



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO
ESTATAL HIDALGO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
PACHUCA, HIDALGO.**

TITULO

**INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES ATENDIDAS EN
LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF 1 PACHUCA
HIDALGO.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MANUEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

ASESOR CLÍNICO

GONZALO DÍAZ CRUZ

MEDICO FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO.

LILIANA CORTÉS PIÑA

MEDICO FAMILIAR

CD. MX.

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD

2020-2023



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.

ASESORES DE TESIS:



DR. GONZALO DÍAZ CRUZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.1



DRA. LILIANA CORTÉS PIÑA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.32

**ÍNDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES
ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ
Y MF 1 PACHUCA HIDALGO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

**MANUEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO.1**

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

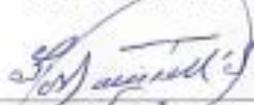
**ÍNDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES
ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ
Y MF 1 PACHUCA HIDALGO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

**DR. MANUEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO.1**

AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1201
H.G.A. 2004 - MF - MIM I

Registro COFEPRIS 17 CI 33 046 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 13 CEI 001 2018041

FECHA Miércoles, 14 de diciembre de 2022

M.E. Gonzalo Díaz Cruz

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF 1 PACHUCA HIDALGO**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1201-027

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. CAROLINA VARELA BARRIENTOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Impreso

IMSS

MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador Responsable y Asesor Clínico:

Nombre: Gonzalo Díaz Cruz
Especialidad: Medico Familiar
Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono de contacto: (442) 13 44 125
Correo electrónico: dicg_13@hotmail.com

Investigador Asociado y Asesor Metodológico:

Nombre: Liliana Cortés Piña
Especialidad: Médico Familiar
Adscripción: UMF No. 32, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio No. 201 Colonia Arboledas Santa Helea Pachuca Hidalgo.
Teléfono de contacto: 771 127 9037
Correo electrónico: dralilicortes@hotmail.com

TESISTA

Nombre: Hernández Hernández Manuel Alejandro
Especialidad: Residente de Medicina Familiar
Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono de contacto: (771) 288 6911
Correo electrónico: alejandro_pzn7@hotmail.com

RESUMEN

TÍTULO: INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF 1 PACHUCA HIDALGO.

ANTECEDENTES:

La violencia de género es hoy en día un problema de salud pública, no solo por la gran cantidad de personas que la padecen o son víctimas de ella, sino por las graves consecuencias que conlleva. Para conocer su magnitud como problema social es necesario identificar la violencia doméstica en los servicios de salud, pues las mujeres acuden a estos servicios por un motivo diferente al maltrato.

OBJETIVO:

Identificar el índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ Y MF 1 Pachuca, Hidalgo.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico. El estudio se realizó a pacientes del sexo femenino. Se aplicaron encuesta a las pacientes que se encontraron en la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF 1, Pachuca Hgo. Se realizó descripción estadística simple para caracterizar a la población del estudio, proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar y varianza). Para la asociación de variables, se ocuparon pruebas paramétricas y no paramétricas.

RESULTADOS

La encuestaron a 370 pacientes, mujeres que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 Pachuca Hidalgo, La edad con mayor porcentaje fue del grupo de 41-49 años con el 26.5%, seguido de 21-25 años con 26.2 %, 31-35 años con 18.9%, 36-40 años con 14.9%, siendo el grupo de edad 26-30 años con el menor porcentaje de 13.5%. Con respecto al índice de severidad de violencia de género, se obtuvo que un 44.3% de mujeres sin violencia que equivaldría a 164 encuestadas, 47.8% como caso de violencia con 177 encuestadas y 7.8% de casos de violencia severa siendo 29 de las encuestadas; lo cual nos daría un total de 55.6 % de las mujeres violentadas.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio se logró el objetivo general identificando el índice de severidad de violencia de género en mujeres encuestadas con un total de 55.6%, el cual a su vez es mayor a la media nacional de 25.6%. Es necesario que nuestro país siga avanzando en la promulgación de leyes contra la violencia de género y formule políticas que protejan a la mujer, que combatan su discriminación, que fomenten la igualdad de género; y que promuevan normas culturales pacíficas de convivencia y así fomentar la comunicación en las relaciones interpersonales dentro de la comunidad. Se requiere que la violencia de género se tipifique y sea tratada como un problema de salud pública y no solamente como un problema social.

DEDICATORIAS

Mi tesis la dedico con todo mi amor a mi hija Magendie, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y nunca rendirme.

A mi amada esposa Marisol por todo su amor, apoyo, esfuerzo y comprensión, por creer en mí y alimentar día a día, detalle a detalle la capacidad para continuar con mi crecimiento profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro social, por haberme permitido formarme en él.

Gracias a todos y cada uno de mis maestros por su invaluable enseñanza, por ser mentores en este proceso integral de formación.

A mis asesores Dra. Liliana Cortés Piña, Dr. Gonzalo Díaz Cruz por sus conocimientos y experiencia, por la paciencia para guiarme.

INDICE

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	6
RESUMEN	7
DEDICATORIAS	8
AGRADECIMIENTOS	9
MARCO TEÓRICO	11
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS	24
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	25
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	25
MATERIAL Y MÉTODOS	26
ASPECTOS ÉTICOS	29
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud	29
Declaración de Helsinki	31
Archivo de la Información.....	34
Autorización Institucional.....	35
RESULTADOS	36
DISCUSIONES	43
CONCLUSIONES	45
PROPUESTAS	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	49

MARCO TEÓRICO

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. (1).

Las estimaciones más precisas sobre la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual son las obtenidas mediante encuestas poblacionales basadas en el testimonio de las supervivientes. Según un análisis de los datos sobre la prevalencia de este problema en 161 países y zonas entre 2000 y 2018, realizado en 2018 por la OMS en nombre del Grupo de Trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, en todo el mundo, casi una de cada tres mujeres (un 30%) ha sufrido violencia física y/o sexual por su pareja o violencia sexual por alguien que no era su pareja o ambas (2).

La NOM 046-SSA2-2005, 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. De igual forma define Violencia familiar, el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro y otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato y otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende: abandono, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato sexual, maltrato económico. (3).

En México, la Ley General de Acceso de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, en el Artículo 7 define a la violencia familiar como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantenga o haya mantenido una relación de hecho.(4)

Además de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer 2006 (ENVIM 2006), en México, tres de cada diez mujeres (29%) sufren violencia

física ocasionada por su pareja, reportando cinco entidades con mayor prevalencia 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 encuesta anterior, Aguascalientes(22.8%), cabe mencionar que su prevalencia se incrementó de 9.4% a 22.8%; es decir, poco más del doble.(5)

La violencia contra la mujer es una de las expresiones más graves de discriminación. En 1975, la primera conferencia mundial sobre la mujer, organizada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, tuvo como principal objetivo recordar a la comunidad internacional que la discriminación y violencia contra la mujer seguía siendo un problema en gran parte del mundo. La OMS en 2009, revela que entre un 15% y 71% de las mujeres habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja. En Latinoamérica se documentaron prevalencias de violencia física durante el último año entre 3 y 27%, mientras que para la violencia sexual las prevalencias fluctúan entre 4 y 47% (6)

En el marco legal se documenta desde 1960 el tema de Violencia doméstica a nivel mundial. Para 1976 se crea el Tribunal Internacional de Delitos contra la Mujer. Posteriormente en mayo de 1979 es promulgada por la ONU la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer. México se ha sumado a la iniciativa mundial firmando diversos tratados para prevenir y erradicar la violencia; de éstos, la Convención de Belém Do Pará es el más importante hasta ahora, en él se reconoce la declaración americana de los derechos y deberes del hombre y de la declaración universal de los derechos humanos. En el 2007 el poder ejecutivo publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en que se establece la integración y puesta en marcha del Sistema Nacional de Prevención Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. Posteriormente se desarrolló el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008- 2012 (PROIGUALDAD), que establece garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Este comprende las acciones para prevenir, atender sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, mediante la aplicación de políticas públicas que brinden garantías para su seguridad e integridad física, y asu vez que posibilite un desarrollo igualitario entre mujeres y hombres.

Violencia contra mujeres y niñas es un tipo de violencia, también llamada maltrato en el hogar o violencia de pareja, es cualquier patrón de comportamiento que se utilice para

adquirir o mantener el poder y el control sobre una pareja íntima. Abarca cualquier acto físico, sexual, emocional, económico y psicológico (incluidas las amenazas de tales actos) que influya en otra persona. Esta es una de las formas más comunes de violencia que sufren las mujeres a escala mundial.

La violencia contra mujeres y niñas en el ámbito privado puede incluir:

Violencia económica

Consiste en lograr o intentar conseguir la dependencia financiera de otra persona, manteniendo para ello un control total sobre sus recursos financieros, impidiéndole acceder a ellos y prohibiéndole trabajar o asistir a la escuela.

Violencia psicológica

Consiste en provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño físico a una persona, su pareja o sus hijas o hijos, o con destruir sus mascotas y bienes; en someter a una persona a maltrato psicológico o en forzarla a aislarse de sus amistades, de su familia, de la escuela o del trabajo.

Violencia emocional

Consiste, por ejemplo, en minar la autoestima de una persona a través de críticas constantes, en infravalorar sus capacidades, insultarla o someterla a otros tipos de abuso verbal; en dañar la relación de una pareja con sus hijas o hijos; o en no permitir a la pareja ver a su familia ni a sus amistades.

Violencia física

Consiste en causar o intentar causar daño a una pareja golpeándola, propinándole patadas, quemándola, agarrándola, pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole, denegándole atención médica u obligándola a consumir alcohol o drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra ella. Puede incluir daños a la propiedad.

Violencia sexual

Conlleva obligar a una pareja a participar en un acto sexual sin su consentimiento. Véase infra para obtener más información sobre la violencia sexual. (7).

La violencia ha existido desde el inicio de la humanidad, salvo que anteriormente no era estudiado como en la actualidad, así mismo el papel de la mujer ha cambiado hoy en día, así como la tecnología han hecho que las mujeres puedan denunciar el maltrato familiar, así como que este tema sea más estudiado. (8).

En el discurso de las mujeres, el aislamiento social ocurre de diferentes formas, ya sea por imposición de restricción de libertad por parte del propio compañero íntimo, o por el desarrollo de un cuadro depresivo a causa de las actitudes represivas de ese hombre. Esta depresión es representada y expresada por estas mujeres cuando, frente a todas las manifestaciones de violencia, se privan del contacto con familiares, parientes y amigos. El aislamiento tiene como motivo principal la vergüenza y el miedo a un comportamiento más violento por parte de la pareja. Cuando estas mujeres en situación de aislamiento por violencia de pareja se distancian de familiares, amigos o vecinos, y además tienen asociada dependencia económica de la pareja y bajo nivel socioeconómico, tendrán aún más dificultad para acceder a alguna institución asistencial en salud, policía o legales. En el discurso de las mujeres, el aislamiento social ocurre de diferentes formas, ya sea por imposición de restricción de libertad por parte del propio compañero íntimo, o por el desarrollo de un cuadro depresivo a causa de las actitudes represivas de ese hombre. Esta depresión es representada y expresada por estas mujeres cuando, frente a todas las manifestaciones de violencia, se privan del contacto con familiares, parientes y amigos. El aislamiento tiene como motivo principal la vergüenza y el miedo a un comportamiento más violento por parte de la pareja. Cuando estas mujeres en situación de aislamiento por violencia de pareja se distancian de familiares, amigos o vecinos, y además tienen asociada dependencia económica de la pareja y bajo nivel socioeconómico, tendrán aún más dificultad para acceder a alguna institución asistencial en salud, policía o legales.

Las mujeres temen denunciar la violencia porque se preocupan por su sustento y sus hijos, además de la dependencia de la pareja, tampoco cuentan con subsidios para recibir ayuda en su red social primaria o secundaria. En las redes primarias, los lazos que se establecen se caracterizan por relaciones de parentesco, familia, amistad y vecindad, y se basan en la reciprocidad y la confianza. Las redes secundarias son instituciones formales o informales, del tercer sector, mixtas o de mercado, donde existen relaciones recíprocas, de derecho o de dinero.⁵ Muchas mujeres quedan aisladas e indefensas, requiriendo un episodio grave de violencia física para poder acudir a instituciones especializadas o incluso refugiarse en la casa de un familiar o amigo. (9).

Las mujeres temen denunciar la violencia porque se preocupan por su sustento y sus hijos, además de la dependencia de la pareja, tampoco cuentan con subsidios para recibir ayuda en su red social primaria o secundaria. En las redes primarias, los lazos que se establecen se caracterizan por relaciones de parentesco, familia, amistad y vecindad, y se basan en la reciprocidad y la confianza. Las redes secundarias son instituciones formales o informales, del tercer sector, mixtas o de mercado, donde existen relaciones recíprocas, de derecho o de dinero.⁵ Muchas mujeres quedan aisladas e indefensas, requiriendo un episodio grave de violencia física para poder acudir a instituciones especializadas o incluso refugiarse en la casa de un familiar o amigo. (9).

Las circunstancias del confinamiento potencian los factores de riesgo de violencia de género individuales y sociales, al aumentar el aislamiento y las barreras que dificultan la solicitud de ayuda y la denuncia. Esta situación tiene como consecuencia directa el aumento de esta violencia. Sin embargo, una primera aproximación puede llevar al error si se entiende que la violencia de género disminuye debido al descenso de las denuncias y del número de homicidios. El estudio médico-legal de la violencia de género bajo el confinamiento debe tener un sentido evolutivo que contemple las consecuencias en sus 2 fases: durante el confinamiento, con el aumento en todas sus formas (física, psicológica y sexual), y tras el confinamiento, centrándose en la valoración del riesgo de letalidad, el cual se incrementa debido a la percepción de pérdida de control que tiene el agresor. (10).

La violencia de género como un problema social, y no como un asunto individual comenzó a cobrar visibilidad hace más de dos décadas; después se reconoció como objeto de estudio y, por último, la mayoría de los gobiernos se ha visto obligada en la actualidad a diseñar e instrumentar políticas públicas. La ignorancia del personal de salud con respecto a diversas manifestaciones psicósomáticas y físicas que produce la violencia hace que no siempre se puedan identificar las circunstancias que llevaron al acto violento y pase inadvertido. La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud. (11).

La violencia de género es un factor de riesgo importante para la salud, el bienestar y el ejercicio de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Particularmente, en relación con la salud, la violencia física, sexual y/o psicológica, en cualquier etapa de la vida de las mujeres, trae como consecuencia un incremento en el riesgo de desarrollo de problemas de salud subsiguientes. Estas formas de violencia tienen efectos fatales, como homicidio, suicidio, mortalidad materna, y se asocian a condiciones crónicas.

Lamentablemente se ha observado violencia desde la etapa de noviazgo precursor de la violencia en la vida marital, donde se estima que casi la mitad de las mujeres adolescentes se ven afectadas y por ende apareciendo precozmente los problemas de salud antes mencionados, sobre la violencia en el noviazgo se trata de un problema que ha cobrado gradualmente mayor atención por parte de la investigación psicológica en México, especialmente a través de estudios descriptivos que han apuntado la existencia de una gran frecuencia de agresiones, sobre todo psicológicas, haciendo de este fenómeno algo preocupante, se han reconocido que la violencia durante el noviazgo se vincula con factores individuales, entre ellos la depresión, baja autoestima y ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar.(12).

Con frecuencia, la violencia de género es presentada como una violencia interpersonal más, entendiendo que es su resultado (las lesiones físicas y psíquicas o la muerte) el que la caracteriza, de ahí el abordaje tradicional, que la considera parte de la violencia doméstica o familiar. Pero las diferencias entre las distintas violencias radican fundamentalmente en su origen, en especial, en las motivaciones de las que parten y en los objetivos que pretenden alcanzarse con ella. Además, la violencia de género tiene 3 elementos básicos que la diferencian de otras violencias y que condicionan su forma de presentarse y la respuesta ante ella. Estos elementos son su componente estructural, el objetivo de control y el aislamiento que conlleva.

Los trabajos clásicos de Johan Galtung a principios de los 70 pusieron de manifiesto lo que se definió como «violencia estructural», una violencia que se produce como consecuencia de elementos de la cultura y la organización social que son utilizados para impedir la satisfacción de necesidades. Dentro de esta violencia estructural, entre otras, está la violencia de género, por ser ejercida bajo la construcción de los roles de género y los estereotipos sexuales, que actúan como factores de riesgo y son determinantes de su uso.

Este componente estructural es uno de los elementos recogidos por la OMS al analizar los factores relacionados con los diferentes tipos de violencia.

El objetivo principal de la violencia de género no es el daño, sino el control y sometimiento de la mujer a los dictados y referencias que impone el agresor a partir de los elementos estructurales de la sociedad y la cultura¹⁰. Por eso, se trata de una violencia continuada en el tiempo, dentro de la cual se producen agresiones físicas, psíquicas y sexuales y, por ello, su impacto sobre la salud supera al efecto que podría tener la suma de los ataques aislados, más o menos repetidos. (13).

Todo acto de violencia hacia las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico es considerado violencia de género, así como la amenaza de tales actos o la privación arbitraria de libertad producidos tanto en la vida pública como en la privada. Lo cual provoca un importante problema de salud pública mundial que puede afectar a cualquier mujer. Las cifras mundiales de Violencia de Género son alarmantes, alrededor del 38% de homicidios femeninos se deben a la violencia conyugal y un 35% de mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o de otros hombres a lo largo de su vida.

La violencia contra la mujer, en todas sus formas, constituye un fenómeno universal que prevalece en toda la sociedad, sin diferenciar la entidad, cultura, clase social o entorno geográfico, sin embargo, la manifestación de violencia puede variar dependiendo del contexto económico, social y cultural en el que ocurra. La violencia de género es hoy en día un problema de salud pública, no solo por la gran cantidad de personas que la padecen o son víctimas de ella, sino por las graves consecuencias que conlleva. Como consecuencia de la exposición al maltrato, las mujeres víctimas de Violencia de Género muestran mayores incidencia en entidades psicopatológicas asociadas al malestar emocional como ansiedad, depresión, baja autoestima e inadaptación en comparación con estudios con mujeres que no han sido víctimas. Los y las profesionales sanitarios juegan un papel esencial en la identificación y ayuda a mujeres afectadas. Una adecuada sensibilización y formación en la materia es fundamental para el reconocimiento de posibles indicadores de Violencia de Género.

En concordancia, especialmente, con la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia Contra la Mujer, Belém do Pará y otras disposiciones

internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres, en México se han impulsado cambios en la legislación y las políticas públicas. En este sentido, el Poder Legislativo ha promulgado dos ordenamientos legales que tiene como objetivo cumplir en primera instancia con los compromisos internacionales en materia de respeto a los derechos humanos de las mujeres y además crear un marco jurídico nacional en la materia. El primer ordenamiento es la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, la cual fue promulgada por el Ejecutivo Federal y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006. En su artículo 1 establece que la ley “tiene por objeto regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres y proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres.” El segundo ordenamiento es la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia promulgada el 1° de febrero de 2007. Este instrumento jurídico constituye un gran paso en el combate de este grave problema. Su importancia radica en que establece los lineamientos jurídicos y administrativos con los cuales el Estado intervendrá en todos sus niveles de gobierno para garantizar y proteger los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia. Así, hoy día, 30 entidades federativas cuentan con leyes para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y 29 estados tipifican esta problemática como delito autónomo en sus códigos penales. Desde el Poder Ejecutivo, se han desarrollado programas sectoriales que buscan prevenir las causas estructurales de la violencia, así como establecer servicios para la atención directa de las víctimas de la violencia de género. La creación de estas leyes obedece a la necesidad de contar con un instrumento jurídico que contenga las disposiciones y condiciones legales para brindar seguridad a todas las mujeres del país, sin ser exclusiva de una localidad, sino aplicable en todo el territorio nacional y obligatoria para los tres ámbitos de gobierno, en los cuales se aplicarán las políticas públicas necesarias para dar respuesta a las demandas de la población; permitiendo, por supuesto, la concurrencia legislativa para que las entidades federativas y el Distrito Federal tomen las acciones conducentes.(14).

Para entender las relaciones que se dan al interior de las familias, es necesario comprender que éstas son el contexto esencial para el crecimiento favorable de niñas y niños, brindándoles aprendizajes, valores, normas y comportamientos que ayudan a un buen desenvolvimiento y adaptación en la sociedad. La familia “proporciona el primer contexto social, emocional, interpersonal, económico y cultural para el desarrollo humano y, como resultado, las relaciones tendrán una profunda influencia sobre el bienestar de los

individuos” . De igual forma se considera a la familia como el primer agente de socialización de un individuo, que incide en la formación de su personalidad durante la infancia; marcando la pauta de su desarrollo en otros ambientes como la escuela, los grupos sociales e interacciones de unos con otros. En consecuencia, se debe considerar que los factores de riesgo producen vulnerabilidad en el desarrollo familiar e influyen negativamente en ámbitos tanto personales como sociales.

A la vez, los factores protectores ayudan al cuidado de la familia al brindar herramientas para enfrentar y sobrellevar dificultades que se presenten en el diario vivir. Es importante señalar que la presencia de conflictos en la familia es una situación normativa dentro del plan funcional de la familia, es en dependencia de la frecuencia, el afrontamiento, y sobre todo la incapacidad de la familia para reestructurarse a sí misma y sobrellevar situaciones, que los conflictos se pueden transformar en agentes patológicos destructores del sistema familiar.

El cúmulo de factores de riesgo puede desencadenar fenómenos de graves consecuencias como la violencia intrafamiliar. La violencia es un fenómeno histórico asociado al ser humano y sus relaciones, se la define desde múltiples disciplinas como la sociología, antropología, psicología, derecho, educación, etc.; es multicausal ya que existen factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que la determinan. (15).

La crisis sanitaria generada por la Covid-19, ha supuesto una modificación del contexto social que ha agravado más, si cabe, la situación de las mujeres que ya eran víctimas de violencia de género. Este nuevo escenario ha generado la necesidad de replantear y repensar el campo de la intervención en violencia de género junto a las mujeres que la padecen, a partir de nuevas herramientas metodológicas. El obligado aislamiento social provocado por la pandemia, dificulta para las mujeres la creación y el sostenimiento de una red de apoyo así como también el acceso a los servicios públicos en los que poder buscar ayuda y protección legal y social. La atención a las víctimas también se ha visto limitada y condicionada por el contexto de emergencia sanitaria y han aumentado las dificultades para la detección de casos. Entendemos por tanto que el proceso de salida de la relación de violencia de género requiere que la intervención se plantee desde un enfoque ecológico que contemple la influencia de los factores psicológicos, institucionales, culturales y

sociales. Para ello, es necesario llevar a cabo la atención a mujeres víctimas de violencia de género contemplando de manera conjunta el ámbito familiar, social y relacional de éstas y de las instituciones que las atienden. (16).

Múltiples acciones y campañas sociales de organismos y asociaciones contra la violencia de género han planteado como objetivo “romper el silencio” que sufren las mujeres maltratadas. Estos programas y proyectos no alcanzan con igual eficiencia a grupos como las mujeres Sordas, por múltiples razones. En primer lugar, ellas no reciben la información transmitida por televisión o radio. Y en segundo, la información escrita publicada en prensa y las guías editadas por los organismos que promueven la equidad, por su alto contenido verbal, no está adaptada a las necesidades comunicativas de estas mujeres. Tales dificultades de acceso a la información son otro obstáculo para modificar las falsas creencias o “mitos” sobre la violencia de género, y producir el “cambio de mentalidad” necesario para “romper el silencio” sobre este problema. Documentos como el elaborado por la Red Internacional de Mujeres con Discapacidad (International Network of Women with Disability, [INWWD], 2010) y el estudio de Shum, Conde Rodríguez y Portillo Mallorca (2006) coinciden en que las personas con discapacidad son víctimas de maltrato y abuso en mayor medida que las personas sin discapacidad, y dentro de esta población, la violencia afecta a más a mujeres que a hombres. Dicho informe añade un elemento que agrava aún más la situación de este colectivo: las situaciones de maltrato tienden a ser más difícilmente reconocidas y atajables debido, entre otros motivos, al estigma asociado con la discapacidad y a los prejuicios sociales contra las mujeres con discapacidad en particular. (17).

Se pretende generar una reflexión sobre cómo los medios de comunicación, incluidos el arte, el cine, la publicidad y otros, han fungido como legitimadores de violencia simbólica al impregnar a sus sociedades y colectivos de lenguajes cargados de símbolos y de íconos que muestran valores asumidos socialmente, al igual que formas de actuar estereotipadas aprendidas y aprehendidas por medio de los mensajes que se generan a partir de los discursos en los medios. Es la imagen como representación social, que se manifiesta en el actuar cotidiano de las sociedades; en este contexto, las y los actores social Se reconoce que la identidad colectiva nacional, en el caso particular de México, se generó a partir de un discurso nacionalista con vigencia hasta hoy a partir de su exposición en medios actuales, en donde el discurso no ha cambiado. Por lo anterior, se representa a la mujer mexicana y se espera de ella valores como: la pasividad, la obediencia, la sumisión, por

mencionar algunos, mientras la belleza física sigue una construcción sociocultural que deja fuera el esquema tan necesario de inclusión. Este ejercicio pretende, desde la voz de sus autoras, expresar un reclamo legítimo a los medios como conformadores de cultura, en donde es necesario incluir nuevas voces o formas, otros valores que permitan construir una sociedad más incluyente y menos violenta. Es han encontrado en los diversos medios de comunicación las formas de socialización por las cuales se genera, difunde y ratifica pautas de conducta, así como valores sociales. (19).

A pesar de los compromisos globales mejorados para abordar la violencia de género en los últimos años, sigue siendo sub-priorizados y con pocos recursos. Las recomendaciones para fortalecer la coordinación de la violencia de género en emergencias incluyen: financiar puestos de coordinación dedicados a la Violencia de Género en todos los tipos de emergencias, construyendo la fuerza laboral de coordinación global de la Violencia de Género, ampliando la inclusión de actores nacionales e invirtiendo en la mitigación y prevención del riesgo a través de financiación plurianual. (20).

Hoy en día, en todo el mundo las formas de comunicación y el acceso a la información y entretenimiento globaliza ciertas situaciones que influyen y repercuten en temáticas sociales como la violencia de género. Diversos medios de entretenimiento se han aunado y discuten para poder conservar un mensaje que evite situaciones sociales tan preocupantes como la violencia de género, por ejemplo en España donde se cuestionan: cabe preguntarse si, como ha afirmado Amnistía Internacional, "el Estado español está incumpliendo la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que exige que se tomen medidas para eliminar tal discriminación en todas sus manifestaciones". Y no sólo el Estado español, sino la Unión Europea y aquellos países que han suscrito innumerables convenios, declaraciones y reglamentos destinados a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer pero que permiten los beneficios de empresas multinacionales como cine, música y videojuegos a constituir el criterio que guía la producción y difusión de este tipo de medios de entretenimiento. (21).

Existe una escala de violencia e índice de severidad (EVIS) fue creada por Valdéz, et al (2006), tiene por finalidad medir la violencia hacia las mujeres por parte de la pareja masculina y establecer una dimensión del daño emocional y físico de los actos violentos perpetrados en contra de las mujeres a través de un índice de severidad (severidad de

violencia psicológica, severidad de violencia sexual y severidad de violencia física) en personas de 20 años o más Este instrumento cuenta con 19 ítems que se evalúan a través de una escala de tipo Likert de cuatro alternativas (1=nunca, 2=alguna vez, 3=varias veces y 4=muchas veces) la cual no tiene límite de tiempo, pero la duración de la resolución a la prueba puede ser de un aproximado de 10 a 12 minutos. Para categorizar se divide en 3 tipos: son no casos de 0 hasta por debajo de la media, son casos de violencia de pareja de mujeres que obtuvieron valores por arriba de la media hasta la media y una desviación estándar y son casos severos de violencia de pareja por arriba de la media más una desviación estándar. (22).

OBJETIVOS

1. Objetivo general

Identificar el índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ Y MF 1 Pachuca, Hidalgo.

2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil y ocupación) de las pacientes a las que se les aplicó la encuesta.
2. Identificar los factores de exposición más común en los que se presenta violencia en las mujeres (individuales, familiares, comunitarias y sociales).
3. Relacionar el índice de violencia de género con los factores de exposición de las pacientes.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

El índice de severidad de violencia de género de mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ MF no. 1 Pachuca Hidalgo es mayor a la media nacional de 25.6 %.

Hipótesis nula (Ho).

El índice de severidad de violencia de género de mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ MF no. 1 Pachuca Hidalgo es menor a la media nacional de 25.6%.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. El protocolo se sometió a valoración por los Comité de Ética e Investigación en salud para su autorización.
2. Una vez autorizado, se procedió a la selección de los participantes de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos y se les invito a participar en el estudio mediante la lectura del Consentimiento Informado (CI), documento legal que se firmó por las pacientes que aceptaron participar.
3. Posteriormente, se procedió a la aplicación del instrumento donde se identificó el índice de severidad de violencia de género para la recolección de los datos.
4. Una vez lleno el instrumento, se capturó la información en una base de datos creada en el paquete IBM SPSS Statistics versión 21 para su análisis estadístico.

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Se generó una base de datos en el software IBM SPSS Statistics versión 21, posteriormente se realizó su análisis estadístico. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, proporciones y razones para variables cualitativas, para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y varianza). Así como también para el análisis multivariado se ocuparon pruebas paramétricas y no paramétricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño de estudio

1. Analítico.
2. Observacional.
3. Transversal

2. Universo de trabajo:

Pacientes atendidas en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1 Pachuca Hidalgo en el área de consulta de Medicina Familiar de ambos turnos.

3. Población de estudio

Mujeres de 20 a 49 años de edad que acudieron al servicio de Medicina Familiar del HGZ No. 1 en ambos turnos por cualquier motivo, que tengan pareja, ya sea en matrimonio o en unión libre.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres derechohabientes al Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1.
- Tener al menos 12 meses de relación con su pareja al momento del estudio.
- Mujeres entre 20-49 años.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Firmen consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con secuelas neurológicas que no les permita contestar la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que no contesten completamente la encuesta.

4. LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

- Consulta externa de Medicina Familiar ambos turnos del HGZ MF No. 1 Pachuca Hidalgo.

5. **Tamaño de la muestra:** Se calculó el tamaño de la muestra para estudio transversal, para poblaciones finitas, con un intervalo de confianza de 0.95 y una precisión 5%, tomando del total de las mujeres del universo de estudio constituido por 34844 mujeres entre 20 y 49 años de edad que vivan con su pareja sentimental adscritas a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ y MF no. 1 Pachuca.

La muestra fue obtenida mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

Donde:

N = total de población

Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 25.6% = 0.256)

q = 1 – p (en este caso 1-0.256 = 0.74)

d = precisión (5%)

Por lo tanto:

$$n = \frac{(34844) (1.96)^2 (0.256) (0.95)}{0.05^2 (34844-1) + 1.96^2 (0.256) (0.95)}$$

$$n = \frac{34844 \times 3.8416 (0.2432)}{0.0025 (34843) + 3.8416 (0.2432)}$$

$$n = \frac{133856.71 (0.2432)}{87.1075 + 0.9342}$$

$$n = \frac{133856.71 (0.2432)}{87.1075 + 0.9342}$$

$$n = \frac{133856.71 (0.2432)}{87.1075 + 0.9342}$$

$$n = \frac{32\,553.9519}{88.0417}$$

$$n = 369.75$$

ASPECTOS ÉTICOS

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud

Los procedimientos de esta investigación se apegan al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, siendo la última enmienda en Brasil 2013.

Consentimiento informado

Con base en el Art. 20 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Con base en el Art. 21 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, refiere que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

Con base en el Art. 22 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Por lo que este protocolo de investigación, requiere uso de consentimiento informado.

PRIVACIDAD.

Con base en el Art 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, toda investigación en seres humanos protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Clasificación de riesgo de la investigación:

Con base en el Art. 17 Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo, todo estudio que emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes psicológicos de diagnósticos rutinarios, entre los que se consideran de test, se considera investigación con riesgo mínimo.

Por lo cual la presente investigación y de acuerdo a lo estipulado en el Art. 17 Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo es considerada:

INVESTIGACION CON RIESGO MÍNIMO

Declaración de Helsinki

Los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos están normados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su última actualización Brasil 2013. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha desarrollado la Declaración de Helsinki como una declaración de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación sobre material y datos humanos identificables.

Dicho documento ha sido considerado como uno de los más importantes en materia de protección y ética de la investigación en seres humanos, por lo que esta investigación se adhiere a dichos principios, mencionando a continuación aquellos que se asocian a este estudio.

4.- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

7.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10.- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

12.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13.- Los grupos que están representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14.- El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

21.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22.- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

25.- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26.- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27.- Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28.- Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)

Para la recolección de datos se aplicaron las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

Archivo de la Información

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, se ordenó, clasificó, capturó y archivo bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de cinco años una vez que fue capturada la base de datos.

Autorización Institucional

Con base en el Artículo 102 del Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el Titular de la institución de salud, con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación tendrá la facultad de decidir si autoriza la ejecución de la investigación propuesta, por lo que mediante un oficio emitido por los comités de la institución se obtuvo la autorización correspondiente para proceder a la recolección de la información.

RESULTADOS

La población de estudio se conformó por 370 pacientes, mujeres que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 Pachuca Hidalgo, a quienes se les aplicó la encuesta.

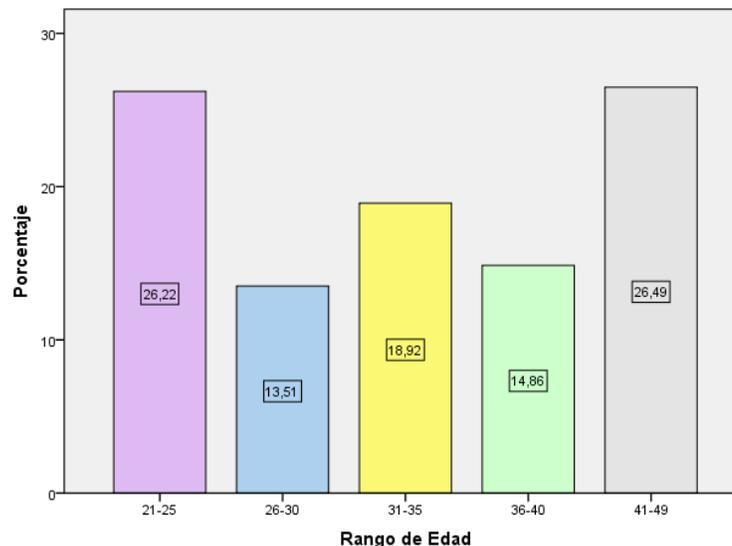
Al analizar la distribución de las variables demográficas, la edad con mayor porcentaje fue del grupo de 41-49 años con el 26.5%, seguido de 21-25 años con 26.2 %, 31-35 años con 18.9%, 36-40 años con 14.9%, siendo el grupo de edad 26-30 años con el menor porcentaje de 13.5%. (Ver tabla y gráfico 1)

TABLA 1. RANGO DE EDAD EN PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
RANGO DE EDAD	21-25	97	26,2	26,2
	26-30	50	13,5	39,7
	31-35	70	18,9	58,6
	36-40	55	14,9	73,5
	41-49	98	26,5	100,0
	Total	370	100,0	

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

GRAFICA 1. RANGO DE EDAD EN PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.



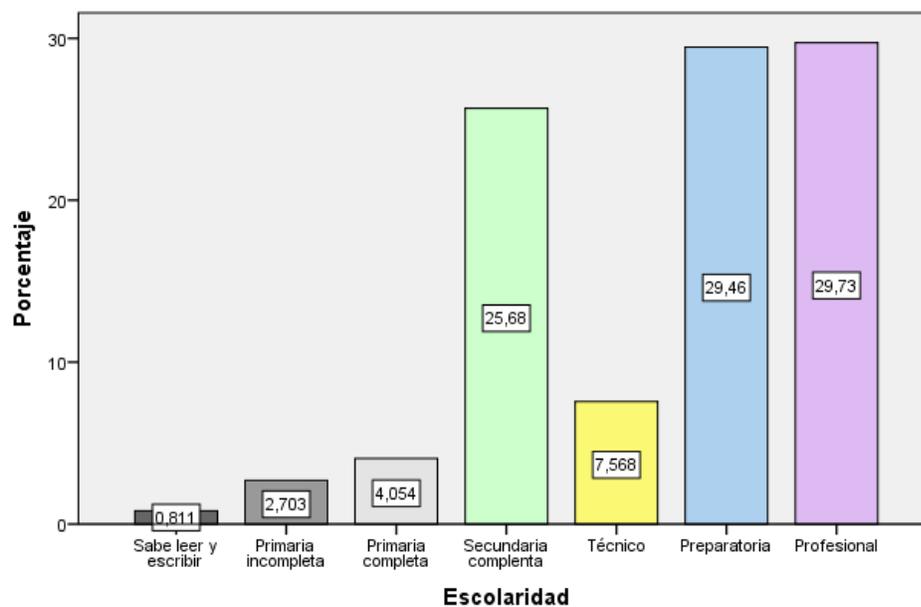
FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

De acuerdo a la escolaridad se observó 3 (0.8%) sabe leer y escribir, 10 (2.7%) con nivel primaria incompleta, 15 (4.1%) primaria completa, 95 (25.7%) secundaria completa, 28 (7.6%) nivel técnico, 109 (29.5%) preparatoria y 110 (29.7%) profesional con el mayor porcentaje. (Ver tabla y gráfico 2)

TABLA 2. ESCOLARIDAD DE PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESCOLARIDAD	Sabe leer y escribir	3	,8	,8	,8
	Primaria incompleta	10	2,7	2,7	3,5
	Primaria completa	15	4,1	4,1	7,6
	Secundaria completa	95	25,7	25,7	33,2
	Técnico	28	7,6	7,6	40,8
	Preparatoria	109	29,5	29,5	70,3
	Profesional	110	29,7	29,7	100,0
	Total	370	100,0	100,0	

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

GRAFICA 2. ESCOLARIDAD EN PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.



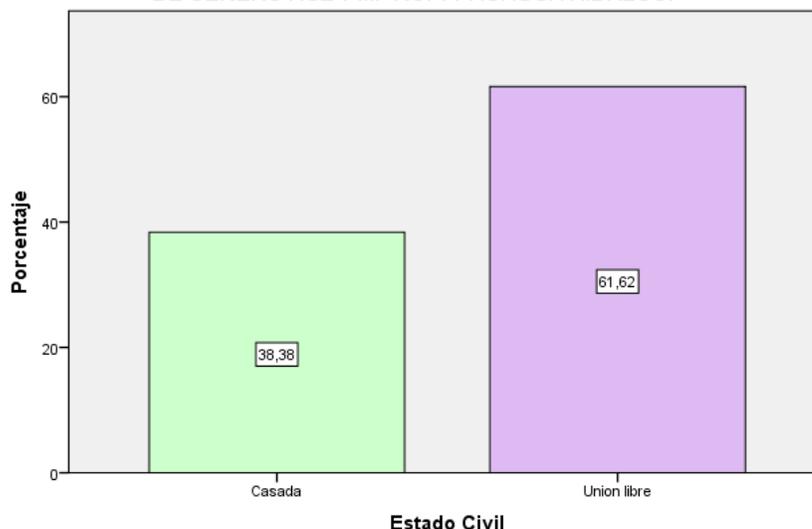
FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

En la sección de estado civil se encontró unión libre con 228 encuestadas que representan al 61.6% siendo el más frecuente, y casadas un total de 142 representando 38.4%. (Ver tabla y gráfico 3)

TABLA 3. ESTADO CIVIL EN PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ESTADO CIVIL	Casada	142	38,4	38,4
	Unión libre	228	61,6	100,0
	Total	370	100,0	

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

GRAFICA 3. ESTADO CIVIL EN PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.



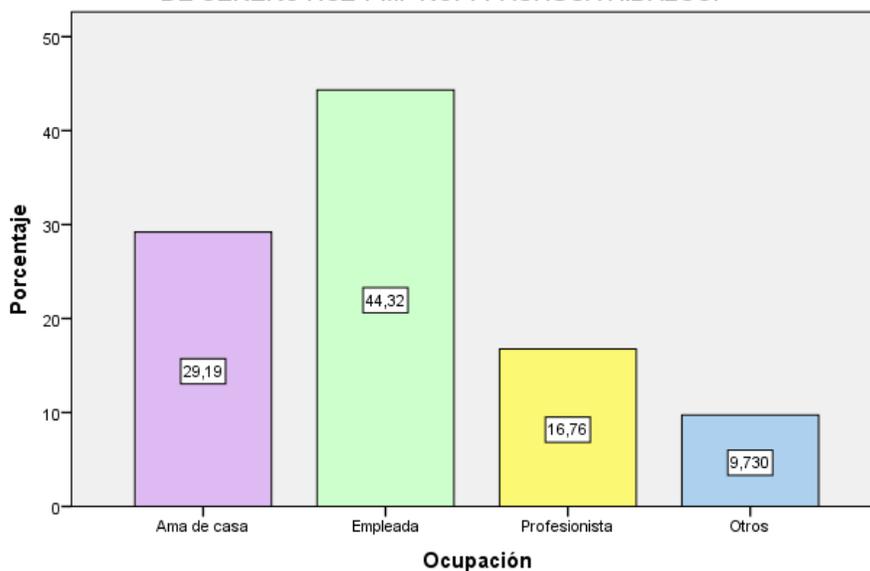
FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

Con respecto a la ocupación, ama de casa obtuvo 29.2% (108), empleada 44.3% (164), profesionalista 16.8% (62) y otros 9.7% (36). (Ver tabla y gráfico 4)

TABLA 4. OCUPACION DE PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
OCUPACION	Ama de casa	108	29,2	29,2
	Empleada	164	44,3	73,5
	Profesionista	62	16,8	90,3
	Otros	36	9,7	100,0
	Total	370	100,0	

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

GRAFICA 4. OCUPACION EN PACIENTES ENCUESTADAS SOBRE VIOLENCIA DE GENERO HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.



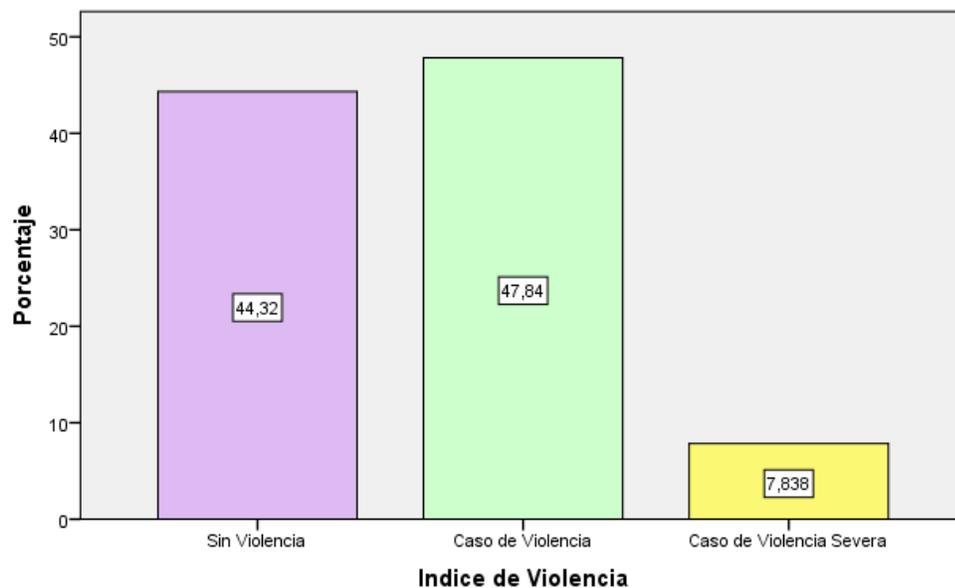
FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

En lo referente al índice de severidad de violencia de género. los resultados nos mostraron un 44.3% sin violencia que equivaldría a 164 encuestadas, 47.8% como caso de violencia con 177 encuestadas y 7.8% de casos de violencia severa siendo 29 de las encuestadas; lo cual nos daría un total de 55.6 % de las mujeres violentadas. (Ver tabla y gráfico 5)

TABLA 5. INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GENERO EN PACIENTES ENCUESTADAS EN EL HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
INDICE DE VIOLENCIA	Sin Violencia	164	44,3	44,3
	Caso de violencia	177	47,8	92,2
	Caso de violencia severa	29	7,8	100,0
	Total	370	100,0	

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

GRAFICA 5. INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA EN PACIENTES ENCUESTADAS EN EL HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.



FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

Teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo de investigación, dentro del grupo de factores de exposición individuales, el factor más común en el que se presenta violencia de género fue el que la pareja fume o tome con un 56.1% de las mujeres que contestaron “sí” a esa pregunta, y en el caso de violencia severa fue el uso de drogas con un 66.7%. (Ver tabla 6)

TABLA 6. FACTORES DE EXPOSICION INDIVIDUALES EN RELACIÓN A INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GENERO EN PACIENTES ECUESTADAS EN EL HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.

		Factores Individuales ^a					Total
		Fuma y/o toma	Utiliza drogas	Fuma y/o toma su pareja	Utiliza drogas su pareja	Ha sufrido violencia por parte de su pareja anterior	
Índice de Violencia	Sin Violencia	29	0	55	3	16	103
		32,2%	0,0%	35,0%	27,3%	19,8%	
	Caso de Violencia	50	1	88	4	45	188
		55,6%	33,3%	56,1%	36,4%	55,6%	
	Caso de Violencia Severa	11	2	14	4	20	51
		12,2%	66,7%	8,9%	36,4%	24,7%	
Total		90	3	157	11	81	342

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

a. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.

Con respecto del grupo de factores de exposición familiares, el más común con un 55.6% fue el haber identificado en algún momento conducta machista por parte de padre y/o hermanos (Ver tabla 7)

TABLA 7. FACTORES DE EXPOSICION FAMILIARES EN RELACIÓN A INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GENERO EN PACIENTES ECUESTADAS EN EL HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.

		Factores Familiares ^a		Total
		Percibió violencia en su familia durante su niñez	Identifico en algún momento conducta machista por parte de padre y/o hermanos	
Índice de Violencia	Sin Violencia	43	54	97
		35,0%	33,3%	
	Caso de Violencia	60	90	150
		48,8%	55,6%	
	Caso de Violencia Severa	20	18	38
		16,3%	11,1%	
Total		123	162	285

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

a. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.

En los factores de exposición comunitarios, de las mujeres que contestaron que si a la pregunta ¿En su comunidad la participación de las mujeres es igual a la de los hombres? el 51.1% presento un índice como caso de violencia de género, colocándolo como el factor más frecuente. (Ver tabla 8). Por otra parte, en lo que respecta a los factores de exposición sociales en referencia a la presencia de violencia de género, el más común fue el haber sido humillada por el hecho de ser mujer con 59.8%. (Ver tabla 9)

TABLA 8. FACTORES DE EXPOSICION COMUNITARIOS EN RELACIÓN A INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GENERO EN PACIENTES ECUESTADAS EN EL HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.					
		Factores Comunitarios^a			Total
		Se le ha negado derecho de participar en algunas actividades comunitarias por hecho de ser mujer	En su comunidad la participación de las mujeres es igual a la de los hombres	En su comunidad se le trata de la misma forma a hombres que a mujeres	
Índice de Violencia	Sin Violencia	21	121	125	267
		35,0%	44,5%	44,6%	
	Caso de Violencia	27	139	140	306
		45,0%	51,1%	50,0%	
	Caso de Violencia Severa	12	12	15	39
		20,0%	4,4%	5,4%	
Total		60	272	280	612

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

a. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.

TABLA 9. FACTORES DE EXPOSICION SOCIALES EN RELACIÓN A INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GENERO EN PACIENTES ECUESTADAS EN EL HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA HIDALGO.					
		Factores Sociales^a			Total
		Alguna vez se le ha humillado por hecho de ser mujer	Se le ha negado algún empleo por ser mujer	Considera que se le ha tratado con igualdad de género	
Indice de Violencia	Sin Violencia	29	20	133	182
		25,9%	30,3%	51,8%	
	Caso de Violencia	67	36	111	214
		59,8%	54,5%	43,2%	
	Caso de Violencia Severa	16	10	13	39
		14,3%	15,2%	5,1%	
Total		112	66	257	435

FUENTE: n=370 Hernández-H M, Díaz-C G, Cortés-P L. Índice de severidad de violencia de género en mujeres atendidas en la consulta externa de medicina familiar del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, 2023.

a. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1.

DISCUSIONES

Los datos sobre la prevalencia de violencia de género en 161 países y zonas entre 2000 y 2018, realizado en 2018 por la OMS en nombre del Grupo de Trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer en todo el mundo, casi una de cada tres mujeres (un 30%) ha sufrido violencia física y/o sexual por su pareja o violencia sexual por alguien que no era su pareja o ambas. (2). A través de este trabajo de investigación, encontramos que el índice de severidad de presentación de violencia de género es mayor que lo reportado en la literatura, lo cual es nos traduce el estado actual de esta problemática de salud pública. Desafortunadamente las complicaciones a corto y largo plazo secundarias a la violencia de género son tantas y tan variadas, desde el violentar y transgredir los derechos humanos de la mujer, problemas a corto y largo plazo en la salud física, mental, sexual y reproductiva, hasta secuelas en el ámbito del desarrollo personal, familiar, social y comunitario. El cúmulo de factores de riesgo puede desencadenar fenómenos de graves y fatales consecuencias.

La violencia es un fenómeno histórico asociado al ser humano y sus relaciones, se la define desde múltiples disciplinas como la sociología, antropología, psicología, derecho, educación, etc.; es multicausal ya que existen factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que la determinan. (15). El perfil predominante de las víctimas de violencia de género que formaron parte del estudio corresponde a mujeres de 21-25 años 14% y 41-49 años 14.8%; con escolaridad profesional 18.1%, en unión libre con 35.6% y de ocupación empleadas con 25.9%, aunque la ocupación resulta poco relevante, pues se observan registros en todas las categorías ocupacionales lo cual da cuenta de la generalización del problema en prácticamente todos los ámbitos de la sociedad.

De acuerdo con los resultados ya descritos podríamos describir que de los factores de exposición tanto individuales, familiares, comunitarios y sociales más comunes en los que se encontró un índice que catalogaba a la encuestada como caso de violencia de género, serían que la pareja fume o tome (56.1%), la percepción de machismo por padres y hermanos (55.6%), la negación de participación en actividades de la comunidad (51.1%) y el ser humillada por ser mujer (59.8%). Aquellos en los que se encontró un índice que catalogó a la encuestada como caso de violencia severa, son el uso de drogas (66.7%), la percepción de violencia durante su niñez (16.3%), la negación a actividades comunitarias por el hecho de ser mujer (20%) y la negación a algún empleo por ser mujer (15.2%).

En México, la Ley General de Acceso de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, en el Artículo 7 define a la violencia familiar como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantenga o haya mantenido una relación de hecho.(4) El presente trabajo de investigación nos muestra un panorama real y crudo de la situación que viven a diario mujeres y que existen factores de exposición a ser víctimas de violencia de género. Es trascendental puntualizar que los conocimientos sobre violencia de género hace siglo y medio eran muy limitados, en algunos casos se sabía que estaba mal pero poco se sabía del por qué y cómo ocurría, e incluso en otros, era considerada como algo natural.

En el discurso de las mujeres, el aislamiento social ocurre de diferentes formas, ya sea por imposición de restricción de libertad por parte del propio compañero íntimo, o por el desarrollo de un cuadro depresivo a causa de las actitudes represivas de ese hombre.

Los orígenes socioeconómicos de la desigualdad entre hombres y mujeres marcaron la forma de abordarlo, luego gracias al conocimiento científico pudimos conocer la diferencia entre sexo y género y, finalmente aprendimos que la violencia no necesariamente tiene que ser un golpe o un insulto, sino que ésta comenzaba en estructuras e instituciones sociales discriminantes y formas de pensar inequitativas. Lo que antes parecía cosa de la naturaleza y deseable, hoy es, bajo el ojo de la ciencia, a todas luces inaceptable.

CONCLUSIONES

En este estudio se logró el objetivo general identificando el índice de severidad de violencia de género en mujeres con un 47.84% de mujeres expuestas como caso de violencia de género, 7.38% como caso de violencia de género severa y 44.32% como sin violencia.

A su vez se corrobora y acepta la hipótesis encontrando un índice de severidad a violencia de género de 55.22%, mayor a la media nacional de 25.6%.

Desde la perspectiva de los cuatro grupos de factores de exposición considerados para el estudio, se observa que todos (individuales, familiares, comunitarios y sociales) resultan relevantes en la presencia de violencia género.

Entendiendo el carácter global del fenómeno de la violencia de género, es preciso involucrar a un amplio rango de actores de todos los rubros de la sociedad, a fin de enfrentar el problema de manera integral, en sus componentes preventivos, de tratamiento y sanción para todas las formas de violencia, en particular aquellas menos visibilizadas, como la violencia psicológica, patrimonial y económica. Se requieren fomentar la comunicación y las relaciones interpersonales dentro de la comunidad, pasando por aquellas que reducen el acceso al alcohol y su uso nocivo, y las que tratan de cambiar las normas culturales en materia de género; y, sobre todo, las que combaten la falta de acceso a la educación y las instituciones que protegen sus derechos.

Si algo podríamos concluir con el presente estudio sería que para apoyar cambios perdurables, es necesario que nuestro país siga avanzando en la promulgación de leyes contra la violencia de género y formule políticas que protejan a la mujer, que combatan su discriminación, que fomenten la igualdad de género; y que promuevan normas culturales pacíficas de convivencia.

Se requiere que la violencia de género se tipifique y sea tratada como un problema de salud pública y no solamente como un problema social.

PROPUESTAS

El presente estudio muestra que la prevalencia de presentación de la violencia de género es alta siendo más de la mitad de las mujeres encuestadas que la presentan o la han presentado y que existen diversos factores de exposición que pueden predisponer a que la severidad de la misma se eleve.

En este sentido y a la luz de los resultados de este trabajo y de lo analizado para su elaboración, se recomienda fortalecer en el terreno educativo, resulta fundamental que desde la educación infantil hasta la universitaria se propicie una formación para la igualdad y equidad de géneros. Hay que plantear acciones de formación sobre la igualdad especialmente a la juventud y a los y las profesionales de la educación y de la salud.

Se recomienda, desde nuestro punto de vista, continuar realizando estudios de investigación, que nos propicien un mayor conocimiento de las causas y del peso relativo de cada uno de los factores que inciden en las mismas. La violencia de género se ha convertido en un problema de enorme importancia, que no es de ámbito privado y que sus medidas de prevención, tratamiento y recuperación social deben estar presentes en todos los rubros sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la salud, Violencia contra la mujer. Marzo 2021.
2. *Violence against women Prevalence Estimates, 2018*. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual sufrida por la mujer por alguien que no es su pareja. OMS, Ginebra, 2021.
3. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención
4. Ley General de acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2009, 1:01-24
5. Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer. Violencia hacia la mujer y sus consecuencias en salud y en la utilización de servicios de salud, Violencia hacia la mujer en el escenario estatal. 2006.
6. INEGI. Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres. 2020.
7. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>.
8. Muñiz Ferrer MC, Ferrer Marrero D, González Pérez J, Jiménez García YJRCdMGI. Violencia intrafamiliar: Su presentación en un área de salud. 2015;16(5):468-73.
9. Albuquerque L, Vasconcelos MA, Azevedo AB, Costa FM, Fernandes G. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: A social network condition. Esc Anna Nery. 2017;21,e20170007.12.
10. Violencia de género en tiempo de pandemia y confinamiento. Esp Med Legal. 2020;46(3):139---145
11. Percepción y detección de violencia de género e identificación como víctimas: Un estudio bibliométrico Marta Badenes-Sastre, Francisca Expósito. Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada (España). *annalsofpsychology*, 2021, vol.37, nº2 (may).
12. DIAGNÓSTICO SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO. Mtra. Teresa Pérez Vázquez Centro de Investigaciones para la Equidad Política Pública y Desarrollo, S.C. 2017.

13. Aguirre-Burneo, M., & Toledo-Sisalima, H. (2021). Clima familiar y la relación con la percepción de los niños sobre violencia de género. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 5(8), 19-32. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss8.2021pp19-32p>.
14. PROTOCOLO PARA JUZGAR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO. presentación Ministro Arturo Zaldívar. – Primera edición. – Ciudad de México, México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2020.
15. Carrero, Jesús Alfredo. *Journal of Medicine and Health* 4 (2021).
16. Donet, Aina Penyarroja. "La influencia de las intervenciones profesionales en el proceso de salida de la violencia de género." *Disjuntiva. Crítica de les Ciències Socials* 2.2 (2021): 34-45.
17. Estrada Aranda Benito, Romero Contreras Silvia. Percepción de la violencia de género de las mujeres mexicanas. *Revista de ciencias sociales y humanidades Iztapalapa*. Num 92 Enero-Junio 2022. 189-220.
18. M Portela-Romero, S. Cinza-Sanjurjo y colaboradores. Conocimiento y experiencia de violencia de género de las/os tutoras/es médicas/os y residente de medicina de familia de Galicia. *Medicina de Familia. Semergen*. 2020; 46 (8) : 538 – 544.
19. Mora Catellano MP, Vilar Garcia MG y colaboradores. Desafíos del diseño social en condiciones de contingencia. Universidad Autónoma del Estado de México. 1ra edición Febrero 2022.
20. Philomena Raftery, Natasha Howard et al. Gender-based violence coordination in humanitarian and public health emergencies. *Conflict and Health*. London school of Hygiene and Tropic Medicine. UK. 2022 16:37.
21. Enrique Javier Díez Gutierrez. Video games and gender-based violence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 132 (2020) 58-64.
22. Valdez-Santiago Rosario et al. Escala de violencia a índice de severidad: una propuesta metodológica para medirla la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, volumen 48, suplemento 2 de 2006.



INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF 1 PACHUCA HIDALGO.

INSTRUCCIONES: Lea con atención cada una de las siguientes preguntas y marque con un X la respuesta que corresponda.

No. Registro: _____ **Folio:** _____

I.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Edad: <input type="checkbox"/> 31-35 <input type="checkbox"/> 21-25 <input type="checkbox"/> 36-40 <input type="checkbox"/> 26-30 <input type="checkbox"/> 41-49	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional	Estado Civil: Casada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Tiempo de relación: _____	Ocupación: <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Profesionalista <input type="checkbox"/> Otros
---	--	---	---

II.- FACTORES DE EXPOSICIÓN:

INDIVIDUALES	FAMILIARES	COMUNITARIOS	SOCIALES
-Fuma y/o toma: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no -Utiliza drogas. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no -Ocupación de su pareja <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Profesionalista <input type="checkbox"/> Otros. -Fuma y/o toma su pareja: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no -Utiliza drogas su pareja. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no -¿Ha sufrido violencia por parte de su pareja anterior (es)? (incluye noviazgos) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	-Percibió violencia en su familia durante su niñez: Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -Identifico en algún momento conducta machista por parte de Padre y/o hermanos. Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -	-Se le ha negado el derecho de participar en algunas actividades comunitarias por el hecho de ser mujer. Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -En su comunidad la participación de las mujeres es igual a la de los hombres. Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -En su comunidad se le trata de la misma forma a hombres que a mujeres. Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	-Alguna vez se le ha humillado por el hecho de ser mujer. Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -Se le ha negado algún empleo por ser mujer. Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -Considera que se le ha tratado con igualdad de género: Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Marque con una X según sea el caso.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Durante los últimos 12 meses su pareja:	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
3. ¿Le ha pateado?				
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?				
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?				
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?				
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja o machete?				
11. ¿La ha intentado ahorcar o asfixiar?				
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
13. ¿Le ha torcido el brazo?				
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
15. ¿Le ha insultado?				
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				
PUNTAJE				

Su interpretación se realizaría de la siguiente manera:

NO CASOS	Las mujeres que obtuvieron valores de 0 hasta por debajo de la media.
CASO DE VIOLENCIA DE GENERO	Las mujeres que obtuvieron valores por arriba de la media hasta la media, más una desviación estándar.
CASO SEVERO DE VIOLENCIA DE PAREJA	Las mujeres que obtuvieron por arriba de la media, más una desviación estándar.

Reactivos	Pesos calculados por frecuencia			
	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	6	12	18
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	6	12	18
3. ¿Le ha pateado?	0	8	16	24
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	6	12	18
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?	0	5	10	15
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	7	14	21
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	9	18	27
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	4	8	12
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	4	8	12
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?		7	14	21
11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	9	18	27
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	5	10	15
13. ¿Le ha torcido el brazo?	0	6	12	18
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	9	18	27
15. ¿Le ha insultado?	0	4	8	12
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	9	18	27
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	5	10	15
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	4	8	12
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	5	10	15
Total	0	118	236	354



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



**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)**

Nombre del estudio: INDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE GENERO EN MUJERES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF 1 PACHUCA HIDALGO.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica.

Lugar y fecha: Pachuca Hidalgo.

Número de registro institucional: R-2022-1201-027

Justificación y objetivo del estudio: Le estamos invitando a participar en un estudio que consiste en ver si ha presentado o no, datos sugerentes de violencia por parte de su pareja.

Procedimientos: Si usted acepta participar en el estudio, se le hará un cuestionario sobre algunos datos que le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

Posibles riesgos y molestias: Posiblemente al momento de leer y responder las preguntas le pueda o no generar alguna incomodidad.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: La participación en este estudio no generará un beneficio directo a usted, pero será de gran utilidad para tener un mejor conocimiento y comprensión de lo que se estudia, de ahí la importancia de su participación. Al participar en esta estudio, no recibirá remuneración económica.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Usted puede tener acceso a los resultados finales de su evaluación y de los globales de forma anónima.

Participación o retiro: Usted tiene la garantía de recibir respuesta a cualquier duda. Su participación es voluntaria, tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en el momento que lo desee, aun habiendo otorgado su consentimiento de participar, sin necesidad de expresar las razones de su decisión y sin que ello afecte la atención que recibe del Instituto.

Privacidad y confidencialidad: Tenga la seguridad de que no se identificarán sus datos personales y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, asegurando que, si los resultados del estudio se publican, su identidad en la investigación se mantendrá de forma anónima, con resguardo de los instrumentos y consentimientos por el investigador responsable.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Gonzalo Díaz Cruz Matrícula 99137277 HGZ MF No.1 Teléfono 442 134 4125

Colaboradores: Liliana Cortes Piña Matrícula 99258189 UMF No. 32 Teléfono 771 127 9037

Manuel Alejandro Hernández Hernández Matrícula 99137277 HGZ MF No.1 Teléfono 771 288 6911

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo CP 42088 Teléfono: 771 3 78 33 o comunicarse al correo: comite.etica.investigacion12018@gmail.com

Nombre y firma del participante

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

