



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN, DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS

HGR CON MEDICINA FAMILIAR N°. 1, "LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ"

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

**AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN
MUJERES CON RELACIÓN DE PAREJA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

TRINIDAD LEON ZEMPOALTECA

Co-Directores

Dr. José Ponciano López Reyes

Dra. Yolanda Y. Pérez Terán

CUERNAVACA, MOR.

FEBRERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN
MUJERES CON RELACIÓN DE PAREJA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta

TRINIDAD LEÓN ZEMPOALTECA

MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, IMSS, MORELOS



Facultad de Medicina



A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

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

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



DRA. ANA MARÍA ROMÁN ROMÁN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL, CUERNAVACA, MORELOS.

DR. JUAN ORTIZ PERALTA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1

Directores de Tesis

DR. JOSÉ PONCIANO LÓPEZ REYES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS, MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. YOLANDA Y. PÉREZ TERÁN
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS, INVESTIGADOR ASOCIADO A CIBIS, IMSS,
XOCHITEPEC, MOR

En Paz

Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo vida,
Porque nunca me diste ni esperanza fallida
Ni trabajos injustos, ni penas inmerecidas.

Porque veo al final de mi rudo camino,
Que yo fui mi arquitecto de mi propio destino.
Que si extraje las mieles o la hiel de las cosas,
Fue porque en ellas puse hiel o mieles sabrosas.
Cuando planté rosales coseché siempre rosas.

...Cierto, a mis lozanías va a seguir el invierno
¡Más tú no me dijiste que mayo fuera eterno!

Hallé sin duda largas las noches de mis penas,
Mas no me prometiste tú, solo noches buenas;
Y en cambio tuve algunas santamente serenas...

Amé, fui amada, el sol acarició mi faz...
¡Vida nada me debes!
¡Vida estamos en paz!

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por darme la vida inmerecidamente
A quien pido su misericordia.

A mis padres

Por amarme sin condiciones, por haberme inculcado, normas morales y principios, por enseñarme a valorar la vida y por enseñarme que el saber es la mejor herencia.
Mi amor y gratitud eterna.

A mis amores

Cynthia Atzimba, Edu Iván, Tsahet Berenice, Ofna Yadira e Irwin Serguéi, porque presentes o ausentes han sido mi inspiración y mi motivo, gracias por su apoyo y comprensión.
Los amo de todo corazón.

A mis maestros y asesores

Por su conocimiento, por la enseñanza, por su paciencia, por el ánimo y el apoyo para superar este reto, por cultivar en mi, nuevo fruto: el de aprender y llegar a la meta.

A las mujeres maltratadas

Por quienes elevo una oración y mi anhelo por encontrar un futuro mejor.
Mi admiración y mi respeto.

AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES CON RELACIÓN DE PAREJA León, T.,¹ López, J.P.,² Pérez, Y.³

RESUMEN

Introducción: La violencia de pareja es un fenómeno universal, de gran magnitud y relevancia, y el principal problema de la familia contemporánea. Abarca al maltrato psicológico, físico, económico y sexual. Son conductas de abuso que menguan el estado emocional y la autoestima de la mujer, la cual pierde la confianza en sí misma produciendo desesperanza y depresión. Así la mujer cae en un ciclo repetitivo de violencia, con disminución del rendimiento personal, familiar, social y laboral. Se han descrito asociaciones entre la violencia, la baja autoestima y la depresión estableciéndose un círculo vicioso. Donde la autoestima pareciera ser mediadora de la depresión jugando un papel importante. La violencia física es la más notoria por las huellas físicas que deja; pero, es muy probable que otros tipos de violencia menos evidentes, ejerzan un efecto igual o mayor sobre la autoestima femenina, originando estados de depresión.

Objetivo General: Determinar el nivel de autoestima y depresión en mujeres en relación de pareja según los diferentes tipos de violencia vivida.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo. Con una muestra no probabilística, se encuestaron un total de 550 usuarias del servicio de medicina familiar del HGR c/MF No. 1. Se utilizaron cuestionarios de auto aplicación. Para la detección de violencia y sus tipos el Índice of Spouse Abuse (ISA) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS). Para Autoestima empleamos la Escala de Autoestima de Rosenberg; y para depresión: Escala de depresión de Beck.

Resultados: Se encuestaron 550 mujeres derechohabientes de las que 333 (60.5%) viven casadas y 222 (36.4%) vive en unión libre; las mujeres que si trabajan (trabajo remunerado fuera del casa) 308 (56%) y no trabajan 243 (44%). En los hombres 370 (85.3%) si trabaja, 79 (14.4%) no trabaja; se detectó alcoholismo en 135 mujeres (24.5%) y en su pareja 307 (55.8%), presentaron violencia sexual 280 (50.8%), psicológica 266 (48.4%), física 228 (41.5%), económica 37 (6.7%), un tipo de violencia el 94 (17.1%), dos tipos 107 (19.5%), tres tipos 133 (24.2%) y 4 tipos de violencia 26 (4.7%). Mientras que 190 (34.5%) no tienen violencia; la asociación de violencia y baja autoestima 43.8%. Tener un tipo de violencia provocó autoestima baja 35 (37.2%), comparadas con las que no tienen ($p.000$) 59 (62.8%), con probabilidad de baja autoestima 2.75 veces mayor. (IC95% 1.88 a 4.03), en aquellas mujeres con dos ($p .002$) y tres tipos de violencia ($p .000$) asociados. La asociación de Violencia Física y sexual impactó más sobre la Autoestima 11(61.2%). Presentaron diferentes estadios de depresión 349 (63.4%) mujeres. El impacto en la salud mental de la mujer se vió modificado cuando hay más de un tipo de violencia asociado, incrementando la gravedad de la depresión al asociarse la violencia psicológica y sexual; psicológica y física; sexual y física, se asocian a depresión leve moderada y grave. ($p .013$; $p .048$ y $p .000$ respectivamente); Incrementando la posibilidad de depresión, si ella tiene 45 años o más ($p .000$), mas estudios que su pareja ($p .000$), si ella trabaja ($p .041$), si ella tiene un empleo ($p .001$), si tiene 10 años o más viviendo juntos ($p .001$), el alcoholismo en la pareja ($p .000$) y el alcoholismo en la mujer ($p .000$).

Palabras clave: Violencia en relación de pareja; autoestima; depresión.

¹ Residente de tercer año. Especialidad de Medicina Familiar, con sede en Hospital General Regional con Medicina Familiar N° 1 IMSS, Cuernavaca, Morelos.

² Colaborador, Especialista en Medicina Familiar, Terapeuta Familiar con Diplomado en Investigación.

³ Colaboradora, Investigador asociado CIBIS, IMSS, Xochitepec, Mor.

**SELF-ESTEEM AND DEPRESSION BY TYPE OF VIOLENCE IN WOMEN
RELATIONSHIP WITH SEXUAL PARTNER
León, T.,¹ López, J.P.,² Pérez, Y.³**

SUMMARY

Introduction: Dating violence is a universal phenomenon of great magnitude and importance, and the main problem of the contemporary family. It covers the psychological, physical, economic and sexual. Abusive behaviors that are dwindling emotional state and self-esteem of women, which loses confidence in itself produce hopelessness and depression. Thus, the woman falls into a repetitive cycle of violence, decrease individual performance, family, social and labor. Have described associations between violence, depression, low self-esteem and establishing a vicious circle. Where self-esteem seems to be a mediator of depression playing a role. Physical violence is the most notorious for the physical traces it leaves, but it is very likely that other less obvious forms of violence, carrying an equal or greater effect on female self-esteem, resulting from depression.

General Objective: To determine the level of self-esteem and depression in women in a relationship for different types of violence experienced.

Methods: An observational, transversal, comparative, retrospective study. With a non-probability sample were interviewed a total of 550 users of family medicine service of HGR c / MF No. 1. Self-administered questionnaire was used application. For the detection of violence and types the Index of Spouse Abuse (ISA) and the Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS). To employ Esteem Scale Rosenberg Self-Esteem, and Depression: Beck Depression Scale.

Results: 550 women were surveyed beneficiaries of which 333 (60.5%) live married and 222 (36.4%) live in free union, women that if they work (paid work outside the home) 308 (56%) and 243 (44%) do not work. In men 370 (85.3%) if it works, 79 (14.4%) does not work, alcohol was detected in 135 (24.5%) women and their partners in 307 (55.8%), and 280 (50.8%) had sexual violence, psychological 266 (48.4%), 228 (41.5%) physical, economic 37 (6.7 %), a type of violence 94 (17.1%), 107 (19.5%) two types, three 133 (24.2%) and 4 types of violence 26 (4.7%). While 190 (34.5%) did not have violence, the association of violence and low self-esteem 43.8%. Having a form of violence caused low self-esteem 35 (37.2%) compared with those without ($p.000$), 59 (62.8%) with probability 2.75 times higher low self-esteem. ($C/95\%$ 1.88 to 4.03), in women with two ($p .002$) and three types of violence ($p .000$) partners. The association of physical and sexual violence impacted more on the Esteem 11 (61.2%). Showed different stages of depression 349 (63.4%) women. The woman's emotional state was broken when more than one type of partner violence, increasing the severity of depression associated with psychological and sexual violence, psychological and physical, sexual and physical, associated with mild moderate and severe depression. ($p .013$, $p .048$ and $p .000$, respectively). Increasing the possibility of depression, if she is 45 years or more ($p .000$), but studies that their partner ($p .000$), if it works ($p .041$), if she has a job ($p < .001$), if 10 years or more living together ($p .001$), alcoholism in the family ($p .000$) and alcoholism in women ($p .000$) increasing the risk of depression in the woman.

Keywords: Violence in intimate relationships, self-esteem, depression.

¹ Residente de tercer año. Especialidad de Medicina Familiar, con sede en Hospital General Regional con Medicina Familiar N° 1 IMSS, Cuernavaca, Morelos.

² Colaborador, Especialista en Medicina Familiar, Terapeuta Familiar con Diplomado en Investigación.

³ Colaboradora, Investigador asociado CIBIS, IMSS, Xochitepec, Mor.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| I. RESUMEN | |
| II. SUMMARY | |
| III. INDICE DE TABLAS | |
| Tabla 1. Edad de las participantes y sus parejas | 31 |
| Tabla 2. Estado civil | 31 |
| Tabla 3. Escolaridad | 32 |
| Tabla 4. Tipo de Empleo | 32 |
| Tabla 5. Tipos de violencia asociados | 36 |
| Tabla 6. Tipos de violencia asociados e impacto en la autoestima | 36 |
| Tabla 7. Asociación de tipos de violencia y autoestima | 37 |
| Tabla 8. Tipo de violencia asociados y depresión leve | 39 |
| Tabla 9. Tipo de violencia asociados y depresión moderada | 39 |
| Tabla 10. Tipo de violencia asociados y depresión grave | 40 |
| Tabla 11. Tipos de violencia asociados que motivan depresión | 41 |
| MARCO TEORICO | 1 |
| VIOLENCIA | 1 |
| Tipos de Violencia | 3 |
| Prevalencia de Violencia | 3 |
| Factores asociados a la violencia | 6 |
| Ciclo de la violencia | 7 |
| Modelos que explican el origen de la violencia | 8 |
| Modelos teóricos sobre la permanencia de la mujer | 10 |
| Consecuencias económicas de la violencia | 11 |
| Impacto de la violencia sobre la salud de la mujer | 12 |
| AUTOESTIMA | 13 |
| DEPRESIÓN | 15 |
| Métodos de evaluación de la violencia | 16 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 17 |
| Pregunta de investigación | 17 |
| JUSTIFICACIÓN | 18 |
| HIPÓTESIS | 19 |
| OBJETIVOS | 20 |
| General | 20 |
| Específicos | 20 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 21 |

| | |
|--|----|
| Tipo de diseño | 21 |
| Población, lugar y tiempo del estudio | 21 |
| Muestra | 21 |
| Tipo de muestra | 21 |
| Tamaño de muestra | 21 |
| Criterios de selección | 22 |
| Criterios de inclusión | 22 |
| Criterios de exclusión | 22 |
| Criterios de eliminación | 22 |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES | 23 |
| Procedimiento de estudio | 25 |
| Personal | 25 |
| Lugar | 25 |
| Cuestionarios | 25 |
| Reclutamiento | 27 |
| Ruta crítica | 27 |
| Análisis Estadístico | 28 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 29 |
| Recursos humanos, físicos y financieros | 30 |
| Recursos humanos | 30 |
| Recursos Físicos | 30 |
| Material en general | 30 |
| Recursos Financieros | 30 |
| RESULTADOS | 31 |
| Características de las participantes y su relación de pareja | 31 |
| Violencia | 33 |
| Asociación de tipos de violencia | 34 |
| Violencia y Autoestima | 36 |
| Violencia y Depresión | 37 |
| DISCUSIÓN | 42 |

| | |
|--|----|
| CONCLUSIONES | 44 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 45 |
| ANEXOS | 50 |
| I. Cronograma | |
| II. Index of Spouse Abuse (ISA) and Severity of Violence against Women Scale (SVAWS) | |
| III. Test de Autoestima de Rosenberg | |
| IV. Test de Depresión de Beck | |
| V. Consentimiento Informado | |

Abreviaturas utilizadas:

| | |
|---------|--|
| ENDIREH | Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares |
| ENVIM | Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres |
| ENVINOV | Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo |
| HGR | Hospital General Regional |
| IMJ | Instituto Mexicano de la Juventud |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática |
| ISA | Index of Spouse Abuse |
| MF | Medicina Familiar |
| Mor. | Morelos |
| NOM | Norma Oficial Mexicana |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| SVAWS | Severity of Violence against Women Scale |
| VIH | Virus Humano de inmunodeficiencia adquirida |

MARCO TEORICO

VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia conyugal como el “Acto de violencia de género que resulte, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de dichos actos, coerción o privaciones, arbitrarias de la libertad que ocurran ya sea en la vida pública o privada”¹.

En México, la Norma Oficial Mexicana (NOM 046-SS2, 2005) define la violencia contra las mujeres como: “cualquier acción u omisión basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”².

La violencia conyugal o doméstica es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres, son el grupo más vulnerable³. Por su alta prevalencia y efectos nocivos, representa un problema de salud pública⁴. La psicología clásica refiere que la agresividad humana y las tendencias antisociales son consecuencia de una escasa autoestima; o dicho en otros términos: la baja autoestima causa violencia. Siendo un obstáculo para la convivencia, que se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad de las mujeres. (NOM – 046-SSA2, 2005).

Tipos de violencia

Según la NOM, la violencia conyugal o doméstica abarca al maltrato psicológico, físico, económico y sexual.

Violencia psicológica. Son aquellas conductas que producen desvalorización o sufrimiento a sus víctimas. Tales actos pueden adoptar diversas formas, por ejemplo: ridiculización, insultos, aislamiento social o

económico, celos o posesividad, amenazas verbales de maltrato físico, amenazas repetidas de divorcio, abandono o infidelidad⁵. Se describen como una “forma de hostilidad verbal o no verbal, que perjudica directa o indirectamente la estabilidad emocional de la mujer”⁶, dicha situación se refleja de manera directa en su autoestima⁷.

Violencia física. Este tipo de violencia o intimidación ejercida por el agresor reviste un carácter particularmente degradante o vejatorio para la víctima, ya que fuerza la integridad de la persona. No solo es el hecho físico de la agresión mediante empujones, golpes o puntapiés, jalones de pelo, bofetadas, pellizcos, mordiscos, secuestro o hasta intentos de asfixia y estrangulamiento. También se agrede mediante la utilización de objetos que pueden causar lesiones como quemaduras, heridas, fracturas, pudiendo llegar incluso al homicidio (6).

Violencia económica o patrimonial. Es aquella en que el agresor afecta la sobrevivencia o bienestar de la mujer y sus hijos con la destrucción de bienes muebles e inmuebles o recuerdos familiares propiedad de la víctima. Este tipo de violencia incluye la transformación, sustracción o falsificación de documentos; así como, el incumplimiento de las obligaciones económicas para la manutención (NOM-046-SSA2, 2005).

Violencia sexual. Es el acto que se realiza contra la voluntad o sin consentimiento de la mujer, además de acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de la víctima, a la cual se doblega mediante el uso de la violencia física. Incluye el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías (NOM-046-SSA2, 2005).

Este tipo de agresión va desde ser forzada físicamente a tener relaciones sexuales o a participar en tipos de actividad sexual que son degradantes y humillantes⁸.

También se considera agresión sexual cuando se ejerce por parte de maridos que no respetan la abstinencia prescrita por médicos y parteras (durante el embarazo, el puerperio y cuando se realizan tratamientos para las infecciones genitourinarias), como cuando hay violaciones e incesto⁹. Aunque el tema de la violencia sexual ha sido poco explorado hay indicios de que constituye un serio problema¹⁰.

Prevalencia de violencia en mujeres en relación de pareja

A nivel mundial se calcula que entre el 16% y el 52% de mujeres experimentan violencia física, y por lo menos una de cada cinco son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida¹¹.

En un estudio realizado por la OMS y que abarcó 11 países, se reportó que la violencia psicológica severa fluctuaba entre 10% en Egipto y 51% en Chile. En tanto que, las mujeres que habían sido objeto de violencia sexual por su pareja se ubicó entre 6% en el Japón, Serbia y Montenegro y el 59% en Etiopía. En Francia el 35% de las mujeres habían experimentado violencia psicológica en el año previo a la encuesta (1).

En nuestro país, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH 2003)¹² que constituye la primera encuesta nacional en hogares sobre violencia de pareja contra las mujeres fue levantada en México y en América Latina. Se realizó en 11 estados de la República Mexicana a 34,184 mujeres mayores de 15 años de edad que vivían en ese momento con su pareja, dando una estimación a nivel nacional de la magnitud y severidad de la violencia de pareja contra las mujeres, el 44% reportó algún incidente de violencia, con una prevalencia de violencia emocional del 35.4%, violencia económica del 27.3%, violencia física el 9.3% y violencia sexual el 7.8%.

En la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003)¹³, realizada en la República Mexicana se entrevistó a 26,042 mujeres donde el objetivo fue conocer la magnitud, características y determinantes de la violencia de pareja. Estas mujeres pueden experimentar más de un tipo de violencia de pareja, reportando una prevalencia de 21.5%, es decir, una de cada cinco mujeres padece violencia, a saber: psicológica, 19.6%; física, 9.8%; sexual, 7%, económica, 5.1%; Morelos con el 28.2% ocupó el 31° lugar. Cabe añadir que la cuarta parte de las entrevistadas (23.5%) declaró sentir que tenía problemas emocionales que requieren atención o ayuda profesional.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2006)¹⁴, levantada en los 32 estados de la República Mexicana a 133,398 mujeres. El 43.2% de las mujeres de 15 años y más, sufrieron algún tipo de violencia a lo largo de la relación con su última pareja. Con una prevalencia de violencia emocional del 37.5%, violencia económica del 23.4%, violencia física del 19.2%, y violencia sexual el 9%.

En la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2006¹⁵, Se entrevistó a 22,318 usuarias de los servicios de salud. Se estimó una prevalencia de 33.3% de violencia de pareja. Psicológica 28.5%, Física 16.5%, Sexual 12.7%, Económica 4.4%. Coincide con que más de la mitad de las mujeres informó algún problema de salud al momento de la entrevista (57.5%).

Las cinco entidades con mayor prevalencia de violencia en orden descendente fueron: el Estado de México (45.6%); Nayarit (39.6%); Quintana Roo (39.6%); Durango (37.6%), y Yucatán (36.2%). El estado con menor prevalencia fue, igual que en la ENVIM 2003, Aguascalientes (22.8%). Morelos con el 28.2% ocupó el 23° lugar (15)

En el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 del IMSS, en Cuernavaca, Mor., (2006) se realizó entrevista directa a 199 mujeres donde 58 de ellas (29.1%) sufrió algún grado de violencia; en 41

mujeres (21.6%) violencia severa; que se desglosa según el tipo de maltrato como sigue: 25 mujeres (12.6%) violencia psicológica, 41 mujeres (20.6%) violencia física, 47 mujeres (23.2%) violencia económica y 39 mujeres (19.6%) violencia sexual¹⁶.

Las agresiones de la pareja suelen presentarse desde el noviazgo. En México es un grave problema que aqueja a la población joven y limita su potencial de desarrollo en el futuro.

A partir de estas experiencias y ante la necesidad de generar información estadística que permita medir y caracterizar el fenómeno, el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) solicitó al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) el levantamiento de la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007 (ENVINOV 2007¹⁷), la cual permitiría conocer los aspectos asociados a este fenómeno en el ámbito nacional.

La ENVINOV fue levantada a nivel nacional en el último trimestre del 2007 en 18 mil hogares a jóvenes de 15 a 24 años solteros que en ese año tuvieron relaciones de noviazgo con su pareja con representatividad rural/urbano. Se ha reportado que el 15.5 % de los mexicanos de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia durante el noviazgo.

Los incidentes de violencia física tienen una mayor proporción en zonas urbanas 16.4%, en comparación con las zonas rurales 13.2%. Los resultados de la ENVINOV en este rubro indican que el 76% de los jóvenes son víctimas de la violencia psicológica y la mayor incidencia de ésta se da en áreas urbanas 76.3% a diferencia del área rural 74.7%.

Y el 16.5% ha vivido al menos una experiencia de ataque sexual. La proporción es similar entre jóvenes de zonas urbanas y zonas rurales¹⁸.

Factores asociados a la violencia

Los factores detectados en diferentes investigaciones fueron la edad, escolaridad, actividad laboral, total de horas trabajadas, antecedente de violencia en la infancia, la frecuencia de consumo de alcohol por la mujer, el estrato socioeconómico y el tipo de localidad y de residencia¹⁹.

De este modo, se ha publicado que del total de mujeres que sufren violencia, el 16% había padecido violencia en su infancia. Asimismo, existe una mayor prevalencia de este fenómeno entre quienes iniciaron el noviazgo y/o la convivencia con la pareja antes de los veinte años. Al mismo tiempo, los porcentajes más altos de violencia se observan entre las mujeres con secundaria incompleta y en general, entre las mujeres con bajo nivel educativo (13).

Las mujeres que viven en unión libre presentan 2.7 veces más violencia que las mujeres unidas en forma civil y religiosa (14).

Igualmente, las mujeres que han estado casadas o unidas más de una vez tienen mayor riesgo de padecer violencia conyugal, la cual se incrementa por el hecho de tener hijos con parejas anteriores²⁰. El embarazo es otro factor de riesgo importante, pues según estadísticas, el maltrato frecuentemente empieza o empeora durante este periodo²¹.

El abuso de sustancias psicoactivas también influye. Aunque el alcohol se considera como un facilitador o desencadenante de violencia y no como un factor de riesgo por sí mismo, se ha reportado que casi la mitad de las víctimas (47,0%) señalan que alguno de los dos miembros de la pareja había estado bebiendo antes de la agresión, sólo el agresor (25,9%), el agresor y la víctima (16,7%) o bien, sólo la víctima (3,5%)²².

Las normas culturales, la pobreza, el aislamiento social y el acceso a armas de fuego de cualquier índole, también son factores de riesgo (11). Por esto mismo, es importante mencionar que la mayoría de los factores que

predicen la violencia están relacionados con las normas y valores en torno a la igualdad social y la falta de equidad entre los géneros²³.

Ciclo de la violencia

En la primera fase, la violencia adopta la forma de agresión psicológica, con atentados a la autoestima de la víctima. Dichas conductas probablemente no son percibidas como violentas, sin embargo, debilitan psicológicamente a quien las padece.

En la segunda etapa, hay utilización del “privilegio masculino”, apareciendo la coerción e intimidación por medio de amenazas verbales, para impedir que ella pida auxilio, a la vez que se minimizan los hechos. Esta violencia de carácter verbal refuerza a la agresión psicológica. En esta fase aparece o se refuerza el aislamiento social; por ejemplo, se prohíbe el trato con la familia y con otras personas, haciendo a las víctimas más vulnerables desde el punto de vista emocional. Mientras tanto, el maltrato emocional continúa con la crítica sistemática, descalificaciones, humillaciones y trato degradante, que pueden darse en privado o en público²⁴.

Esta condición suele avanzar hacia la tercera etapa, donde la principal característica es la negociación del maltrato. El agresor niega haber maltratado a su víctima y le hace creer que son exageraciones o invenciones suyas²⁵.

De lo anterior se desprende que la violencia psicológica evoluciona, volviéndose cada vez más frecuente e intensa²⁶. En el caso de violencia de pareja, según O’Leary, el abuso psicológico habitualmente se convierte en violencia física (24).

La violencia física se caracteriza por ser voluntaria, dirigida, cíclica y de intensidad creciente. En el ciclo de la violencia física, se identifican tres fases.

A la primera etapa se le conoce como fase de acumulo de tensión, surge a partir de conflictos o incidentes aparentemente insignificantes que detonan la confrontación y derivan en agresiones verbales.

En la segunda etapa o fase de agresión, la tensión crece, hay insultos, gritos y amenazas que llegan a la violencia física y en ocasiones a la violencia sexual. En casos extremos hay intentos de homicidio.

La fase de reconciliación o “Luna de Miel”, es la tercera etapa y se caracteriza por desaparición temporal de las tensiones, debido a la culpa y el miedo del agresor que teme perder a su pareja, más tarde las prácticas violentas vuelven a aparecer. Con el tiempo, la violencia se vuelve más intensa y frecuente (26).

Modelos que explican el origen de la violencia

Dado que la violencia se considera el producto de una combinación de factores personales, situacionales, relacionales, institucionales y macro estructurales, que hacen intersección con otras categorías: clase, etnia, edad, nacionalidad, religión, la orientación sexual y la autoestima. Para explicarla, se han formulado varias teorías que explican las causas de la violencia.

El Modelo de aprendizaje social. El modelo ecológico propuesto por Heise, explica los factores asociados a violencia en diferentes niveles (individual, familiar, comunidad y la sociedad. Se compone de cuatro elementos: i) individual, ii) relacional, iii) comunitario y iv) social en su conjunto (23).

Cada individuo nace dentro de un marco jurídico, económico, social, cultural y educativo, del cual adquiere, aptitudes, conocimientos y reglas que incitan o inhiben la violencia y permiten explicar y prever su comportamiento²⁷. El éxito o el fracaso en aspectos de la vida social, cultural o en familia dependerán del modelo que haya sido reforzado. Si la enseñanza dentro de la familia y la sociedad usa el castigo físico para educar, ésta será repetida por

los hijos y la violencia se volverá parte integral de la personalidad de los individuos²⁸.

El modelo sistemático patriarcado. Es reconocido desde 1969, y en él se resaltan dos componentes básicos: a) una estructura social basada en un sistema de organización en el que los hombres tienen poder y privilegios sobre las mujeres; b) el otro componente es el conjunto de creencias que legitiman y mantienen el poder y la autoridad de los hombres sobre sus parejas, ya sea en el matrimonio o en la unión libre. En este modelo se justifica la violencia contra aquellas mujeres que quebrantan los ideales de la familia patriarcal²⁹.

El modelo y estereotipo de rol de género. En este modelo el vínculo conyugal y la distribución de derechos y deberes de cada uno de los cónyuges responden a estereotipos de género muy rígidos que son de carácter social y cultural. En esta estructura de género las oportunidades y privilegios son diferentes por el hecho de ser hombre o mujer³⁰.

El estereotipo del género masculino es tener poder, el control y la obtención de beneficios, por lo cual aísla y anula la otra persona³¹. Considera la violencia como el ejercicio de poder y control contra las mujeres por la condición misma de ser mujeres. Las expectativas de las mujeres depositadas en la pareja, asocian al hombre en su rol de proveedor.

Las atribuciones de rol femenino vinculan a la mujer con el cuidado de los hijos y la casa familiar en primer lugar y lo describen por sus quehaceres domésticos como la obligación de cocinar, lavar y planchar para su pareja. Simbolizan plenamente el rol social establecido de vulnerabilidad, marginalidad, debilidad, desventaja cultural, laboral, educativa, sometimiento, pasividad, injusticia y co-dependencia (23).

Por otra parte, el estereotipo del hombre que manda, suele ser cuestionado por las mujeres, pero en la práctica ellas poseen pocos recursos para oponerse al poder que él detenta y se observa que él toma muchas de las decisiones de la vida común (30).

El modelo de la agresividad. También llamado ensamblaje fisiológico, es el que analiza las emociones subyacentes en ambos integrantes de la pareja.

Las emociones negativas que predominan en los hombres, durante una agresión, son la ira y el desprecio; mientras que en la mujer son tristeza y miedo. Esta asimetría se continúa con las secuencias establecidas del contagio emocional: la ira en ella, genera ira en él; la ira en él genera miedo en ella y el miedo en ella genera en él, más ira³². La ira se considera una emoción inherente a los individuos, debido a que forma parte de la estructura biológica del ser humano; pero, puede y debe canalizarse para que no sea destructiva³³.

El modelo psicopatológico. Es aquel en el la agresividad no es un impulso negativo, ni destructivo, sino que se considera un instinto básico que le sirve al hombre para sobrevivir y adaptarse a la sociedad en la que vive. Sin embargo, el impulso agresivo se vuelve violento y destructivo cuando se bloquea o se frustra (8). Las estructuras neurobiológicas implicadas son las del sistema límbico (32).

Modelos teóricos sobre la permanencia de la mujer en una relación violenta

Interesados en esta anómala situación de dependencia a la pareja, en las mujeres que padecen violencia, se han postulado algunas teorías tratando de explicar las razones por las cuales ellas se mantienen en esta relación.

Síndrome de Indefensión aprendida. La teoría de Seligman, postula que la mujer constantemente lastimada, sin alternativas, ni perspectivas, tendrá un estado depresivo que la llevará a no tomar acciones para escapar de la relación³⁴. En tales circunstancias, la mujer se adapta utilizando mecanismos de defensa, y cada vez con mayor frecuencia, escoge hacer lo que tenga más probabilidades de éxito para minimizar el dolor y aumentar las probabilidades de supervivencia, en vez de arriesgarse a que la lastimen aún más o a que la maten tratando de escapar³⁵.

Síndrome de Estocolmo doméstico. En este se da el fenómeno de crear un vínculo con el agresor. Dicha actitud de vincularse o “quedarse” con el agresor puede interpretarse como pasividad; sin embargo, es una estrategia activa de supervivencia ante el riesgo de que la violencia se incremente. De

hecho, éste síndrome se considera como una respuesta “normal” ante una situación “anormal”³⁶.

Echeburúa (8) analiza el perfil de las mujeres maltratadas refiriendo que el bajo nivel cultural, el compromiso matrimonial, el aceptar a someterse al marido, la dependencia económica, la falta de empleo y el no tener donde ir, las mantiene al lado de la pareja.

Mientras que, Strube³⁷, analiza la situación basándose en tres modelos teóricos que buscan dar respuesta a este fenómeno:

La teoría de los costos y beneficios. Postulada por Pfouts³⁸, se basa en el modelo de Thibaut y Kelly³⁹, la cual sugiere que la decisión de dejar la relación violenta depende del hecho de que el beneficio total de esa decisión sea mayor que el costo de permanecer en la situación.

La teoría de la acción razonada. Según Strube (37), la mujer sólo saldrá de la relación violenta luego de comparar las consecuencias positivas con las negativas y del análisis de las posibilidades de éxito percibidas a través del apoyo que reciba de sus seres queridos y de sus redes de apoyo (37).

La teoría de la dependencia psicológica. Señala que la mujer permanece en la relación violenta por el compromiso establecido a través del matrimonio⁴⁰.

Consecuencias económicas de la violencia

Estudios a nivel mundial muestran que la violencia a las mujeres es un factor de riesgo importante para la salud, para el bienestar y para el ejercicio de los derechos humanos. Además tiene efectos directos en el ámbito laboral, en las comunidades y en la sociedad en su conjunto⁴¹.

Se ha demostrado la disminución en el rendimiento y el elevado ausentismo laboral de las mujeres víctimas de violencia, lo cual, representa un alto costo económico, debido a la cantidad de bienes que dejan de producirse⁴². Se estima que uno de cada cinco días laborables que pierden las mujeres por razones de salud, es el resultado de problemas relacionados con la violencia familiar.

Los gastos ocasionados en el rubro de la salud son debidos, por una parte a la demanda de atención médica por las mujeres victimadas. Por otro lado, a los servicios que deben crearse para prevenir la violencia intrafamiliar y asistir a las víctimas (42).

La violencia de género supone costos financieros y sociales. Canadá, como parte de la campaña nacional contra la violencia de género, estima que el costo de la misma, alcanza 1, 100 millones de dólares canadienses anuales, que incluyen la atención médica y la pérdida de productividad, según el Banco Interamericano de Desarrollo (42).

En el Reino Unido, en 2004, los costos directos e indirectos totales de la violencia doméstica fueron de 23 mil millones de libras esterlinas, por servicios judiciales y los conceptos de asistencia sanitaria y psicológica⁽⁴²⁾.

En México, no hay reportes fehacientes sobre el gasto público ocasionado por la violencia de pareja. Sin embargo, se calcula que el 28.1% de las mujeres agredidas tuvieron que acudir a algún servicio de salud ya sea formal, tradicional, o bien, a los remedios caseros y a la automedicación para atender sus lesiones (14).

Impacto de la violencia sobre la salud de la mujer

El impacto de las agresiones sobre la víctima van desde las lesiones infligidas durante la agresión física, hasta problemas de salud crónicos como colon irritable, cefaleas; afecciones a la salud sexual, por ejemplo: embarazos no deseados, abortos, productos de bajo peso al nacimiento, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA⁴³.

Sin embargo, los mayores sufrimientos se originan cuando la mujer no logra ser auténtica, lo cual deriva frecuentemente en enfermedades psicológicas como fobias, ansiedad, estrés crónico, síndrome de estrés postraumático y depresión e impide que un buen número de mujeres pueda tener una vida saludable pues su salud mental se ve afectada por la violencia pudiendo llegar hasta el suicidio⁴⁴.

Además, se presentan otros rasgos que no llegan a ser patológicos, pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor como: la timidez,

vergüenza, temores y trastornos psicósomáticos. El denominador común de todas estas alteraciones es la autoestima baja⁴⁵.

El impacto de la baja autoestima y la depresión en la "salud social" de una comunidad es negativo y generalizado. Los vínculos sociales pueden quebrantarse en la medida en que la mujer se aísla o es aislada por su familia y la comunidad. Entonces, la reconstrucción de la comunidad se vuelve particularmente difícil.

AUTOESTIMA

La autoestima es el sentimiento valorativo del ser, de quien se es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y como actuamos⁴⁶.

La autoestima se va formando desde el momento mismo en que somos concebidos, comienza la carga de mensajes, primero de manera energética y luego psicológica; así, la personalidad va formándose y creciendo dentro del ambiente familiar, incorporando sus valores, reglas y costumbres⁴⁷.

El concepto de cómo nos ven nuestros mayores, compañeros, amigos se forma a partir de los 5-6 años, también influyen las experiencias que se adquieren. Entonces, la autoestima depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que estemos y de los estímulos que este nos brinda⁴⁸.

Algunos de los aspectos son incorporados en la familia, por medio del "modelo" que la sociedad nos presenta. En ciertas circunstancias, nuestro sentido de valor personal y de confianza en las propias capacidades puede verse afectado y hacernos creer que vivimos a merced de las contingencias⁴⁹.

Los pensamientos y sentimientos acerca de nosotros mismos son responsables de muchos fracasos y éxitos. La autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciara la capacidad para desarrollar habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal. En cambio, la autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota, la dependencia y el fracaso⁵⁰.

Las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse son, la comparación entre lo que uno y los otros alcanzan; la descalificación por los seres significativos, la creencia de que la propia existencia no tiene sentido y el sentimiento de incapacidad para otorgárselo. Todo esto lleva a considerarse menos que los demás y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser⁴⁸.

Según los postulados de la psicología clásica, la agresividad humana y las tendencias antisociales son consecuencia de una baja autoestima; dicho en otros términos: la baja autoestima puede volver violentos al hombre y a la mujer⁵¹.

En la violencia conyugal las víctimas y los victimarios poseen muy baja autoestima, ya que por un lado, la víctima es alguien que no puede poner límites y permite ser abusada. Por otro lado, los victimarios compensan sus sentimientos de inferioridad maltratando y abusando, en este caso, a su cónyuge según Roche (50).

La violencia contra la mujer produce un fuerte impacto psicológico en la autoestima femenina, generando sentimientos de incompetencia y deteriorando su capacidad de obrar por sí mismas OPS (41). Con lo cual, se establece un círculo vicioso de abuso y poder, ya que la vergüenza vivida en la infancia es fuente de baja autoestima que llevará a la violencia en la vida adulta con lo cual se cierra el círculo vicioso (50).

Generalmente, las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y al mundo en forma pesimista, se abruma fácilmente por el estrés y están predispuestas a la depresión⁵².

DEPRESIÓN

La depresión (del latín *depressus*, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente⁵³.

La Organización Mundial de la Salud indica que la depresión se convertirá, en el año 2020, en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar (1).

La depresión de mayor grado afecta a una de cada cinco mujeres. Estudios realizados señalan que los períodos de mayor riesgo son durante la juventud y entre los 35 y 45 años⁵⁴.

Las mujeres más vulnerables a la depresión son las que reúnen las siguientes características: estereotipo de la feminidad, con ausencia de ciertos atributos masculinos como la ambición y la confianza en sí misma. Al mismo tiempo, poseen algunas de las particularidades negativas de la feminidad, por ejemplo: la dependencia y la sumisión, con ausencia de los atributos positivos de la misma, como son la simpatía y la disponibilidad para suavizar⁵⁵.

La teoría de la indefensión aprendida puede ser útil para explicar la depresión. Esta teoría dice que las personas con tendencias depresivas tienen una historia de aprendizajes en la que son incapaces de salir airosos y de controlar su vida han aprendido a considerarse indefensas.

Cuando se enfrentan con una situación difícil, estas mujeres creen que no pueden afrontarla con éxito, apareciendo la depresión. La sensación de indefensión y falta de control, se parece mucho a la indefensión que se ha considerado como una característica de la mujer (34).

Al igual que en la autoestima, en la depresión concurren factores culturales, sociales y psicológicos, entre los que destaca la socialización. El hecho de que, en nuestra sociedad, las mujeres carezcan de poder (en todos los aspectos, desde las relaciones interpersonales hasta la política nacional) puede contribuir a la sensación de indefensión.

Además en este proceso de socialización se inhibe la expresión de sentimientos agresivos en la mujer y favoreciendo la pasividad⁵⁶, vulnerabilidad ante las pérdidas e inhibición de la asertividad y la autoestima. Todas estas situaciones conducen hacia la depresión⁵⁷.

Métodos de evaluación de la violencia

Durante la década de los 90 aumentaron las investigaciones dedicadas a la violencia contra las mujeres, los resultados mostraban mucha diversidad tanto en la caracterización de la violencia como en la prevalencia.

Esto se atribuyó a que cada equipo de investigación definía qué y cómo evaluar la violencia, generando que los resultados no fueran comparables entre sí.

En las primeras encuestas nacionales del 2003 (13), se empezaron a utilizar los cuestionarios del Index of Spouse Abuse (ISA) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), lo cual representó un avance importante en la estandarización de los resultados. Debido a su utilidad estas encuestas fueron replicadas en el 2006 en México (15) y después en varios países de Latinoamérica⁵⁸.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La violencia conyugal es un fenómeno universal, de gran magnitud y relevancia, estudios estadísticos la ubican como uno de los principales problemas de la familia contemporánea, que trasciende barreras culturales, socioeconómicas, políticas, educativas y religiosas (13).

Los diferentes tipos de violencia ejercida por la pareja conyugal y dirigido a las mujeres, abarca una amplia gama de conductas y comportamientos que van desde la utilización de actitudes y palabras que la menosprecian, hasta lesiones físicas o sexuales cuya finalidad es obligar a la víctima a hacer lo que el agresor quiere, que sugieren poder y control (23).

Todas estas actitudes de violencia menguan el estado emocional de la mujer mediante socavar la confianza en sí misma, generando sentimientos de incompetencia, falta de interés, falta de vitalidad, desesperanza y baja autoestima. La lesión emocional y el impacto en la autoestima, llevan a la mujer a la depresión (52).

Donde la depresión juega un papel importante, ya que implica sufrimiento que disminuye la calidad de vida, llegando a suponer un riesgo de muerte, manifestándose en su vida personal, familiar, laboral por el bajo rendimiento y ausentismo, además del impacto social que esto implica.

En esas condiciones la mujer llega a un estado de predisposición para ser víctima y caer en un ciclo repetitivo de violencia (26), con lo cual es muy claro que la violencia produce un efecto perjudicial en la salud mental de la mujer produciendo baja autoestima y llevándola a estados de depresión, sin embargo no se ha estudiado si los diferentes tipos de violencia afectan por igual, por lo que sería importante conocer si:

¿Los diferentes tipos de violencia en mujeres en relación de pareja afectan por igual a la autoestima y la depresión?

JUSTIFICACION

Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduce a un incremento de los problemas de salud tales como baja autoestima, depresión y enfermedades psicosomáticas.

A pesar de que la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina, sólo hasta hace algunos años se ha visualizado como un problema de salud pública, que genera miles de pesos en atención médica por las lesiones físicas; trastornos psicológicos, psicosomáticos, trastornos ginecológicos y daños a la salud reproductiva. La elevada prevalencia de la violencia contra la mujer, y sus secuelas médicas y psicológicas, justifican plenamente su detección rutinaria.

Existen evidencias palpables de la violencia y las consecuencias de ésta en la mujer, sin embargo en la consulta médica, se muestran siempre habilidades insuficientes sin los elementos suficientes para poder enfrentar la situación con las pacientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que se atienden en la consulta por lo que se canalizan o se sub-diagnostican minimizando el problema de salud que representa la violencia.

El aumento de la prevalencia de la violencia en mujeres evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico encaminados a la detección de problemas de violencia, de autoestima y depresión, dirigido a los médicos generales y familiares ya que ellos son la puerta de entrada a las instituciones de salud son un punto clave para la detección y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, ya sea en la consulta familiar o en los servicios de urgencias. Por lo que con este estudio esperamos contribuir a informar y sensibilizar al personal de Salud, en especial al Médico Familiar para el manejo de factores de riesgo así como para detección oportuna de la violencia y sus consecuencias.

HIPÓTESIS

- Los diversos tipos de violencia en relación de pareja afectan de manera diferente a la autoestima femenina.
- Los diversos tipos de violencia en relación de pareja, afectan de manera desigual la salud mental de la mujer, llegando a producir diferentes grados de depresión.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el nivel de autoestima y depresión en mujeres en relación de pareja según los diferentes tipos de violencia vivida.

ESPECÍFICOS:

- Identificar la frecuencia de los diferentes tipos de violencia que viven las mujeres en su relación de pareja.
- Determinar el nivel de autoestima en mujeres que no viven violencia en su relación de pareja.
- Determinar el nivel de autoestima en mujeres que viven violencia en relación de pareja, según el tipo de violencia experimentada.
- Comparar el nivel de autoestima de las mujeres en relación de pareja con y sin violencia, según el tipo de la misma.
- Identificar la presencia y el nivel de depresión en mujeres en relación de pareja que no viven violencia.
- Determinar el nivel de depresión en mujeres en relación de pareja que viven violencia
- Comparar el nivel de depresión de las mujeres en relación de pareja con y sin violencia según el tipo de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE DISEÑO:

Transversal, observacional, retrospectivo y comparativo

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

POBLACIÓN: Mujeres derechohabientes de 15 a 60 años de edad en relación de pareja de un año o más a la fecha de la encuesta.

LUGAR: Hospital General Regional con Medicina Familiar Numero 1, Cuernavaca, Morelos. Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIEMPO: Periodo comprendido julio- octubre del 2010. (ANEXO I).

MUESTRA:

TIPO DE MUESTRA

Se colectó una muestra de tipo no probabilístico, de casos consecutivos, eligiendo a las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, presentes en la sala de espera de todos los consultorios de medicina familiar, durante los turnos matutino y vespertino, para asegurar una muestra representativa.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para comparar proporciones⁵⁹:

$$N = \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{P(1-P)(1/q_1 + 1/q_2)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1)(1/q_1) + P_2(1-P_2)(1/q_2)}]^2}{(P_2 - P_1)^2}$$

Donde q_1 = Proporción de individuos del grupo 1

q_2 = Proporción de individuos del grupo 2

N = Número total de individuos

$P = q_1 + q_2$

N = 550

Se calculó que aproximadamente el 44% de las mujeres en relación de pareja viven violencia (ENDIREH, 2003) (12), de las cuales el porcentaje más bajo son las víctimas de agresión sexual que van del 7.8 (ENDIREH, 2003) (12) al 19.6 (IMSS, Morelos) (16). Asimismo, se esperó que al menos el 50% de ellas presentaran baja autoestima. Mientras que, en las mujeres que no viven violencia se estimó que el 20% tengan autoestima baja. Según lo anterior, la diferencia esperada entre ambos grupos es de 30%.

Después se aplicó la fórmula de Hulley y cols., (59), arriba descrita, tenemos que, para una diferencia de 30% en baja autoestima entre las mujeres sin violencia y las que han vivido violencia sexual; con una proporción esperada de baja autoestima de 20% (en mujeres sin violencia), con $\alpha = 0.05$, unilateral y $\beta = 0.20$, se requiere una cifra de 30 mujeres que hayan experimentado violencia sexual.

Si sabemos que la violencia sexual representa aproximadamente el 13.7% (promedio de 7.8 y 19.6) del 44% de mujeres que han experimentado violencia; entonces 6 mujeres de cada 100 habrán sufrido agresión sexual. Por lo tanto, se necesitaron 500 encuestas para reunir las 30 mujeres víctimas. Más el 10% por cuestionarios inválidos, quedando un total de 550 cuestionarios.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres de 15 años y mas de edad.
- Que tuvieron relación de pareja mínimo de un año a la fecha de la encuesta.

- Derechohabientes del IMSS
- Turno matutino y vespertino
- Que aceptaron participar en el estudio
- Que supieran leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No hay

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Aquellos cuestionarios que no fueron llenados de forma correcta.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Dependientes

| Nombre | Definición | Tipo y Escala | Medición |
|------------|--|---------------------|---|
| Autoestima | Es el sentimiento valorativo de uno mismo. | Cualitativa Ordinal | Menor 20 = Autoestima baja Más 20= Autoestima normal |
| Depresión | Estado anímico de tristeza, abatimiento e infelicidad. | Cualitativa Ordinal | 0.- 9 = Sin depresión o normal 10-18= Depresión leve 19-29= Depresión moderada Mayor de 30 = Depresión grave |

Independientes

| Nombre: | Definición | Tipo y Escala | Medición |
|-----------------------|---|---------------------|------------------|
| Violencia psicológica | Conductas que ocasionan daño emocional, en forma abierta o encubierta y que provoque alteraciones psicológicas o psiquiátricas. | Cualitativa Nominal | 0 = No 1 = Si |

| | | | |
|---------------------|--|------------------------|------------------|
| Violencia física | Acto de agresión física que cause daño evidente. | Cualitativa Nominal | 0 = No 1 = Si |
| Violencia económica | Control o limitación de recursos económicos y uso del ingreso o patrimonio familiar. | Cualitativa Nominal | 0 = No 1 = Si |
| Violencia sexual | Acción mediante la cual se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas. | Cualitativa Nominal | 0 = No 1 = Si |

Posiblemente Confusoras

| Nombre | Definición | Tipo y Escala | Medición |
|-----------------|---|---------------------------|---|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza la encuesta. | Cuantitativa Continua | Expresada en años cumplidos |
| Escolaridad | Número total de años escolares aprobados. | Cuantitativa Continua | Números arábigos que expresan los años de escolaridad concluidos. |
| Estado civil | Se refiere a la situación legal de la unión. | Cualitativa dicotómica | 1 = Casada 2 = Unión libre |
| Ocupación | Desempeño de una actividad laboral, que genera ingresos económicos. | Cualitativa Dicotómica | 0= No 1= Si |
| Tiempo de Unión | Tiempo que ha vivido la pareja actual bajo el mismo techo. | Cuantitativa Continua | Expresada en años |
| Alcoholismo | Ingesta no controlada de bebidas alcohólicas que produce cambios de conducta. | Cualitativa dicotómica | 0= No 1= Si |

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

PERSONAL: El investigador principal realizó la aplicación de los cuestionarios a las mujeres participantes.

LUGAR: En la sala de espera de los consultorios de medicina familiar del HGR No. 1 c/MF.

CUESTIONARIOS:

La primera parte del cuestionario fue de preguntas cerradas para conocer algunos datos socio-demográficos de las participantes. Dichos datos correspondieron a las variables consignadas como posiblemente confusoras.

Para medir los tipos de violencia y la no violencia se empleó: el Index of Spouse Abuse (ISA)⁶⁰ y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS)⁶¹. Ambas escalas se han utilizado, en estudios previos con población mexicana a nivel nacional⁶².

Se trata de cuestionarios de opción múltiple, donde las respuestas (0= nunca, 1= alguna vez, 2= varias veces y 3= muchas veces) miden la frecuencia de las acciones violentas, en los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta (Anexo II).

Para identificar el nivel de la autoestima se utilizó el test de Rosenberg⁶³. Esta escala ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países, incluido México⁶⁴.

La facilidad de aplicación de esta prueba y sus aceptables características psicométricas constituyeron un importante apoyo para su utilización en contextos clínicos, por lo cual fue escogida para este estudio.

La escala de autoestima de Rosenberg tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma y consta de 10 preguntas puntuables entre 1 y 4. Lo anterior deriva en calificaciones que varían entre 10 la mínima y 40 la máxima.

Como resultado de diferentes aplicaciones en América Latina y México se ha llegado al consenso de que las puntuaciones entre 25 y 35 constituyen el rango normal⁶⁵, (Anexo III).

La Depresión fue medida con la Escala de depresión de Beck⁶⁶, la cual fue traducida al castellano por Vázquez y Sanz en el año de 1991⁶⁷. Su uso se ha generalizado en la actualidad⁶⁸.

Esta prueba consta de 21 ítems o frases, que evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos, 15 de ellas hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y las 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. (Anexo IV).

Para cada ítem hubo 4 alternativas de respuesta que fueron de 0 a 3 y evaluaron la gravedad/intensidad del síntoma. La puntuación total se obtuvo sumando el valor de la respuesta en cada frase, de tal modo que el rango de la puntuación final fue de de 0 a 63 puntos

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, demostrando el buen rendimiento de esta prueba.

El marco temporal de los test de Rosenberg y de Beck hace referencia al mes anterior en que se aplicó la prueba.

Todos los test son auto aplicable, de fácil comprensión y fueron contestados en privado. Dejamos libre albedrio para que anotara o no, el nombre o número de afiliación, solo el número de folio fue anotado y sirvió para el concentrado de datos.

RECLUTAMIENTO:

Se invitó a todas las mujeres que se encontraron en la sala de espera de medicina familiar del HGR c/MF No. 1, explicándoles el objetivo y la motivación científica del mismo.

Se escogieron las horas críticas, cuando los pacientes que solicitaron consulta para ese día se encontraron presentes, a las 8:00 y 14:00 hrs. La invitación a participar se hizo una vez que las pacientes o sus familiares se anotaron para la consulta.

RUTA CRÍTICA:

Se informó al Subdirector médico de los turnos matutino y vespertino de la aplicación de cuestionarios, en las salas de espera del servicio de Medicina Familiar en el HGR c/MF No. 1.

A las pacientes que desearon participar se les explicó el objetivo y la motivación científica de éste estudio y se les proporcionó un Consentimiento informado, previo a la entrega del Cuestionario. (Anexo V).

Posteriormente se les proporcionó el cuestionario y un lápiz. Se les explicó brevemente como consignar las respuestas. El encuestador permaneció en la cercanía para resolver cualquier duda que se presentó durante el llenado de las respuestas.

Cuando la encuestada terminó el cuestionario, lo entregó al encuestador, quien revisó brevemente que se encontrara completamente contestado. A continuación, la mujer colocó el cuestionario en una urna cerrada.

Los datos de cada cuestionario, identificados únicamente por el folio fueron vaciados a una base de datos construida en Excel (Microsoft Office).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

La base de datos que se creó con las respuestas obtenidas en los cuestionarios, se validó. Se presentó primero un análisis descriptivos de los datos utilizando porcentajes e IC95% para las variables nominales y media con DE para aquellas medidas como cuantitativas.

La comparación entre los niveles de autoestima de las mujeres con y sin violencia en su relación de pareja se llevó a cabo con la prueba de Chi2. Se hizo la estratificación de la violencia según su tipo, comparando los niveles de autoestima en cada uno de ellos con la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.

En todos los casos se aceptó significancia estadística cuando $p \leq .05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La identidad de los pacientes fue confidencial y los datos fueron utilizados únicamente con fines estadísticos y de investigación.

El rechazo de las pacientes a participar en las encuestas no afectó la atención que reciben en el IMSS. Se consideró también, que las preguntas del cuestionario no afectaron la dignidad de la entrevistada y fueron elaboradas con respeto a su bienestar.

Al mismo tiempo que no se sometieron a ningún riesgo físico o mental, por lo que esta investigación se consideró como de riesgo mínimo de acuerdo con el artículo 17, y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud.

Por todo lo anterior, se considera que los procedimientos propuestos cumplieron con las normas éticas y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Además, este estudio se apega a las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos, dictadas en la declaración de Helsinki en 1964 y revisadas en Tokio en 1975. Así mismo, se respetaron los principios contenidos en el Código de Núremberg, el Informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS:

- Contamos con el investigador principal y colaboradores.

RECURSOS FÍSICOS:

- MATERIAL EN GENERAL
- Computadora HP Compaq Presario CQ40-304LA,
- Impresora HP Laser Jet P1006,
- Cuestionarios,
- Papelería: lápices, gomas y bolígrafos,
- La Infraestructura fue la del HGR c/MF No. 1 del IMSS, en Cuernavaca, Mor.

RECURSOS FINANCIEROS:

- Los Costos materiales y económicos netos del protocolo de estudio estuvieron a cargo del investigador principal.

RESULTADOS

Características de las participantes y su relación de pareja.

Participaron 550 mujeres derechohabientes del Hospital General Regional c/Medicina Familiar Número 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos, demandantes de los servicios de salud, según criterios de inclusión, encontramos que las edades de las mujeres oscilan entre 15 a 80 años de edad, y la de sus parejas de 17 a 88 años. Con diferencia en la edad entre ellos de 2.67 años de edad. Siendo la edad mínima de inicio en la relación de 14 años hasta 57 años.

Los años viviendo juntos desde un año hasta 50 años. Hubo mayor participación de mujeres de 20 a 24 años y comprendidas entre 30 a 39 años de edad. (Tabla 1).

Tabla 1. *Edad de las participantes y sus parejas.*

| Características | Media±DE | Mínima | Máxima |
|-------------------------|-----------|--------|--------|
| Edad Ella | 40.4±12.3 | 15 | 80 |
| Edad El | 43.1±13.4 | 17 | 88 |
| Diferencia de edad | 2.67±6.6 | -30 | 32 |
| Edad inicio de relación | 24.2±7.4 | 14 | 57 |
| Años juntos | 16.1±11.6 | 1 | 50 |

Con los datos obtenidos se observó que dos terceras partes de las mujeres participantes habían legalizado su unión. (Tabla 2).

Tabla 2. *Estado civil*

| | Frecuencia | % |
|-----------------|------------|------|
| Casadas | 333 | 60.5 |
| Unión libre | 200 | 36.4 |
| No respondieron | 17 | 3.1 |

En cuanto a la escolaridad fue semejante en la pareja, notándose preparación seglar en la mujer. (Tabla 3).

Tabla 3. Escolaridad

| | Primaria | Secundaria | Bachillerato | Profesional | Posgrado |
|------|------------|------------|--------------|-------------|----------|
| Ella | 100(18.2%) | 161(29.3%) | 161(29.3%) | 115(20.9%) | 10(1.8%) |
| El | 108(19.8%) | 151(27.7%) | 165(30.2%) | 108(19.8%) | 14(2.6%) |

De las 550 encuestadas 308 mujeres, es decir el 56%, manifestaron tener trabajo remunerado, (las características de la encuesta, solo se refería a trabajo remunerado aunque éste fuera en su hogar), mientras que 243 de ellas no trabaja, que representa el 44.0%. En el caso de sus parejas, 469 varones si trabaja es decir el 85.3% y 79 de ellos no trabaja o sea el 14.4%. En la pareja encontramos diferencia no significativa en el empleo de acuerdo a su profesión. En ambos géneros, la principal ocupación fue la de empleado (Tabla 4).

Tabla 4. Tipo de Empleo

| | No trabajan | Obrero(a) | Empleado(a) | Comerciante | Profesión |
|------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|
| Ella | 243(44.0%) | 34(6.3%) | 157(28.5%) | 59(10.7%) | 58(10.5%) |
| El | 79(14.4%) | 79(14.3%) | 267(48.5%) | 48(8.6%) | 76(13.8%) |

Se reportó alcoholismo en 307(55.8%) parejas y 135 (24.5%) en mujeres. Sin consumo de alcohol en 415 (75.5%) encuestadas y 243 (44.2%) varones.

En cuanto a la percepción de violencia hubo resultados discordantes con el resto de los reportes de violencia en las mujeres que viven en pareja, que son de

llamar la atención, ya que 431(78.4%) mujeres de las 550 encuestadas respondieron no vivir violencia con sus parejas actuales.

Violencia

Se interrogó a las participantes por los 4 tipos de violencia descritos y se encontró que en 190 (34.5%) mujeres no hubo violencia; el tipo de violencia más frecuente fue la violencia sexual reportada en 280 mujeres (50.9%). Se manifestó la violencia en aquellas mujeres con menor escolaridad ($p .000$), es decir con solo la primaria y en aquellas de mayor edad ($p .000$). En general la mujer vive cualquier tipo de violencia si ella gana más que su pareja. ($p .000$).

La edad de las pacientes se dividió en grupos de 10 en 10 para su análisis dando como resultado que en cuanto aumenta la edad de la mujer, aumenta la posibilidad de violencia sobre todo en la violencia psicológica siendo los porcentajes más altos en las edades de los 45 y más años. Este grupo etáreo fue en el que 78.5% de las mujeres encuestadas que presentaron al menos un tipo de violencia.

El tiempo viviendo juntos fue otro factor que determinó la existencia de violencia en las mujeres con por lo menos 20 años de vivir con su pareja ($p .024$). No encontramos relación directa con alcoholismo/violencia en la pareja.

Se presentó violencia sexual en 280 mujeres (50.9%). La escolaridad no fue protección para la mujer y es mayor contra las mujeres que trabajan; pero, en general la mujer fue víctima de violencia sexual, independientemente de su edad, escolaridad, o estado civil. La violencia sexual se vio presente en aquellas mujeres que ganan más que su pareja ($p .007$).

La violencia psicológica se detectó en aproximadamente la mitad de las participantes 266 (48.4%), con predominio en las mujeres que viven en unión libre

y en aquellas que tienen 45 años y más ($p .044$), observamos que el varón que ejerce violencia psicológica tiene mayor escolaridad con respecto a su pareja y no importa si la mujer trabaja o no. Se vio incrementada la violencia psicológica en aquellas mujeres que ganan más que su pareja ($p .004$).

La violencia física también tuvo alta prevalencia en las mujeres encuestadas 228 (41.5%) con inclinación a aquellas mujeres que viven en unión libre, la violencia física y la escolaridad de la pareja se reflejó en forma inversa, ya que a mayor preparación escolar del hombre y menor en la mujer, hubo más violencia, también es notorio el aumento de la violencia cuando hubo diferencia de edad entre la pareja de 11 años y más ($p .079$), factores que aumentaron la posibilidad de violencia física en la mujer.

La violencia económica fue la menor reportada 37(6.7%), con predominio en mujeres que viven en unión libre, con mayor escolaridad en la mujer con respecto al hombre y se vio asociada a otros tipos de violencia.

Asociación de tipos de violencia

Hubo asociación de varios tipos de violencia, de dos a cuatro diferentes, predominando en la mayoría de ellas la violencia psicológica, asociada a violencia sexual o física, con inclinación a las mujeres que viven en unión libre y en mayores de 55 años de edad ($p .049$). En general tener dos tipos de violencia asociados, tener más de 30 años viviendo juntos ($p .021$) y ganar más que su pareja ($p .001$), aumentó el riesgo de violencia.

Con dos tipos de violencia, 47% de las mujeres de 55 y más años de edad ($p .000$) reportaron haber padecido dos tipos de violencia asociada a la escolaridad de la mujer, incrementándose cuando tiene solo la primaria, ($p .070$), cuando se asoció violencia psicológica y sexual ($p .030$), se presentó en aquellas mujeres de 45 años y más ($p .023$), en las que no trabajan ($p .071$) y en las que ganan más que

su pareja ($p .002$), otro factor de riesgo que determino la presencia de violencia psicológica y sexual fue el tiempo viviendo juntos de 20 años ($p .029$).

El promedio de edad de la mujer cuando hubo varios tipos de violencia asociados fue de 40 años y la del hombre 43 y con 4 tipos de violencia fue de 47 años, el estudio arrojó que la asociación de tipos de violencia se presentaron en la 5ª década de la vida de la mujer y se agudizó hacia la 6ª década.

En general se presentó violencia psicológica y física en aquellas mujeres con relación de pareja de 15 años en promedio ($p .018$) y en aquellas mujeres con baja escolaridad. ($p .026$). Estar casada protege de la violencia, pero no en la edad comprendida entre 14 y 19 años, al presentarse violencia psicológica y física. ($p .078$).

Encontramos mayor riesgo de presentarse violencia sexual y física en las mujeres de 55 años y más, también existe mayor posibilidad de violencia cuando la diferencia de edad entre la pareja es de 11 años y más, ($p .142$).

En dos, tres y cuatro tipos de violencia se presentaron en mayor porcentaje en la edad de 40 años de edad. Mientras que con 4 tipos de violencia, no importó su estado civil ($p .035$) cuando se asoció violencia psicológica y sexual ($p .030$), la edad de la mujer no la protegió de la violencia, sobre todo en aquellas mujeres de 45 años y más ($p .000$), la edad de inicio fue otro factor ($p .058$), la escolaridad ($p .002$) con solo primaria, cuando la mujer gana más y la violencia se asocio violencia sexual, psicológica y física ($p .000$) y cuando los años viviendo juntos son 20 años o más ($p .000$), aumento el riesgo.

El tipo de violencia más frecuente fue la sexual, seguida de la psicológica y física, no obstante en la mayoría de mujeres encuestadas se encontró que solo un bajo porcentaje (17.1%) 94 mujeres presentó solo un tipo de violencia, la gran mayoría presentó una mezcla de dos y tres tipos de violencia (43.7%) 240 mujeres. (Tabla 5).

Tabla 5. Tipos de violencia

| | Tipos | Frecuencia | % |
|-----------|-------|------------|------|
| No tienen | 0 | 190 | 34.5 |
| | 1 | 94 | 17.1 |
| | 2 | 107 | 19.5 |
| | 3 | 133 | 24.2 |
| | 4 | 26 | 4.7 |

Violencia y Autoestima

En este estudio, más de la mitad, de las mujeres manifestaron tener una actitud positiva y se sienten satisfechas consigo mismas, evidenciándose por la autoestima normal en 318 mujeres (57.8%); sin embargo, 232 mujeres (42.2%) presentó baja autoestima.

La posibilidad de presentar baja autoestima se fue incrementando con la asociación de mayor número de tipos de violencia comparados con las que no tienen violencia (Tabla 6).

Tabla 6. Tipos de violencia asociados e impacto en la autoestima

| Violencia | N (%) | Autoestima (%) | | RM | IC95% | |
|---------------|------------|----------------|-----------|------|----------|----------|
| | | Normal | Baja | | Inferior | Superior |
| Sin Violencia | 190 (34.5) | 139(73.2%) | 51(26.8%) | | | |
| 1 tipo | 94 (17.1) | 59(62.8%) | 35(37.2%) | 1.61 | .934 | 2.739 |
| 2 tipos | 107 (19.5) | 60(56.1%) | 47(43.9%) | 2.13 | 1.297 | 3.515 |
| 3 tipos | 133 (24.2) | 53(39.8%) | 80(60.2%) | 4.11 | 2.564 | 6.600 |
| 4 tipos | 26 (4.7) | 8(26.9%) | 19(73.1%) | 7.39 | 2.936 | 18.639 |

Por supuesto las mujeres que mayor riesgo presentaron fueron aquellas con dos ($p .002$) y tres tipos de violencia ($p .000$) asociados. La asociación de Violencia física y sexual impactó más sobre la Autoestima (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación de tipos de violencia y autoestima

| Violencia | N (%) | Autoestima | | | IC95% | |
|--------------------|------------|------------|-----------|------|----------|----------|
| | | Normal | Baja | RM | Inferior | Superior |
| Sin Violencia | 190 (34.5) | 139(73.2%) | 51(26.8%) | | | |
| Psicológica Sexual | 60 (10.9) | 38(63.3%) | 22(36.7%) | 1.58 | .853 | 2.920 |
| Psicológica física | 27 (4.9) | 15(57.8%) | 13(48.1%) | 2.53 | 1.114 | 5.748 |
| Sexual .Física | 18 (3.3) | 7(38.8%) | 11(61.2%) | 4.28 | 1.575 | 11.648 |

Los tres tipos de violencia asociados con mayor frecuencia fueron la psicológica, sexual y física en 127 mujeres o sea el 95.4% de las 133 mujeres (24.2%) que presentaron 3 tipos de violencia.

Violencia y Depresión

Promedio de edad de la mujer sin depresión es de 37.76 ± 11.671 años, y con depresión leve 41.67 ± 12.497 , con depresión moderada de 41.02 ± 11.448 años y con depresión grave es de 43.86 ± 13.449 años.

De las mujeres que si viven violencia sexual y no tienen depresión 67 mujeres (23.9%), tienen depresión leve 54 mujeres (19.3%), tienen depresión moderada 75 mujeres (26.8%) y depresión grave 84 mujeres (30%).

Sin violencia sexual y no tienen depresión 134 mujeres (49.6%), depresión leve 66 mujeres (24.4%), depresión moderada 40 mujeres (14.8%) y depresión grave 30 mujeres (11.1%).

De las mujeres que si viven violencia física 45 mujeres (19.7%) y no tienen depresión, con depresión leve 39 mujeres (17.1%), con depresión moderada 63 mujeres (27.6%) y depresión grave 81 mujeres (35.5%).

De las que no viven violencia física y no tienen depresión 156 mujeres (48.4%), depresión leve 81 mujeres (25.2%), depresión moderada 52 mujeres (16.1%), depresión grave 33 mujeres (10.2%).

De las que si viven violencia psicológica no tienen depresión 64 mujeres (24.1%), tienen depresión leve (49 mujeres (18.4%), moderada 75 mujeres (28.2%) y grave 78 mujeres (29.3%).

De las mujeres encuestadas que no tienen violencia psicológica 137 mujeres no tienen depresión (48.2%), depresión leve 71 mujeres (25%), depresión moderada 40 mujeres (25%) y depresión grave 36 mujeres (12.7%).

De las que si viven violencia económica y no tienen depresión 4 mujeres (10.8%), depresión leve 4 mujeres (22.6%), depresión moderada 104 mujeres (20.3%) y depresión grave 95 mujeres (18.7%).

Sin violencia económica 197 mujeres y sin depresión (38.4%), depresión leve 116 mujeres (22.6%) depresión moderada 104 mujeres (20.3%), depresión grave 96 mujeres (18.7%).

El promedio de edad de las mujeres que presentaron depresión leve, moderada y grave oscila entre 40 años y más. Mientras que en las que no presentaron la edad promedio fue de 37 años.

Depresión leve según el número de tipos de violencia. (Tabla 8).

Tabla 8. Tipos de violencia asociados y depresión leve

| Violencia | Depresión (%) | | | IC95% | | |
|---------------|---------------|------------|-----------|-------|----------|----------|
| | N (%) | Normal | Leve | RM | Inferior | Superior |
| Sin Violencia | 190(34.5) | 103(54.2%) | 23(24.2%) | | | |
| 1 tipo | 94(17.1) | 42(44.6%) | 25(26.5%) | 1.33 | .728 | 2.441 |
| 2 tipos | 107(19.5) | 33(30.8%) | 27(25.2%) | 1.82 | .989 | 3.392 |
| 3 tipos | 133(24.2) | 20(15.0%) | 21(15.8%) | 2.35 | 1.163 | 4.754 |
| 4 tipos | 26(4.7) | 3(11.5%) | 1(3.8%) | 4.70 | 2.720 | 8.138 |

Los diversos tipos de violencia en relación de pareja afectan de manera diferente a la autoestima femenina llegando a producir diferentes grados de depresión, aumentando la gravedad conforme se asocian tipos de violencia. (Tabla 9).

Tabla 9. Tipo de violencia asociados y depresión moderada

| Violencia | Depresión (%) | | | IC95% | | |
|---------------|---------------|------------|------------|-------|----------|----------|
| | N (%) | Normal | Moderada | RM | Inferior | Superior |
| Sin Violencia | 190(34.5) | 103(54.2%) | 23(11.05%) | | | |
| 1 tipo | 94(17.1) | 42(44.6%) | 18(19.14%) | 2.10 | 1.018 | 4.339 |
| 2 tipos | 107(19.5) | 33(30.8%) | 28(26.16%) | 4.16 | 2.091 | 8.283 |
| 3 tipos | 133(24.2) | 20(15.0%) | 42(31.57%) | 10.30 | 5.065 | 20.945 |
| 4 tipos | 26(4.7) | 3(11.5%) | 6(23.07%) | 9.81 | 2.271 | 42.375 |

Hay mayor tendencia a la depresión en las mujeres con más tipos de violencia asociados, pero evidentemente con 4 tipos de violencia asociados la depresión severa o grave se incrementó.

De los tres tipos de violencia más frecuentes (Sexual, psicológica y física) cuando se asocian causan depresión ($p .000$). (Tabla 10).

Tabla 10. Tipo de violencia asociados y depresión grave

| Violencia | N (%) | Depresión (%) | | IC95% | | |
|---------------|-----------|---------------|------------|-------|----------|----------|
| | | Normal | Grave | RM | Inferior | Superior |
| Sin Violencia | 190(34.5) | 103(54.2%) | 20(10.52%) | | | |
| 1 tipo | 94(17.1) | 42(44.6%) | 9(9.57%) | 1.10 | .465 | 2.620 |
| 2 tipos | 107(19.5) | 33(30.8%) | 19(17.75%) | 2.96 | 1.414 | 6.216 |
| 3 tipos | 133(24.2) | 20(15.0%) | 50(37.59%) | 12.87 | 6.356 | 26.080 |
| 4 tipos | 26(4.7) | 3(11.5%) | 16(61.53%) | 27.46 | 7.316 | 103.113 |

Se manifestó depresión en diferentes niveles en aquellas mujeres que tienen 45 años de edad y mas ($p .000$) presentando depresión grave, también aquellas mujeres que manifestaron tener estudios mayores que la pareja ($p .000$) presentaron mayor nivel de depresión.

La violencia física, psicológica o sexual solas, no se asocia a depresión, sin embargo la asociación de violencia psicológica y sexual; psicológica y física; sexual y física, se asocian a depresión leve, moderada y grave. ($p .013$; $.048$ y $.000$ respectivamente).

Si ella trabaja ($p .041$), si ella tiene un empleo remunerado ($p .001$), si tiene 10 años o más viviendo juntos ($p .001$), alcoholismo en la pareja ($p .000$) y alcoholismo en la mujer ($p .000$) aumentan el riesgo de que la mujer tenga modificantes en el estado emocional, es decir tenga diferentes estadios de depresión y como hemos visto para que la violencia y la depresión se asocien.

En las mujeres encuestadas se detectó que existen tipos de violencia asociados que impactan y causan daño emocional a la mujer, al presentarse diferentes niveles de depresión, donde en todos las asociaciones estuvo presente la violencia psicológica, sin embargo la asociación que mas impactó el estado emocional de la mujer para que se presentara depresión grave, fue la asociación de violencia sexual y física. (Tabla 11).

Tabla 11. Tipos de violencia asociados que motivan depresión

| Violencia | Normal | | Depresión | | | | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|
| | N (%) | Leve | <i>p</i> | Moderada | <i>p</i> | Grave | <i>p</i> |
| Sin Violencia | 103(54.2) | 46(24.2) | | 21(11.05) | | 20(10.52) | |
| Psicológica Sex | 25(41.7) | 12(20.0) | .500 | 17(28.33) | .002 | 6(10.0) | .429 |
| Psicológica Física | 7(26.3) | 10(37.03) | .023 | 5(18.51) | .053 | 5(18.51) | .046 |
| Sexual Física | 1(5.5) | 4(22.2) | .039 | 5(27.77) | .001 | 8(44.44) | .000 |
| Psicol. Sex. Física | 20(15.74) | 20(15.74) | .021 | 39(30.70) | .000 | 48(37.79) | .000 |

Podemos constatar que la autoestima y la depresión se ven modificadas por la violencia de pareja, teniendo algún tipo de violencia (*p* .000) que al mismo tiempo se ve incrementada si existe asociación entre varios tipos de violencia tales como violencia psicológica, sexual y física, coadyuvados, o incrementados como se ha mencionado, con ciertas características y factores asociados que las mujeres participantes tienen, como la edad, el estado civil, la diferencia de edad entre la pareja, el tiempo viviendo juntos, la escolaridad, el empleo remunerado, quien gana más, etc.

DISCUSIÓN

Se encuestaron 550 mujeres derechohabientes de las que 333 (60.5%) viven casadas y 200 (36.4%) vive en unión libre; 17 (3.1%) mujeres no contestaron esta pregunta, las mujeres que si trabajan (trabajo remunerado fuera del casa) 308 (56%) y no trabajan 243 (44%). En los hombres 370 (85.3%) si trabaja, 79 (14.4%) no trabaja; se detectó alcoholismo en 135 mujeres (24.5%) y en su pareja 307 (55.8%)

Presentaron violencia un total de 360 mujeres que representó el 65.45%. Con violencia sexual 280 (50.8%), psicológica 266 (48.4%), física 228 (41.5%), económica 37 (6.7%), un tipo de violencia el 94 (17.1%), dos tipos 107 (19.5%), tres tipos 133 (24.2%) y 4 tipos de violencia 26 (4.7%). Mientras que 190 (34.5%) no tienen violencia. Es muy probable que hayamos encontrado el mayor porcentaje de violencia en mujeres de 40 años y más comparado con la nacional, debido a que existan sub-registros.

Determinamos el nivel de autoestima en mujeres que no viven violencia 190 (34.5%) en su relación de pareja, encontramos que 139 (73.2%) de las mujeres estudiadas presentaron autoestima normal y por otras razones que no se referían a violencia 51 (26.8%) presentaron baja autoestima. Tener un tipo de violencia provocó autoestima baja 35 (37.2%), comparadas con las que no tienen ($p.000$), 59 (62.8%), con probabilidad de baja autoestima 2.75 veces mayor. (IC95% 1.88 a 4.03), en aquellas mujeres con dos ($p .002$) y tres tipos de violencia ($p .000$) asociados. La asociación de Violencia Física y sexual impactó más sobre la Autoestima 11(61.2%). Los diversos tipos de violencia en mujeres en relación de pareja afectan de manera diferente a la autoestima femenina

Presentaron diferentes estadios de depresión 349 (63.4%) mujeres. El total de mujeres con y sin violencia que tienen diferentes estadios de depresión sobre pasa la mitad de la población estudiada. La depresión en la mujer se presentó cuando hay más de un tipo de violencia asociado, incrementando la gravedad de

la depresión al asociarse la violencia psicológica y sexual; psicológica y física; sexual y física, se asocian a depresión leve moderada y grave. (p .013; p .048 y p .000 respectivamente); si ella tiene 45 años o más (p .000), mas estudios que su pareja (p .000), si ella trabaja (p .041), si tiene un empleo (p .001), si tiene 10 años o más viviendo juntos (p .001), alcoholismo en la pareja (p .000) alcoholismo en la mujer (p .000) aumentan el riesgo de depresión.

Es de llamar la atención que la asociación de violencia sexual y física causaron mayor porcentaje de mujeres con baja autoestima y depresión grave. Detectándose en mujeres mayores de 40 años de edad.

Se Identificó la presencia y diferente nivel de depresión en mujeres en relación de pareja que no viven violencia, siendo un bajo porcentaje, aproximadamente la mitad de ellas está sin depresión, coincidiendo con los 40 años de edad, que pudiera deberse la depresión a que cursan por periodos de la vida que están relacionados con factores hormonales.

Como vemos, se cumplieron los objetivos y las hipótesis del estudio, nos podemos dar cuenta que la violencia ha dejado de ser un problema privado, individual o familiar, para convertirse en un grave asunto de interés colectivo, público y social que atañe por mucho al médico de familia por tener grupos de familias adscritas a su consulta y por las características de atención que brinda (continua y longitudinal), teniendo la oportunidad de detección preventiva y oportuna a lo largo del tiempo en la consulta y/o domicilio de las familias.

Además de poseer habilidades para el manejo de instrumentos de psicodinamia (familiograma, APGAR familiar, Escala de Holmes, Círculo Familiar, etc.), que le permite al médico familiar detectar o sospechar de manera oportuna problemas de violencia conyugal frenando así de forma preventiva la violencia y no solo abordando a las pacientes durante las secuelas o consecuencias de la violencia.

CONCLUSIONES

La naturaleza multifactorial y el carácter multicausal de la violencia, no ha permitido que pueda dársele una solución definitiva, la frecuencia se ha visto incrementada, no encontrándose datos comparables en la bibliografía revisada por los autores.

Afectados por la baja escolaridad, el alcoholismo, la violencia en las escuelas, en las familias y en las calles que se refleja en la relación de pareja.

El paso más importante que los médicos pueden dar ante la sospecha de violencia es preguntar a las mujeres si sufren o han sufrido alguna vez malos tratos. Es crucial que el médico adopte una actitud relajada y acrítica.

La calidad de la atención médica determina con frecuencia si la mujer va a acudir a organismos legales, sociales y de salud. La intervención debe ser apropiada, pertinaz y eficaz; enfrentarse con sus propios sentimientos personales y actitudes sociales, en la situación de crisis, la mujer está especialmente vulnerable, lo que refuerza aún más el impacto de la intervención.

Los objetivos en la consulta deberían estar encaminados a aumentar la seguridad personal de la mujer violentada y la de sus hijos, retomar su equilibrio emotivo, su seguridad psicológica y lograr que la mujer tome una decisión sobre los pasos a seguir en un futuro inmediato.

Se identifican sólo 1,5% al 8,5% de las víctimas, pero no se emplea la violencia como diagnóstico. Por lo que es necesaria la capacitación de médicos de familia y médicos de urgencias para identificar los signos de violencia, para así proporcionar atención médica oportuna y canalizar a la paciente a los servicios de psicología y psiquiatría que se encuentran en los hospitales de segundo nivel del IMSS, donde se ofrece tratamiento y consejería necesarios en estos casos.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), (1996). Violencia contra la mujer. Ginebra. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf
- ² Norma Oficial Mexicana (1999). Proyecto de modificación a la NOM-190-SSA1-1999. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.
- ³ Díaz, A., Esteban, R., (2003). Violencia intrafamiliar. Gaceta Médica Mexicana; 139 (4): pp.353-355.
- ⁴ WHO. (2004). Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programs. World Health Organization. Geneva.
- ⁵ O'Leary, K., (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1); pp. 3-23.
- ⁶ Nogües, V., (2002). Abuso de alcohol y violencia domestica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención. Generalitat Valenciana, Valencia.
- ⁷ Fernández, T., Pérez., R., (2007). Autoestima y violencia conyugal: un estudio realizado en Baja California El Colef, Miguel Ángel Porrúa México; p. 224.
- ⁸ Echeburua, E., (1994). Personalidades violentas. Ed. Pirámide. Madrid.
- ⁹ Valdez, R., González, S., (2008). Encuesta de Salud Pública de las Mujeres Indígenas, México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp.107-115.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), (20 enero 2001). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, Capitulo 6 Violencia sexual. p. 161.
- ¹¹ Krug, E., Dahlberg, L., (2003). World report on violence and health. OMS/OPS Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Publicación Científica y Técnica No. 588 p. 5.
- ¹² Castro, R., (2003). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2003)
- ¹³ Valdez, R., Rivera, L., Ávila, L., (2003). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) Primera Edición. Salud Pública México; Vol. 48 (2):232-238.
- ¹⁴ Castro, R., Cacique, I., (2006). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. (ENDIREH INMUJERES-INEGI-CRIM), Violencia de género en las parejas mexicanas. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM. México.

-
- ¹⁵ Atrián, M., Ávila, L., Valdez, R., Franco, A., Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) (2006) Primera Edición. Salud Pública México
- ¹⁶ Bahena, M., (2006). Prevalencia y factores asociados a violencia de pareja en mujeres derechohabientes de la UMF N°. 1 del IMSS Morelos.; pp. 16-21
- ¹⁷ Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (2007). (ENVINOV), elaborada por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ).
- ¹⁸ Márquez, A., Negrete, B., (2008). Violencia física, psicológica y verbal en el noviazgo. Alumnos de psicología de la Universidad Tecnológica de México.
- ¹⁹ Valdez, R., Juárez, C., (2006). Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Primera Edición. Salud Pública México; Vol. 48 (2): 250-258.
- ²⁰ Collado, P., Villanueva E., (2007). Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. Ginecol Obstet Mex.:75:259-67. Disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
- ²¹ Valdez, R, Sanín, L., (1996). La violencia domestica durante el embarazo y su relación con su bajo peso al nacer. Salud Pública de México; 38 (5); pp. 352-362.
- ²² Sánchez, L., Navarro, J., (1992). Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura, "Proyecto Genacis"; Organización de las Naciones Unidas. Ed. Sociedad Española de Toxicomanías; p. 296-297.
- ²³ Heise, LL, Ellsberg, M., (1999). Violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, (Population Reports, Series L, No. 11) 4; 262-290.
- ²⁴ O'Leary, K., Barling, J., (1989). Prevalence and stability of physical aggression between spouses: a longitudinal analyses Journal of Consulting and clinical psychology, 57 (2); 263- 268.
- ²⁵ Pence, E., Paymar, M., (1986). Power and control: Tactics of men who batter: An educational curriculum. Minnesota Program Development, Inc. Duluth; p. 16.
- ²⁶ Walker, L., (1984). The battered woman syndrome. (Síndrome de mujer maltratada y Ciclo de la violencia) New York Springer Publishing Company; p. 784.
- ²⁷ Cacique, L., Ferreira, A., (2006). Violencia contra mujeres: Reflexiones teóricas. Rev. Latino-am Enfermagen 14 (6); 121.

-
- ²⁸ Bandura, A., Walters, R., (1963). *Social Learning and Personality Development*, New York: Holt, Rinehart & Winston; p.329.
- ²⁹ Millet, K., (1975). *Política Sexual. Historia de la Mujer Argentina*. Editorial Aguilar. México, Tomo III; 79-88.
- ³⁰ Bronfenbrenner, U., (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press; p.330
- ³¹ Gottman, J., Jacobson, N., (2001). *When men batter women*. Ed. Paidós S.A. Barcelona; pp. 192-208.
- ³² Martos, A., (2004). *Las mil caras del maltrato psicológico. ¡No puedo más!* Ed. McGraw-Hill Interamericana de España S.A.U. pp. 1-11
- ³³ Holtworth, A., Stuart, G., (1994). *Typologies of Male Baters; three subtypes and differences between them*, *psychological bulletin* 116; 476-477
- ³⁴ Seligman, M., Groves, D., (1970). *Non-transient learned helplessness*. *Psychonomic Science*: 19:191-2.
- ³⁵ Walker, L., (1989). *Psychology and violence against women*. [Psicología y violencia contras las mujeres]. *American Psychologist*: 44; 695-702.
- ³⁶ Graham, D., Rawlings, E., (1988). *Survivors of terror: Battered women, hostages, and the Stockholm syndrome*. En KYllo-M. Bograd (Eds.). *Perspectives feminist on wife abuse*. Newbury Park, CA: Sage. 217-233.
- ³⁷ Strube, M., (1988). *The decision to leave an abusive relation hip: Empirical evidence and theorical issues*. *Psychological Bulletin*, 104 (2);.236-250
- ³⁸ Pfouts, J., (1978). *Violent families: Coping responses of abused wives*. *Child Welfare*. 57;101-111
- ³⁹ Thibaut, J., Kelley, H., (1961). *The social groups*. New York: John Wiley and Sons
- ⁴⁰ Amor, P., Bohórquez, I., Echeburúa, E. (2006). *¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora?* *Acción Psicológica*, 2; 129-154.
- ⁴¹ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 Twenty-third St., NW Washington, D.C. 20037, E.U.A. 2003. *Publicación Científica y Técnica No. 588*

-
- ⁴² Buvinic, M., Morrison, A., (1999) La violencia como obstáculo para el desarrollo. Washington, DC, Banco Interamericano de Desarrollo: 1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
- ⁴³ Campbell, J., (2002). La violencia de pareja y las consecuencias físicas de salud. Archivos de Medicina Interna. 162; 1157–1163.
- ⁴⁴ Fernández, T., Pérez, R., (2007). Autoestima y violencia conyugal: Baja California. Tijuana, B. C.: El Colegio de la Frontera Norte: Miguel Ángel Porrúa.
- ⁴⁵ Núñez, M., (2010). Violencia y autoestima femenina; Disponible en: http://violenciagenero.suite101.net/article.cfm/violencia_y_autoestima_femenina
- ⁴⁶ Lammoglia, E., (1994), Test de Violencia y Autoestima Tomado del libro de valores y auto superación Nuevos Surcos escrito por el autor de este cuestionario.
- ⁴⁷ Tomás, M., (2006). Felicidad y autoestima, Ediciones Internacionales Universitarias, S. A. Madrid, España. Ed. Primera. p.125.
- ⁴⁸ Gillham, L., (1991). “Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a aceptar a los demás”. Barcelona, Editorial Paidós Educador. 3ra Edición. p.28.
- ⁴⁹ Shibutani, T., (1971). “Psicología social y psicología” Editorial Paidós. Bs. As. p.401
- ⁵⁰ Roche, R., (1997). "Psicología y educación para la prosocialidad" Red Federal De Formación Docente Continua para La República Argentina. Edición. Bs. As.
- ⁵¹ Castelló, J., (2004). Dependencia Emocional y Violencia Doméstica. Revista “Locard” N°. 3, Asociación de Valencia de criminología.
- ⁵² Jackson, S., (1989). Historia de la melancolía y la depresión. Capítulo III; Madrid, Ediciones Turner, Primera edición: Yale Universitu, London.; p. 73.
- ⁵³ WHO Media centre - Centro de prensa de la OMS/Ginebra Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html.
- ⁵⁴ Echeburúa, E., (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 2: N° 1; 7-19.
- ⁵⁵ Dio-Bleichmar, E., (1991). Depresión en la mujer. Centro de Análisis y Programas Sanitarios, CAPS. Valls Llobet, Carme, ed. Méndez, Elvira, ed. Barcelona; pp.104-115.

-
- ⁵⁶ Páginas de la vida. Disponible en <http://www.proyectopv.org/0-present/mapaweb5.htm>.
- ⁵⁷ Brenes, M., Castro, S., (1990). *Mujer y depresión*. San José: APROMUJER. p.182.
- ⁵⁸ Valdez, R., Ávila, L., (2008). *Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas*. 1ª Edición.
- ⁵⁹ Hulley, B., y cols. (1993). *Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico*; Ed. Dogma, pp. 123-140.
- ⁶⁰ Hudson, W., McIntosh, S., (1981). *La evaluación del uso indebido de su cónyuge: Dos aspectos cuantificables*. *Matrimonio*. 43; 873-885
- ⁶¹ Marshall, L., (1992). *Desarrollo de la gravedad de la violencia contra las mujeres*. *Fam. La violencia*. 7:103-121.
- ⁶² Bustillos, M., Sanín, L., Valdez, R., (2002). *Violencia doméstica y su impacto en mujeres de la industria maquiladora en Chihuahua*.
- ⁶³ Rosenberg, M., (1989). *La sociedad y el adolescente, imagen de sí mismo*. (edición revisada) Middletown, C. T.: Wesleyan University Press. 11(2)
- ⁶⁴ Vázquez, A., Jiménez, R., Vázquez, R., (2004). *Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española*. *Apuntes de Psicología*; 22: 247-255.
- ⁶⁵ Martín, J., Núñez, J., (2007). *The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students*. *The Spanish Journal of Psychology*; 10(2):458–467.
- ⁶⁶ Beck, A., Rush, A., Shaw, B., (1979). *La terapia cognitiva de la depresión*. New York: Guilford Press.
- ⁶⁷ Vázquez, C., Sanz, J., (1991). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck*. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.
- ⁶⁸ Vázquez, C., Jiménez, F., (2000). *Depresión y manía*. (ed.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson S.A.; p 291-293.

ANEXO I

Cronograma de Actividades

| Año 2009 - 2010 | Selección de Protocolo de Investigación | Búsqueda de Bibliografía | Realización de Marco Teórico y Métodos | Registro de protocolo | Recolección de datos | Análisis estadístico de la información recopilada | Discusión | Revisión UNAM | Difusión y Publicación científica |
|-----------------|---|--------------------------|--|-----------------------|----------------------|---|-----------|---------------|-----------------------------------|
| Mayo | X | | | | | | | | |
| Junio | X | | | | | | | | |
| Julio | | X | | | | | | | |
| Agosto | | X | | | | | | | |
| septiembre | | X | | | | | | | |
| Octubre | | X | | | | | | | |
| Noviembre | | | X | | | | | | |
| Diciembre | | | X | | | | | | |
| Enero | | | X | | | | | | |
| Febrero | | | X | | | | | | |
| Marzo | | | X | | | | | | |
| Abril | | | | X | | | | | |
| Mayo | | | | X | | | | | |
| Junio | | | | | X | | | | |
| Julio | | | | | X | | | | |
| Agosto | | | | | | X | | | |
| Septiembre | | | | | | X | | | |
| Octubre | | | | | | | X | | |
| Noviembre | | | | | | | | X | |
| Feb.-marzo | 2011 | | | | | | | | X |

ANEXO II
AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES
CON RELACIÓN DE PAREJA

| | | |
|-------------------------------|--|------|
| 1.-¿Cuántos años tiene usted? | | Años |
|-------------------------------|--|------|

| | | |
|-----------------------------------|--|------|
| 2.-¿Cuántos años tiene su pareja? | | Años |
|-----------------------------------|--|------|

| | | |
|-------------------------------|-------------|--------|
| 3.- ¿Cuál es su estado civil? | Unión libre | Casada |
|-------------------------------|-------------|--------|

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------|------------|------------------------------|-------------|----------|
| 4.- ¿Hasta qué año estudió usted? | primaria | secundaria | preparatoria bachillerato | profesional | posgrado |
|-----------------------------------|----------|------------|------------------------------|-------------|----------|

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------|------------|------------------------------|-------------|----------|
| 5.- ¿Hasta qué año estudió su pareja? | primaria | secundaria | preparatoria bachillerato | profesional | posgrado |
|---------------------------------------|----------|------------|------------------------------|-------------|----------|

| | | |
|--------------------|----|----|
| 6.-¿Usted trabaja? | Si | No |
|--------------------|----|----|

| | | | | |
|----------------------|--------|----------|-------------|-----------|
| 7.- ¿En qué trabaja? | obrera | empleada | comerciante | profesión |
|----------------------|--------|----------|-------------|-----------|

| | | |
|------------------------|----|----|
| 8.-¿Su pareja trabaja? | Si | No |
|------------------------|----|----|

| | | | | |
|----------------------|--------|----------|-------------|-----------|
| 9.- ¿En qué trabaja? | obrero | empleado | comerciante | profesión |
|----------------------|--------|----------|-------------|-----------|

| | | |
|----------------------|----|----|
| 10.-¿Quién gana más? | Yo | El |
|----------------------|----|----|

| | | |
|---|--|------|
| 11.-¿Cuántos años tienen viviendo juntos? | | Años |
|---|--|------|

12-Según su percepción:

| | | |
|--|----|----|
| ¿Usted cree que vive violencia con su pareja actual? | Si | No |
|--|----|----|

| De un año a la fecha: | Si | No |
|--|----|----|
| 1.-Cuándo su pareja toma una copa, ¿le cuesta trabajo parar de beber? | | |
| 2.- Cuando usted toma una copa, ¿le cuesta trabajo parar de beber? | | |
| 3.- ¿Cuando su pareja ha bebido cambia su forma de ser? | | |
| 4.- ¿Le han dicho que cambia su forma de ser, cuando usted bebe? | | |
| 5.- ¿Con qué frecuencia no puedo recordar lo que sucedió por haber bebido? | | |

| En su hogar ¿Quién toma las decisiones? | Yo | EI | Ambos | Otro |
|---|----|----|-------|------|
| 1.- Si usted puede trabajar | | | | |
| 2.- Cómo se gasta el dinero en el hogar | | | | |
| 3.- Cómo gastar su dinero | | | | |
| 4.-La compra de un terreno o casa | | | | |
| 5. La compra de un coche | | | | |
| 6.-La compra de enseres domésticos y la comida de la casa | | | | |
| 7.- Sobre la educación de las hijas | | | | |
| 8.-sobre la educación de los hijos | | | | |
| 9.- Uso de métodos anticonceptivos | | | | |
| 10.- Sobre cuántos hijos tener | | | | |
| 11.-Sobre cuando tener relaciones sexuales | | | | |

Anexo II Index of Spouse Abuse (ISA) and Severity of Violence against Women Scale (SVAWS)

| Durante el último año, Su pareja: | Nunca | Alguna vez | Varias veces | Muchas |
|--|-------|------------|--------------|--------|
| 1. La ha insultado | | | | |
| 2. La ha avergonzado, menospreciado o humillado | | | | |
| 3. Le ha humillado ante otras personas | | | | |
| 4. Le ha dicho que es fea o poco atractiva | | | | |
| 5. Se Ha puesto celoso o sospecha de sus amistades | | | | |
| 6. Se ha puesto a golpear o patear la pared o muebles | | | | |
| 7. La ha amenazado con golpearla | | | | |
| 8. Le ha destruido alguna de sus cosas | | | | |
| 9. Le ha hecho sentir miedo de él | | | | |
| 10. Le ha pegado con la mano o el puño | | | | |
| 11. La ha sacudido, zarandeado o jaloneado | | | | |
| 12. Le ha torcido el brazo | | | | |
| 13. Le ha pateado | | | | |
| 14. La ha empujado a propósito | | | | |
| 15. La ha golpeado con cinturón, palo o articulo doméstico | | | | |
| 16. La ha amenazado con matarla o matar a los hijos | | | | |
| 17. Le ha disparado con pistola o rifle | | | | |
| 18. La ha agredido con cuchillo, navaja o machete | | | | |
| 19. La ha quemado con cigarrillo o alguna otra sustancia | | | | |
| 20. La ha amenazado con pistola o rifle | | | | |
| 21. La ha amenazado con cuchillo, navaja o machete | | | | |
| 22. La ha tratado de ahorcar o asfixiar | | | | |
| 23. Le ha exigido tener relaciones sexuales con él | | | | |
| 24. Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted | | | | |
| 25. La ha amenazado con irse con otras mujeres si usted no accede a tener relaciones sexuales con él | | | | |
| 26. Le ha dicho que no le da dinero o se lo quita | | | | |
| 27. Le ha quitado y usado sus pertenencias en contra de su voluntad | | | | |

Anexo III Escala de Medición de Autoestima de Rosenberg

| Por favor marque una respuesta por cada pregunta. | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|---|-------------------|---------------|------------|----------------|
| 1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. | | | | |
| 2. A veces pienso que no soy bueno en nada. | | | | |
| 3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades. | | | | |
| 4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas. | | | | |
| 5.. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso | | | | |
| 6. A veces me siento real inútil | | | | |
| 7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente. | | | | |
| 8. Ojalá me respetara más a mí mismo. | | | | |
| 9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado. | | | | |
| 10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. | | | | |

Anexo IV Escala de Medición de Depresión de Beck

En este apartado por favor escoja la oración que mejor describa cómo se ha sentido en el último mes

| | |
|---|--|
| No me siento triste | |
| Me siento triste | |
| Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer | |
| Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar | |

| | |
|---|--|
| No estoy particularmente desilusionada del futuro | |
| Estoy desilusionada del futuro | |
| Siento que no tengo perspectiva del futuro | |
| Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará | |

| | |
|---|--|
| No siento que falle | |
| Siento que fallo más que una persona normal | |
| Siento que existen muchas fallas en mi pasado | |
| Siento una falla completa como persona | |

| | |
|--|--|
| Tengo tanta insatisfacción como siempre de las cosas | |
| No disfruto de las cosas como antes | |
| No encuentro ya satisfacción real de nada | |
| Estoy insatisfecha o aburrida de todo | |

| | |
|--|--|
| No me siento particularmente culpable | |
| Me siento culpable buena parte del tiempo | |
| Me siento culpable la mayor parte del tiempo | |
| Me siento culpable todo el tiempo | |

| | |
|---------------------------------|--|
| No siento que he sido castigada | |
| Siento que podría ser castigada | |
| Espero ser castigada | |

| | |
|------------------------------|--|
| Siento que he sido castigada | |
|------------------------------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| No me siento desilusionada de mi | |
| Estoy desilusionada de mi | |
| Estoy disgustada conmigo | |
| Me odio | |

| | |
|---|--|
| No me siento peor que nadie | |
| Me critico por mi debilidad o por mis errores | |
| Me culpo todo el tiempo por mis fallas | |
| Me culpo por todo lo malo que sucede | |

| | |
|--|--|
| No tengo pensamientos de suicidarme | |
| Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría | |
| Me gustaría matarme | |
| Me mataría si pudiera | |

| | |
|--|--|
| No lloro mas de lo usual | |
| Lloro mas que antes | |
| Lloro ahora todo el tiempo | |
| Podía llorar antes, pero ahora, aunque quiera no puedo | |

| | |
|--|--|
| No soy más irritable de lo que antes era | |
| Me siento molesta o irritada mas fácil que antes | |
| Me siento irritada todo el tiempo | |
| No me irrito ahora por las cosas que antes sí | |

| | |
|--|--|
| No he perdido el interés en otra gente | |
| Estoy menos interesada en otra gente que antes | |
| He perdido mi interés por otra gente | |

| | |
|--|--|
| He perdido todo mi interés en otra persona | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Hago decisiones igual que siempre | |
| Evito hacer mas decisiones que antes | |
| Tengo mayor dificultad para tomar decisiones que antes | |
| No puedo tomar decisiones por completo | |

| | |
|--|--|
| No siento que me veo peor que antes | |
| Me preocupa verme vieja o poco atractiva | |
| Siento que existen cambios permanentes en mi, que me hacen lucir fea | |
| Creo que me veo fea | |

| | |
|--|--|
| Puedo trabajar también como antes | |
| Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo | |
| Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo | |
| No puedo hacer nada | |

| | |
|---|--|
| Puedo dormir tan bien como antes | |
| No duermo tan bien como antes | |
| Me despierto 1-2 horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir | |
| Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir | |

| | |
|---|--|
| No me canso más de lo usual | |
| Me canso más fácil que antes | |
| Me canso casi de hacer cualquier cosa | |
| Me siento cansada de hacer cualquier cosa | |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Mi apetito es igual que lo usual | |
| Mi apetito no es tan bueno como antes | |
| Mi apetito es mucho peor ahora | |

| | |
|--------------------------|--|
| No tengo nada de apetito | |
|--------------------------|--|

| | |
|--------------------------|--|
| No he perdido peso | |
| He perdido más de 2.5 kg | |
| He perdido más de 5 kg | |
| He perdido más de 7.5 kg | |

| | |
|--|--|
| No estoy más preocupada por mi salud que antes | |
| Estoy preocupada por problemas físicos como dolores y molestias | |
| Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa | |
| Estoy tan preocupada con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más | |

| | |
|---|--|
| No he notado cambio en mi interés por el sexo | |
| Estoy menos interesada en el sexo que antes | |
| Estoy menos interesada en el sexo ahora | |
| He perdido completamente el interés por el sexo | |

ANEXO N°.V

Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Morelos
Delegación de Investigación en Salud

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señora: Hacemos una invitación a participar en la investigación titulada
**AUTOESTIMA Y DEPRESION SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN MUJERES EN
RELACION DE PAREJA**

Registrado ante el Comité Local de Investigación SIRELCIS con el número de folio F-2010-1701-29
y por parte del secretario del comité 1701

El Objetivo General: Es Determinar el nivel de autoestima y depresión en mujeres en relación de pareja según los diferentes tipos de violencia vivida.

La identidad de las pacientes será confidencial y los datos serán utilizados únicamente con fines estadísticos y de investigación. Su participación es voluntaria, gratuita, no tiene remuneración económica. El beneficio será la aportación al conocimiento científico y la atención médica a la especialidad que se requiera relacionada con la **presente investigación** dentro del IMSS.

Se considera también, que las preguntas del cuestionario no afectan la dignidad de la entrevistada y están elaboradas con respeto a su bienestar. Al mismo tiempo que no se someten a ningún riesgo físico o mental.

Usted conserva el derecho y la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento y dejar de participar en él, cuando lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el consultorio y el IMSS.

Con fecha _____ y habiendo comprendido lo anterior, acepto participar en el estudio de investigación.

Nombre y firma de la paciente _____

Número de Afiliación _____

Investigador Responsable: **Trinidad León Zempoalteca**

Médico Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar; Hospital General Regional c/MF N°1 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Investigador asociado: **José Ponciano López Reyes**, Médico Familiar con Diplomado en Investigación

Investigador asociado: **Yolanda Pérez Terán**, Investigador del CIBIS, IMSS, Xochitepec, Morelos.

Se realizará dentro de los principios éticos básicos: De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21. El respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Cláusulas

- Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del comité de investigación y el otro en poder del investigador.
- La Dirección de Investigación y el comité de Ética e Investigación podrán requerir este documento si así lo consideran necesario.
- Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años, posterior a ese periodo no tendrá validez legal para ninguna de las partes.