., Ryden, J., Derogatis, L., Bass, E. *Clinical Characteristics of Women with a History of Childhood Abuse*. JAMA, May 7, 1997- Vol 277, N° 17.p 1362-1368.
47. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 1ed. México: Medicina Familiar Mexicana 2005.
48. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, nota aclaratoria al párrafo 29, añadida en la 54ª Asamblea General de la AMM [en línea] (Washington, Estados Unidos), en octubre de 2002. <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm> [consulta: 7 de enero 2008]
49. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud, México 1986.
50. Declaración Universal sobre Biótica y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Francia, 2006.
51. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Aten Primaria 1998; 21:331-339.
52. Jiménez Miranda, J. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. [en línea] <http://cis.sld.cu/E/vancouve3.pdf> [consulta: 9 de mayo de 2008]

FOLIO: _____

Consentimiento de participación voluntaria

Consentimiento para participar en la encuesta: CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA EN MUJERES

El presente cuestionario tiene como propósito la búsqueda de violencia emocional o psicológica en mujeres de 19 a 39 años.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si se siente en algún momento herida, lastimada o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita tener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

El cuestionario tiene aproximadamente 54 preguntas y se contesta en aproximadamente 15-20 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? SI _____ NO _____

Muchas gracias por su participación.

CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLOGICA EN MUJERES

A. Datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años 2. Estado Civil: _____ 3. Escolaridad en años: _____
 4. Ocupación: _____ 5. Ingreso mensual familiar: _____ 6. Clasificación Familiar _____
 7. Número de hijos: _____

B. Antecedentes personales

8. ¿Padece de alguna enfermedad?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
9. ¿Toma algún medicamento de forma frecuente?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
10. ¿Fuma?	Si () # de cigarrillos al día: _____ No ()
11. ¿Acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Diario () Si () Semanal () No () Mensual () Ocasional ()
12. ¿Consume algún tipo de sustancias como marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otro tipo de droga?	Si () ¿Cuál (es)? _____ No () _____

C. Antecedentes personales de la pareja

13. Número de parejas formales: _____ 14. Tiempo de unión conyugal con su última pareja: _____
 15. Edad de la pareja: _____ años 16. Escolaridad de la pareja en años: _____ 17. Ocupación de la pareja: _____

18. ¿Padece de alguna enfermedad?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
19. ¿Toma algún medicamento de forma frecuente?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
20. ¿Fuma?	Si () # de cigarrillos al día: _____ No ()
21. ¿Acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Diario () Si () Semanal () No () Mensual () Ocasional ()
22. ¿Consume algún tipo de sustancias como marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otro tipo de droga?	Si () ¿Cuál (es)? _____ No () _____

D. La siguiente sección de preguntas son relativas a su vida de pareja. Se trata de preguntas muy personales. Recuerde que este cuestionario es anónimo y si en algún momento se incomoda puede no contestar.

Marque con una X en la columna correspondiente a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

Si durante el ÚLTIMO MES su pareja:	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
23. ¿Le ha levantado la voz (gritado) para solicitarle algo o discutir?				
24. ¿Le ha dicho palabras ofensivas, altisonantes o agresivas?				
25. ¿La ha insultado o menospreciado frente a otras personas?				
26. ¿La ha insultado o menospreciado estando a solas?				
27. ¿La ha hecho sentir poco atractiva o comentarios poco agradables acerca de su aspecto físico?				
28. ¿La ha hecho sentir inútil, torpe o loca?				
29. ¿La compara con otras personas?				
30. ¿Le cuenta de su relación con otras personas?				
31. ¿Le controla sus amistades o actividades o chequeando su hora de llegada?				
32. ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?				
33. ¿Le ha destruido alguna de sus cosas?				
34. ¿Se pone celoso fácilmente o sospechado de alguna amistad o conocido?				
35. ¿Le ha retirado la palabra o ignorado?				
36. ¿La toma en cuenta para tomar decisiones?				
37. ¿Le ha condicionado alguna decisión?				
38. ¿La ha amenazado con golpearla (con objetos o puño)?				
39. ¿Lo cree capaz de hacerlo?				
40. ¿La ha amenazado con abandonarla?				
41. ¿Lo cree capaz de hacerlo?				
42. ¿Utiliza a sus hijos como medio de chantaje (llevarse los o abandonarlos)?				
43. ¿Utiliza algún tipo de chantaje para presionarla a hacer algo en contra de su voluntad?				
44. ¿Le ha hecho sentir miedo de él?				
45. ¿La ha culpado de algo?				
46. ¿Se enoja con frecuencia?				
47. ¿La forma de arreglar diferencias conlleva gritos o insultos?				
48. ¿Controla la economía de la familia?				
49. ¿La toma en cuenta para la distribución de gastos?				
50. ¿Le ha pedido que deje de acudir a algún lugar en contra de su voluntad?				
51. ¿Usted cree que es violentada emocionalmente?				
52. ¿Considera que su estado de salud se afecta por su relación de pareja?				
53. ¿Usted considera que durante su infancia vivió algún tipo de violencia?				
54. ¿Con alguna pareja anterior usted vivió algún tipo de violencia?				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FOLIO: _____

Consentimiento de participación voluntaria

Consentimiento para participar en la encuesta: CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA EN MUJERES

El presente cuestionario tiene como propósito la búsqueda de violencia emocional o psicológica en mujeres de 19 a 39 años.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si se siente en algún momento herida, lastimada o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita tener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

El cuestionario tiene aproximadamente 56 preguntas y se contesta en aproximadamente 10 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? SI _____ NO _____

Muchas gracias por su participación.

CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLOGICA EN MUJERES

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____ años 2. Estado Civil: _____ 3. Escolaridad en años: _____
 4. Ocupación: _____ 5. Ingreso mensual familiar: _____ 6. Clasificación Familiar _____
 7. Número de hijos: _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES

8. ¿Padece de alguna enfermedad?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
9. ¿Toma algún medicamento de forma frecuente?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
10. ¿Acostumbra fumar?	Si () # de cigarrillos al día: _____ No ()
11. ¿Acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Diario () Si () Semanal () No () Mensual () Ocasional ()
12. ¿Acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	Si () ¿Cuál (es)? _____ No () _____

C. ANTECEDENTES DE LA PAREJA

13. Número de parejas formales: _____ 14. Tiempo de unión conyugal con su última pareja: _____
 15. Edad de la pareja: _____ años 16. Escolaridad de la pareja en años: _____ 17. Ocupación de la pareja: _____

18. ¿Su pareja padece de alguna enfermedad?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
19. ¿Su pareja toma algún medicamento de forma frecuente?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
20. ¿Su pareja acostumbra fumar?	Si () # de cigarrillos al día: _____ No ()
21. ¿Su pareja acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Diario () Si () Semanal () No () Mensual () Ocasional ()
22. ¿Su pareja acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	Si () ¿Cuál (es)? _____ No () _____

D. RELACIÓN CON LA PAREJA

La siguiente sección de preguntas son relativas a su vida de pareja. Se trata de preguntas muy personales. Recuerde que este cuestionario es anónimo y si en algún momento se incomoda puede no contestar.

Marque con una X en la columna correspondiente a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Si durante el ÚLTIMO MES su pareja:			
Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
23. ¿Le ha levantado la voz (gritado) para solicitarle algo o discutir?			
24. ¿Le ha dicho palabras ofensivas, altisonantes o agresivas?			
25. ¿La ha insultado o menospreciado frente a otras personas?			
26. ¿La ha insultado o menospreciado estando a solas?			
27. ¿La ha hecho comentarios poco agradables acerca de su aspecto físico?			
28. ¿La ha hecho sentir inútil, torpe o loca?			
29. ¿La compara con otras personas?			
30. ¿Utiliza algún tipo de chantaje para presionarla a hacer algo en contra de su voluntad?			
31. ¿Le controla sus amistades o actividades o chequeando su hora de llegada?			
32. ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?			
33. ¿Le ha destruido alguna de sus cosas?			
34. ¿Se pone celoso fácilmente o sospechado de alguna amistad o conocido?			
35. ¿Le ha retirado la palabra o ignorado?			
36. ¿Toma decisiones importantes sin considerar su opinión?			
37. ¿Le ha condicionado alguna decisión?			
38. ¿La ha amenazado con golpearla (con objetos o puño)?			
39. ¿Lo cree capaz de hacerlo?			
40. ¿La ha amenazado con abandonarla?			
41. ¿Lo cree capaz de hacerlo?			
42. ¿Utiliza a sus hijos como medio de chantaje (llevárselos o abandonarlos)? Si no tiene hijos ¿La chantajea para dar o recibir algo?			
43. ¿Le cuenta de su relación con otras personas?			
44. ¿Le ha hecho sentir miedo de él?			
45. ¿La ha culpado de algo?			
46. ¿La forma de arreglar diferencias conlleva gritos o insultos			
47. ¿Controla la economía de la familia sin informarle la distribución de los gastos?			
48. ¿Evita tomar en cuenta su opinión para la distribución de gastos?			
49. ¿Le ha pedido que deje de acudir a algún lugar en contra de su voluntad?			
50. ¿Le gusta escuchar sus conversaciones privadas?			
51. ¿Ha dejado de aportar dinero posterior a un disgusto?			
52. ¿Le ha pedido que deje de trabajar aunque sea necesario para la economía familiar?			
53. ¿Usted cree que es violentada emocionalmente por su pareja?			
54. ¿Considera que su estado de salud se afecta por su relación de pareja?			
55. ¿Usted vivió algún tipo de violencia durante su infancia?			
56. ¿Con alguna pareja anterior usted vivió algún tipo de violencia?			

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FOLIO: _____

Consentimiento de participación voluntaria

Consentimiento para participar en la encuesta: CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA EN MUJERES

El presente cuestionario tiene como propósito la búsqueda de violencia emocional o psicológica en mujeres de 19 a 39 años, con una relación de pareja de por lo menos un año durante los últimos seis meses.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si se siente en algún momento herida, lastimada o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita tener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

El cuestionario tiene aproximadamente 56 preguntas y se contesta en aproximadamente 10 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? SI _____ NO _____

Muchas gracias por su participación.

CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLOGICA EN MUJERES

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____ años 2. Estado Civil: _____ 3. Escolaridad en años: _____
4. Ocupación: _____ 5. Ingreso mensual familiar: _____ 6. Clasificación Familiar: _____
7. Número de hijos: _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES

8. ¿Padece de alguna enfermedad?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
9. ¿Toma algún medicamento de forma frecuente?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
10. ¿Acostumbra fumar?	Si () # de cigarrillos al día: _____ No ()
11. ¿Acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Diario () Si () Semanal () No () Mensual () Ocasional ()
12. ¿Acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	Si () ¿Cuál(es)? _____ No () _____

C. ANTECEDENTES DE LA PAREJA

13. Número de parejas formales: _____ 14. Tiempo de unión conyugal con su última pareja: _____
15. Edad de la pareja: _____ años 16. Escolaridad de la pareja en años: _____
17. Ocupación de la pareja: _____

18. ¿Su pareja padece de alguna enfermedad?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
19. ¿Su pareja toma algún medicamento de forma frecuente?	Si () ¿Cuál? _____ No ()
20. ¿Su pareja acostumbra fumar?	Si () # de cigarrillos al día: _____ No ()
21. ¿Su pareja acostumbra el uso de bebidas alcohólicas?	Diario () Si () Semanal () No () Mensual () Ocasional ()
22. ¿Su pareja acostumbra utilizar marihuana, cocaína, solventes, inhalantes u otra droga?	Si () ¿Cuál(es)? _____ No () _____


D. RELACIÓN CON LA PAREJA

La siguiente sección de preguntas son relativas a su vida de pareja. Se trata de preguntas muy personales. Recuerde que este cuestionario es anónimo y si en algún momento se incomoda puede no contestar.


Marque con una X en la columna correspondiente a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

Si durante el ÚLTIMO MES :	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
23. ¿Para pedirle algo o discutir su pareja le ha levantado la voz o gritado?				
24. ¿Su pareja le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?				
25. Para lograr que usted haga algo, aún en contra de su voluntad ¿su pareja ha utilizado algún tipo de chantaje?				
26. ¿Su pareja le controla sus actividades o su hora de llegada?				
27. Al estar a solas ¿su pareja la ha insultado o menospreciado?				
28. ¿Su pareja controla la economía familiar sin informarle la distribución de los gastos?				
29. ¿Su pareja se dirige a usted de forma ofensiva o grosera?				
30. ¿Su pareja le ha destruido alguna de sus cosas?				
31. ¿Su pareja ha puesto condiciones para tomar alguna decisión?				
32. ¿Su pareja se pone celoso fácilmente o sospechado de alguna amistad o conocido?				
33. ¿Su pareja la ha hecho comentarios poco agradables acerca de su aspecto físico?				
34. Para la distribución de los gastos, ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta su opinión?				
35. Al estar con otras personas ¿Su pareja la ha insultado o menospreciado?				
36. ¿Su pareja la ha amenazado con golpearla (con objetos o puño)?				
37. ¿Lo cree capaz de hacerlo?				
38. ¿Su pareja le ha pedido que deje de acudir a algún lugar aún en contra de su voluntad?				
39. ¿Su pareja la ha hecho sentir inútil, torpe o loca?				
40. Posterior a un disgusto ¿su pareja ha dejado de aportar dinero?				
41. ¿Su pareja le ha retirado la palabra o ignorado?				
42. ¿Su pareja la ha amenazado con abandonarla?				
43. ¿Lo cree capaz de hacerlo?				
44. ¿A su pareja le gusta escuchar sus conversaciones privadas?				
45. ¿Su pareja la compara con otras personas?				
46. ¿Su pareja le ha pedido que deje de trabajar aunque sea necesario para la economía familiar?				
47. ¿Su pareja le cuenta de su relación con otras parejas (de él) previas o actuales?				
48. ¿Su pareja le ha hecho sentir miedo de él?				
49. ¿Su pareja la ha culpado de algo?				
50. SI TIENE HIJOS: ¿Los utiliza como medio de chantaje (llevárselos o abandonarlos)?				
50.1 SI NO TIENE HIJOS: ¿Utiliza algún tipo de chantaje para dar o recibir algo?				
51. En las decisiones importantes ¿su pareja ha dejado de tomar en cuenta su opinión?				
52. ¿En la forma de arreglar diferencias con su pareja hay gritos o insultos?				
53. ¿Usted cree que es violentada emocionalmente por su pareja?				
54. ¿Considera que su estado de salud se afecta por su relación de pareja?				
55. ¿Usted vivió algún tipo de violencia durante su infancia?				
56. ¿Con alguna pareja anterior usted vivió algún tipo de violencia?				


CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

LA VIOLENCIA EMOCIONAL EN LA PAREJA



LA VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA ES LA MÁS FRECUENTE LA MENOS RECONOCIDA Y EL PRIMER PASO PARA LA VIOLENCIA FÍSICA



¡HAY QUE RECONOCERLA Y DETENERLA!

A DONDE ACUDIR:

- Al Servicio de Psicología de esta Unidad Médica
- **VIDA SIN VIOLENCIA.** Servicio nacional, confidencial y gratuito. Las 24 horas los 365 días del año.
TEL. 01 800 911 25 11
- **SAPTEL 52 59 81 21.** Apoyo psicológico las 24 hrs

ELABORÓ: DRA. ISABEL PUENTE JA SUAREZ E3MF
 Consejo: bus73@marina.com.mx

La violencia emocional o psicológica NO deja huellas visibles inmediatas, pero las consecuencias son más trascendentes:



- ca Provoca inseguridad
- ca Deterioro de la auto imagen y el valor propio
- ca Daño al estado de ánimo (baja autoestima)
- ca Disminución de la capacidad de toma de decisiones
- ca Disminución de las ganas de vivir con gusto o desempeñar las actividades cotidianas
- ca Mayor riesgo de presentar conductas adictivas
- ca Importante asociación con trastornos físicos (insomnio, ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, estrés, entre muchas otras)
- ca La transmisión a los hijos para continuar con esta forma de trato



VIOLENCIA DE PAREJA

La violencia de pareja sigue constituyendo un tabú social y cultural, a pesar de ser un fenómeno de gran magnitud en el país y un grave problema de salud en el mundo.



Debido a que la violencia masculina se sigue considerando como algo “normal”, con frecuencia resulta “invisible” aun para las propias mujeres maltratadas y esto incide en una inadecuada respuesta al problema

VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA

La *violencia emocional o psicológica* se refiere al hostigamiento verbal entre los miembros de la familia a través de intimidación, insultos, críticas permanentes, descréditos, humillaciones, silencio, amenaza de violencia física, entre otras.



Es la capacidad de destrucción con el gesto, la palabra y el acto.

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

La *Violencia Emocional o Psicológica* puede ser **VERBAL**, cuando mediante el uso de palabras se hace sentir a una persona que no hace nada bien, se le ridiculiza, insulta, humilla y amenaza frente a familiares, amigos, desconocidos o a solas.



Puede ser **NO**

VERBAL mediante actitudes corporales de agresión, como miradas de desprecio, indiferencia, silencios, control económico, celos injustificados o gestos para descalificar a una persona.



Trimestres

CRONOGRAMA												
Etapa/actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
• Etapa de planeación del proyecto	x	x	x									
• Marco teórico			x	x	x	x						
• Material y métodos				x	x	x	x					
• Registro y autorización del proyecto							x					
• Etapa de ejecución del proyecto									x			
• Recolección de datos									x			
• Almacenamiento de datos									x			
• Análisis de datos									x	x		
• Descripción de los resultados										x	x	
• Discusión de los resultados										x	x	
• Conclusiones del estudio											x	
• Integración y revisión final											x	x
• Autorizaciones												x
• Impresión del trabajo final												x
• Solicitud de examen de tesis												x