



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDA POR ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS
ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 20 VALLEJO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A
MORELOS ROMERO VERÓNICA**

**TUTORA:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**TUTORA METODOLÓGICA
DRA. MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR**

GENERACIÓN:

2016-2019



CIUDAD DE MÉXICO

2018



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.

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F No. 20 IMSS.**

TUTORA METODOLÓGICA:

**DRA. MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR
INVESTIGADORA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”. CENTRO MÉDICO NACIONAL
SIGLO XXI.**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR U.M.F No. 20 IMSS.**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS.**

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

Agradezco a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y principios excelentes y me demostraron que con esfuerzo y constancia todo se puede, siempre me han motivado para alcanzar mis metas y me dieron su apoyo incondicional en todo momento, gracias mamá y papá. A mis hermanos Ángela, Yolanda y Javier porque siempre me han demostrado que con esfuerzo y apoyo mutuo todo se puede. Gracias hermanos.

A mi esposo e hijo.

Porque esta residencia no hubiera sido lo mismo sin su presencia, en cada momento difícil que viví en este camino me dieron fuerza para seguir adelante, a mi esposo Juan, con tu ejemplo y experiencia siempre me ayudaste a salir adelante, gracias por tu comprensión, amor y apoyo y a mi hijo Juan que fuiste la luz que le hacía falta a mi vida y me demostraste que con amor y paciencia todo se puede lograr. Esto es por ustedes.

A mis tutoras

Por fomentar en mí el ser un médico de excelencia, por sus enseñanzas y por haber sido participes en mi formación, gracias.

A la Dra. Pilar por permitirme ser parte de este proyecto y por el tiempo que me dedico para culminar con éxito esta etapa, muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN

TÍTULO

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS.....	10
HIPÓTESIS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	44

RESUMEN

TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDA EN ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20 VALLEJO

VERÓNICA MORELOS-ROMERO¹. SANTA VEGA-MENDOZA² MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE-SOTOMAYOR³.

1 Residente de Tercer año de Medicina Familiar. UMF20 IMSS.

2 Médico especialista en Medicina Familiar. UMF20 IMSS.

3 Investigadora en Epidemiología clínica. Unidad de investigación en epidemiología clínica. Hospital de especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI.

La violencia en adolescentes suele ser física, psicológica, económica o moral, con el fin de privar su libre y normal desenvolvimiento. **objetivo:** Determinar los tipos de violencia ejercida en adolescentes de 14-19 años adscritos a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar no 20 Vallejo. **Material y métodos:** Estudio Analítico en 1075 adolescentes de bachillerato perteneciente a la jurisdicción de la UMF 20. Previo consentimiento informado a padres y adolescentes, se aplicó escala de violencia físico-sexual y psicológica, datos generales, nivel socioeconómico, consumo alcohol y sustancias ilícitas, percepción de salud y satisfacción familiar. Estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** 46.7% de los adolescentes ejercen violencia físico-sexual con de edad entre 16-17 años 49.9%, 51.1% masculino ($p \leq .05$), nivel socioeconómico alto el 49.7%, consumen alcohol 47.2% y de sustancia ilícitas el 53.6%, su satisfacción familiar es medio-bajo 54% ($p \leq .05$) y perciben su salud como regular 49.7%. Ejerce violencia psicológica el 68.6%, con edad 18-19 años 70.4% y 14-15 años un 69%, del sexo masculino 72% ($p \leq .05$), con nivel socioeconómico bajo 72.2%, consumidores de alcohol 74.6% ($p \leq .05$) y de sustancia ilícitas el 76.8% ($p \leq .05$), con satisfacción familiar medio-bajo 74.9% ($p \leq .05$) y perciben su salud como mala 76.4%. **Conclusiones:** Se relaciona el aumento de la violencia tanto físico-sexual y psicológica el ser del sexo masculino, NSE bajo y medio bajo, tener malas relaciones intrafamiliares así como el consumo de sustancias ilícitas y alcohol.

Palabras claves: adolescencia, violencia, tipos de violencia.

SUMMARY

TYPES OF VIOLENCE EXERCISED IN ADOLESCENTS 14-19 YEARS OF AGE ADJECTED TO THE JURISDICTION OF THE FAMILY MEDICINE UNIT No. 20 VALLEJO

VERÓNICA MORELOS-ROMERO¹. SANTA VEGA-MENDOZA² MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE-SOTOMAYOR³.

- 1 Resident of the third year in the specialty of Family Medicine. UMF20 IMSS.
- 2 Medical specialist in Family Medicine. UMF 20 IMSS
- 3 Researcher in Clinical Epidemiology. Clinical epidemiology research unit. Specialty Hospital. National Medical Center Sigle XXI.

Adolescent violence is usually physical, psychological, economic or moral, in order to deprive their free and normal development. **Objective:** Determine the types of violence exercised in adolescents aged 14-19 years attached to the Jurisdiction of Family Medicine Unit no 20 Vallejo. **Material and methods:** Analytical study in 1075 high school adolescents belonging to the jurisdiction of the UMF 20. Prior informed consent to parents and adolescents, physical-sexual and psychological violence scale, general data, socioeconomic status, alcohol and illicit substances consumption, health perception and family satisfaction were applied. Descriptive and analytical statistics. **Results:** 46.7% of adolescents exercise physical-sexual violence with age between 16-17 years 49.9%, 51.1% male ($p \leq .05$), high socioeconomic level 49.7%, consume alcohol 47.2% and illicit substance 53.6%, their family satisfaction is medium-low 54% ($p \leq .05$) and they perceive their health as regular 49.7%. Psychological violence exerts 68.6%, with age 18-19 years 70.4% and 14-15 years 69%, male 72% ($p \leq .05$), with low socioeconomic level 72.2%, consumers of alcohol 74.6% ($p \leq .05$) and illicit substances 76.8% ($p \leq .05$), with medium-low family satisfaction 74.9% ($p \leq .05$) and perceive their health as bad 76.4%. **Conclusions:** The increase in physical and sexual violence is related to male sex, low and medium low SES, having bad intrafamilial relationships as well as the consumption of illicit substances and alcohol.

Keywords: adolescence, violence, types of violence.

**TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDA EN ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS
ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 20 VALLEJO**

INTRODUCCIÓN

En el mundo, una de cada cuatro adolescentes vive algún tipo de violencia y una de cada 10 ha sido víctima de violencia sexual, lo que tiene un impacto real sobre su futuro, el de sus comunidades y naciones, aseguró el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Casi una cuarta parte de las adolescentes de 14 a 19 años de edad a nivel mundial (aproximadamente 70 millones) dijeron que han sido víctimas de alguna forma de violencia física desde los 15 años¹.

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina¹.

Se calcula que en el mundo se producen 200 000 homicidios anuales entre los jóvenes de 10 a 29 años, por lo que homicidio resulta ser la cuarta causa de muerte en este grupo etario.

A nivel mundial, el 83% de los jóvenes víctimas de homicidio son del sexo masculino, y la mayoría de los homicidas son también varones en todos los países. Las tasas de homicidio juvenil entre las mujeres son mucho más baja que entre los hombres prácticamente a nivel mundial. Entre el año 2000 y el 2012, las tasas de homicidio juvenil descendieron en la mayoría de los países, siendo esto en países de ingresos altos, ya que esta se mantuvo en países de ingresos bajos y medianos. Por cada joven que muere por causas violentas, muchos otros sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario. Los ataques con armas de fuego son mortales con más frecuencia que los puñetazos, patadas y ataques con arma blanca. Las riñas físicas y la intimidación son también frecuentes entre los jóvenes. Los homicidios y la violencia no mortal entre los jóvenes contribuyen enormemente a la carga mundial de muertes prematuras, lesiones y discapacidad, además de tener repercusiones graves, que a menudo perduran toda la vida, en el funcionamiento psicológico y social de una persona, esto puede afectar a las familias de las víctimas, sus amigos y comunidades^{1,2}.

La violencia actual está siendo protagonizada mayoritariamente por jóvenes y por ello hemos de esperar un incremento de la misma porque los jóvenes de hoy, formados en el ejercicio de la violencia, serán los adultos que la protagonizarán en los años venideros. Esta es la consecuencia pronostica de la llamada teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia. Según esta teoría los niños maltratados o testigos de maltrato serán en el futuro maltratadores y violentos. El futuro de la violencia interpersonal, tal y como se ha presentado muestra un marcado descenso, especialmente de las formas más graves, compatible con una mayor visualización e intolerancia por las formas menos graves que, sin un análisis empírico detallado, se puede confundir con un mayor incremento global de la violencia³.

La identificación temprana de la violencia y los factores de riesgo puede disminuir de forma abrupta la violencia juvenil ya que esta encarece los costos de los servicios sanitarios, sociales y judiciales; dentro de los factores de riesgo podemos identificar los siguientes: a) Factores de riesgo individuales. b) Factores de riesgo en las relaciones c) Factores de riesgo en la comunidad y en la sociedad en general².

El interés en investigar acerca de la violencia en la adolescencia, en jóvenes de 15-19 años, así como los factores de riesgo que condicionan estas conductas.

Para realizar medidas preventivas desde identificar violencia mínima hasta la que puede poner en peligro la vida de su persona, además de difundir la información al personal de salud para que el momento de oportunidad de atención se pueden implementar programas de prevención y de ayuda en este tipo de pacientes. Que además de ser una población poco estudiada no demandan tanto los servicios de salud.

MARCO TEÓRICO

La violencia se define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad⁴, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte⁵, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones³.

Se calcula que en el año 2000 murieron en el mundo 520 000 personas a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa de 8,8 por cada 100 000 habitantes⁴; este tipo de violencia abarca la de tipo intrafamiliar, de pareja y comunitaria, e incluye robos, riñas y secuestros en espacios públicos⁵. Las consecuencias de la violencia involucran lesiones que pueden requerir atención hospitalaria, daños a la salud mental, discapacidad y muerte⁶.

Dentro de la violencia colectiva fueron alrededor de 310 000 personas, de estas como consecuencia directa fueron los traumatismos relacionados con conflictos, de los cuales la mayoría fue en las regiones más pobres del mundo⁴, cabe destacar que la violencia de pareja es un problema significativo en México, en el 2007 se estimó que el 76% de los jóvenes mexicanos han sido víctimas de agresiones psicológicas en sus relaciones; 15,5% han experimentado violencia física; Y el 16,5% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual. Se demostró que las adolescentes sufren más violencia física que los varones⁷.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) informó que entre 2002 y 2004 se presentó en México un aumento de 7 % de violencia emocional hacia los menores. Las poblaciones con mayor aumento de violencia se ubican en las grandes ciudades y los estados más pobres del país⁸.

Un estudio realizado por el Instituto Federal Electoral y UNICEF con cuatro millones de niños/jóvenes de seis a 17 años de edad, encontró que las familias trataban con violencia emocional a 28 % de los menores de seis a nueve años de edad, a 9 % de las niñas y niños de 10 a 13 años y a 10 % de los jóvenes de 14 a 17 años⁹.

La violencia es un problema polifacético, la OMS recomienda adoptar medidas encaminadas a fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante su desarrollo y de esta manera modificar actitudes y comportamientos en los individuos que ya son violentos, crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales⁴, ya que esta afecta la salud física y mental de las personas, a tal grado de percibirla como algo normal y cotidiano y al parecer son aprendidas de generación en generación¹⁰.

De acuerdo con el Informe Nacional sobre Violencia y Salud, muchas de las defunciones y enfermedades que enfrentan los jóvenes en México están fuertemente vinculadas con conductas y situaciones de riesgo que son prevenibles abordándolo desde los dos principales contextos educativos de los jóvenes escuela y familia⁶.

La violencia, en sus diferentes facetas, es la causante de muertes o lesiones ya que condiciona inseguridad para el ser humano¹¹ específicamente en la adolescencia que es la etapa de cambios físicos, cognoscitivos y emocionales que constituye el crecimiento de la niñez a la edad adulta. Donde se vive un prolongado y difícil período de inestabilidad con intensos cambios externos e internos (por ejemplo: endocrinos, de imagen corporal, de valores, de familia, etc.) que dificultan su interacción familiar, escolar y social. Investigaciones sugieren que 20% de los adolescentes tienen dificultades conductuales que bastan para alterar su funcionamiento psicosocial general, y algunos de esos jóvenes quedan etiquetados por la sociedad como rebeldes. Se han propuesto factores biológicos, genéticos, ambientales y psicológicos para explicar la aparición de conductas agresivas y antisociales, y trastorno de conducta en particular¹².

En 1973 se sabe que Olweus fue pionero en el estudio de bullying o acoso escolar, después que publicara su libro sobre “agresión en la escuela”. La teoría del aprendizaje en bullying, pretende explicar que la violencia escolar es un comportamiento aprendido más que un deseo de dominar a otro⁹. El bullying implica intimidación o humillación dirigida. Por lo general, una persona físicamente

más fuerte o socialmente más acomodada, usa su poder para amenazar, degradar o menospreciar a otra persona¹³.

Este tipo de violencia no se limita a un tipo de institución: pública, privada, primaria o secundaria, urbana o rural, y trae, como consecuencia, miedo, rendimiento escolar reducido y ausentismo escolar⁵, e incluso puede resultar en el suicidio de las víctimas sin embargo los agresores pueden tener conductas antisociales que a menudo se repetirán en otros entornos^{11, 14}.

Fante describe el comportamiento agresivo a través de la clasificación de roles: víctima típica (cuando el sujeto sufre casos repetidos de agresión); víctima provocadora (que causa y sufre reacciones agresivas y no enfrenta las consecuencias); víctima agresora (que repite las agresiones que recibieron, intimidando a niños más frágiles); y el agresor (individuo que practica la violencia)¹⁵. El comportamiento se manifiesta por repetidos actos de opresión, discriminación, intimidación, maldiciones, bromas, tiranía y agresión a personas o grupos¹⁶. Las víctimas de acoso escolar corren un mayor riesgo de problemas de salud física y mental, incluyendo depresión, ansiedad, síntomas psicóticos o de personalidad límite, y tienen más probabilidades de autolesionarse e intentar suicidio¹⁷.

Varios estudios indican que la familia es el locus esencial para el desarrollo de factores de protección: supervisión familiar, siendo conscientes del paradero de los niños en su tiempo libre y otras actividades, vida familiar, estrato socioeconómico medio y alto, nivel educativo alto^{16,18}. En un análisis realizado en Colombia en el 2007 se encontró que, dentro de los factores de riesgo para ser victimario, están: ser hombre y pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, el consumo de cigarrillo y sustancias ilícitas¹⁹. Dentro del ámbito familiar se encontraron factores perinatales asociados con un ambiente familiar desfavorable durante la niñez, esto incrementa la probabilidad de cometer crímenes en la edad adulta, entre los hombres que pertenecen a un grupo urbano de alto riesgo²⁰.

Dentro de los tipos de violencia la violencia emocional consiste en avergonzar o ridiculizar en forma repetida a una persona, así como confinarla a espacios pequeños, agredirla con palabras privarla de contacto y de consuelo emocional, culparla y alzarle la voz¹⁰. No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace sin embargo de han hecho teorías y modelos el más aceptado es uno que consta de cuatro niveles: el individual, el relacional, el comunitario y el social¹.

Es importante la identificación temprana de los factores de riesgo puede disminuir de forma abrupta la violencia juvenil, dentro de los factores de riesgo podemos identificar los siguientes: a) Factores de riesgo individuales: déficit de atención, hiperactividad, trastorno de la conducta, consumo temprano de alcohol, drogas y tabaco desempleo, exposición a violencia en la familia. b Factores de riesgo en las relaciones cercanas (familia, amigos, pareja y compañeros): escasa vigilancia y supervisión de los hijos por los padres, vínculos afectivos deficientes entre padres e hijos, abuso de sustancias o delincuencia de los padres, ingresos familiares bajos, desempleo en la familia, asociación con compañeros delincuentes y/o pertenencia a pandillas. c) Factores de riesgo en la comunidad y en la sociedad en general: acceso al alcohol y su consumo indebido, acceso a las armas de fuego y su uso indebido, pandillas y tráfico local de drogas ilícitas, gran desigualdad de ingresos y pobreza².

En un estudio realizado en el año 2015 por la UNICEF a 278 adolescentes de 16-18 años de edad que ingresaron a un centro de internamiento juvenil, de los cuales 247 fueron hombres y 31 mujeres, este se realizó en de 4 entidades de la república, Coahuila, Hidalgo, Morelos y Sinaloa. Los resultados que arrojó la encuesta, fue: que la media de acuerdo a la escolaridad de estos adolescentes era secundaria incompleta con el 28%, el motivo de la deserción escolar fue el económico en el 21%, la escolaridad de los padres no lo sabían 44%, en la convivencia familiar, vivían con su madre 58% y el 22% nunca vivió con su padre, por lo tanto la persona más valiosa en su vida es su madre 79%; en la infancia el 19% sufrió de insultos, humillaciones y burlas, con respecto a las adicciones el

52% ha consumido marihuana, seguida de cocaína en el 26%, y de acuerdo al rubro de delitos el 52% realizó robo con violencia, seguida de homicidio el 22%.

De acuerdo a esto nos podemos percatar que es necesario llevar la atención hacia determinados grupos de adolescentes quienes, por su mayor grado de vulnerabilidad, requerirían programas de atención especializados²¹.

Debido a esta problemática el Instituto Politécnico Nacional en el año 2009 y con la finalidad de detectar violencia de género, en la unidad de género se dio a la tarea de conocer la dinámica en las relaciones de pareja que establecían los estudiantes entre los 15 y 25 años por lo que aplicó una encuesta a más de 14 mil jóvenes de nivel medio superior y superior. Estos resultados arrojaron que tanto hombres como mujeres por lo menos una vez a su pareja de ha prohibido contacto con algún amigo/a, compañero/a de estudio o de trabajo, se en celo de algún familiar o amigo, se insultó con palabras hirientes, se expresó de él/ella de manera desagradable, reviso en ausencia pertenencias personales como celular, correo electrónico, cuadernos y redes sociales, le presiono con silencio o indiferencia para que cambiara algún comportamiento, han sufrido pellizcos, empujones, jalones de cabello, patadas e incluso de ahorcar o asfixiar y forzar a una relación sexual³. Por lo que se desarrolló el violentómetro un instrumento el cual consta de 30 reactivos los cuales describen conductas que se llevan a cabo en pareja y de acuerdo a estas se escalonan en 3 grados: 0-10 ten cuidado la violencia aumentara, 11-20 reacciona no te dejes destruir, 21-30 necesitas ayuda profesional²².

Desde hace más de una década se viene trabajando en el diseño y elaboración de una herramienta que permita valorar de manera rápida y sencilla, pero con garantías de fiabilidad y validez, la violencia escolar²³, para ello se han elaborado diferentes cuestionarios que permiten evaluar tanto desde el punto de vista del alumnado como desde el punto de vista del profesorado la frecuencia de aparición de incidentes violentos protagonizados por los estudiantes o el profesorado. La violencia con mayor aparición es: la violencia física, la violencia verbal, la exclusión social o la interrupción en el aula.

Así surge el instrumento, el CUVE, Cuestionario de Violencia Escolar. Este se centra específicamente en la percepción del alumnado sobre la frecuencia de aparición de diferentes tipos de violencia escolar protagonizados por estudiantes y profesorado.

Se trata de una escala compuesta por 29 ítems tipo Likert con cinco alternativas de respuesta. Este ofrece una estructura de cinco factores de primer orden (Violencia de profesorado hacia alumnado, Violencia física directa entre estudiantes, Violencia física indirecta por parte del alumnado, Violencia verbal entre estudiantes y Violencia verbal de alumnado hacia profesorado) y uno de segundo orden (Violencia escolar)¹⁴.

Cleberson de Souza y cols en el 2016 realizaron una revisión en la cual fueron investigados 2,786 adolescentes entre los cuales 44,4% (1236) se encontraban en situación de violencia. De estos, 16,4% (456) eran solo víctimas, 12,0% (334) solamente agresores y 16,0% (446) eran tanto víctimas como agresores²⁴.

En el tipo de violencia ejercida prevaleció la violencia física (51,8%), seguida de la violencia psicológica (44.4%), la cual además está relacionada con el consumo de alcohol en el 59,9% y 11,1%, con el consumo de drogas²⁵.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia en México es uno de los principales problemas sociales. Hoy en día se puede apreciar en distintos medios de comunicación el nivel tan preocupante de eventos violentos que se genera a diario, desde “esas travesuras de niño” hasta hechos de violencia extrema tales como el secuestro, narcotráfico o asesinato. Es reconocido que en los primeros 5 años de vida es cuando se forma el carácter, así mismo es en esta etapa donde se adquiere una gran parte de las costumbres, modos de vida, hábitos y demás cualidades que un ser humano en particular realizara por el resto de su vida, es por ello que de manera importante se debe de investigar que desde esta etapa se generan los primeros indicios de violencia entre nosotros, reconocer cuales son los tipos de violencia más frecuentes entre niños y adolescentes que potencialmente puedan desembocar en la vida adulta en hechos de violencia severa. La importancia de saber estas cuestiones radica en identificar la violencia, el tipo y sus factores de riesgo que puedan originarla es por eso que nos hacemos la siguiente pregunta

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los tipos de violencia ejercida por adolescentes de 14-19 años adscritos a la jurisdicción de la unidad de medicina familiar no 20 vallejo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los tipos de violencia ejercida por adolescentes de 14-19 años adscritos a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No 20 vallejo

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Identificar datos generales de los adolescentes (edad, genero, nivel socioeconómico)
2. Calcular frecuencia de violencia ejercida por los adolescentes
3. Identificar los tipos de violencia ejercida por los adolescentes
4. Identificar las causas por las que el adolescente ejerza la violencia (consumo de alcohol, otras sustancias ilícitas, percepción de su salud y nivel de satisfacción familiar)
5. Valorar la relación de la violencia con la edad, género, nivel socioeconómico, tipos de violencia, el consumo de sustancias ilícitas, percepción de salud y nivel de satisfacción familiar.

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS ALTERNA.

La violencia psicológica es la más frecuente en los adolescentes de 14-19 años de edad.

HIPÓTESIS NULA.

La violencia psicológica no es la más frecuente en los adolescentes de 14-19 años de edad.

SUJETOS MATERIAL Y MÉTODOS

1. LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), Plantel Vallejo perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicado en Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, Delegación Gustavo A. Madero.

2. DISEÑO

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio de tipo transversal, analítico.

2.2 GRUPO DE ESTUDIO.

Adolescentes de Nivel Medio Superior del CCH, Plantel Vallejo UNAM de 14 a 19 años de edad que pertenezcan a la Jurisdicción Sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar N° 20 (UMF20) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

2.2.1 CRITERIOS DE ESTUDIO

Criterios de inclusión.

- a) Padres de adolescentes que autorizaron bajo consentimiento informado
- b) Adolescentes de 14 a 19 años de edad.
- c) Ambos sexos.
- d) Adolescentes que desearon participar voluntariamente y bajo consentimiento informado.
- e) Que se encontraron inscritos en nivel bachillerato

Criterios de exclusión

- a) Padres que no autorizaron que sus hijos adolescentes participaran
- b) Adolescentes que no se encontraron en los grupos asignados de forma aleatoria, en el momento de la aplicación del cuestionario.
- c) Adolescentes que el día de la encuesta no acudieron a realizarla.

Criterios de eliminación

- a) Participantes que no contestaron mínimo el 80% de la encuesta.
- b) Participantes que por alguna circunstancia abandonaron o desertaron durante la aplicación de la encuesta por cuenta propia

2.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

De los 11,335 adolescentes alumnos del CCH Vallejo que cursaron el ciclo escolar 2016-2017, se tenía en el primer semestre un total de 4276 adolescentes , tercer semestre 3558 adolescentes, y finalmente quinto semestre con 3501 adolescentes.

Se calculó el tamaño de la muestra en base a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

Donde Z es la desviación estándar, igual a 1.96.

P: Son los sujetos con la variable de interés.

W²: es la amplitud total del intervalo de confianza con un error máximo igual a 10%.

Muestra estudiada por semestre:

- Primer semestre: Población de 3558, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 364 adolescentes de primer semestre.
- Tercer semestre: Población de 3501, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 356 adolescentes de tercer semestre.
- Quinto semestre: Población de 4276, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 355 adolescentes de quinto semestre.

SIENDO UN TOTAL DE 1075 ENCUESTAS

Se realizó la captura de todos los alumnos que pertenecían a los grupos seleccionados de forma aleatoria manual y que son adscritos a la UMF 20 IMSS

que se encontraron es su salón de clases (matutino y vespertino) durante la aplicación del cuestionario en ambos turnos y que cumplieron los criterios de inclusión.

- Grupos seleccionados primer semestre: 109, 111, 123, 124, 130, 132, 140, 141, 142, 143, 153, 164.
- Grupos seleccionados tercer semestre: 316, 326, 327, 338, 331, 332, 335, 337, 342, 345, 352, 355.
- Grupos seleccionados quinto semestre: 510, 512, 514, 520, 521, 536, 553, 557, 559, 563, 568

2.4 Definición de variables.

Variable de desenlace (dependiente): violencia

Variables descriptoras (independientes): edad, sexo, nivel socioeconómico, percepción de estado de salud, consumo de alcohol, y otra sustancia ilícita, relaciones intrafamiliares.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
VIOLENCIA	Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo usando alguno de los métodos de violencia (físico, económico, sexual, etc.)	Se preguntará al adolescente en la encuesta si en algún momento ha ejercido la violencia. También el tipo de violencia que ha ejercido como la físico-sexual y psicológica que a continuación se describen.	Cualitativa	Nominal	Si No
VIOLENCIA FÍSICO-SEXUAL	La violencia física es una invasión del espacio físico de la otra persona y puede ejercerse con el contacto directo con el cuerpo de la otra persona mediante golpes, empujones y jalones. Por otra	Se hará mediante pregunta directa: con qué frecuencia en el último año tu: Golpeaste o pateaste a alguien Jaloneaste a alguien ¿Has manoseado a alguien? Sumándose el	Cualitativa	Ordinal	No violento Violento leve Muy violento

	<p>parte la violencia sexual es aquella que se manifiesta con agresiones a través de la fuerza física, psíquica o moral, rebajando a una persona a condiciones de inferioridad, para implantar una conducta sexual en contra de su voluntad</p>	<p>número de veces que ejerce la violencia en las tres categorías por lo que se clasifica de la siguiente manera:</p> <p>No violento: 0 veces Violento leve: 1-10 veces Muy violento: 11 o más veces</p>			
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	<p>En una agresión realizada sin que medie contacto físico entre personas. Esta se canaliza principalmente en frases descalificadoras (violencia verbal) que intentan desmerecer y descalificar a otro individuo puede ser directa o indirectamente, también se incluyen los ataques de ira esta violencia puede manifestarse gritando, insultando, arrojando objetos, golpeando cosas, e incluso, agrediendo físicamente a las personas implicadas.</p>	<p>Se hará mediante pregunta directa: con qué frecuencia en el último año tu: Te burlas de alguien por su color, clase social u orientación sexual Te burlas de alguien por su aspecto físico Le pones apodos a las personas como forma de burla Chantajeas a las personas para obtener lo que quieres Le pones apodos a las personas como forma de burla Con que frecuencia tu: Insultas a las personas cuando estás enojado Has excluido o ignorado a alguien por su color, clase social u orientación sexual? insultas a las personas cuando estás enojado ¿Rompes o avientas cosas por enojo?</p> <p>Sumándose el número de veces que ejerce la violencia en todas las preguntas, por lo que se clasifica de la siguiente</p>	Cualitativa	Ordinal	No violento Leve Moderado Muy violento

		<p>manera:</p> <p>No violento: 0 veces Leve: 1-6 veces Moderado: 7-12 veces Muy violento: 13-18 veces</p>			
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha en que se realizará el estudio	Se evaluará mediante la encuesta realizada y cotejando con fecha de nacimiento.	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos de 14, 15, 16, 17, 18 y 19 años
SEXO	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino.	Se evaluará mediante las características físicas observadas durante el interrogatorio directo	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Mujer 2. Hombre
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Medida total económica y sociológica resultado de la preparación laboral de una persona y social individual o familiar en relación a otras personas basadas en sus ingresos poder adquisitivo, educación y empleo.	<p>Categorizando mediante la suma de preguntas para la medición del nivel socioeconómico del instrumento del AMAI (Número de Habitaciones, baños, focos, material de piso, electrodomésticos, autos y grado de escolaridad), que categorizando de la siguiente manera:</p> <p>1. Nivel A/B: Clase Alta. 2. Nivel C+: Clase Media Alta. 3. Nivel C: Clase Media. 4. Nivel C-: Clase Media Baja. 5. Nivel D+: Clase Baja 6. Nivel D: Clase Bajo Extremo 7. Nivel E: Clase muy Bajo Extremo.</p>	Cualitativa	Ordinal politómica	<p>Para fines del estudio, se tomará en cuenta solo tres niveles socioeconómicos:</p> <p>1. Alta: Nivel A/B, Nivel C+. 2. Media: Nivel C, Nivel C-. 3. Baja: Nivel D+, D y Nivel E.</p>
CONSUMO DE ALCOHOL	Ingesta de bebidas embriagantes.	Categorizada mediante la pregunta directa sobre el consumo y frecuencia	Cualitativa	Ordinal	1.No consumo 2.Consumo leve 3.Consumo moderado

		<p>de alcohol en el cuestionario. Categorizando de la siguiente manera:</p> <p>No consumo: 0 copas al día Consumo Leve: de 1 a 2 copas por ocasión al día. Consumo Moderado: de 3 a 4 copas por ocasión al día. Consumo Alto: más de 5 copas por ocasión al día.</p>			4. Consumo alto
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS	Estado derivado del consumo habitual y excesivo de ciertas sustancias tóxicas e ilícitas como la morfina, cocaína, heroína, barbitúricos, etc.	<p>Categorizado mediante la pregunta directa sobre el consumo y frecuencia de sustancias ilícitas en el cuestionario. Categorizando de la siguiente manera:</p> <p>No consumo: 0 veces en los últimos 30 días. Consumo leve: de 1 a 2 veces en los últimos 30 días Consumo Moderado: de 3 a 9 veces en el último mes Consumo Intenso: más de 10 veces al mes.</p>	Cualitativa.	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No consumo 2.Consumo leve 3.Consumo moderado 4.Consumo intenso
SATISFACCIÓN FAMILIAR	La satisfacción familiar es el resultado del continuo juego de interacciones (verbales y/o físicas) que mantiene un sujeto con los otros miembros de su familia; así como la suma de distintos sentimientos que se despiertan en el sujeto al estar con su familia en la cual se valora el estado de ánimo que se despierta por la	<p>Se aplicará la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza en 1992, se utilizó la versión intermedia con 37 reactivos en que sus respuestas son: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo; valorado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unión y Apoyo. • Expresión. • Dificultad es. 	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alto. 2. Medio/Alto. 3. Medio. 4. Medio/Bajo. Bajo.

	<p>familia basada en el número de experiencias positivas y negativas vividas en ella.</p>	<p>A su vez se dividen en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos con puntajes bajos (las tareas familiares no está lo suficientemente bien distribuidas): Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponde al 25%. 2. Grupos con puntajes intermedios (en mi familia a cada quien le es fácil expresar su opinión): En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26 – 74% del total. 3. Grupos con puntajes altos (en mi familia hablamos con franqueza): Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 75% superior del total. Se evaluará de forma global 			
<p>PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD</p>	<p>Autoevaluación subjetiva que una persona hace sobre su salud actual.</p>	<p>Se obtendrá mediante la escala de percepción de salud Categorizada mediante la pregunta específica contenida en el cuestionario la escala va del 0 al 10.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 4 Mala Salud. • 5–6 Regular Salud. • 7–10 Buena Salud.

2.5 Descripción general del estudio.

Previa autorización por el comité local de investigación al que corresponde la UMF 20, se solicitó el apoyo de las autoridades de la unidad para gestionar en el CCH Vallejo la aplicación de encuestas. Al tener el permiso correspondiente por la dirección del CCH Vallejo a cargo del Mtro. José Cupertino Rubio Director se presentó el proyecto y posteriormente se solicitó a los profesores de los grupos seleccionados el horario para tener el grupo y los padres para la firma del consentimiento informado. Se identificó a los adolescentes que cumplan con criterios de inclusión a los cuales se les invitará a participar previa firma de consentimiento informado. Los datos se recolectaron en un cuestionario realizado específicamente para el estudio el cual consta de datos generales, dos preguntas en la que el primer cuestionamiento engloba 4 ítems acerca de violencia físico-sexual, con respuesta dicotómica, el segundo cuestionamiento engloba 6 ítems que describen violencia a nivel psicológico siendo tipo Likert. Escala de relaciones intrafamiliares la encuesta se llevó cabo por el médico residente a cargo de la investigación y de su coordinadora con un grupo de 5 médicos residentes (apoyo) y 4 médicos pasantes de servicio social (apoyo) de la UMF N° 20, previamente estandarizados y capacitados en las preguntas del instrumento de investigación; además del personal administrativo, autoridades y profesores titulares de los grupos seleccionados y de la profesora titular del curso en Ciencias de la Salud: Maestra Martha Silvia Castillo Trejo, como vía de acceso a las instalaciones del colegio y coordinadora del proceso. Una vez contestado se revisa que este completo y se les da las gracias por su participación.

Previa autorización por director y profesores del CCH Plantel Vallejo, se procedió a lo siguiente:

- El equipo de trabajo en apoyo a la investigación (integrado por el médico residente investigador, 5 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y 4 médicos pasantes de servicio social) en base a los grupos seleccionados de forma aleatorizada, con ayuda del personal administrativo

se solicitó a los profesores el horario y fecha de la aplicación de la encuesta a los adolescentes.

- El día de previsto con los profesores se identificó a los alumnos que cuenten con número de seguridad social y que pertenezcan a la jurisdicción de la UMF 20; así como se les informó en que consiste y los beneficios que se obtendrán de la encuesta a los padres de familia y tutores de los adolescentes, haciendo hincapié que dicha encuesta se realizara siempre y cuando se firme una carta de consentimiento informado por escrito en el cual autoricen su aplicación.
- Posteriormente se procedió a realizar lectura del consentimiento informado y características generales del instrumento. Se mencionó a los alumnos que los datos en las encuestas son totalmente confidenciales, de forma anónima, mencionando que podían abandonar el estudio cuando lo desearan y recordando que no habría represalia alguna.
- Previo consentimiento informado bien requisitada y firmada por el padre de familia o tutor y del mismo adolescente se les entregó la encuesta. Estando a cargo del equipo de trabajo de la UMF N° 20 y atendiendo las dudas de cada adolescente si se presentan.
- Una vez terminado el cuestionario por parte del adolescente, los miembros del equipo de apoyo a la investigación revisaron el llenado adecuado de los cuestionarios para verificar que se encontraran completos sin omisión de datos y de no ser así se dio por finalizado la aplicación de dicho cuestionario, dando las gracias por su participación.
- Se les informó que en caso de solicitar sus resultados, se solicita anotar en la primera hoja de la encuesta: número de cuenta y correo electrónico y se enviarán las conclusiones de forma personal y confidencial.
- Una vez terminada la recolección de información, se procedió al vaciamiento de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 22.0 para MAC para su análisis.

INSTRUMENTOS A UTILIZAR.

- **Clasificación del nivel socioeconómico AMAI**

Para la clasificación del nivel socioeconómico en México, la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y Opinión Pública A.C. (AMAI), definió 13 variables establecidas por el Comité de Niveles Socioeconómicos de la AMAI en agosto de 1998.

Las variables son las siguientes:

1. Último año de estudios del jefe de familia.
2. Número de focos en el hogar.
3. Número de habitaciones sin contar baños.
4. Número de baños con regadera dentro del hogar.

Posesión de:

5. Autos (ya sean de su propiedad o no).
6. Calentador de agua / Boiler.
7. Tipo de piso (solamente de cemento o de otro material).
8. Aspiradora.
9. Computadora (PC).
10. Horno de microondas.
11. Lavadora de ropa.
12. Tostador de Pan.
13. Videocasetera.

La primera regla es otorgar puntos. A cada respuesta de cada variable medida en el conjunto es asignado un valor. Por medio de una combinación lineal de estos valores, se obtiene un único número. La magnitud de este indicador (el valor numérico) determinaba el NSE al que pertenece el hogar. La clasificación debe llevarse a cabo en el escritorio por medio de un programa de computadora.

Se encontraron siete grupos diferentes. Atendiendo a la tradición se bautizaron con letras siendo estos (del más alto al más bajo): A/B, C+, C, C-, D+, D y E. Las características de los seis tipos de niveles socioeconómicos son las siguientes:

1. NIVEL A/B: Clase Alta (más de 193 puntos). Es el segmento con el más alto nivel de vida del país. Este segmento tiene cubierta todas las necesidades de bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro. Actualmente representa el 3.9% de los hogares del país y el 6.4% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.
2. NIVEL C+: Clase Media Alta (155 a 192 puntos). Es el segundo grupo con el más alto nivel de vida del país. Al igual que el segmento anterior, este tiene cubiertas todas las necesidades de calidad de vida, sin embargo, tiene ciertas limitantes para invertir y ahorrar para el futuro. Actualmente representa el 9.3% de los hogares del país y el 14.1% de los hogares ubicados en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
3. NIVEL C: Clase Media (128 a 154 puntos). Este segmento se caracteriza por haber alcanzado un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades. Cuenta con una infraestructura básica en entretenimiento y tecnología. Actualmente este grupo representa el 10.7% de los hogares totales del país y el 15.5% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
4. NIVEL C-: Clase Media Baja (105 a 127 puntos). Los hogares de este nivel se caracterizan por tener cubiertas las necesidades de espacio y sanidad y por contar con los enseres y equipos que le aseguren el mínimo de practicidad y comodidad en el hogar. Este segmento representa el 12.8% del total de hogares del país y el 16.6% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
5. NIVEL D+: Clase Baja (80 a 104 puntos). Este segmento tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. Actualmente representa el 19.0% de los hogares del país y el 20.2% de los hogares en las localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
6. NIVEL D: Clase Baja Extrema (33 a 79 puntos). Es el segundo segmento con menor calidad de vida. Se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de diversos servicios y satisfactores. Es el grupo

más numeroso y actualmente representa el 31.8% de los hogares del país y el 23.8% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.

7. NIVEL E: Clase muy Baja Extrema (0 a 32 puntos). Este es el segmento con menos calidad de vida o bienestar. Carece de todos los servicios y bienes satisfactorios. Actualmente representa el 12.5% del total de hogares del país y el 3.4% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.

El puntaje de los ítems es de la siguiente manera, para después realizar la suma total y clasificar el nivel socioeconómico:

Las preguntas son las siguientes:

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar? Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

No. DE CUARTOS	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?. Con un total de 52 puntos.

No. DE BAÑOS	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

3. ¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

FOCOS	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

PISO	PUNTOS
Tierra o cemento (firme de)	0
Otro tipo de material o acabado	11

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

AUTOMÓVILES	PUNTOS
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**)²⁶.

RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carreta técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o maestría	72
Doctorado	72

Tabla de puntos por nivel

Nivel	Puntos
A/B	193+
C+	155 a 192
C	128 a 154
C-	105 – 127
D+	80 – 104
D	33 a 79
E	0 a 32

Para cuestión de este estudio se categorizará el nivel socioeconómico de la siguiente manera:

Clase	Tipo de nivel según AMAI
Alta	Nivel A/B, Nivel C+
Media	Nivel C, Nivel C-
Baja	Nivel D+, -nivel D y Nivel E

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I)

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”.

Mide las relaciones intrafamiliares de adolescentes de la Ciudad de México, en tres dimensiones: expresión, dificultades y unión.

- Unión y apoyo. Mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.

- **Dificultades.** Se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.
- **Expresión.** Mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

El estudio de origen tuvo como muestra jóvenes de ambos sexos estudiantes de bachilleratos en diversos Colegios de Ciencias y Humanidades. Se trata de una escala aplicable de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza en 1992, se utilizó la versión intermedia con 37 reactivos en que sus respuestas son totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. Y se clasifica en los siguientes grupos:

1. Grupos con puntajes bajos: Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponde al 25%.
2. Grupos con puntajes intermedios: En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26 – 74% del total.
3. Grupos con puntajes altos: Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 25% superior del total.

Para el análisis en este estudio solo se utilizará la calificación de forma global la escala de relaciones intrafamiliares, se realizará el sumatorio total de cada reactivo, lo cual es otra posibilidad de interpretación de los datos. La clasificación es la siguiente²⁷.

<i>INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ERI DE FORMA GLOBAL.</i>	
<i>Categoría</i>	Puntaje
<i>Alto</i>	180-156
<i>Medio/Alto</i>	155-131
<i>Medio</i>	130-106
<i>Medio/Bajo</i>	105-81
<i>Bajo</i>	80-56

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SALUD

Es una alternativa útil para la medición perceptiva de la salud poblacional, es la aplicación de encuesta en la cual se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta medición es que refleja el concepto amplio de salud como un estado de bienestar integral y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico.

La percepción del estado de salud, se evalúa con una escala de tipo Likert, la cual es una de las herramientas más utilizadas actualmente por los investigadores cuando desean evaluar las opiniones y actitudes de una persona hacia cierta categoría, en este caso el estado de salud, tomando en cuenta dos polos uno positivo y el otro extremo es negativo. Nuestro estudio se utilizó la siguiente pregunta: ¿Cómo consideras tu estado de salud actual?; las posibles respuestas van de 0 a 10, los sujetos deben de tachar en un numero según su percepción del estado de salud en ese momento, donde 0 es muy malo y 10 es muy bueno.

Muy malo _____ Muy bueno
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Para nuestro estudio se categorizo en las siguientes unidades de medición: de 0 a 4 Mala Salud, 5 a 6 Regular Salud y 7 a 10 Buena Salud.

RANGO	ESTADO DE SALUD
0-4	Muy mala salud
5-6	Regular Salud
7-10	Buena Salud

ESCALA DE VIOLENCIA FÍSICO-SEXUAL Y PSICOLÓGICA

Es una escala realizada de manera ex-profeso por la Dra. María del Pilar Deyanira Lavielle Sotomayor para evaluar el nivel de violencia que ejercen los adolescentes en su vida cotidiana y se divide en dos grandes apartados: violencia físico-sexual y violencia psicológica.

La escala de violencia físico-sexual engloba 4 preguntas y evalúa el número de veces que han ejercido violencia en el último año sumándose todos los reactivos, donde 0 es no violento y de 11 en adelante es muy violento.

Número de veces que se ejerce violencia	Grado de violencia
0	No violento
1 - 10	Violento leve
11 en adelante	Muy violento

Para cuestión de este estudio y con autorización de la Dra. María del Pilar Lavielle Sotomayor, se categorizará la violencia físico-sexual de la siguiente manera para la realización del análisis bivariado

Número de veces que se ejerce violencia	Grado de violencia
0	No violento
1 en adelante	Si violento

Y la violencia psicológica que engloba 6 preguntas, aquí se evalúa la frecuencia de ejercer violencia, la escala va desde nunca, pocas veces, algunas veces y muchas veces, y a cada respuesta se le asigna un valor, 0, 1, 2, 3 y 4 respectivamente finalmente se suman los valores para obtener un rango donde 0 es no violento y 18 es muy violento.

Frecuencia de violencia	Grado de violencia
0	No violento
1 - 6	Violencia leve
7 -12	Violencia moderada
13 - 18	Muy violento

Para cuestión de este estudio y con autorización de la Dra. María del Pilar Lavielle Sotomayor, se categorizará la violencia psicológica de la siguiente manera para la realización del análisis bivariado

Número de veces que se ejerce violencia	Grado de violencia
0	No violento
1 en adelante	Si violento

2.5 Análisis de datos.

Se realizó una base de datos en el sistema IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 22.0 para MAC, para su análisis tomando las medidas de tendencia central para análisis de variables cuantitativas (moda, media y mediana), frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, Ji2 para asociación de variables.

RESULTADOS

Del total de muestra que fueron 1075, doce encuestas fueron eliminadas por mal llenado, quedando 1063 adolescentes participantes, el cual se observó un promedio de edad de 16.2 ± 1.2 ; siendo el grupo con más porcentaje el de 16-17 años con un 51,6%(549), el 65%(691) fueron mujeres, con un nivel socioeconómico medio 49.3%(524) (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de datos sociodemográficos en adolescentes		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
14-15	355	33.4%
16-17	549	51.6%
18-19	159	15%
SEXO		
F	691	65%
M	375	35%
NSE*		
Bajo	205	19.3%
Medio	524	49.3%
Alto	334	31.4%

*Nivel socioeconómico. Encuesta a adolescente de nivel medio superior.

En relación con la percepción de salud el 5.2% (55) la percibe como mala; el 17% (181) regular y el 77.8% (827) como buena. (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de la percepción de salud en adolescentes		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mala salud	55	5.2%
Regular Salud	181	17%
Buena Salud	827	77.8%

Encuesta a adolescente de nivel medio superior.

En el campo de las adicciones el 46.3% tienen consumo de alcohol de leve-alto y finalmente el 11.8% tiene un consumo leve-intenso de sustancias ilícitas (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de consumo de alcohol y sustancias ilícitas en adolescentes		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALCOHOLISMO		
No consumo	571	53.7%
Consumo leve	191	18%
Consumo moderado	86	8.1%
Consumo alto	215	20.2%
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS		
No consumo	938	88.2%
Consumo leve	72	6.8%
Consumo moderado	39	3.7%
Consumo intenso	14	1.3%

Encuesta a adolescente de nivel medio superior.

En las relaciones intrafamiliares se encontró que 31.9% tiene relaciones de medio/bajo, mientras que el 13.7% (145) tiene de medio/alto (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de satisfacción familiar en adolescentes		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ERI*		
Medio/alto	145	13.7%
Medio	297	27.9%
Medio/bajo	339	31.9%
Bajo	282	26.5%

*Escala de relación intrafamiliar. Encuesta a adolescente de nivel medio superior.

En relación a la violencia, una gran proporción se realiza en el ámbito psicológico con el 68.6% en tanto en el área físico-sexual es de 46.7% (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia de violencia físico-sexual y psicológica		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIOLENCIA FÍSICO-SEXUAL		
No violento	567	53.3%
Si violento	496	46.7%
Grado de violencia físico-sexual:		
No violento	567	53.3%
Violento leve	355	33.4%
Muy violento	141	13.3%
VIOLENCIA PSICOLÓGICA		
No violento	334	31.4%
Si violento	729	68.6%
Grado de violencia psicológica		
No violento	334	31.4%
Leve	618	58.2%
Moderado	97	9.1%
Muy violento	14	1.3%

Encuesta a adolescente de nivel medio superior.

ANÁLISIS BIVARIADO

VIOLENCIA FÍSICO-SEXUAL

Con relación en nuestra variable de interés en el ámbito de violentador físico-sexual predominó el rango de edad de 16-17 años en un 49%, son más violentos los hombres con un 51.1% comparado con las mujeres que representan un 49.9%, con un nivel socioeconómico en los extremos con un 49.7% en el nivel alto y un 47.8% en el nivel bajo; del total 47.2% consumen alcohol y 53.6% consumen sustancias ilícitas.

Es importante recalcar que el ámbito familiar juega un papel importante para el desarrollo de la violencia, en este estudio encontramos que de los adolescentes violentadores el 54% tienen relaciones intrafamiliares de regulares a malas, el 42.1% tiene relaciones excelentes, el 40.7% relaciones buenas y el 46.5% tiene

relaciones malas, así como la percepción de su salud es regular en el 49.7% y mala en el 47.3%.

Se puede apreciar que de la muestra estudiada las características en relación al sexo y calidad de las relaciones intrafamiliares son estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$) para determinar la frecuencia de la violencia físico-sexual (Tabla 6).

Tabla 6. Violentador físico-sexual en adolescentes de nivel medio superior				
	SI VIOLENTADOR		NO VIOLENTADOR	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	496	46.7%	567	53.3%
EDAD				
14-15	152	42.8%	203	57.2%
16-17	274	49.9%	275	50.1%
18-19	70	44%	89	56%
SEXO*				
F	306	44.3%	385	55.7%
M	190	51.1%	182	48.9%
NSE†				
Bajo	98	47.8%	107	52.2%
Medio	232	44.3%	292	55.7%
Alto	166	49.7%	168	50.3%
ALCOHOLISMO				
No consumo	264	46.2%	307	53.8%
Si consume	232	47.2%	260	52.8%
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS				
No consumo	429	45.7%	509	54.3%
Si consume	67	53.6%	58	46.4%
SATISFACCIÓN FAMILIAR				
ERI*‡				
Medio/alto	61	42.1%	84	57.9%
Medio	121	40.7%	176	59.3%
Medio/bajo	183	54.0%	156	46.0%
Bajo	131	46.5%	151	53.5%
PERCEPCIÓN DE SALUD				
Mala salud	26	47.3%	29	52.7%
Regular Salud	90	49.7%	91	50.3%
Buena Salud	380	45.9%	447	54.1%

* $P < 0.05$, †Nivel Socioeconómico, ‡Escala de Relaciones Intrafamiliares.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

El en ámbito de violencia psicológica se encontró que predomina el rango de edad de 18-19 años con un 70.4% así como de 14-15 años en un 69%, el género masculino es más violento con un 72%, mientras que el femenino representa un 66.7%, con un nivel socioeconómico bajo en el 72.2% y alto en el 70.4%, en el terreno de las adicciones un 74.6% consumen alcohol y un 76.8% consume sustancias ilícitas.

En las relaciones intrafamiliares encontramos que el 74.9% tiene relaciones de regulares a malas y un 73% tiene relaciones malas; en relación a la percepción de salud el 76.4% la considera mala mientras el 73.5% la considera regular.

Se puede apreciar que de la muestra estudiada las características en relación al sexo, consumo de alcohol, de sustancias ilícitas y calidad de las relaciones intrafamiliares son estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$) para determinar la frecuencia de la violencia psicológica (Tabla 7).

Tabla 7. Violentador psicológico en adolescentes de nivel medio superior				
	SI VIOLENTADOR		NO VIOLENTADOR	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	729	68.6%	334	31.4%
EDAD				
14-15	245	69.0%	110	31%
16-17	372	67.8%	177	32.2%
18-19	112	70.4%	47	29.6%
SEXO*				
F	461	66.7%	230	33.3%
M	268	72.0%	104	28%
NSE†				
Bajo	148	72.2%	57	27.8%
Medio	346	66.0%	178	34%
Alto	235	70.4%	99	29.6%
ALCOHOLISMO*				
No consumo	362	63.4%	209	36.6%
Si consume	367	74.6%	125	25.4%
CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS*				
No consumo	633	67.5%	305	32.5%
Si consume	96	76.8%	29	23.2%
SATISFACCIÓN FAMILIAR				
ERI*‡				
Medio/alto	81	55.9%	64	44.1%
Medio	188	63.3%	109	36.7%
Medio/bajo	254	74.9%	85	25.1%
Bajo	206	73.0%	76	27%
SALUD				
PERCEPCIÓN DE SALUD				
Mala salud	42	76.4%	13	23.6%
Regular Salud	133	73.5%	48	26.5%
Buena Salud	554	67.0%	273	33%

*P= < 0.05, †Nivel Socioeconómico, ‡Escala de Relaciones Intrafamiliares.

DISCUSIÓN.

La adolescencia es un periodo de transición de la infancia a la vida adulta, caracterizada por grandes descubrimientos en que el adolescente está expuesto a condiciones de vulnerabilidad así como a situaciones de violencia, tanto en la condición de víctima como de agresor²⁴.

De acuerdo a los datos presentados se puede observar que la violencia que se ejerce por los adolescentes entre 14 y 19 años de edad en el ámbito psicológico es un 68.6% y en el ámbito físico-sexual en un 46.7%⁴; de estas la violencia psicológica es la más frecuente en nuestro estudio; en una revisión realizada por **Cleberson de Souza y cols** en el 2016 en un estudio realizado en 80 adolescentes acerca de la violencia, el tipo de violencia que prevaleció fue la violencia física en un 51,8%, seguida de la violencia psicológica en un 44.4%²⁴. Observamos que ambos tipos de violencia siguen prevaleciendo en los adolescentes de los dos estudios sin embargo identificamos que en nuestra población la psicológica es mucho más alta lo cual nos hace ver que aunque no se llegue a los golpes los efectos pueden ser mayores ya que se ve como normal.

En relación al sexo **Perdomo-Gómez y cols** en un estudio realizado en el 2014 encontraron que los adolescentes que ejercen violencia física y psicológica son predominantemente hombres en un 61.1%²⁸⁴, así como tener mayor probabilidad de convertirse en violentadores comparado con las mujeres²⁹, lo que es similar a nuestro estudio en el cual el sexo masculino predomina en ser violentador en el ámbito físico-sexual con un 51.1% y el psicológico con 72%, mientras que las mujeres representan un 44.3% y 66.7% respectivamente, por lo que ambos resultados son similares en las poblaciones estudiadas mostrando predominio por el sexo masculino siendo este un dato estadísticamente significativo para desarrollar una conducta violenta.

Respecto al nivel socio económico en nuestra población de estudio se encontró que predominan los niveles en los extremos ya que en los violentadores físico-sexuales predominó el nivel alto con un 49.7% y el bajo con 47.8%, mientras que

el violentador psicológico el 72.2% tiene un nivel socioeconómico bajo y 70.4% tienen un nivel socioeconómico alto. La OMS en una nota descriptiva del 2006²⁹ y Hein Andrea en el 2010 mencionan que es factor de riesgo el nivel socioeconómico bajo para desarrollar la violencia³⁰; Ante lo mencionado con anterioridad vemos que los resultados fueron similares respecto al nivel socioeconómico bajo en el terreno de la violencia psicológica ya que resultado significativo predominando el nivel socioeconómico bajo, sin embargo una gran proporción pertenece al nivel socioeconómico alto lo cual no se reporta en la literatura, en el ámbito de violencia físico-sexual en nivel socioeconómico alto predominó sobre el nivel bajo, aunque sabemos que cualquier tipo de violencia es multifactorial, el ambiente económico del adolescente si repercute con ser violentador probablemente a la exposición de violencia.

En el consumo de alcohol **Perdomo-Gómez** en su estudio antes mencionado en cuanto al consumo encontraron el 8.75% son agresivos físicos con sus iguales²⁸; así como la OMS considera el consumo de alcohol como factor de riesgo predisponente para ser violentador ya que altera las funciones cognitivas²⁹. En nuestro estudio de los violentadores físico-sexuales 47.2% consumen alcohol mientras que los violentadores psicológicos representan un 74.6%, de estos los que son estadísticamente significativos son los violentadores psicológicos, lo que no es similar a los estudios revisados ya que en estos es más frecuente la violencia física comparados con nuestra población estudiada que predominan los violentadores psicológicos, esto nos hace pensar que la violencia física es la más estudiada, sin pensar que la violencia psicológica es más común de lo que creemos, o bien, que una sociedad violenta es considerada como normal en el comportamiento adolescente.

En el consumo de sustancias ilícitas se considera como factor de riesgo para ser violentador psicológico representado por un 76.8% el cual fue significativamente importante, mientras que para el violentador físico-sexual se representa con un 53.6%. **Cleberson de Souza y cols.** En el estudio antes mencionado encontraron que el ser violentador está relacionado con el consumo de alcohol en el 59,9% y

11,1%, con el consumo de drogas.²⁴, por lo que los resultados fueron similares siendo porcentajes altos de violencia ante el consumo de estas sustancias.

En el campo de satisfacción familiar Heinz Andreas, en su estudio del 2010²⁹ y la OMS reportaron como factor de riesgo para el desarrollo de la violencia el tener baja cohesión familiar³⁰, en nuestra población respecto a los violentadores físico-sexuales el 54% tienen relaciones intrafamiliares de regulares a malas, mientras que los violentadores psicológicos el 74.9% tiene relaciones de regulares a malas y un 73% tiene relaciones malas estos resultados fueron significativos en nuestra población de estudio ya que los adolescentes violentadores tienen relaciones familiares de regulares a malas lo que condiciona a que ejerzan con mayor frecuencia la violencia en el aspecto físico-sexual y psicológico como una manera de no tener el control en la familia así como lo realizan con sus compañeros escolares.

La percepción del estado de salud en nuestro estudio fue percibida en la violentadores físico-sexuales como regular en el 49.7% y mala en el 47.3% y en los violentadores psicológicos el 76.4% la considera mala mientras el 73.5% la considera regular. Aunque no hay reportes en relación a estas variables vemos que si el adolescente se percibe mal en su estado de salud puede aumentar el ser violento aunque no se encuentra la relación significativamente requiriendo averiguar más sobre su salud de manera integral.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se identificó que la media de edad de los adolescentes fue de 16 años con predominio del grupo de adolescencia intermedia de 16-17 años siendo más mujeres y con un nivel socio económico medio.

La violencia psicológica predominó en nuestra población de estudio representada por más de la mitad de la muestra, comparado con la violencia físico-sexual la cual representa una tercera parte.

Un 46.7% ejerce violencia físico-sexual y hasta un 68.6% la ejerce de tipo psicológica.

Se observó que en el ámbito de violencia físico-sexual el ser de sexo masculino y tener relaciones intrafamiliares de regulares a malas, son factores predisponentes para ejercer este tipo de violencia comparado con la violencia psicológica en la cual además de estas dos características se agregan el consumo de sustancias ilícitas y el consumo de alcohol.

En relación con la percepción de salud del violentador físico-sexual refiere tener regular estado de salud en un 49.7% y el violentador psicológico menciona estado de salud malo en un 76.4%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Violencia contra las niñas Violencia contra las niñas afecta el futuro de los países: UNICEF[sede web]. Cimac noticias; 2014 [actualizada el 15 de octubre del 2014; acceso 04 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.revoluciontrespuntocero.mx>.
2. Who.int, Global status report on violence prevention 2014 [sede web]. Suiza. World Health Organization; 2014 [actualizada en 2017; acceso 04 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>.
3. Andrés-Pueyo A. Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimerías del estado del bienestar. Anu Psico. 2012; 42(2): 199-211.
4. Who.int, Global status report on violence prevention 2014 [sede web]. Suiza. World Health Organization; 2014 [actualizada en 2017; acceso 04 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>.
5. Brito CC, Oliveira MT. Bullying and self-esteem in adolescents from public schools. J Pediatr. 2013; 89 (6): 601-607.
6. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Íñiguez M, Rivera-Rivera L, Ramos-Lira. Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. Salud pública de México. 2013; 55(2): 259-266.
7. Sosa-Rubi SG, Saavedra-Avendano B, Piras C, Van Buren SJ, Bautista-Arredondo S. True Love: Effectiveness of a School-Based Program to Reduce Dating Violence Among Adolescents in Mexico City. Prev Sci. 2016; 18(14): 804-817.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Tipo de maltrato 2002-2004.[sede web] México: 2002[2004; 11 de octubre de 2017] Disponible en <http://www.inegi.org.mx/>.
9. Instituto Federal Electoral. Consulta infantil y juvenil.Tomo 2. México: IFE; 2006.
10. Velásquez-Pulido JM, Nuño-Gutiérrez BL. Percepción de la violencia emocional en adolescentes escolares: diferencias en la narrativa por género. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47 (Supl 1): S67-S74

11. García CX, Pérez GA, Nebot AM. Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gac Sanit.* 2010; 24(2): 103-108.
12. Alvarez-Solís RM, Vargas-Vallejo MP. Violencia en la adolescencia. *Salud en Tabasco.* 2002; 8(2): 95-98.
13. Juvoven J, Graham S. Bullying in Schools: The Power of Bullies and the Plight of Victims. *Annu. Rev. Psychol.* 2014; 65: 159-185.
14. Dobarro A, Alvarez-García D, Nuñez JC. Cuve3 Instrumentos para evaluar la violencia escolar. *Rev psico.* 2014; 1(5): 487-492.
15. Fante C. Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. 2nd ed. Campinas (SP): Versus Editora; 2005.
16. Carvalho DM, Ruscitto do Prado R, Ribeiro Dias JA, Carvalho F, Iossi Silva MA, Ralil da Costa M, et al. Bullying and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol.* 2014; 131-145.
17. Tippett N, Wolke D. Socioeconomic Status and Bullying: A Meta-Analysis. *Am. J. Public Health.* 2014; 104(6): 48-59.
18. Barreto SM, Giattil L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta DC. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(2): 30-34.
19. Acero AR, Escobar-Córdoba Franklin, Castellanos G. Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007; 36(1): 78-97.
20. González Galbán H, Fernández de Juan T. Género y maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. *Estud front.* 2010; 11(22): 97-128.
21. Azaola E. Diagnóstico de las y los adolescentes que cometen delitos graves en México[sede web]. México: Fondo de las naciones unidas para la infancia UNICEF; 2015 [actualizada en octubre del 2017; acceso 13 de Octubre del 2017] Disponible en: <http://www.unicef.org>

22. Genro.ipn.mx, violentometro [sede web]. México: Instituto Politécnico Nacional; 2009[2015; 04 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://genro.ipn.mx>
23. Vega Giraldo CY, Vélez CM, García García HI. Medición del bullying escolar: Inventario de instrumentos disponibles en idioma español. Rev Latinoam Cienc Psicológic. 2017; 9 (1): 1-16.
24. Cleberson de Souza F, Baccarat de Godoy MC. Violencia escolar entre adolescentes: condiciones de vulnerabilidad. Enfermería Global. 2016; 42: 147-170.
25. Del Tronco Paganelli, Madrigal Ramirez Abby. Violencia escolar en México: una exploración de sus dimensiones y consecuencias. Revista de trabajo social UNAM. 2012. 23-42.
26. NSE. Niveles socioeconómicos AMAI. Cuestionario AMAI 2011. [sede web]. [Actualizada en junio 2018; acceso 6 de Julio de 2018] Disponible en: <http://amai.org>
27. Rivera Heredia ME, Andrade Palos P. Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I). Uaricha Revista de Psicología. 2010; 14: 12-29.
28. Perdomo Gómez A, Castillo Rojas L, Herrera Valor NL, Curbelo Laws M, Toledo Martín L. Comportamiento de los adolescentes ante el consumo de alcohol en el consejo popular "El Vaquerito". Mediciego. 2014; 20 (1).
29. Organización Mundial de la Salud. Violencia juvenil y alcohol. Centre for Public Health. 2006: 1-12.
30. Hein A. Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura nacional e internacional. Fundación paz ciudadana. 2010.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTE) (Anexo 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Tipos de violencia ejercida en adolescentes de 14-19 años adscritos a la jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar no 20 Vallejo.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas Ciudad de México; Delegación G.A.M. a ___ de ___ del 2018.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo la violencia se ha vuelto hoy en día un problema de salud debido a que tiene implicaciones individuales, familiares y sociales. Como delitos, abandono escolar y pandillerismo, por lo que este estudio pretende determinar los tipos de violencia que mayormente ejercen los adolescentes de 14-19 años, así como los factores sociales, familiares y personales, relacionados en el ejercicio de la violencia.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes que ejercen violencia, al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias preventivas que favorezcan una adolescencia sana y orientar a los adolescentes para evitar estas conductas de riesgo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada uno de los adolescentes participantes y solo se otorgan de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencialidad.
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee no modificara de ninguna manera la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA. SANTA VEGA MENDOZA Médico Especialista en Medicina Familia. Matricula 11660511. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 20. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel: 55331100 Ext. 15320. drasanta.vega0473@yahoo.com.mx / santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores: DRA. VERÓNICA MORELOS ROMERO. Médico Residente Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98353966. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX . Tel: 55331100 Ext. 15320. E-mail verito_2488@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F, CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

-
Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

-
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

-
Nombre, dirección, relación y firma

-
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(PADRE O TUTOR DE LA ADOLESCENTE)
(Anexo 2)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Tipos de violencia ejercida en adolescentes de 14-19 años adscritos a la jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar no 20 Vallejo.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas Ciudad de México; Delegación G.A.M. a ___ de ___ del 2018.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo la violencia se ha vuelto hoy en día un problema de salud debido a que tiene implicaciones individuales, familiares y sociales. Como delitos, abandono escolar y pandillerismo, por lo que este estudio pretende determinar los tipos de violencia que mayormente ejercen los adolescentes de 14-19 años, así como los factores sociales, familiares y personales, relacionados en el ejercicio de la violencia.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada de su hija o hijo adolescente a su cargo solo se le aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio de su hijo o hija adolescente a su cargo ya que la información se obtiene por la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes que ejercen violencia, al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias preventivas que favorezcan una adolescencia sana y orientar a los adolescentes para evitar estas conductas de riesgo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados por su hija y/o adolescente a su cargo ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada uno de los adolescentes participantes y solo se otorgaran de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencial
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee o de su hijo o hija adolescente a su cargo no se sienta cómodo al contestar la encuesta.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar la identidad de su hijo o hija adolescente a su cargo. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada, para proteger de cualquier dato que identifique a su hija o adolescente a su cargo le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA. SANTA VEGA MENDOZA Médico Especialista en Medicina Familia. Matricula 11660511. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 20. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel: 55331100 Ext. 15320. drasanta.vega0473@yahoo.com.mx / santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores: DRA. VERÓNICA MORELOS ROMERO. Médico Residente Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98353966. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX . Tel: 55331100 Ext. 15320 E-mail verito_2488@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

-
Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

- Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

-
Nombre, dirección, relación y firma

-
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

CUESTIONARIO:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

“Tipos de violencia ejercida en adolescentes de 15-19 años adscritos a la jurisdicción de la unidad de medicina familiar no 20 vallejo”

Registrado ante el Comité Nacional de Investigación del IMSS 3379

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita valorar las conductas de riesgo; así como llevar a cabo una campaña para mejorar los hábitos alimenticios de los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá, si acepto participar, en leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestarlo lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se lleven a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente y que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, o molestia alguna; y el beneficio derivado de mi participación en el estudio, es: “reflexionar sobre mis conductas”.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte de algún modo mi situación en el colegio.

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

Esta encuesta tiene como finalidad conocer tu forma de pensar, actuar y sentir, sobre tu alimentación y actividad física. NADIE conocerá tus respuestas, por lo que puedes contestar con absoluta sinceridad. Contesta las preguntas basado en lo que realmente sabes o haces. No existen respuestas buenas o malas, ya que no es un examen.

No dejes ninguna pregunta sin contestar

1. Edad _____ años cumplidos género: a) femenino b) masculino

2. ¿Cuál es el nivel de estudios del jefe (a) de tu familia

(a) No estudio	(b) Primaria incompleta	(c) Primaria completa
(d) Secundaria incompleta	(e) Secundaria completa	(f) Carrera comercial o técnica
(g) Preparatoria incompleta	(h) Preparatoria completa	(i) Licenciatura incompleta
(j) Licenciatura completa	(k) Maestría	

3. Tu casa cuántas:

	Numero
(a) Sin incluir los baños, habitaciones tiene (recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de lavado, cuarto de TV, biblioteca, cuarto de servicio)	
(b) baños con regadera para uso exclusivo de la familia	
(c) cuántos focos	
(d) cuántos automóviles propios (excluir taxis)	

4. ¿De qué material es el piso de tu casa?

(1) Tierra (2) cemento (3) Otro tipo de material o acabado

5. En tu casa hay:

	No	Si
(f) Calentador de agua		
(g) aspirador que funcione		
(h) lavadora de ropa que lave y enjuague automáticamente que funcione		
(i) microondas que funciones		
(j) tostador eléctrico de pan que funcione		
(k) DVD que funciones		
(l) Computadora personal propia que funcione		

6. ¿Cómo consideras tu estado de salud actual?

Muy malo _____ Muy bueno
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Con frecuencia en mi familia

1= Totalmente en desacuerdo 4= totalmente de acuerdo	2= en desacuerdo	3= de acuerdo	4
1. Hablamos con franqueza			
2. Hacemos las cosas juntos			
3. Mis padres me animan a expresar mis puntos de vista			
4. No hay malos sentimientos			
5. Nos gusta hacer las cosas juntos			
6. Acostumbramos a expresar nuestra opinión sobre cualquier tema			
7. No me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia			
8. Es importante para todos expresar sus opiniones			
9. No tengo que adivinar que piensan o sienten los miembros de la familia			
10. Somos cariñosos			
11. Mi familia me escucha			
12. Es fácil llegar a acuerdos			
13. Expresamos abiertamente nuestro cariño			
14. Nos preocupamos por los sentimientos de los demás			
15. Hay un sentimiento de unión			
16. Me siento libre de expresar mis opiniones			
17. La atmósfera es desagradable			
18. Nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente			
19. Nos desquitamos con la misma persona cuando algo sale mal			
20. Somos cálidos y nos brindamos apoyo			
21. Todos aportamos algo en las decisiones familiares importantes			
22. Encuentro fácil expresar mis opiniones			
23. A cada quien le es fácil expresar su opinión			
24. Cuando tengo algún problema lo platico a mi familia			
25. Acostumbramos hacer actividades en conjunto			
26. Somos sinceros unos con otros			
27. Es fácil saber las reglas que se siguen en la familia			
28. Acostumbramos discutir nuestros problemas			
29. Somos muy receptivos para los puntos de vista de los demás			
30. De verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros			
31. Puedo expresar cualquier sentimiento que tenga			
32. Los conflictos siempre se resuelven			
33. Expresamos abiertamente nuestras emociones			
34. Si las reglas se rompen sabemos a qué atenernos			
35. Las comidas con frecuencia son amigables y placenteras			
36. Nos decimos las cosas abiertamente			
37. Los miembros de la familia no se guardan sus sentimientos			

Las siguientes preguntas están relacionadas con el consumo de alguna sustancia que pueda dañar tu salud, no hay respuestas buenas o malas solo necesitamos que respondas con la mayor veracidad posible:

1. En los últimos 30 días, ¿Cuántos días tomaste un “trago” de alcohol?
_____ (días)
2. En los últimos 30 días en que tomaste alcohol, ¿Cuántos “tragos” tomaste por día?
(0) No tomé alcohol.
(1) _____ tragos.
3. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces has usado drogas?
(0) 0 veces.
(1) _____ veces.

En el último año ¿cuántas veces?:

- | | | |
|---|-------|-------------|
| a. Manoseaste a alguien sin su consentimiento | nunca | _____ veces |
| b. Golpeaste o pateaste a alguien | nunca | _____ veces |
| c. Jaloneaste a alguien | nunca | _____ veces |
| d. Rompiste o aventaste cosas por enojo | nunca | _____ veces |

Con qué frecuencia tú:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces
a. Te burlas de alguien por su color, clase social u orientación sexual				
b. Excluyes o ignoras a alguien por su color, clase social u orientación sexual				
c. Te burlas de alguien por su aspecto físico				
d. Chantajeas a las personas para obtener lo que quieres				
e. Le pones apodos a las personas como forma de burla				
f. Insultas a las personas cuando estás enojado				