

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**UNIDAD ACADÉMICA: CLINICA HOSPITAL 32205 ISSSTE. FRESNILLO
ZACATECAS.**

GÉNERO Y AUTOESTIMA DE LA MUJER, Y SU RELACION CON EL ABANDONO
DE TRATAMIENTOS EN LA U.M.F. JUAN ALDAMA, ZAC. 1997.

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



ISSSTE

PRESENTA:

DRA. VIRGINIA OLIVARES GARCIA

FRESNILLO, ZACATECAS.

1997

2005

m347274



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GÉNERO Y AUTOESTIMA DE LA MUJER Y SU RELACIÓN CON EL
ABANDONO DE TRATAMIENTOS EN LA U.M.F. JUAN ALDAMA, ZAC. 1997

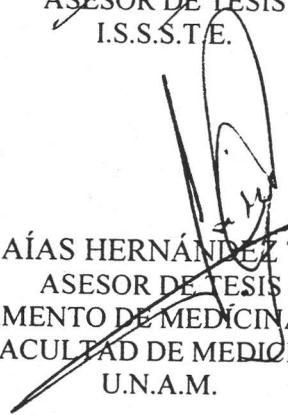
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

DRA. VIRGINIA OLIVARES GARCIA

AUTORIZACIONES:


DRA. ABIGAIL ZAMORA FLORES
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES
HOSPITAL GENERAL DE S.S. FRENILLO, ZACATECAS
JEFE DE ENSEÑANZA DELEGACIONAL DEL ISSSTE, ZAC.


DR. JUAN CARLOS MEDRANO RODRÍGUEZ
ASESOR DE TESIS
I.S.S.S.T.E.


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

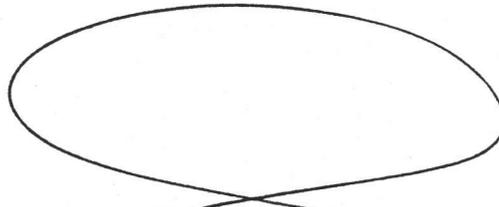

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA
SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICA Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E.

GÉNERO Y AUTOESTIMA DE LA MUJER Y SU RELACIÓN CON EL
ABANDONO DE TRATAMIENTOS EN LA U.M.F. JUAN ALDAMA, ZAC. 1997

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. VIRGINIA OLIVARES GARCIA

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN GORÍA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

MARCO TEORICO	1
Género	1
Autoestima	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVO GENERAL	16
METODOLOGÍA	17
Tipo de estudio	17
Universo de Trabajo	17
Determinación del Tamaño de la Muestra	17
Criterios de Inclusión	18
Criterios de Exclusión	18
Determinación de Variables	18
Recolección de Datos	19
Método para captar la información	19
Calendario de Actividades	19
Análisis de Datos	20
Consideraciones Éticas	20

RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXO 1	46
ANEXO 2	48

MARCO TEORICO

1.1. GÉNERO.

La perspectiva de género es una herramienta analítica, cuyo objetivo es destacar la forma en que las construcciones culturales de la masculinidad-feminidad influyen en los factores socioculturales, asociados a ser mujer y ser varón, que sistemáticamente tienden a colocar a la mujer en condiciones de desventaja, afectando negativamente su bienestar, su salud y la de su familia, surgiendo situaciones de falta de equidad entre las relaciones humanas. (1)

Partimos de la definición de equidad, como la igual valoración social entre las mujeres y los hombres, o la igualdad de oportunidades, sin embargo, en el ámbito de la mujer por el contrario se aprecia un escaso poder social lo que se traduce en limitaciones para acceder a recursos y servicios de importancia así como para defenderse del ejercicio del poder que se ejerce desde muchos ángulos sobre ella. (1)

Género se identifica por el rol sexual de las personas. Los términos género y sexo se utilizan indistintamente, aunque sexo se refiere de forma específica a las características biológicas y físicas que convierten a una persona en hombre o mujer en el momento de su nacimiento, y género se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. (2)

El auge que ha tenido el concepto de género en los últimos tiempos, y el enorme desconocimiento que existe sobre el tema, han contribuido a producir una serie de resistencias o distorsiones respecto a este tema.

Género se refiere a un modelo de organización social en función de la cual la diferencia biológica hombre-mujer se traduce en desigualdad social. Inicialmente se identificaron tres instancias básicas de esta categoría. (1)

- 1) Atribución, asignación o rotulación de género.
- 2) Rol o papel de género.
- 3) Identidad de género.

La asignación de género se refiere a la rotulación como varón o como mujer, que realizan las primeras personas que tienen contacto con el recién nacido a partir de la apariencia externa de los genitales. Por tal razón la familia y la sociedad se constituyen en emisoras y vigilantes del comportamiento, funciones y responsabilidades asociadas a ser mujer o ser varón. (1)

El rol de género se refiere al conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales considerados apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Este se forma con el conjunto de normas, prescripciones y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento masculino y femenino. Aunque hay variaciones de acuerdo a la cultura, la clase social, al grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas, que se hayan claramente diferenciado que conductas y actitudes se esperan de los varones y cuales se esperan de las mujeres, además de que se tienden a establecer estereotipos y pautas morales diferentes para cada uno de los géneros. (1)

Rol de género se refiere a las conductas que, en el seno de una cultura, se consideran asociadas a la masculinidad o la feminidad. Por tanto, la propia identidad de género está intacta cuando un varón biológico se identifica así mismo como hombre y una hembra biológica se identifica así misma como mujer. Si el varón lleva a cabo el tipo de conducta que, en su cultura se asocia al hecho de ser hombre, se dice que encaja cómodamente en su rol de género; sin embargo, si un hombre se siente incómodo con dichas conductas, se concluye que tiene problemas con dicho rol. Todo lo anterior también es aplicable a la mujer. (1)

La identidad de género se refiere al esquema ideo-afectivo de pertenencia a un sexo que se establece entre los dos o tres años de edad. Consiste en la auto percepción o la conciencia de ser varón o ser mujer, situación esencialmente inalterable de la persona. Ello corresponde a un desarrollo complicado que no se consolida hasta que el niño comprende que manera se expresa el ser mujer o ser varón, cómo debe comportarse para corresponder con la idea de masculinidad o de feminidad que se maneja en el ámbito cultural. Desde niño(a) estructura su experiencia, sus sentimientos, actitudes, formas de pensar y relacionarse. Ya asumida esta identidad, se dice, es casi imposible cambiarla. (1)

Dado que en el interior de la familia se reproducen las jerarquías asignadas, por edad y preferencia sexual predominantes en la sociedad la identidad de género, alude la percepción que tiene el individuo de sí mismo como hombre o mujer. (3)

Se plantea que es necesario comprender como actúa el género en la configuración de los distintos ámbitos de las relaciones humanas. Joan Scot define el género, como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos, como una forma de relaciones significantes de poder. (5)

La perspectiva de género puede contribuir a dilucidar los mecanismos mediante los cuales los factores biológicos del sexo se transforman en funciones y

responsabilidades sociales asociadas a los esquemas de masculinidad-feminidad que a su vez se traducen en ventajas o desventajas para el hombre y para la mujer. En el campo de la salud, estas desventajas o ventajas se pueden medir en función de las probabilidades de contraer enfermedades prevenibles o de morir a causa de éstas, en las condiciones de vida que generan mayor vulnerabilidad para las mujeres (6)

Respecto a que el término género se asume como sinónimo de mujer se debe a que la perspectiva de género surgió de los estudios sobre la condición social de las mujeres. Género se refiere a un modelo de organización social, que toma en cuenta la forma en que la cultura construye los esquemas de masculinidad-feminidad que impactan diferencialmente a varones y mujeres. La categoría de género permite analizar las condiciones sociales por las cuales las mujeres quedan relegadas a posiciones de desventaja y subordinación. Se encarga de analizar la forma en que ser hombre o mujer se traduce en un acceso desigual a los recursos básicos de educación, salud, oportunidades laborales y espacios de toma de decisiones. (5)

En síntesis, el género se refiere a las construcciones culturales y subjetivas asociados a ser mujer o ser varón que se manifiesta en una valoración desigual, en relaciones de dominio / subordinación y en la diferencia en cuanto al acceso y el control de recursos que suponen desventajas en todos los ámbitos para las mujeres.

1.2. AUTOESTIMA.

La autoestima se encuentra relacionada con muchas de las actividades que realizan las personas, tanto en forma cotidiana, como aquellas que implican llevar a cabo planes y perspectivas importantes en la vida. Los sentimientos de seguridad y confianza en sí mismo o de inferioridad se basan en el éxito y el fracaso obtenidos en actividades que uno considera importantes, o la opinión que tengan otras personas, que en última instancia son relativos, ya que están de acuerdo a las normas que uno mismo se ha impuesto. (9)

A medida que la sociedad ha ido cambiando, esta situación ha ido complicándose. En el pasado y aún en nuestros días, los roles de género estaban moldeados a partir de roles masculinos y femeninos definidos por la tradición. Con los cambios paulatinos de la economía familiar (y el acceso de ambos sexos

a la posibilidad de ser económicamente autosuficientes), los roles de género, por su relación con la elección del trabajo y rendimiento laboral. se han modificado de forma importante. (7)

El empleo de la mujer fuera de su hogar, si bien genera beneficio de orden económico y psicológico (eleva la autoestima), produce tensiones al aumentar las demandas que ya no son familiares únicamente, sino también laborales. El asumir varios roles como ocurre frecuentemente en las mujeres trabajadoras representa un factor de riesgo cuando la mujer no es comprendida por su pareja ni por la sociedad, ocasionando algunas veces enfrentamientos con el esposo cuando ella se resiste a aceptar el rol tradicional de una mujer subyugada por su marido. (4)

Debido a esta situación nos referiremos al daño producido en la esfera emocional donde no hay una huella visible en el cuerpo y no es algo objetivo ni demostrable, se citará en este trabajo a la violencia psicológica únicamente. Al tratarse de violencia psicológica se abordará el comportamiento del ser humano que busca someter y controlar a otra persona y que le ocasiona daño por considerarla que representa un obstáculo para el ejercicio del poder. puede externarse en forma de chantaje, abuso verbal, amenazas, intimidación, uso del privilegio masculino y aislamiento. (17)

En otras ocasiones consiste en encierro, celotipia y otras conductas que le impiden a la mujer tenga contacto con el exterior y, por tanto, trabaje, estudie o realice cualquier otra actividad creativa fuera del ámbito familiar, provocando repercusiones que las lleva a no poder expresar sus capacidades plenamente ni dentro del hogar, ni fuera de él. (23)

Es muy importante que una persona se sienta competente, triunfadora, que vale y segura de sí misma, el éxito crea la confianza y el fracaso la anula y trae consigo sentimientos de inferioridad. El percibir una condición inferior crea sentimientos y actitudes de baja autoestima y éstos a su vez influyen en la conducta del individuo, creando sentimientos de culpa, remordimientos y falta de confianza. (8)

Las limitaciones que enfrentan las mujeres para acceder a la educación, para obtener una remuneración justa por su trabajo, así como los obstáculos que les impiden acceder a los espacios públicos que les proporcionen formas de reconocimiento y crecimiento personal, interviene de manera definitiva en su persona. Al hacerse agentes pasivos receptoras de órdenes, no se les motiva a asumir comportamientos favorables con su salud ni ejercen sus derechos. (1)

Los sentimientos de inseguridad, inferioridad e inmadurez son típicos de las personas con baja autoestima, sienten envidia y celos por lo que otros poseen, costándoles trabajo aceptarlo, tampoco son capaces de reconocerlo, manifiestan actitudes de tristeza, agresividad y hostilidad e incluso miedo y ansiedad. (8)

El concepto de autoestima se define como respeto a la individualidad, reconocer el propio valor y capacidad de desarrollo de cada persona, para que a su vez, se tenga respeto y confianza a sí misma. (10)

La autoestima es la unión de dos sentimientos: El sentimiento de capacidad personal (yo puedo) y el de valía (yo valgo).

La capacidad personal es tener habilidad para enfrentar los problemas y éxitos que se presentan y tener confianza en sí misma. La valía personal es sentir el derecho a ser feliz y por tanto buscar, defender y hacer todo aquello que le haga sentir bien. (19)

La forma de manejar la autoestima se remite a dos dimensiones: *alta y baja*.

En el caso de la autoestima alta, se representa a una persona que se caracteriza por tener confianza en sí misma, responsable y honesta consigo misma y con los demás. Es capaz de reconocer sus potencialidades y limitaciones. Reconoce y sufre cuando fracasa, de la misma manera en que valora y se motiva al obtener el triunfo. Cuando una persona tiene la autoestima alta se siente bien consigo misma y se agrada enfrentar la vida con dignidad, sinceridad, fortaleza, amor y realismo. (22)

En contra parte la autoestima baja, representa a alguien que hace evaluaciones negativas sobre sí mismo, se menosprecia anticipadamente se sienten que valen poco, no tienen confianza en sí mismos, creen que no pueden, que no sirven y por lo tanto no merecen que les vaya bien. Son víctimas fáciles de otras personas o de situaciones depresivas, se refugian en auto contemplaciones y sufrimientos solitarios, mostrando una dificultad para confiar en amigos u otras personas, no sabe valorarse y espera que los demás le den un valor, teme expresar sus verdaderas necesidades por el temor a perder el afecto de otras personas. Por tanto no tiene la fortaleza para enfrentar los problemas y menos para pedir ayuda. (22)

El panorama de algunas mujeres parte de una situación de indefensión derivada de la discriminación de género sobre la cual sufren acosos de diferente tipo que las hacen más vulnerables en una sociedad androcéntrica, que no solo lo permite sino que también lo favorece. Se establece así un círculo en el que se incluyen muchos ciclos, pero todos terminan en el mismo punto, en la victimización de la mujer. Nos encontramos ante una indefensión agravada o doble indefensión; la primera que podría ser denominada como indefensión estructural, general, y

afecta a todas las mujeres, la segunda que podríamos considerar como indefensión provocada o aprendida, más específica y concreta, que afecta a determinadas mujeres como consecuencia de estar inmersas en una situación de indefensión derivada de la violencia y las agresiones. (26)

Es común encontrar en ellas este fenómeno “incapacidad aprendida”, que equivale a sentir de antemano, cierto temor de enfrentar una situación desconocida o un reto particular, este temor lo manifiesta, más que por la dificultad del problema, por un menosprecio a sí mismo. (21)

Estas manifestaciones pueden relacionarse con el Trastorno de Estrés Postraumático (TPET), ya que lo sufren las personas expuestas a una situación potencialmente traumática, como accidentes, incendios, violación, violencia física o peligro de muerte: se caracteriza por una tríada de fenómenos que incorpora los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación. Los síntomas de reexperimentación incluyen pesadillas, recuerdos recurrentes e imágenes retrospectivas del trauma. Los síntomas de evitación comprenden amnesia del trauma y esfuerzos deliberados para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso. Los síntomas de hiperactivación se manifiestan con dificultad para conciliar o mantener el sueño, estado de hipervigilancia y respuestas de sobresalto exageradas. Existe evidencia neurobiológica del TPET que producen alteraciones características muy distintas a la de otros trastornos mentales. (24)

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p.eje., abusos sexuales o físicos, peleas familiares, secuestros, etc. puede aparecer la siguiente sintomatología: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás y alteraciones de las características de personalidad previas. No todos los síntomas psicopatológicos que aparecen en una persona expuesta a un factor estresante de carácter extremo debe atribuirse necesariamente a un trastorno por estrés postraumático, deben ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos p Ej., un trastorno del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad (25)

Por otro lado, un modelo más que busca una explicación del comportamiento paradójico de las mujeres maltratadas es el tratamiento factorial de Graham sobre

reacciones tipo Síndrome de Estocolmo y está basada en la idea de que el síndrome es producto de un estado, disociativo que lleva a la víctima a negar la parte violenta del comportamiento del agresor mientras desarrolla un vínculo con el lado que percibe más positivo ignorando sus propias necesidades y volviéndose hipervigilante ante las de su agresor. Dutton y Painter han descrito un escenario en el que dos factores, el desequilibrio de poder y la intermitencia en el tratamiento bueno-malo, generan en la mujer maltratada el desarrollo de un lazo traumático que la une con el agresor a través de conductas de docilidad, según estos autores afirman que el abuso crea y mantiene en la pareja una dinámica de dependencia debido a su efecto asimétrico sobre el equilibrio del poder, siendo el vínculo traumático producido por la alternancia de refuerzos y castigos. (27)

Los factores culturales de género que asignan a la mujer el trabajo doméstico, el cuidado de las personas y la responsabilidad de la reproducción, las colocan en una situación difícil, limita sus posibilidades en cuanto a asumir los comportamientos más adecuados para el cuidado de su salud. (1)

La ocurrencia de estos eventos, pueden ser considerados estresores agudos y se relacionan con cuadros depresivos, promoviendo la baja autoestima, creencia en la superioridad masculina, abandono de su persona, retrasando la atención de su salud, suspendiendo o dejando en el olvido sus tratamientos, para continuar al servicio del hogar, del esposo y de los hijos, delegando el uso de sus tratamientos hasta cuando están experimentando las complicaciones de sus enfermedades, mal controladas por cumplir con otras obligaciones, antes que de su persona. Acuden al servicio médico casi hasta que se encuentran en situación límite.

La sociedad misma que idealiza al hombre, tiende a fomentar en los miembros del sexo masculino sus respuestas de agresividad frente a los conflictos individuales, entre los que figuran el alcoholismo, el abuso de drogas, el desempleo, la pobreza y la inestabilidad social, laboral o política. (18)

Los esquemas estereotipados sobre el amor y la pareja en los que el dolor, el sufrimiento y la subordinación de las mujeres son componentes “naturales” de la relación y donde la identidad masculina se valora en función de la prepotencia, el ejercicio del poder y la visión estereotipada de las mujeres como “un trofeo”, establece las condiciones para la aceptación de diversas formas de violencia que no se reconocen como tales. Estas condiciones son de enorme trascendencia porque reproducen la vulnerabilidad de las mujeres y la falta de equidad de género en los espacios personales y culturales con serias implicaciones en la salud. (16)

Se ha identificado un patrón de comportamiento y organización en las familias, donde prevalece la lucha por el poder, denominado modelo de dominio-

sumisión. Es frecuente encontrar en estos casos un esposo excesivamente dominante, psicótico, limítrofe, lo que provoca que en estas familias exista un comportamiento caótico, negativista, con carencia afectiva y negación del problema. (12)

La familia en la cual el hombre ejerce una autoridad sin límite, controla y distribuye los recursos económicos y goza de privilegios sobre todos los miembros de la familia, mientras, que las tareas domésticas, el cuidado de los hijos y el cuidado de la salud de los demás son responsabilidades exclusivas de la mujer. Este modelo de familia organizada jerárquicamente limita los derechos de la mayoría de sus miembros, aumenta la inequidad entre varones y mujeres, teniendo efectos adversos en la salud de todos. (1)

La subordinación en contra de las mujeres es sustentada por todo un sistema de valores, prácticas y creencias respecto a lo femenino. Este sistema además de tener soportes estructurales es constantemente reproducido por las personas en tanto varones o mujeres, quienes refuerzan con sus prácticas y formas de pensar la devaluación social de lo femenino, la justificación de las relaciones de dominio / subordinación y la inequidad presente en las funciones y responsabilidades sociales asociadas a lo masculino y a lo femenino. Más aún, la edad, las relaciones de parentesco, los vínculos afectivos o ciertas jerarquías administrativas, económicas o políticas, son factores que en ocasiones usan las mujeres para reproducir o perpetuar las condiciones de subordinación de otras mujeres. (13)

La identidad femenina asumida como una condición de indefensión, el escaso poder social con que cuentan las mujeres, así como la legitimación social de las relaciones asimétricas entre varones y mujeres subyacen al fenómeno de la violencia, especialmente la violencia intrafamiliar. Estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad, indican que la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. (14)

La reproducción de jerarquías sociales en el entorno doméstico legitima la agresión que se ejerce predominantemente por parte de los hombres sobre las mujeres y los niños. La violencia intra familiar que asume diferentes grados y modalidades, adquiere enorme relevancia porque se convierte en algo cotidiano que afecta profunda y constantemente la forma de vida. (4)

La condición de sobrevivencia va más allá del hecho violento pues se inserta en una dinámica de violencia acumulada donde la tensión, ansiedad, miedo y

angustia permean todos los espacios de vida que atenta seriamente contra la salud mental de la mujer y de su familia.

Donde algunas situaciones menoscaban seriamente la integridad física moral y psicológica de aquellos miembros cuyo sexo o edad los coloca en posición de debilidad o dependencia con respecto a otros. De ahí que las víctimas de la violencia intra familiar sean los niños, las mujeres y los ancianos, y que por lo general, los agresores sean los hombres que viven en el domicilio y que tienen lazos matrimoniales o de consanguinidad cercana de las personas afectadas. (11)

La violencia contra la mujer, recientemente conceptualizada como violencia de género, ha sido definida como: "Todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". (ONU 1993.) (15)

Según la definición de la Comisión de la Situación Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas de 1992, refiere que la violencia contra la mujer comprende cualquier abuso físico, sexual y psicológico cometido contra ella en el seno de la familia y en la comunidad en general. (11)

En México, al igual que otros países del mundo, la violencia doméstica es un problema social de gran impacto que afecta a un gran número de mujeres, menores, discapacitados, ancianas(os) y, en general, a la sociedad en su conjunto. Al igual que en otras regiones, este tipo de violencia atraviesa fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas. (28)

Este problema tiene profundas raíces culturales, toda vez que las actitudes violentas han sido valoradas positivamente por la sociedad, desde los mitos, la literatura y por los líderes políticos. (16)

La violencia contra las mujeres es de distinta índole y adquiere diferentes manifestaciones de acuerdo con quien la ejerce, contra qué tipo de mujer, y la circunstancia en que ocurre. Hay la violencia del sojuzgamiento económico, de la imposición de decisiones, del engaño, de la infidelidad, del abandono. La violencia afectiva y corporal reconocida como crueldad mental y como violencia física o "sexual" implica gritos, maltrato, humillación, distintos grados de ultraje erótico, el secuestro, los golpes, la tortura y la muerte.

Se piensa que los agresores generalmente son alcohólicos o drogadictos; si bien el alcohol y las drogas pueden ser detonantes de conductas delictivas, la realidad nos refleja que los casos de agresiones contra mujeres regularmente se llevan a

cabo de manera consciente por parte del agresor y el porcentaje de estos delitos bajo la influencia de drogas y alcohol son menores.(30)

El fenómeno de la violencia contra la mujer es un fenómeno bastante común, presentándose en todos los estratos sociales, predominando en las familias de escasos recursos, donde la presencia de estresores socioeconómicos y de creencias culturales arraigadas como el machismo, la sumisión, propician conductas agresivas en el esposo, que tienen la tendencia a expresar sus emociones con ira, a aliviar tensiones mediante la agresión con necesidad de controlar a los demás sin ejercer autocontrol, siendo sus relaciones interpersonales posesivas y dependientes, llegando a sentirse con el derecho de controlar a su pareja. (4)

Una de las causas del origen de la violencia es el resultado de una dinámica familiar disfuncional, donde intervienen factores individuales, como las relaciones interpersonales inadecuadas, así como, elementos socioculturales, como un ejemplo de factores individuales tenemos, las tendencias sádicas del agresor y las masoquistas del agredido,(que no en todos los casos se cumple), los sentimientos de inferioridad, culpa y de baja autoestima. Esto explica de alguna medida la tolerancia resignada de muchas mujeres. (4)

Esta situación que sustenta los esquemas dominantes de masculinidad donde la hombría requiere ser probada continuamente, la capacidad de fecundación y el ejercicio del poder aparecen como códigos cifrados de virilidad en los que se reafirma el derecho y /o la imposición masculina. (17)

Las actitudes y comportamiento definidos en forma estereotipada como masculinos, tales como la agresividad, la intrepidez, la competencia y la ingestión excesiva de alcohol, favorece la violencia sobre otros hombres, hacia las mujeres y niños, que afecta la salud de los varones, sus miedos, emociones y contradicciones que la masculinidad les impide asumir. En una palabra permite abordar el problema de la masculinidad como un factor de riesgo para la salud de los hombres y mujeres. (18)

Sin embargo, la mayor parte de las agresiones contra la mujer, no se consideran violaciones de los derechos humanos, ni delitos, permaneciendo impunes y sin una adecuada asistencia médica, psicológica o legal.

No existen estudios completos (ni nacional ni internacionalmente) sobre la violencia hacia las mujeres. Se tienen cifras, pero son mínimas para lo grave del problema Olamendi explica (*Fem.*, Junio, 1997): Romper el silencio y contarle a un extraño su vida, es una decisión difícil de tomar, hay que hacer un lado los prejuicios sociales, religiosos y culturales.(29)

La violencia contra el sexo femenino no siempre es fácil de identificar, ya que a menudo adquiere formas sutiles en el lugar de trabajo, las instituciones académicas, los servicios de salud y prácticamente todos los ámbitos en que se produce la interacción sostenida entre los miembros de ambos sexos. Hay pruebas concretas de que el tipo de violencia, por sutil que sea, puede generar profundos trastornos afectivos. Parte del problema radica en la actitud equivocada, pero ampliamente difundida en el sector de la salud, de no prestar la debida atención a casos de violencia que no culminen en lesiones visibles o la muerte, a pesar de que muchos de ellos deterioran la calidad de vida de la víctima. (11)

Es frecuente que las mujeres que acuden a los servicios de salud no logren un diagnóstico y tratamientos oportunos porque los / las médicos no piensan en que ellas puedan sufrir dolencias serias; siendo lo más probable, si es mujer, los médicos le diagnostiquen la dolencia como una exageración o como nervios. (1)

En especial la agresión psicológica, es un factor que debe ser considerado seriamente porque además de afectar profundamente la salud de mujeres y niños, se encuentra asociado a embarazos impuestos, abandono de tratamientos médicos, restricciones para acudir a consulta médica, o continuar con un programa de tratamiento a largo plazo. El escaso poder social con que ellas cuentan, en especial en relación con su cónyuge, limita la posibilidad de regular su propia vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Género se refiere a un modelo de organización social en función del cual la diferencia biológica hombre-mujer se traduce en desigualdad. El rol de género se refiere al conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales considerados apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Se haya diferenciado claramente qué conductas y actitudes se esperan de los varones y cuales se esperan de las mujeres, además de que se tienden a establecer estereotipos y pautas morales diferentes para cada uno de los géneros. (1)

Se plantea que es necesario comprender como actúa el género en la configuración de los distintos ámbitos de las relaciones humanas. En el campo de la salud las ventajas o desventajas se pueden medir en función de las probabilidades de contraer enfermedades previsibles o de morir a causa de éstas, en las condiciones de vida que generan mayor vulnerabilidad para las mujeres. (6)

Es muy importante que una persona se sienta competente, triunfadora, que vale y segura de sí misma, el éxito crea la confianza y el fracaso la anula y trae consigo sentimientos de inferioridad. El percibirse en una condición inferior crea sentimientos y actitudes de baja autoestima y éstos a su vez influyen en la conducta del individuo, creando sentimientos de culpa, remordimiento y falta de confianza. (8)

La autoestima se encuentra relacionada con muchas de las actividades que realizan las personas tanto en forma cotidiana, como aquéllas que implican llevar a cabo planes y perspectivas importantes en la vida. (9)

Cuando la exposición a la violencia es prolongada se producen dolencias crónicas y secuelas psicosomáticas, trastornos del sueño, alteraciones del apetito y del deseo sexual. Las mujeres que han sido víctimas de agresiones físicas o mentales bajo estas circunstancias, tienen una capacidad reducida de participar en la vida económica, pública y de toma de decisiones sobre su salud. (11)

En cuanto al acceso a los servicios, es una realidad que dichos servicios los utilizan principalmente las mujeres, pero dicha utilización no significa necesariamente ventajas para ellas, ya que esto obedece por una parte a su mayor morbilidad, en segundo lugar obedece a la búsqueda de atención en salud para otras personas que, debido a factores de género tienen a su cargo: como el esposo, padres o parientes ancianos o minusválidos, pero sobre todo los hijos. El acceso al servicio no elimina la falta de equidad que viven por su condición de mujer: en comparación con los hombres, las mujeres reciben un servicio de

menor calidad y frecuentemente no logran tener el diagnóstico y tratamiento oportuno porque los médicos no piensan que ellas puedan sufrir dolencias serias; cuando una persona acude al servicio médico, es muy probable que, si es mujer, los médicos la envíen de regreso a su hogar tras haber diagnosticado la dolencia como una exageración o nervios. (1)

El equipo de salud parte de la premisa que el cumplimiento de las recomendaciones es una responsabilidad de las usuarias sin considerar el entrelazado de condiciones vinculadas al género que obstaculiza es hecho, que las obliga a priorizar las necesidades de su familia respecto a las suyas propias, la falta de control de los recursos, la falta de reconocimiento por parte de su familia de sus necesidades de salud, la contradicción entre su rol de paciente y sus roles de género. (1)

La ocurrencia de estos eventos, puede ser considerados estresores agudos y se relacionan con cuadros depresivos, promoviendo la baja autoestima, creencia en la superioridad masculina, abandono de su persona, afectando profundamente su salud, suspendiendo o dejando en el olvido sus tratamientos, teniendo restricciones para acudir a consulta, para continuar al servicio del hogar, del esposo y de los hijos, delegando el uso de tratamientos hasta cuando están experimentando las complicaciones de sus enfermedades, mal controladas por cumplir con otras obligaciones, antes de su persona. Acuden al servicio médico casi hasta que se encuentran en situación límite. Estas condiciones son de enorme trascendencia porque reproducen la vulnerabilidad de las mujeres y falta de equidad de género en los espacios personales y culturales con serias complicaciones en la salud. Una práctica reportada por la población usuaria es que el equipo de salud actúa induciendo miedo a través de la amenaza sin potenciar la propia responsabilidad que se lograría proporcionando la información adecuada de acuerdo a la situación emocional de la mujer. Al hacerlas agentes pasivos, receptoras de órdenes no les motiva a asumir comportamientos favorables con su salud, acostumbradas a asumir una relación subordinada en todos los espacios de vida, las mujeres se relacionan con los prestadores de servicios de salud bajo los mismos parámetros, esto limita sus posibilidades en cuanto a asumir los comportamientos más adecuados para el cuidado de su salud. (1)

En la Unidad de Medicina Familiar de Juan Aldama, Zacatecas, en la práctica clínica observamos que las mujeres derechohabientes, abandonan sus tratamientos con cierta frecuencia, desencadenando mayor número de consultas por el mismo cuadro, y en otros casos el descontrol de sus padecimientos crónico degenerativos. Por esto consideramos que es un suceso que no solo interfiere importantemente en la salud de la paciente, sino que repercute considerablemente en el óptimo aprovechamiento de los recursos, tales como medicamentos,

medicamentos, laboratorio, rayos x, ingresos hospitalarios, citas a interconsulta de segundo y tercer nivel, minando así la economía, tanto Institucional como la familiar tan afectadas a últimas fechas.

Se trata de un hecho habitual que se observa en forma directa en la consulta diaria en una población derechohabiente amparada con un servicio médico Institucional, por lo cual es de llamar nuestra atención, que a pesar de que se encuentra éste dentro de su comunidad, no lo aprovechan debidamente, y nos encontramos con excusas poco coherentes para nosotros los médicos, ya que no reflexionamos en ellas. Por tal circunstancia pensamos que los motivos que nos mencionan nuestras mujeres son importantes y debemos darles la dimensión adecuada ya que están repercutiendo en su conducta y por lo tanto en su salud. Si tomamos en cuenta que se ven afectadas por los instrumentos culturales y sociales asignados a la mujer, como por ejemplo el trabajo doméstico, el cuidado de otras personas, la reproducción, entre otros, es decir, el "rol" que desempeñan, las coloca en una situación difícil y probablemente por ello las lleva a asumir una conducta poco adecuada para ellas, repercutiendo, por consiguiente, en su propia salud. (1)

Además, desde el punto de vista social, el rol que desempeña la mujer, sin duda lo podemos relacionar con situaciones de equidad y a la vez, no podemos desligar esta situación, sin tomar en cuenta su autoestima ya que es un asunto poco valorado por los médicos y sus propios familiares. Reflexionando en ello, nos permitimos darnos a la tarea de investigar si las situaciones de equidad y autoestima de la mujer existentes, son un punto determinante de tomar en cuenta como causa de abandono de tratamientos.

Lo que lleva a preguntarnos:

¿ La equidad de género y la autoestima de la mujer derechohabiente, se relaciona con el abandono de tratamientos, en la U.M.F. en Juan Aldama, Zacatecas?.

JUSTIFICACIÓN

En nuestra comunidad, el grupo de derechohabientes que por observación directa detectamos que abandonan sus tratamientos, son por lo regular mujeres, siendo éste un hecho de llamar nuestra atención, nos avocamos a cuestionarles el motivo por el cual lo abandonan, encontrando como respuesta habitual diferentes situaciones a las que les dan prioridad, tales como: las domésticas, el cuidado y atención de los hijos, el marido y otros familiares, etc., por consiguiente, se desatienden de sí mismas con el objetivo de cumplir con estas labores ocasionando el abandono de su persona dejando en segundo término entre otras cosas, su salud hasta que por lo serio de su padecimiento nuevamente acuden por su medicación ocasionando que el control de sus enfermedades no sea el más adecuado.

Siendo esta una situación contradictoria, ya que teniendo el servicio médico a su alcance, le otorgan mayor importancia a otras actividades, que a su propia salud, lo que influye en el aumento de la demanda de consulta por un mismo cuadro o descontrol de sus padecimientos crónicos.

Por esta razón, nos preguntamos si las perspectivas que conllevan la equidad de género intervienen de alguna manera en el grado de autoestima de la mujer, ya que creemos que existe alguna interrelación. Consideramos que es un aspecto importante que no se toma en cuenta en el momento de una consulta incluyendo a algunos médicos, en el hogar la familia y en el peor de los casos, ni por la propia mujer, dándole una connotación de violencia, “no física”, sino de tipo psicológica muy sutil para ser reconocida fácilmente en el momento de la primera entrevista, en consecuencia puede afectarse directamente, al no disponer en que momento priorizar sus necesidades personales especialmente de salud.

Dado que la bibliografía existente, en el ámbito local, solo se encuentra información estadística a cerca del grado de violencia física contra la mujer, y en otros casos se refiere a sus consecuencias, no es factible tener marco de referencia comparativo o para medir el abandono de tratamientos, relacionándolos con la equidad de género y autoestima de la mujer, en consecuencia nuestra búsqueda de información se ve sujeta a la bibliografía citada, por tal motivo nuestra tarea es explorar la situación en la que se encuentran las mujeres derechohabientes de nuestra población.

Es por ello que la siguiente investigación la encaminamos a investigar la equidad de género y el grado de autoestima de nuestras derechohabientes como generadora de abandono de tratamientos.

OBJETIVO GENERAL

Identificar si el género y autoestima de la mujer se relacionan con el abandono de tratamientos, en las mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar en Juan Aldama, Zacatecas.

METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio que pertenece al rubro de la Salud Pública y se clasifica como observacional, descriptivo y transversal, ya que no se modificará la situación de los derechohabientes sólo se recabara la información requerida en una entrevista directa.

UNIVERSO DE TRABAJO.

El universo de trabajo fueron las mujeres derechohabientes, del grupo de edad de 25 a 65 años, asignadas a nuestro consultorio, en la Unidad de Medicina Familiar de Juan Aldama, Zacatecas, que demanden una consulta por cualquier motivo.

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La determinación del tamaño de la muestra se obtuvo por conveniencia y no fue probabilística, se adquirió de la pirámide poblacional de la U.M.F. de Juan Aldama Zacatecas, en donde se encuentran registradas el número de derechohabientes por edad y sexo, de las cuales solo tomamos las referentes al grupo de edad estudiado, es el siguiente: La población objetivo es de 482 mujeres, las cuales se encuestaron por cuota, y de estas se tomaron como muestra el 15%, con un tamaño de 72 personas entrevistadas. Aclarando que durante el trabajo de campo se encuestaron a 81 personas que asistieron a consulta, siendo un total de la muestra de 16.8%

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Los pacientes que se incluirán en el estudio se caracterizarán por lo siguiente:

- 1.-Derechohabientes del la Unidad de Medicina Familiar de Juan Aldama, Zacatecas.
- 2.- Mujeres con edad entre los 25 a 65 años.
- 3.-Estado Civil casadas o que vivan en unión libre con una pareja por más de dos años.
- 4.-Demandantes de una consulta por cualquier motivo.
- 5.-Que inicien o se encuentren en tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se excluirán a los pacientes que cuenten con las siguientes características:

- 1.-Pacientes no derechohabientes a la Unidad Medicina Familiar de Juan Aldama.
2. -Hombres.
- 3.- Mujeres solteras.
- 4.- Mujeres con edad menor a 25 años y mayor a 65 años.

DETERMINACIÓN DE VARIABLES.

Las variables que manejaremos son de tipo cualitativo y son: Género, Autoestima y Abandono de Tratamientos. Los que se definen de la siguiente manera.

Género se refiere a un modelo de organización social, que toma en cuenta la forma en que la cultura construye los esquemas de masculinidad – feminidad que impactan diferencialmente a varones y mujeres. (1).

Autoestima se define como el respeto a la individualidad, saber reconocer el propio valor y capacidad de desarrollo de cada persona, para que a su vez, se tenga respeto y confianza en si misma.(10).

Abandono de Tratamientos se refiere a la interrupción en el seguimiento de un medicamento o de una indicación médica.

-

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Por falta de instrumentos ya diseñados para la medición de equidad y autoestima, el investigador elaboró un cuestionario especialmente enfocado a cubrir el objetivo del trabajo. Se efectuó en una fase previa al estudio, una etapa de piloteo del instrumento de recolección de datos, en mujeres que asistieron a consulta al Centro de Salud de la SSZ, en Juan Aldama Zacatecas, aplicando los mismos criterios de inclusión y exclusión, y acreditamos que el instrumento si cumplió los requisitos necesarios para desempeñar nuestro objetivo de trabajo. ver Anexo 1.

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Debido a la escasa bibliografía obtenida en nuestro medio para poder fundamentar los términos empleados en el presente estudio, se realizó un cuestionario especialmente diseñado para este fin, se hizo de manera autoaplicable y en forma anónima, se contestó durante las visitas al consultorio en un solo momento previa autorización de la paciente, se dividió en dos grandes grupos, el primero evalúa la autoestima y equidad de género, y el segundo el abandono de tratamientos, cuenta con un total de 13 preguntas. (ver. Anexo 1).

ANÁLISIS DE DATOS

La forma en que se manejaron los resultados fue por porcentajes, utilizando: gráficas de barras y de pastel, así como cuadros de 2 x 2.

Los recursos humanos que se utilizaron, fueron los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar de Juan Aldama que participaron en el estudio y la intervención del autor.

La totalidad de la inversión fue a cargo del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tal como se señala en la carta de Helsinki, la información recabada en el presente estudio se utilizará solo para fines estadísticos, respetando el anonimato de cada paciente, y en el momento que no desee continuar con el cuestionario se suspende el procedimiento y se continua con otra persona.

Se respetará la decisión de las pacientes de no aceptar entrar al estudio.

Debido a que se maneja información de tipo personal de estas mujeres se corre el riesgo de que no acepten participar en la investigación, por temor a divulgarla aun advirtiéndolo la finalidad de la misma.

RESULTADOS

En la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Juan Aldama, Zacatecas, se encuestaron a 81 mujeres con edades entre los 25 a 65 años, derechohabientes, casadas y se indagó la equidad de género y autoestima relacionado con el abandono de tratamientos.

1.-Se indagó si ocupan el tiempo libre a su persona, encontrando que el 65% nunca dedican el tiempo libre a si mismas, por otro lado el 27 % algunas veces, y solo el 8% si dedican su tiempo al cuidado de su persona. (ver. Cuadro y Grafica No1.)

2.-Se evaluó la satisfacción que tienen las mujeres al realizar sus actividades, el 67% siempre se sienten satisfechas al realizar sus labores hogareñas, mientras que algunas veces el 31% de los casos y el 2% nunca. (Ver Cuadro y Gráfica No 2).

3.-Se investigó la comunicación entre la pareja, con el fin de saber la relación de equidad y autoestima de la mujer, respecto a su esposo, y el 4% nunca participa, el 31% algunas veces se involucra, y el 67% siempre se comunica en forma activa. (Ver Cuadro y Gráfica No 3).

4.-Al averiguar si las mujeres encuestadas participan activamente en las decisiones que se toman en la familia, nos encontramos con que el 5% nunca lo hacen, el 31% algunas veces y el 64% siempre participan. (Ver Cuadro y Gráfica No 4).

5.-Al examinar la gratificación entre la pareja se obtuvo que ninguna o 0% de las encuestadas respondieron que nunca se sienten queridas, el 40% algunas veces y el 60% siente gratificación con su pareja. (ver. Cuadro y Gráfica No. 5)

6.-Encontramos al sondear, si se sienten queridas por su familia, ninguna, es decir, 0%, nunca lo sienten, el 20% algunas veces, y el 81% siempre se sienten queridas por su familia. (ver. Cuadro y Gráfica No 6)

7.-Respecto a asistir inmediatamente al médico, el 33% nunca lo hacen, el 41% lo hacen algunas veces, y el 26% siempre asisten inmediatamente al médico. (Ver Cuadro y Gráfica No 7).

8.-Preguntamos si suspenden su tratamiento corto, el 43% nunca lo suspende, el 30% algunas veces y el 27 siempre lo suspenden. (ver Cuadro y Gráfica No. 8)

9.-Analizamos si al tener un tratamiento largo suspenden su tratamiento, el 32% nunca lo hace, el 46% algunas veces y el 22% siempre lo suspende. (ver Cuadro y Gráfica No 9)

10.-Al investigar si la decisión de continuar con el tratamiento la toma la propia mujer, nos encontramos que el 9% nunca, el 5% algunas veces y el 86% siempre son ellas quienes toman la decisión de continuar su tratamiento. (ver Cuadro y Gráfica No 10)

11.-Se les preguntó si suspendieron su tratamiento por más de una vez, el 7% nos dice que nunca, el 67% algunas veces y el 26% siempre lo suspenden. (ver Cuadro y Gráfica No 11)

12.-Encontramos al preguntar si otra persona toma la decisión de suspender su tratamiento y nos refieren que el 60% nunca, el 28% algunas veces y el 12% siempre otra persona decide si continúa con su tratamiento. (Ver Cuadro y Gráfica No 12).

13.-Nos encontramos al indagar si suspenden su tratamiento por atender su hogar o sus labores y nos dicen, que el 7% nunca, el 68% algunas veces y el 25% siempre suspenden su tratamiento por atender su hogar o su trabajo (Ver Cuadro y Gráfica No 13)

Al evaluar en general la autoestima de las personas encuestadas encontramos: El 54% se clasificó con autoestima alta y el 46% se clasificó con autoestima baja. (ver Cuadro y Gráfica No 14)

El porcentaje de mujeres que abandonaron su tratamiento médico y que cuentan con Autoestima Baja fue del 86%, mientras que el 14% de personas con esta clasificación no abandonaron su tratamiento. (ver Cuadro y Gráfica No. 15)

Obtuvimos dentro de la clasificación de Autoestima Alta que el 54% de las encuestadas si abandonaron su tratamiento y el 46% no abandonaron su tratamiento. (Ver Cuadro y Gráfica No 15)

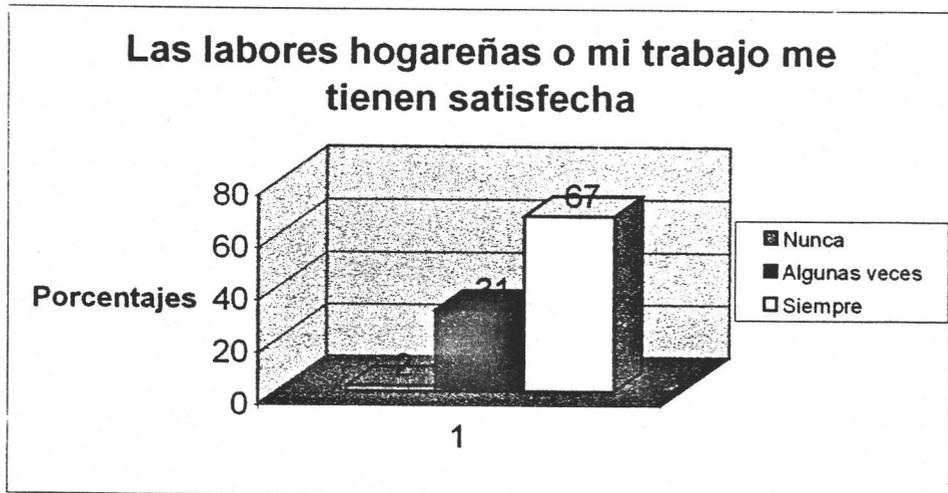
CUADRO No. 2

Las labores hogareñas o mi trabajo me tienen satisfecha

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	1	25	55	81
%	2	31	67	100

Fuente: encuesta a usuarios

GRÁFICA No. 2



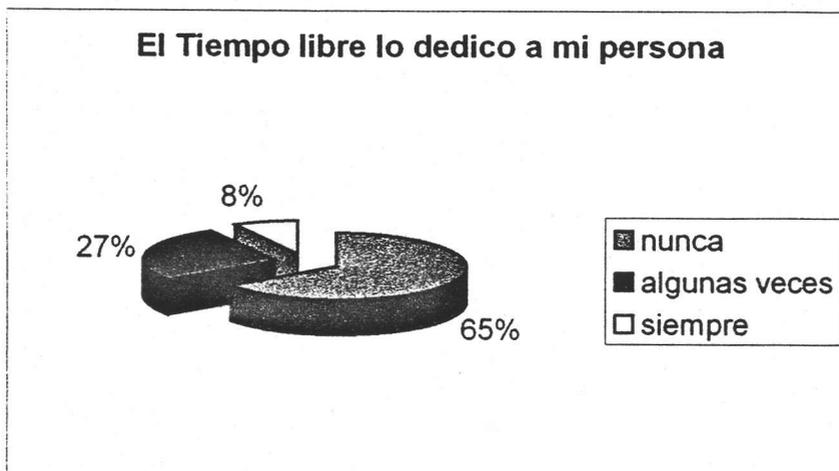
CUADRO NO 1.

El tiempo libre lo dedico a mi persona.

	FRECUENCIA	%
Nunca	53	65
Algunas veces	21	27
Siempre	7	8
TOTAL	81	100

Fuente encuesta a usuarias

GRAFICA NO 1.



CUADRO No. 3

Cuando quiero comunicar algo importante lo digo directamente.

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	3	18	60	81
%	4	22	74	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRAFICA NO. 3



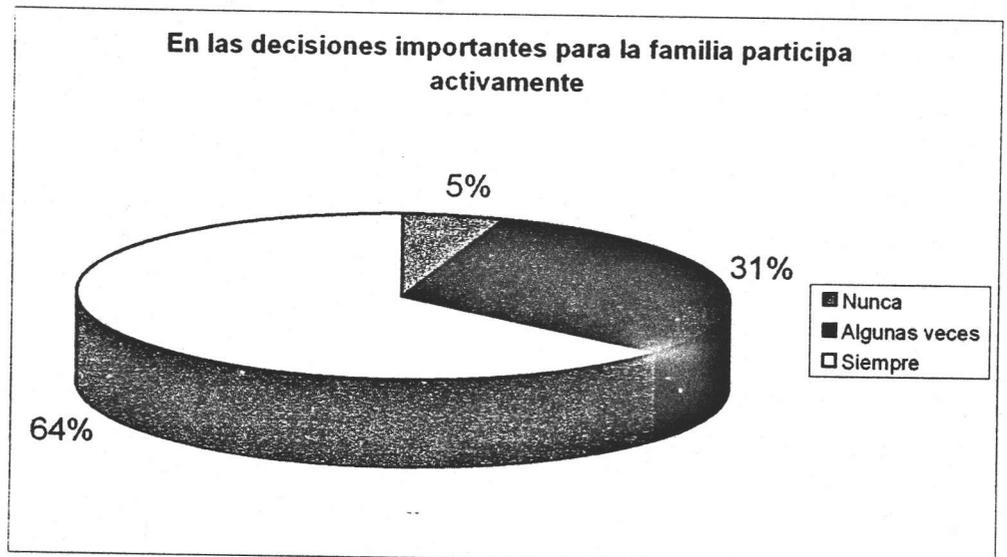
CUADRO No. 4

*En las decisiones importantes para la familia participo
Activamente.*

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	4	25	52	81
%	5	31	64	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRÁFICA No. 4.



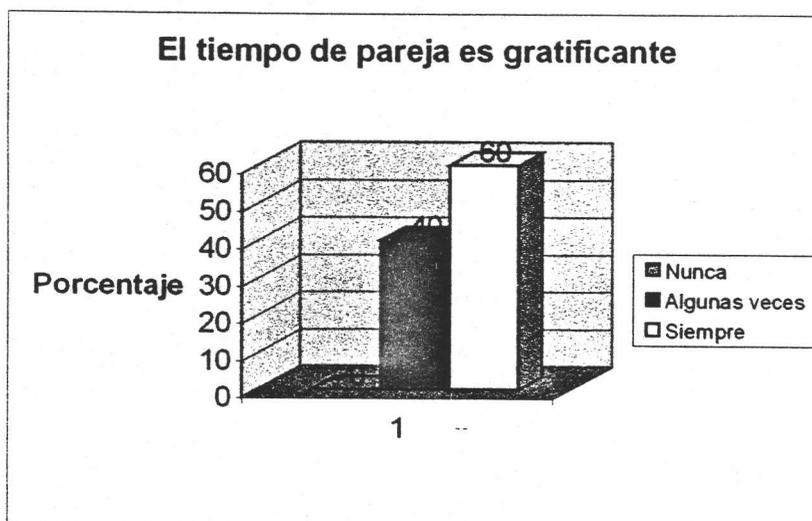
CUADRO No 5

El tiempo de pareja es gratificante

	Frecuencia	%
Nunca	0	0
Algunas veces	33	40
Siempre	48	60
TOTAL	81	100

Fuente : encuesta a usuarias

GRÁFICA No. 5



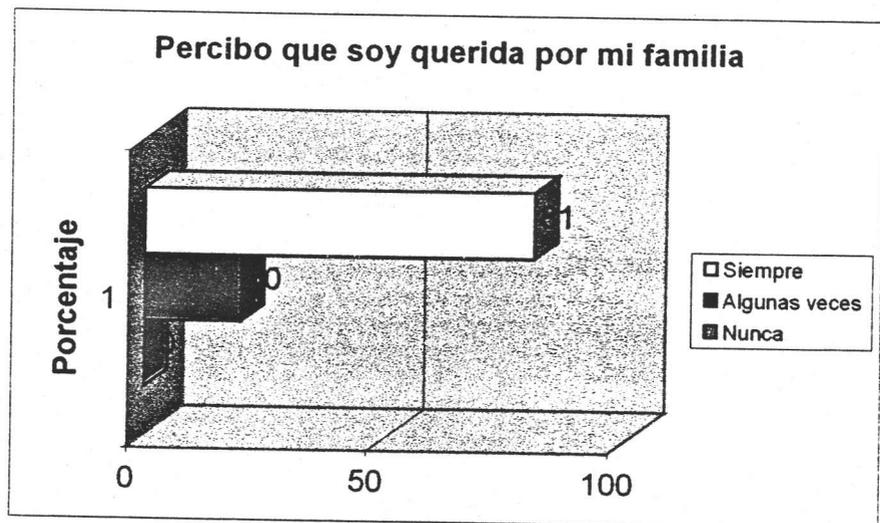
CUADRO No. 6

Percibo que soy querida por mi familia

	Frecuencia	%
<i>Nunca</i>	0	0
<i>Algunas veces</i>	16	20
<i>Siempre</i>	65	81
TOTAL	81	100

Fuente: encuesta a usuarias

GÁRAFICA NO 6



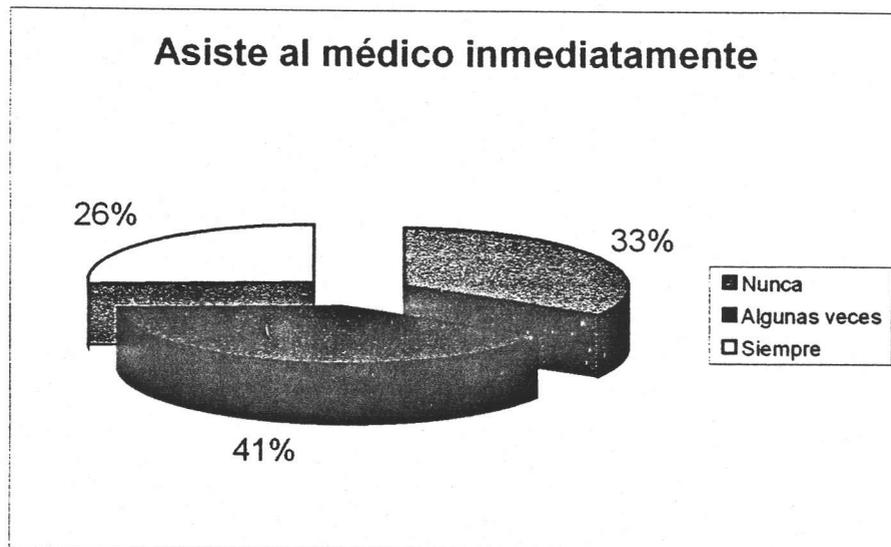
CUADRO No.7

Asiste al médico inmediatamente

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	27	33	21	81
%	33	41	26	100

Fuente. Encuesta a usuarias

GRAFICA NO. 7



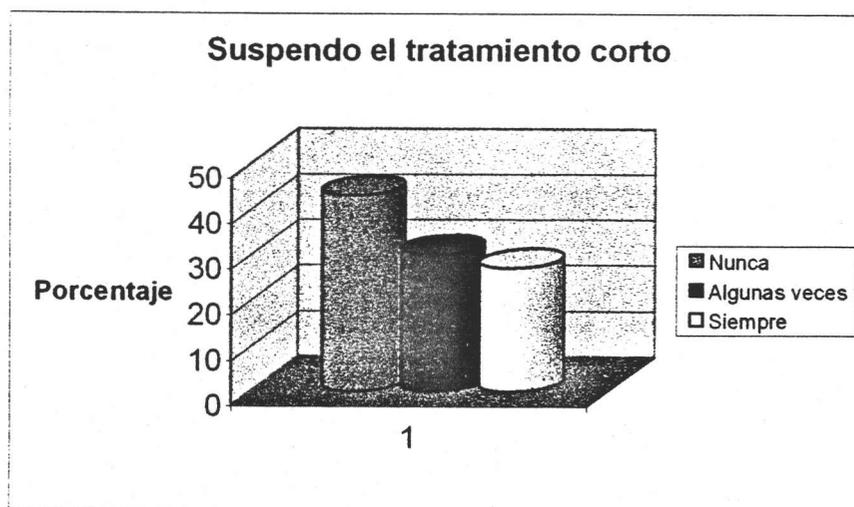
CUADRO No. 8

Suspendo el tratamiento corto

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	35	24	22	81
%	43	30	27	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRÁFICA No. 8



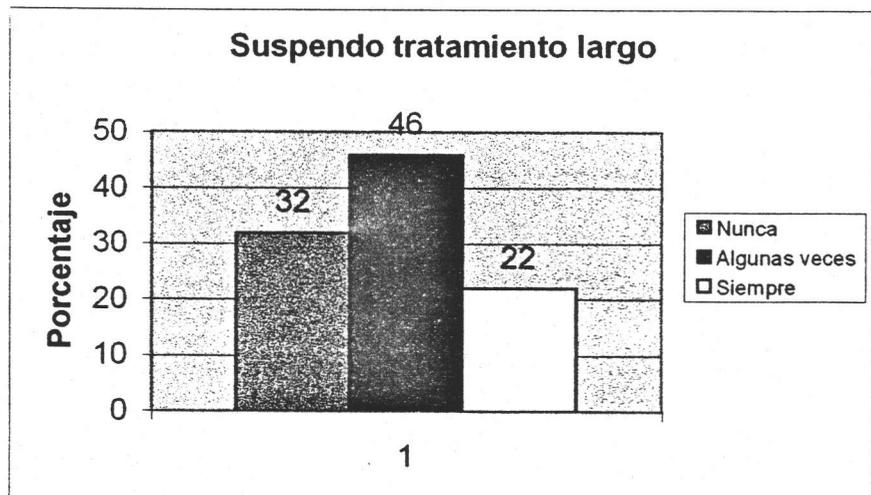
CUADRO No. 9

Suspendo tratamiento largo.

	Frecuencia	%
Nunca	26	32
Algunas veces	37	46
Siempre	18	22
Total	81	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRAFICA No.9



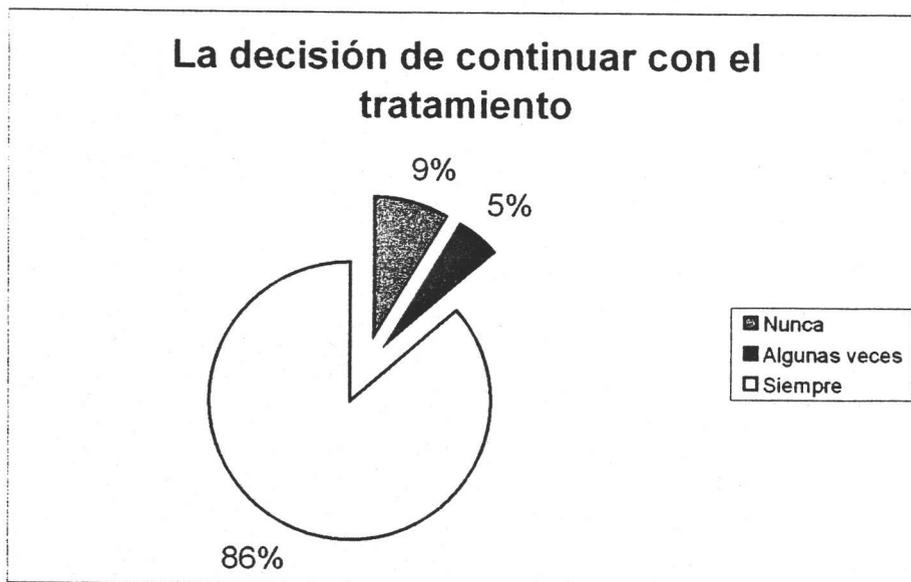
CUADRO No. 10

La decisión de continuar con el tratamiento la tomo yo.

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	7	4	70	81
%	9	5	86	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRAFICA No.10



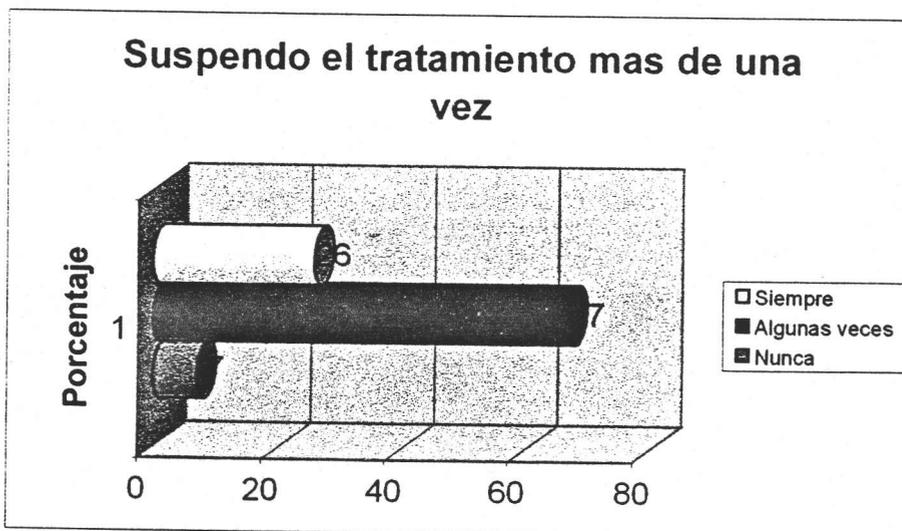
CUADRO No.11

Suspendo el tratamiento mas de una vez.

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	6	54	21	81
%	7	67	26	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRAFICA No.11



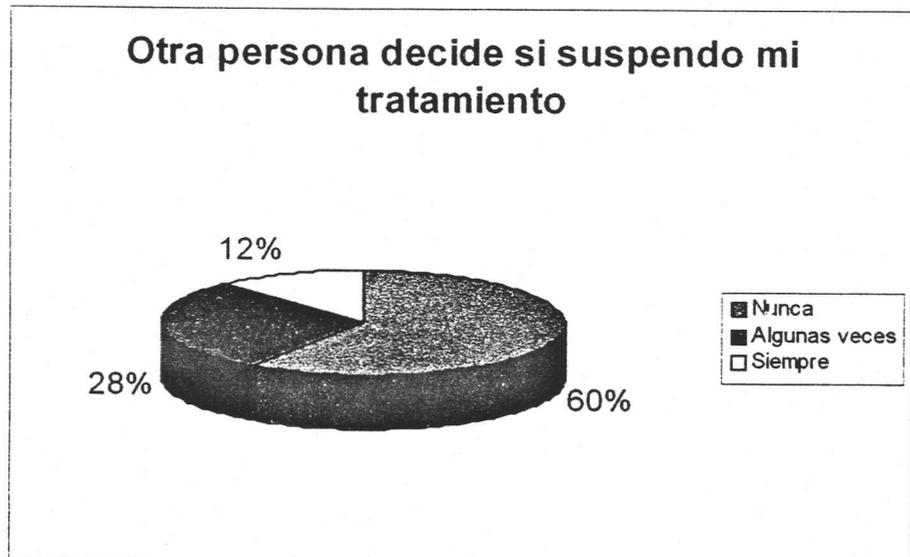
CUADRO No. 12

Otra persona decide si suspendo mi tratamiento

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	48	23	10	81
%	60	28	12	100

Fuente : encuesta a usuarias

GRAFICA No. 12



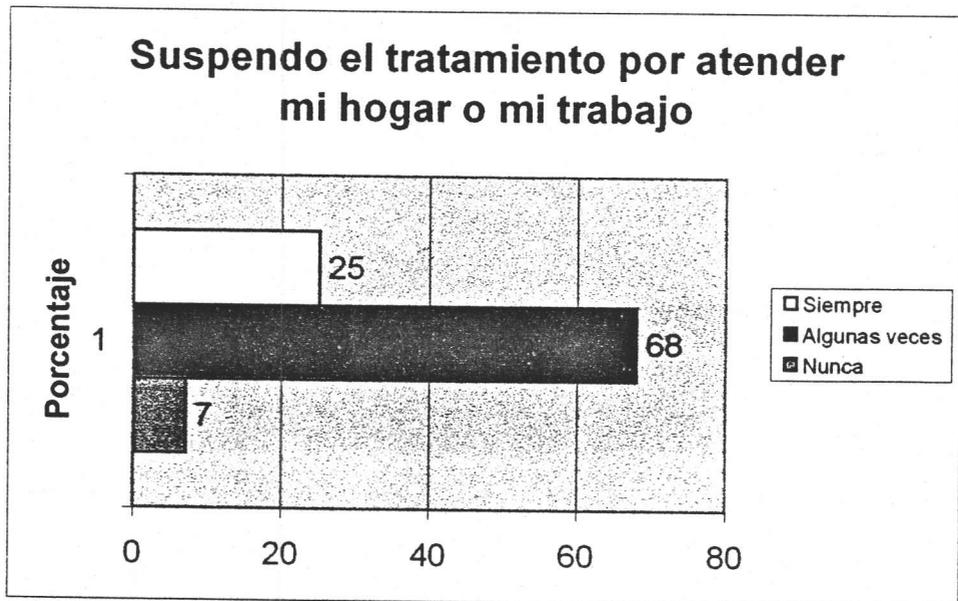
CUADRO No.13

Suspendo el tratamiento por atender mi hogar o mi trabajo

	Nunca	Algunas veces	Siempre	Total
Frecuencia	6	55	20	81
%	7	68	25	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRAFICA No.13



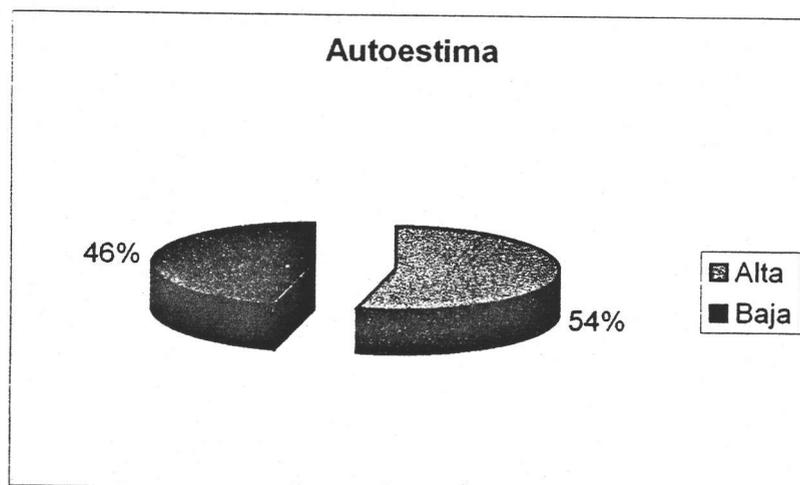
CUADRO No. 14

Evaluación de autoestima

AUTOESTIMA	FRECUENCIA	%
ALTA	44	54
BAJA	37	46
TOTAL	81	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRAFICA No. 14



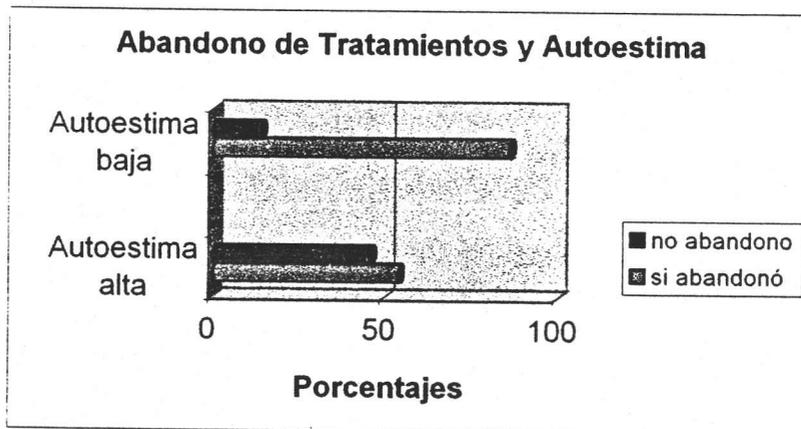
CUADRO No.15

Abandono de tratamientos y autoestima

	ABANDONO DE TRATAMIENTOS			
	Autoestima alta		Autoestima baja	
	FREC.	%	FREC.	%
<i>Si abandona</i>	32	54	19	86
<i>No abandona</i>	27	46	3	14
TOTAL	59	100	22	100

Fuente: encuesta a usuarias

GRÁFICA No.15



DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de nuestro estudio nos encontramos con diversos problemas, entre ellos y uno de los principales fue el no contar con bibliografía existente en nuestro medio, orientada al desarrollo específico del objetivo que nos planteamos, en el cual relacionamos la equidad de género y autoestima con el abandono de tratamientos. Sin embargo, el aspecto social que tomó la investigación, desde nuestra perspectiva es importante, ya que es un fenómeno que merece la pena estudiarlo desde distintos abordajes, para tener un panorama más amplio. Y que en lo futuro sea un asunto importante de referencia por parte de algunos médicos de considerar que es una forma de atender un punto olvidado y pocas veces evaluado en las mujeres.

En nuestra Unidad Médica la comunidad derechohabiente que acude con regularidad a su atención, específicamente la femenina, presenta una gama de patologías las cuales a pesar de contar con un tratamiento adecuado para el padecimiento en cuestión, nos dimos cuenta por observación directa y personificada que no en todos los casos obtuvimos una buena respuesta al tratamiento, es por este motivo que se efectuó la tarea de dedicarnos a investigar esta anomalía. La cual dentro de nuestro interrogatorio, nos arroja que entre los motivos causales son, que le dan poca importancia a sus necesidades personales dando mayor categoría a otras actividades antes que a su salud.

Al evaluar las preguntas dirigidas para investigar la importancia que les merece su auto cuidado, encontramos que solo una pequeña parte de nuestras mujeres el 8% le da importancia a su persona, por otro lado, la mayoría que es la restante con frecuencia antepone otras actividades.

La etapa de la encuesta que evalúa la satisfacción al realizar sus actividades, esta nos da como resultado, un mayor porcentaje de mujeres que afirman sentirse complacidas, sin embargo, existe un porcentaje del 33% de mujeres que nos permite apreciar que no se sienten satisfechas con sus actividades.

Sin embargo las realizan a pesar de no sentirse satisfechas y esto puede ser debido a factores de género, en donde tienen a su cargo al esposo, padres, parientes ancianos o minusválidos pero sobretodo a sus hijos se encuentran realizando una multiplicidad de actividades, que no pueden dejar de cumplir, por el rol social que las obliga a priorizar las necesidades de su familia respecto a las suyas propias, la falta de reconocimiento por parte de su familia de sus necesidades personales y de salud, facilitan, entonces el abandono de sí mismas, tal como lo señala el manual la Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva.

El rubro investigado sobre la percepción de sentirse queridas por su esposo, el mayor porcentaje de mujeres lo confirman, sin embargo, un número de personas

que al responder como se sienten respecto a su pareja. nos indican que hay un porcentaje del 40% que algunas veces perciben ese afecto, dando lugar a repercutir en su estima y en sus relaciones de pareja. Tal como lo señalan algunos autores entre ellos Braden, en su obra. los seis pilares de la autoestima.(31) (32)

El apartado de la entrevista que nos muestra la existencia de equidad en el ámbito familiar tomando en cuenta a la comunicación, toma de decisiones y discusiones, en las cuales la mayoría de las entrevistadas optan por hacerlo en pareja, sin embargo, hay un porcentaje importante entre el 20 y 30% que no lo hace. Bajo los resultados de este estudio podemos inferir que estas mujeres no participan directamente en la toma de decisiones y por lo tanto asumen una actitud de baja estima ya que se convierten en una persona pasiva, receptoras de ordenes lo que les impide participar activamente en las decisiones de la familia.(33)

Al evaluar el abandono de tratamientos nos encontramos que existe un porcentaje de mujeres que no le dan la importancia debida a su salud, ya que manifiestan a través de la encuesta que suspenden sus tratamientos cortos, si sumamos el porcentaje obtenido entre las respuestas de algunas veces y siempre lo suspenden nos da un resultado del 57%, y en los tratamientos largos tenemos, un 68% de las cuales abandonan su tratamiento largo, y no toman en cuenta que sus padecimientos se pueden complicar, lo que denota una baja estima al no priorizar sus necesidades de salud, que indudablemente repercute en la falta de continuidad de su tratamiento, únicamente para sentirse bien y poder realizar las actividades diarias, sin embargo, existe un porcentaje de mujeres que opta por no suspender su tratamiento el cual lo asociamos a una estima alta.

Como lo menciona Braden: La autoestima es un concepto inherente a una sensación fundamental de eficacia y de mérito, a la idoneidad y a la dignidad en principio. "Tengo confianza en mí mismo para hacer las elecciones y tomar las decisiones que guiarán mi vida"."Me siento con derecho a hacer valer mis legítimos deseos o necesidades." (33)

En general en cuanto a la clasificación de autoestima, se observó, que existe un porcentaje del 46% con autoestima baja, y un 54% de mujeres que cuentan con autoestima alta.

Al relacionarlo con en el abandono de tratamientos, obtuvimos que el 86% de las encuestadas se clasificaron con autoestima baja, siendo este un dato significativo, en donde se señala esta asociación y que el objetivo planteado se

demuestra patentemente al analizar esta segmento de la investigación. (ver cuadro y gráfica 15)

Quienes se ubicaron con autoestima alta, de estas el 54% observamos que de igual forma abandonó sus tratamientos, si lo establecemos en cuanto a la clasificación de autoestima alta y que no abandonaron su tratamiento, descubrimos que el 46% de las mujeres continuaron su tratamiento. En cambio las mujeres catalogadas con autoestima baja apenas el 14% no abandona sus tratamientos, el resto 86% si abandona sus tratamientos, así podemos considerar que, quienes cuentan con estima alta tienen un menor porcentaje de abandono de tratamientos. Existe un porcentaje importante de abandono de tratamientos, en donde inferimos otras causas de abandono de tratamientos, las cuales no son el objetivo del presente estudio.

CONCLUSIONES

El objetivo planteado en este estudio no se logró demostrar plenamente, ya que se vio limitado por el propio diseño del trabajo, no fue posible establecer una relación directa entre género y autoestima de la mujer con el abandono de sus tratamientos, ya que observamos también que sucede tanto en mujeres con autoestima baja como autoestima alta. Entendemos que debe investigarse con mayor profundidad otras causas de abandono de tratamientos, que no se contemplaron en este estudio, debido a que no fue objetivo de esta tesis, y por lo consiguiente queda abierto a su investigación.

No obstante consideramos que puede contemplarse como un diagnóstico situacional, limitado únicamente a nuestra comunidad derechohabiente, de Juan Aldama Zac. Pensamos que puede dar pie para continuar en lo futuro con otros estudios tratando esta problemática de Salud Pública, los cuales deberán revisar la complejidad del problema y que incluyan estudios con mayor profundidad, con el apoyo multidisciplinario de psicólogos, antropólogos, sociólogos, etc.

La pretensión de este trabajo, es solo tener un primer acercamiento a esta problemática, que inicia su investigación en últimas fechas. Consideramos que es un punto de vista diferente de reflexión, considerando que al atender a una mujer que en reiteradas ocasiones vuelve por la misma patología ya tratada.

Percibimos que se asume una actitud de indiferencia entre la relación médico-paciente, dando como resultado el mal seguimiento de los padecimientos y por ende repercutiendo directamente en la salud, que indudablemente trasciende en el resto de sus actividades, reflejándose en sus relaciones interpersonales, y de familia, así como, en el desempeño de sus labores diarias .

Proponemos que al atender a mujeres que cuentan con estas características, procurar no ignorarlas de primera intención, asumiendo que sus padecimientos son una exageración, o que no son verdaderamente importantes sus síntomas, ya que algunas veces al entrevistarse con el médico, que en ocasiones es el primer recurso que tienen a su alcance para exteriorizar su situación y aliviar algunos de sus padecimientos que pueden estar siendo somatizados, y no pensar en todo momento que estos son necesariamente patológicos.

De aquí la importancia que tiene el médico de primer contacto, de sensibilizarse ante esta situación, para que se proporcione un manejo integral de los padecimientos tratados y poder detectar a tiempo a las mujeres que tengan algún trastorno de su autoestima, teniendo en cuenta lo siguiente; entre otras características, tienen disminuida su capacidad de decisión, son poco

participativas y con falta de confianza en sí mismas. En ocasiones tenemos como resultado, que se confundan estas manifestaciones con cuadros depresivos o somatización de sus síntomas convirtiéndolas posteriormente en dolencias crónicas, continuándose con la expedición de tratamientos insuficientes por no tomar en cuenta el estado psicológico de estas personas, ocasionando fracasos terapéuticos y facilitando el abandono de sus tratamientos, dando como resultado mayor malestar en ellas, reflejándose en el aumento de la demanda de consultas y mayor consumo de medicamentos, afectando sus actividades sociales, laborales y, por consiguiente, su salud.

Lo ideal es que las mujeres estén en condiciones que les permitan acceder a situaciones de bienestar y crecimiento personal, que desarrollen una capacidad de fortalecimiento que posibilite la conciencia y el respeto por sí mismas, promoviendo formas de auto cuidado en la salud, desarrolladas por cada persona para generar relaciones armoniosas que permitan a la mujer desarrollarse, sin limitaciones y tener como resultado, personas con mayor participación en la vida social y económica, mejorando el nivel de salud de las personas que las rodean y de ellas mismas. (1)

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria de Salud. La perspectiva de género en la salud reproductiva. México: Secretaria de Salud; 1996. p.1-21.
2. Bleichmar, Emilce Dio. El Feminismo espontáneo de la historia. Barcelona: Fontamara; 1986. p 46-72.
3. Lamas, Martha. La antropología feminista y la categoría de género. Nueva Antropología. 1986. 7 (30): 173-198.
4. Saucedo, JM. Violencia en la familia: el maltrato a la mujer. Rev Méd IMSS. 1995, 33: 283-287
5. Scott, Joan. El género una categoría útil para el análisis histórico. Historia y Género: Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea. Barcelona: Alfons el Magnanim; 1990. p 254-281.
6. Antrobus, Peggy. Enfoque de Género en los sistemas de atención de salud. México: Mecanograma PUEG; 1991. p 9-16.
7. Pick, S. Díaz-Loving, R. Andrade, P. Varios artículos en la Psicología Social en México, Vol. II. México: 1988. p 26- 32.
8. Rogers C. "El proceso de convertirse en persona". México: Paidós; 1992. p 36-45.
9. Young, PT. Como entender a nuestros sentimientos y emociones. México: Manual Moderno; 1997. p156-202.
10. Gaeda , N. Escuela para padres y maestros. México: ICDE; 1992.p 6-13.
11. Sánchez, OR. Salinas, AV. Proyecto Centroamericano de acción local para prevenir la violencia contra la mujer. Rev. Panamericana de la Salud. 1994; 2: 124-127.
12. Velazco, OR. Chavez, AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. Med. IMSS. 1994; 32: 271-275.
13. Orbach, S. Eichenbaum, L. Agridulce. México. Grijalbo; 1988. p 27-35.

14. Heise, Lori. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. *Mujer Salud y Desarrollo*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p 29-33.
15. Saucedo, GI. Violencia doméstica y sexual. *Rev. Demos*. 1995: 32-34.
16. Valdez, ET, Gomariz ME. Violencia contra la mujer. *Rev. Muj Latinoamericana en Cifras*. 1993: 109-110.
17. Torres, F. La violencia en casa. *Maltrato invisible*. México: PAIDÓS CROMA ; 1998. p 124-150.
18. Keijzer, Benno. La masculinidad como factor de riesgo. *Fertility and the Male life cycle in era of fertility decline*. México 1995:13-16.
19. Enlace Comunicación y Capacitación A.C. Seamos Diferentes. *Manual de Superación personal para Mujeres*. México: EDUC; 1998. p 9-33. 26
20. Saucedo, JM. Psicoterapia dirigida a familias de bajos recursos. *Rev. Méd. IMSS*. 1993; 31: 401-405.
21. Figueredo, AV. Corral, VI. Frias, MA. La influencia consanguínea de la mujer en la ocurrencia de violencia intramarital. *Rev. Enseñanza e Investigación en Psicología*. 1998. jul-dic; 3 (2): 103-106.
22. Maslow, A. *Motivación y Personalidad*. México: Trillas; 1998. p 64-67
23. Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar. México: Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar PRONAVI; 1999. p 5-14.
- 24.- Newport, DJ. Nemeroff, CB. Neurobiología del Trastorno por Estrés Postraumático. *Current Opinion in Neurubiology*. 2000; 10: 211-218.
- 25.- Pichot, P. López, J. Aliño, I. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: DSM IV; 1999. p 434-440.
- 26.- Lorente M. Lo normal de lo anormal. *Hombres por la igualdad*. [en línea] [fecha de acceso 9 Mar 2000.] p27. [disponible en www.hombresigualdad.com/normal-anormal-mlacosta.htm-101k.]
- 27.- Montero, A. El Síndrome de Estocolmo Doméstico. *Sociedad Española de Psicología de la Violencia* [en línea], [fecha de acceso 18 ene 2003.] p37. [disponible en [http:// www.sepv.org](http://www.sepv.org).]

- 28.- Valdez, SR. Panorama de la violencia doméstica en México: Antecedentes y perspectivas. Rev. Salud Pública. [en línea], [fecha de acceso 12 ene 2003] 45;472-482. [disponible en www.insp.mx/salud/45/456_6.pdf.]
- 29.-Olamendi, P. El cuerpo del delito: los derechos humanos de las mujeres en la justicia penal. México: UNIFEM. PGR, Conmujer; 1997. p. 46-67.
- 30.- Lagarde, M. Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas, México: UNAM; 2000. p. 247.
- 31.-Braden, N. Los seis pilares de la autoestima.México: Paidós Mexicana, S.A; 2000. p 32-46.
- 32.-Burns, D. Autoestima en 10 días. México: Paidós Mexicana, S.A; 2001. p13-36.
- 33.- Braden, N. La autoestima en la vida humana: en el respeto hacia uno mismo Honoring the self. The Psychology of confidence and respect. Bantam Books.(trad);Barcelona: Paidós Ibérica Barcelona; 1996, pp. 19-28.

ANEXO 1

Edad: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Estado Civil: _____
Número de integrantes de la familia: _____

En las siguientes situaciones que se presentan conteste poniendo en cada paréntesis la respuesta que crea conveniente.

	1 NUNCA	2 ALGUNAS VECES	3 SIEMPRE
I.- Evalúa Autoestima y equidad.			
1.- ¿Cuando tengo tiempo libre lo dedico a mi persona?	()	()	()
2.- ¿Las labores hogareñas o mi trabajo me tiene satisfecha.?	()	()	()
3.- ¿ Cuando quiero comunicar algo importante a mi esposo o pareja se lo digo directamente.?	()	()	()
4.- ¿ En las decisiones importantes para la familia participo activamente.?	()	()	()
5.- ¿ El tiempo que nos dedicamos mi esposo y yo es gratificante?	()	()	()
6.- ¿ Percibo que soy querida por mi familia?	()	()	()

II. Evalúa abandono de tratamientos.

7. - ¿ Cuando estoy enferma asisto al médico inmediatamente?

() () ()

8. -¿ Cuando tengo un tratamiento corto (de 7 a 10 días)
lo suspendo antes de terminarlo?

() () ()

9. - ¿ Cuando tengo un tratamiento largo (de un mes o más)
lo suspendo antes de terminarlo?

() () ()

10. - ¿ Cuando estoy enferma la decisión de continuar
con el tratamiento la tomo yo?

() () ()

11. - ¿He suspendido mi tratamiento por más de una vez

() () ()

12. - ¿ Cuando ha suspendido el tratamiento lo decidió
otra persona?

() () ()

13.-¿ He suspendido algún tratamiento por atender mi hogar
o mi trabajo?.

() () ()

ANEXO 2

Para clasificar a las mujeres según la percepción de equidad y autoestima relacionados con el abandono de tratamientos, nos basaremos en la siguiente escala de evaluación.

AUTOESTIMA ALTA	15 A 18 PUNTOS
AUTOESTIMA BAJA	10 A 14 PUNTOS

ABANDONO DE TRATAMIENTOS	15 A 19 PUNTOS
NO ABANDONO DE TRATAMIENTOS	11 A 14 PUNTOS