



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80



**AIDA ELIZABETH RAMIREZ HERNANDEZ**  
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO  
MATRICULA 99175416  
CURP RAHA741209MJCMRD15

TESIS

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

TITULO

**APTITUD DE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO EN LA  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ANTES Y DESPUÉS DE UNA  
ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA**

**ASESOR**

JAVIER RUIZ GARCÍA  
Medico Especialista en Medicina Familiar  
Matricula 3321584

**COASESOR**

EDUARDO C. PASTRANA HUANACO  
Medico Especialista en Anestesiología  
Matricula 3451194

**COASESOR ESTADISTICO**

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO  
Analista Coordinador "A"  
Matricula 3211878

No REGISTRO DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN: IMSS: R-2008-1602-11

Morelia Michoacán, México Noviembre 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION MORELIA MICHOACAN**

**DR EDUARDO C. PASTRANA HUANACO**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD

**DR BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

**DR JAVIER RUIZ GARCIA**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

**DRA OLIVA MEJIA RODRIGUEZ**  
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MI ASESOR:** Porque sin su ayuda no habría podido realizar este proyecto, por su apoyo, paciencia, dedicación, por todas esas horas dedicadas a mi y ha cada uno de mis compañeros, durante el recorrido de nuestra especialidad. Gracias.

**A MIS COASESORES:** Dr. Pastrana por su paciencia, su enseñanza, su interés y su tiempo para con migo, y al Maestro Carlos, por su gran paciencia, su alegría, entusiasmo, a los dos agradecerles el haberme enseñado. Porque su gran tesoro que es su conocimiento, lo compartieron conmigo.

**A MIS COLABORADORES:** Teresa Ruano Trabajadora Social, Emma Hernández Lic. en Psicología Clínica. Por ayudarme con su tiempo, y su entusiasmo a la realización de este proyecto.

**A MI MAESTRA:** Dra. Socorro porque gracias a ella y a su entrega a sus “pollitos” como ella nos llama, en el recorrido de este camino para mi preparación como Medico especialista en Medicina Familiar. Y también a todos mis maestros de todas las especialidades con los que tuve la fortuna de rotar, mil gracias.

**A MIS COMPAÑEROS:** Gracias a cada uno de los 13, (Liber, Rebe, Liz, Galo, Sergio, Hugo, Obed, Gómez, Paula, Alejandra, Dulce, Fco, y Manuel), por compartir sus alegrías, tristezas, triunfos y fracasos, por tolerarme, ayudarme y estimarme.

Y por ultimo a esta ciudad tan hermosa que me recibió, y me deja maravillosos recuerdos.

## **DEDICATORIA**

**A Dios** por permitirme realizar un sueño, por su compañía y su amor

**A mi Mamá** gracias por tu amor, tu cariño, por creer en mi, y por todas tus enseñanzas, desvelos, y todo aquello que has realizado para darme una vida hermosa.

**A mis Hermanos** por su amor, su comprensión, ayuda y paciencia.

Este trabajo se realizó en las aulas de la Unidad de Medicina Familiar No 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Morelia Michoacán, México.

**ASESOR**

JAVIER RUIZ GARCÍA

Medico Especialista en Medicina Familiar

Matricula 3321584

**COASESOR**

EDUARDO C. PASTRANA HUANACO

Medico Especialista en Anestesiología

Matricula 3451194

**COASESOR ESTADISTICO**

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

Analista Coordinador "A". Centro de Investigación Biomédica de Michoacán

Matricula 3211878

## **COLABORADORES**

Teresa Rocío Ruano Malagón  
Trabajadora Social

Emma Hernández  
Lic. en Psicología Clínica

## Índice

	<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
I	Resumen.....	2
II	Abstract.....	3
III	Abreviaturas y Glosario.....	4
IV	Relación de figuras y cuadros.....	7
V	Introducción.....	8
VI	Antecedentes.....	11
VII	Justificación.....	23
VIII	Planteamiento del problema.....	24
IX	Hipótesis y objetivos.....	26
X	Material y métodos.....	27
XI	Resultados.....	35
XII	Discusión.....	41
XIII	Conclusiones.....	43
XIV	Recomendaciones.....	45
XV	Referencias bibliográficas.....	46
XVI	Relación de anexos.....	50

**Total de Páginas: 59**

## I. Resumen

Aptitud de los médicos internos de pregrado en la violencia intrafamiliar antes y después de una estrategia educativa participativa

**Objetivos:** Evaluar el impacto en la aptitud de los médicos internos de pregrado en violencia intrafamiliar antes y después de una estrategia educativa participativa

**Material y Métodos:** Estudio de intervención educativa diseño test-retest. Población de estudio 11 médicos internos de pregrado en rotación por medicina familiar de UMF No 80, en mayo-junio del 2008. Muestreo: no probabilístico por conveniencia. Se construyó un instrumento con dos casos clínicos de violencia intrafamiliar problematizados, con un total de 50 ítems, y tres opciones de respuesta, falso, verdadero y no se. Se midieron los indicadores de abandono, maltrato físico, psicológico sexual, y factores de riesgo. Análisis Estadístico: no paramétrico, con prueba de pares igualados de Wilcoxon, prueba Kuder-Richardson, Fórmula Pérez-Padilla y Viniegra, Mc Nemar, para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico para las ciencias sociales (SPSS ver. 15).

**Resultados:** La fiabilidad del instrumento fue de .7, la calificación esperada por azar de 11 de 50 reactivos. En la pre-evaluación el 81.8% (9) y el 18.2% (2) se encontraron en la categoría de pobre y bajo respectivamente, en la post-evaluación 90.9% (10) estuvieron en la categoría de bueno y excelente. Observando una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ), y con una magnitud de cambio de mas del 50%.

**Conclusiones:** La estrategia educativa participativa mejoró la aptitud de los médicos internos de pregrado en violencia intrafamiliar.

**Palabra clave:** Violencia Intrafamiliar, Educación Participativa, Aptitud Clínica

## II. Abstract

### **Aptitude of the medical students and interns of in the intra-family violence before and after a participatory educative strategy**

**Objectives:** To before evaluate the impact in the aptitude of the medical students and interns in intra-family violence and after a participating educative strategy.

**Material and Methods:** Study of educative intervention participatory intra-family violence, design test-retest. Population of study 11 medical students and interns in familiar medicine rotation in UMF No 80, the period of May-June of the 2008. Sampling: non-probabilistic by convenience. Used an instrument that was realised for this study, with a total of 50 items, three options of false, true and not. Were measured indicators of neglect, psychological abuse, physical and sexual, and factors of risk. Statistic analysis: non-parametric statistic, with the test Wilcoxon, test of Kuder-Richardson, Formulates Perez-Padilla and Viniegra, Mc Nemar and for the data processing used statistical software for social sciences (SPSS to see. 15). With  $p < \text{valor of } 0.05$ .

**Results:** The reliability of the instrument was .7, the awaited qualification by chance of 11 of 50 items. In the pre-evaluation the 81,8% (9) and the 18,2% (2) were in the category of poor man and under respectively, in post-evaluation 90.9% (10) they were in the good and excellent category of. Observing one it differentiates statistically significant the educative strategy subsequent to, with a magnitude of change of but of 50%.

**Conclusions:** The participativa educative strategy I improve the aptitude of the internal doctors in intrafamiliar violence.

Key word: Domestic Violence Participativa Education, Clinical Aptitude

### **III. Abreviaturas**

AHF: Antecedentes Heredofamiliares

APNP: Antecedentes Personales no patológicos

APP: Antecedentes Personales Patológicos

AGO: Antecedentes Gineco-obstétricos

DDHH: Derechos Humanos

HGR No 1: Hospital General Regional No 1

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IVSA: Inicio de vida sexual activa

NOM-190 SSA1-1999: Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF No 80: Unidad de Medicina Familiar No 80

## Glosario

Aprendiz: Principiante en algún oficio ó actividad.

Aprendizaje: Tiempo en que se trata de aprender un oficio y practicas necesarias para ello. Proceso de adquisición de nuevos hábitos y comportamientos mediante la experiencia y no a través de factores tales como la maduración.

Aptitud Clínica: Se conceptualiza como la capacidad del educando para recuperar su experiencia en el transcurso de su formación, ante situaciones problemáticas en los distintos espacios clínicos, en donde se analiza su criterio en la toma de decisiones en el transcurso de la atención del paciente.

Brunner: José Joaquín Brunner: Profesor chileno, investigador y sociólogo de la educación.

Conductivista: Que conduce.

Crítica: Resumen de procesos de elaboración del conocimiento, participación, que parte de reconocer y termina en proponer, pasando por contrastar, interpretar, enjuiciar, confrontar y pronunciarse.

Debate: Es el dialogo con una intención deliberada de sopesar y argumentar opiniones y puntos de vista opuestos, divergentes o dispares.

Educación: Del latín educatio: guiar, conducir, educar, formar, instruir, se define como el proceso bi-direccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

Educación: Del latín educare: dirigir, encaminar, doctrinar. Desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales del niño o del joven por medio de preceptos, ejercicios, ejemplos etc.

Educación Participativa: Es la que considera actividades orientadas a que el alumno deje de ser un espectador para convertirse en el protagonista de la construcción de su conocimiento, mediante el análisis y crítica de documentos, el debate y la confrontación de diferentes opiniones y puntos de vista.

Educación Tradicional: Conjunto de actividades que se llevan a cabo, con el predominio de un enfoque pasivo de la educación a través de técnicas expositivas por parte del docente.

Epistemología: Teoría del conocimiento, doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico

Fiabilidad: Es el grado con que un instrumento mide con precisión sin error e indica la condición del instrumento de ser fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición.

KR20: Fórmula por la cual se obtiene el coeficiente de fiabilidad.

Ulterior: Adjetivo, que esta en la parte de allá o que ocurre tras otra cosa.

Violencia Intrafamiliar: Al acto u omisión único ó repetido, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad ó la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual ó abandono.

## VI. Relación de Figuras y Cuadros

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
Cuadro I    Factor de dificultad de cada reactivo del instrumento.....	36
Cuadro II    Análisis de reactivos de menor dificultad del instrumento.....	37
Cuadro III    Análisis de reactivos de mayor dificultad.....	38
Cuadro IV    Resultados de la pre y post-evaluación prueba de Wilcoxon.....	38
Cuadro V    Resultados de la pre y post-evaluación prueba de Mc Nemar.....	40
Cuadro IV    Resultados por indicadores según NOM-190 SSA1-19.....	40

## V. Introducción

Comenzaré con unas palabras escritas en el libro “Emilio”, escrito por Juan Jacobo Rousseau, un progresista del siglo XVIII. “Despierta la atención de nuestro alumno por los fenómenos de la naturaleza, y lo habrás hecho curioso; más para satisfacer su curiosidad no te apresures jamás a satisfacerla. Pon los problemas a su alcance y déjales resolver. Que no sepa nada porque se lo hayas dicho, sino porque el mismo lo haya comprendido, que no aprenda la ciencia, sino que la invente”.

Estos pensamientos escritos desde hace más de tres siglos, nos hacen pensar sobre la importancia de la educación desde el punto de vista del descubrimiento de la participación y como la educación durante todo este tiempo ha sido sistemática, tradicionalista, conductiva, y en que enseñar sin preocuparse de si el alumno aprende verdaderamente.

Así la educación ha cambiado en estos últimos años, desde las diferentes perspectivas epistemológicas. La preocupación central de la enseñanza actual es la participación activa del aprendiz en su proceso de aprendizaje.

Esta propuesta trata de una enseñanza por interrogación, no por exposición o provista de respuestas. Siendo el objetivo de desafiar constantemente al estudiante e impulsarlo a resolver problemas. Pues entender procesos es más importante que atesorar datos o conceptos.

El conocimiento aprendido y encontrado por uno mismo se considera más personal y significativo y tiene mayor arraigo que el conocimiento procesado por otros.

Por este camino, el estudiante no solo aprende, sino que a aprender a aprender y se automotiva para hacerlo, abriendo nuevas perspectivas, fomentando la autoestima y seguridad “soy capaz”, “es posible”.

Bruneer subraya la importancia del pensamiento productivo y creador. Para desarrollarlo, el estudiante debe tener considerable libertad de experiencia y al mismo tiempo suficientes elementos y orientaciones para tal exploración que conduzca a resultados.

Afirma que la mejor manera de aprender un conocimiento es recorrer el camino que lleva a descubrirlo. De ahí surge un aprendizaje para búsqueda de la investigación, soluciones de problemas y esfuerzo para descubrir una enseñanza filosófica. No hace falta que el estudiante recorra todos los pasos del descubrimiento, sino que entienda el proceso por el cual se ha llegado a él mediante la comprensión de la relación causa-efecto.

Educación para la participación significa que el acto educativo tiene como horizonte el progreso social concebido como una situación hipotética donde encuentre presencia histórica, es decir influencia y eficacia sociales, la diversidad de culturas y tradiciones que se han transformado por un devenir de apropiación del conocimiento (poder), reivindicando sus intereses y aspiraciones, y siendo partícipes de las fuerzas creativas de la historia.

En la educación para la participación el profesor deja de ser transmisor y el alumno receptor, en el proceso del aprendizaje. El profesor propicia condiciones favorables, orientando al alumno a buscar información que contraste y confronte reflexivamente con su experiencia, vinculando la teoría con la práctica.

Así la propuesta educativa participativa representa una alternativa para la práctica educativa y se sustenta en una epistemología diferente.

La educación pasiva o tradicional, plenamente vigente en la mayoría de los centros educativos del país, que ha propiciado una educación conductivista sin compromiso social y con problemas de aprendizaje, por ello creemos que es importante y necesario la realización de estrategias educativas participativas en la formación de pre y post-grado con el fin de desarrollar aptitudes clínicas para el abordaje de diversas patologías, y sobretodo encausadas a las patologías de salud pública como es la violencia intrafamiliar, que altera la vida normal de los individuos, la familia, y la comunidad, como consecuencia de las lesiones a la dignidad y los derechos de los individuos. En estudios realizados en el sector salud, demuestran que existe un desconocimiento generalizado, en el personal médico respecto de los procedimientos para la identificación, atención y mecanismos de referencia de estos casos, y las dificultades para una adecuada atención al problema de violencia intrafamiliar.

Hemos identificado que en el programa de la Facultad de Medicina, de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo no se encuentra el tema de violencia intrafamiliar como parte de un problema de salud pública. Así mismo durante la formación de pregrado, no se encuentra considerado este tema, en el programa de internado del IMSS en el HGR No 1 en ninguna de sus rotaciones.

Por ello la importancia del desarrollo de una esta estrategia educativa participativa para mejorar la aptitud del médico interno de pregrado, ante este tema tan importante a nivel mundial y nacional.

## VI. Antecedentes

Es difícil definir el concepto de educación, ya que esta palabra se emplea de múltiples maneras, en su aplicación mas común equivale asistir a la escuela y trae a la mente toda la gama de actividades que se llevan a cabo en los jardines de la infancia escuelas, colegios, superiores, institutos y universidades. Su significado es vago, designa cualquiera de las diversas clases de aprendizaje, desde la adquisición de habilidades específicas, como los que se reportan en la capacitación profesional, hasta las formas más abstractas y simbólicas del conocimiento. A lo que hacen en realidad los alumnos en cualquier escuela, independientemente de lo que aprendan; podríamos decir en este sentido que la educación también implica actitudes, creencias y valores que se aprenden a través de la participación en la vida social de la escuela. Así pues la educación designa, el proceso general por el cual aceptamos las metas y valores de nuestra sociedad, y por esta razón podemos decir que la educación es un proceso que dura toda la vida. <sup>(1)</sup>

Durante mucho tiempo la educación ha estado reducida a la transmisión de conocimientos, es decir a la instrucción. El alumno tenía que saber una determinada cantidad de cosas, y por ello la educación se limitaba al acto de enseñar y aprender. Mas tarde se pensó que no bastaba meramente instruir sino que había que desarrollar la capacidad intelectual del alumno es decir educar, así se hablo de una educación formal, frente a la antigua que se considero como una educación material. <sup>(2)</sup>

A lo largo de todo el siglo XX, los conceptos dominantes sobre el mecanismo de aprendizaje han sido de carácter conductivista. Las escuelas han funcionado como si el aprendizaje pudiera dividirse en habilidades y hechos específicos que pueden adquirirse en forma fragmentada y ordenada. La

práctica escolar tradicional se ha basado en la asimilación habitualmente de modo mecánico, la repetición de procedimientos y datos, y también se ha apoyado en las reglas y en los contenidos de las disciplinas, con el objeto de fortalecer las conexiones y hábitos mentales. <sup>(3)</sup>

La visión oficial de la escuela nos la presenta como una Institución autónoma, espacio de socialización, templo del saber, lugar privilegiado para que los integrantes de la comunidad realicen sus potencialidades, asciendan en la escala social, y se conviertan en agentes de cambio y superación de la sociedad. Bajo este enfoque, la educación formal, es el resorte fundamental del progreso social: a mayor escolaridad mayor progreso. Tal visión de las escuelas predominante en el mundo se adquiere por el hecho de emitir en una sociedad dada, transitar por sus instituciones educativas y asumir, tácticamente responsabilidades en la vida social. Esta visión es ingenua, pasiva simplista y encubridora (opuesta a una visión esclarecedora que es efecto de una crítica profunda). Ingenua porque es propio de la infancia aceptar sin cuestionar la autoridad del adulto, pasiva: porque no impone un esfuerzo de búsqueda por parte del sujeto, mucho menos de cuestionamiento, simplista: porque entraña una visión poco elaborada, fragmentaria y esquemática de la realidad concreta, encubridora: porque al ser la visión mas difundida y aceptada de lo que es la escuela, tiene un poderoso efecto de ocultamiento de su verdadera dinámica y papel social. <sup>(4)</sup>

El ambiente educativo en nuestro medio es pasivo, receptivo, donde la tendencia es todo ese conjunto de ideas, valores, representaciones, actitudes y prácticas cuyo sustrato es la pasividad, el inmovilismo y la apatía. En el proceso educativo en general, la evaluación del aprendizaje en diversas áreas del conocimiento se encuentran vinculadas con el rendimiento académico, lo que esta basado en los objetivos del aprendizaje.

En virtud de nuestro proceso histórico como nación, formamos parte de este conglomerado de países dependientes y subordinados a los altamente industrializados, donde las instituciones educativas son pasivas y reproducen el patrón dominante en la forma de vivir y apreciar el mundo. El microambiente educativo generado en el aula condiciona la pasividad o la participación de los alumnos en la construcción de su propio conocimiento, en la práctica educativa dominante el profesor es el depositario de un saber universal que se expresa como verdad revelada y su responsabilidad es transmitirlo al alumno, donde ambos se ven inmersos en una práctica educativa alienante, donde se pasa por alto la reflexión, la crítica y la evaluación de aptitudes. <sup>(5)</sup>

Nos encontramos inmersos en una transición dentro de los aspectos educativos que intenta superar los procesos en donde solo se estimula la pasividad y la dependencia del alumno, hacia otra en donde su participación sea importante para promover la reflexión y el cuestionamiento de su proceder. <sup>(6)</sup>

La educación médica en México ha sido pensada fuera del contexto propio y al margen de los problemas que le corresponden, y a los modelos españoles, francés y estadounidense se suceden uno a otro como los ejemplos a seguir en el país. Es infrecuente una educación médica que responda a los problemas y a los intereses que plantean las necesidades sociales, culturales y de conocimiento propios. Se entiende por educación médica al proceso de formación de médicos. Se inicia en el momento en que los estudiantes ingresan a una facultad o escuela de medicina y termina cuando egresan y se titulan como médicos; cuando hay formación de post-grado el proceso se alarga y culmina cuando los estudiantes obtienen el diploma de especialistas o el grado. <sup>(7)</sup>

La educación médica en nuestro país esta basada en programas pasivo receptivos, y la elaboración de exámenes están orientados a la memoria de los contenidos, e intervienen dos componentes inseparables: el proceso formativo o de enseñanza-aprendizaje y las relaciones que se establecen en el desarrollo del mismo. El proceso formativo es el conjunto de etapas sucesivas por las que pasa el estudiante al transformarse en medico: pueden distinguirse actividades de enseñanza-aprendizaje son las que realizan los profesores y los alumnos, los medios son los recursos para desarrollar las actividades. La educación de las universidades es bajo una epistemología con visión pasiva y desde luego esto ocurre en las escuelas de medicina, por lo tanto los médicos internos de pregrado al egresar, el proceso de conocimiento, es fundamentalmente consumo de información, donde las fuentes reconocidas por los expertos, es equiparable al conocimiento y con la visión participativa el proceso de conocimiento es la elaboración a partir de la información, la cual debe ser transformada para convertirse en conocimiento, que depende del grado de elaboración del sujeto cognoscente, donde las situaciones de conocimiento surgen cuando la experiencia se transforma y adquiere, a través de la reflexión un carácter cuestionador e inquisitivo. Esto adquiere especial relevancia en el proceso de formación médica de pregrado, ya que los alumnos realizan la mayor parte de su práctica educativa, en espacios laborales donde intercambian aspectos afectivos e intelectuales.<sup>(5,6,7,8)</sup>

La educación como fenómeno social de gran complejidad ha sido analizada a través de diferentes perspectivas epistemológicas; su abordaje conlleva al estudio de diversas disciplinas, las cuales ofrecen una explicación abarcadora acerca del verdadero papel que tiene una sociedad determinada. La educación tradicional esta enfocada a favorecer la perpetuación de un orden social desigual y la dependencia a través de la dominación, sofoca cualquier intento de controversia o discrepancia con el profesor y donde la tarea es

vista como un instrumento de sometimiento y la pasividad, enfatiza la transmisión, acumulación, y recuerdo de la información de una manera irreflexible, desvinculándola teoría de la práctica, desestimando las condiciones y circunstancias en las cuales se llevan a cabo normalmente las actividades educativas; ejercicio del poder esta en manos del profesor como una herramienta de censura y control. El resultado es una práctica educativa poco estimulante y desprovista de los atributos necesarios para que el alumno participe en la elaboración de su propio conocimiento.<sup>(8)</sup>

Existen múltiples enfoques respecto a la educación y en este estudio nos referimos a formas divergentes. Enfoque tradicional ó pasivo: La técnica y el orden esta por encima de todo; la noción del programa y el empleo racional y metódico del tiempo se hallan en primer plano. La clase organizada, ordenada y programada. En el plan educativo se encuentra todo lo que el alumno tiene que aprender; nada debe buscarse fuera si se quiere evitar la confusión. El método de enseñanza es el mismo para todos los alumnos; el repaso tiene un papel fundamental, entender como repetición exacta de lo que refiere el maestro o el libro.<sup>(9)</sup>

El maestro debe tomar jerarquía sobre sus alumnos ya que de acuerdo con este enfoque el es protagonista en el proceso educativo, es la base y condición del éxito de la educación quien guía y dirige la vida de los alumnos para formarlos como seres útiles de la sociedad. El enfoque participativo es educar para la participación, pues esta mas allá de la utilización de métodos y técnicas expositivas, que el alumno responda preguntas, exponga un tema o exprese su opinión, no se pretende delegar en este en forma creciente, ciertas responsabilidades del profesor, se trata de un proceso de transformación, tanto de uno como de otro, que los lleve a desempeñar distintos papeles.<sup>(9)</sup>

Desde el enfoque de la educación para la participación, el papel del docente es encauzar al alumno en la elaboración del conocimiento mediante la crítica. En esta propuesta por lectura crítica se entiende la capacidad del lector para hacer consciente una postura propia sobre lo expresado en el contexto, descubriendo los supuestos implícitos, la idea directriz, los puntos fuertes y débiles de los argumentos y propone otros planteamientos que superen los del autor, para si reafirmar o modificar su propia postura. <sup>(10)</sup>

Tradicionalmente la formación del médico general incluía únicamente rotaciones por los hospitales. Entre los años 1974-1993 existió un plan alternativo al tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el programa de Medicina General Integral, en el que la formación de médicos estaba fundamentada de manera importante en el primer nivel de atención; en contraparte, estaba ausente en el plan tradicional de estudios (plan 67). A partir del denominado plan 85, se reincorpora al primer nivel de atención en la formación del médico general durante dos meses en el internado médico. Desde 2001, se incorporaron unidades de Medicina Familiar para el desarrollo de los cursos correspondientes al tercer año de la carrera, en el área de propedéutica y fisiopatología. La Declaración de Edimburgo de 1989 y posteriormente en 1995, la Unión Europea reconocen el escenario del primer nivel de atención como el idóneo para la formación de los médicos generales. La metodología de enseñanza en el área de medicina familia en el internado se realiza bajo un proceso tutorial, enfocado a los principales problemas de salud que afectan al país desde una perspectiva que integra actividades de prevención y promoción de la salud con las esencialmente curativas y de rehabilitación para que el interno adquiriera experiencias de aprendizaje significativas. <sup>(11)</sup>

En el proceso de formación del internado de pregrado contribuyen instituciones de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, muchas

veces con miradas epistemológicas educativas diferentes y en algunos momentos hasta opuestas a las escuelas de procedencia de los alumnos.

El internado de pregrado se encuentra incluido en el programa universitario de casi todas las facultades de medicina y en el contexto actual vislumbra al enfermo únicamente en la esfera biológica sin abordarlo integralmente, con el enfoque de la medicina hospitalaria y en estadios avanzados de la enfermedad. En esta etapa se deberá propiciar el desarrollo de aptitudes complejas que permitirán la adecuación del problema clínico a otros similares o de complejidad mayor a los que el médico desde ese momento habrá de enfrentar.<sup>(12)</sup>

El programa educativo para médicos internos de pregrado que se desarrolla en el IMSS se apega a un modelo tradicional. Los contenidos temáticos se abordan bajo un enfoque pasivo-receptivo. Las prácticas generalmente rutinarias ocurren disociadas de la teoría, con poca ó ninguna guía por parte de los tutores, en ambientes poco propicios para el aprendizaje y la reflexión.<sup>(13)</sup>

El interés de abordar la aptitud clínica como eje de análisis del proceso educativo, se debe a que su estudio revela como es la práctica clínica, particularmente importa el criterio propio en la toma de decisiones en la atención de pacientes. El análisis que se pretende puede ayudar a entender las circunstancias que le afectan y determinan.

Se entiende por aptitud clínica a esa cualidad en las acciones de diagnóstico y tratamiento que hace posible su perfeccionamiento ulterior (atributos metodológicos y procedimentales), con efectividad creciente, lo cual implica dotarse de pertinencia progresiva que enriquezca la experiencia clínica,

facilite influir favorablemente en las situaciones cambiantes de la medicina y del paciente que conduzca a mejorar su calidad de vida.<sup>(14)</sup>

La aptitud clínica definida como la actuación del médico ante situaciones clínicas problematizadas, que incluye poner en juego ciertas capacidades como la reflexión, discriminación entre alternativas, elección y decisión entre las opciones, donde involucra su propio criterio. Relacionándose con la habilidad para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, pronósticos o de gravedad del padecer del enfermo, habilidad en la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos del laboratorio y gabinete, habilidad para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas y terapéuticas, habilidad para decidir acciones preventivas o terapéuticas apropiadas encaminadas a conservar o recuperar la salud, disposición para propiciar la participación de otros colegas. Interesa valorar la habilidad para tomar decisiones clínicas convenientes.<sup>(12, 13,14)</sup>

A pesar de que actualmente se considera que los médicos que atienden mujeres o a la familia debe estar capacitado para reconocer las situaciones de violencia doméstica y brindar orientación a la víctima de ella, los programas de educación médica de pre y post-grado no poseen entrenamiento formal en este tema.<sup>(15)</sup>

Es frecuente, que en los servicios de salud no se logre identificar el problema de la violencia familiar, aun cuando esta sea la raíz de los problemas físicos o psicosomáticos, por los que las víctimas demandan la atención. Un estudio realizado en Estados Unidos de América, estima que 50% del personal médico y 70% de enfermería consideran que la prevalencia de violencia de género es equivalente o menor a 1%, y que 1 de cada 10 sujetos del personal médico y 5 de cada 10 del personal de enfermería nunca han identificado una víctima. De acuerdo con los datos del Instituto Mexicano de Investigación de

Familia y Población en la ciudad de México, entre 77 y 88% del personal de salud, desconoce la existencia de protocolos de atención a víctimas de violencia.<sup>(16)</sup>

En otro estudio un 33% del personal manifiesta interrogar de manera intencional a los pacientes, a fin de identificar las causas de sus lesiones. El resto no toca el tema durante el lapso de la atención médica brindada. Citando que el 100% que la causa por la cual no indaga es por considerar esta situación como personal o íntimo. Así mismo detalla en un 70%, que el paciente debe promover la pauta para que el personal de salud ahonde al respecto. Con respecto a su percepción ante la identificación de un caso de violencia, el 50% se declaró impotente ante la situación, el 30% enojo y el 20% falta de capacitación para manejar estas situaciones. Entre los obstáculos que el personal de salud identifica para canalizar a las víctimas, se encuentran la carencia de capacitación (98%), la falta de protocolos de detección y manejo de causas (90%), y la insuficiencia de tiempo para atender estas situaciones (50%).<sup>(17)</sup>

El grupo profesional de los prestadores de salud constituye uno de los actores clave para la identificación, notificación, y canalización de los casos de los casos de violencia intrafamiliar hacia instancias de resolución.<sup>(18)</sup>

La tarea fundamental del personal sanitario no es tanto dar consejo, sino ofrecer escucha y apoyo a mujeres y derivar y coordinarse con otros servicios de atención a violencia intrafamiliar, y detectarlos sobre todo en los servicios sanitarios clave, los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias, pueden ser lugares privilegiados para la prevención, la detección precoz y la atención de la violencia intrafamiliar.<sup>(19)</sup>

El personal sanitario debe estar preparado para saber enfrentarse ante cualquier situación relacionada con la violencia doméstica. Debe saber identificar a las víctimas y estar capacitado para diagnosticarlas, tratarlas y asesorarlas, cumpliendo siempre con sus obligaciones éticas, morales y legales.<sup>(20)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Con una clasificación preconizada por la OMS: 1. Auto inflingida (comportamiento suicida y autolesiones), 2. Interpersonal (familia/pareja, menores, pareja, anciano) 2.2 comunidad (amistades, extraños), 3. Colectiva (social, política, económica). Existiendo una relación de causa a efecto entre la violencia y la violación de los DDHH. Siendo el más importante el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona.<sup>(21)</sup>

La NOM-190 SSA1-1999 prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. la define como al acto u omisión único y repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

Se define como atención médica de la violencia familiar, al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar. Incluye la promoción de relaciones no violentas la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las

personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas. Así como identificar los indicadores de la violencia familiar.<sup>(22)</sup>

La violencia es una enfermedad tan antigua como en el hombre mismo, sus manifestaciones a nivel social, se recogen a diario bajo múltiples explicaciones y justificaciones. Mueren miles de personas diariamente y otras muchas mas son victimas de sus secuelas, que marcan sus vidas para siempre. Referirse a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, ya que la familia es el lugar donde se nace, crece y se desarrolla el ser humano y constituye el núcleo de toda sociedad. Identificarla y nombrarla resulta complicado, a tal punto que muchos hechos conocidos no se identifican ni se relacionan con ella. Por ejemplo: 1) El asesinato de Abel por su hermano Caín, sustentado por la envidia, 2) La conquista de la mujer mediante el garrote por el hombre primitivo, acto que indica agresividad y sometimiento, 3) La conocida ley del pulgar, vigente en Estados Unidos, hasta mediados del siglo XIX, que permitía que los hombres golpearan, a sus esposas siempre y cuando el palo que utilizasen no fuese mas ancho que su dedo pulgar.<sup>(23)</sup>

La violencia tiene una característica: se reproduce. Un grupo frecuentemente afectado son las mujeres, niños y ancianos. La violencia intrafamiliar se da en familias de todas las clases sociales cuyos miembros tiene toda serie de ocupaciones y grados de escolaridad, y sus detonantes no forzosamente son el alcoholismo o la drogadicción, acontece en todo tipo de relaciones. Ocurre en un espacio creado para garantizar la protección de las personas: la familia, y viene de algún miembro de esa familia, es decir de una persona en que la victima requiere confiar, a la que generalmente ama y de la que depende de alguna manera. La victima frecuentemente tiene baja autoestima es vulnerable, se aísla, tiene desesperanza. Siendo un fenómeno frecuente y sin

embargo no suele ser denunciado ni hacerse público y tampoco existen mecanismos que permitan recibir información suficiente para tener un panorama completo de su magnitud.<sup>(24)</sup>

El primer nivel de atención es una de las mejores opciones para captar, orientar y ayudar a disminuir la problemática de la violencia intrafamiliar. Por esta razón la importancia de la educación, a los médicos de primer contacto con los pacientes víctimas de violencia, para su identificación y diagnóstico. Los médicos internos, concluirán su rotación dentro de un hospital, e irán a enfrentarse con la realidad, ante una población durante su servicio social, siendo los médicos de primer contacto, y primer nivel de atención de una comunidad asignada, y deben estar capacitados, para identificar esta problemática de salud pública.

## **VII. Justificación**

Actualmente no se considera que el médico durante su formación de pregrado deba tener una aptitud adecuada y estar capacitado para reconocer situaciones de violencia intrafamiliar durante su práctica médica, así como brindar atención, orientación y su referencia al equipo multidisciplinario para el tratamiento integral de los pacientes y familias que presenten este gran problema de salud pública. Esto a pesar de que la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, indica que es obligatorio el reporte de esta patología.

Los programas de educación médica de pre grado no poseen entrenamiento formal en este tema, por consiguiente este problema de salud pública no es reconocido como tal, por lo tanto la gran mayoría de las ocasiones no se trata, repercutiendo en la salud física y mental de los pacientes que la presentan.

La violencia intrafamiliar es un problema de salud mundial y nacional, que en los servicios de salud, sobretodo de primer nivel de atención es donde debe identificarse este problema, no lográndose identificar, aun cuando sea la raíz de los problemas físicos o psicosomáticos por lo que las víctimas demandan atención, difícilmente se hace diagnóstico. Esta patología de salud pública trae como consecuencia disfunción familiar, patrones de repetición, alteraciones psicológicas, físicas, hasta llegar a la muerte. Por eso creo que es importante realizar una estrategia educativa participativa dirigida a los médicos internos de pregrado, para mejorar su aptitud ante esta problemática que afecta a todas las sociedades del mundo y que sigue inmersa en la negación e ignorancia por parte de los profesionales de la salud.

## VIII. Planteamiento del Problema

Existen investigaciones donde se han comparado dos tipos de estrategias educativas: la estrategia promotora de la participación con una estrategia tradicional, las cuales han mostrado mayores alcances y la persistencia del aprendizaje con la primera. A pesar de estos buenos resultados la mayoría de las instituciones de educación y los hospitales formadores de médicos internos de pregrado de nuestro país, y particularmente en Morelia, tienen una educación y una metodología educativa predominantemente pasiva, que promueve solo el recuerdo y el acumulo de conocimiento sin el cuestionamiento y la reflexión, sobre todo en el problema de salud pública como lo es la violencia intrafamiliar, la cual ha adquirido una gran relevancia en los últimos años, por ser un problema social y de derechos humanos.

Un fenómeno globalizado caracterizado por romper límites de la persona y que puede manifestarse en el plano psicológico, físico, y sexual, entre otros y que ocurre en el núcleo familiar y que afecta a importantes sectores de la población y trasciende aspectos raciales, religiosos, educacionales, económicos, políticos etc. que logra alterar la personalidad del individuo, y por consecuencia la dinámica familiar.

Hemos observado que hasta este momento no existe el interés de las autoridades por implementar este tipo de temas dentro de la educación y formación de los médicos internos de pregrado, y sobretodo por una educación activa participativa, a pesar de que este tipo de educación ha demostrado un cambio importante en la enseñanza aprendizaje del alumno.

Por ello decidimos realizar este estudio de intervención educativa, en el tema de violencia intrafamiliar que es una prioridad en el primer nivel de atención a nivel mundial y nacional y sobretodo si esta empieza en el seno de la familia,

que es donde se sientan las bases de la educación, tolerancia, el amor y el respeto de los individuos de cualquier sociedad.

Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa participativa en la aptitud de los médicos internos de pregrado en la violencia intrafamiliar?

## **IX. Hipótesis**

Una estrategia educativa promotora de la participación, incrementara la aptitud en relación a la violencia intrafamiliar en los médicos internos de pregrado.

### **Propósito del Estudio**

Evaluar el impacto en la aptitud de los médicos internos de pregrado, en la identificación de la violencia intrafamiliar antes y después de una estrategia educativa participativa.

### **Objetivos Específicos**

1.1-Diseñar y validar un instrumento de evaluación para la aptitud de los médicos internos de pregrado en violencia intrafamiliar.

1.2-Determinar la aptitud de los médicos internos de pregrado en la identificación de factores de riesgo para la violencia intrafamiliar.

1.3-Evaluar la aptitud de los médicos internos de pregrado en la identificación de los indicadores de violencia intrafamiliar según la NOM-190 SSA1-1999: Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

## **X. Material y Métodos**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio de intervención educativa, con diseño de prueba y post-prueba con un solo grupo a través de evaluaciones test-retest.

### **Descripción de la población de estudio**

Médicos Internos de Pregrado del HGR No1, del ciclo 2007-2008, en su rotación en medicina familiar. La cual estuvo conformada por un total de 11 médicos internos de pregrado entre 22 y 23 años de edad, de los cuales cinco fueron del sexo masculino y 6 del femenino, todos con la misma característica en cuanto a su educación y formación como médicos, con una educación tradicional-pasiva, y provenientes de la Facultad de Medicina Dr. Ignacio Chávez de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

### **Tamaño de la muestra**

Se integro por el total de 11 médicos internos de pregrado del HGR No 1 que se encontraron rotando en Medicina Familiar en UMF No 80, en el periodo de Mayo-Junio del 2008

### **Método de muestreo**

No probabilístico por conveniencia

## **Criterios de Selección**

**Criterios de inclusión:** Médicos Internos de pregrado del HGR # 1, asignados en su rotación en Medicina Familiar en la UMF # 80, durante el periodo de Mayo-Junio del 2008 y que deseen participar voluntariamente en el estudio.

**Criterios de no inclusión:** Médicos internos de pregrado que no estén rotando en UMF durante el periodo del curso.

**Criterios de eliminación:** Estudiantes que deseen retirarse del protocolo

- Médicos internos que no asistan a la pre y/o post-evaluación
- Incumplimiento de más 20% de tareas en casa
- Inasistencia de menos del 80% al curso

## **Descripción de variables**

**Variable Dependiente:** Aptitud ante la violencia Intrafamiliar.

La aptitud desarrollo de habilidades cognitivas, afectivas, y de competencia. La aptitud clínica es definida como la capacidad del médico para afrontar y resolver situaciones problemáticas complejas.

**Variable Independiente:** Estrategia Educativa Participativa.

Proceso educativo en el que el profesor promueve el desarrollo de la aptitud clínica, facilitando la elaboración del conocimiento por el alumno, mediado por la crítica, al abordar los contenidos de su programa a través del debate y la confrontación de diferentes puntos de vista que se defienden o rechazan para aceptar las opiniones mejor sustentadas. Promover la participación, con actividades para que los Médicos Internos de pregrado, identifiquen y resuelvan problemas de índole clínico.

## **Descripción operativa del estudio**

Se les invito a todos los médicos internos de pregrado que reunieron los criterios de selección a participar en forma voluntaria en este estudio.

La investigación se realizo en tres etapas: 1) Realización de casos clínicos problematizados, 2) Se diseño y se ejecuto el programa educativo, con técnicas participativas, y la aplicación del instrumento 3) Al finalizar la estrategia educativa, se aplico nuevamente el instrumento a los alumnos ya instruidos, y se evaluó el nivel de aptitud adquirida.

## Descripción de la construcción y validación del instrumento de medición

Se elaboró un instrumento de evaluación con dos casos clínicos reales problematizados de violencia intrafamiliar, (Anexo No 1) los cuales fueron estructurados en base a una problematización para evaluar la aptitud clínica de los médicos internos de pregrado, incluyendo los indicadores de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestaciones de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Los cuales son: identificación de factores de riesgo, indicadores de abandono, indicadores de maltrato físico, indicadores de maltrato psicológico, indicadores de maltrato sexual, y la identificación de datos clínicos, y la referencia al diverso equipo multidisciplinario.

En una primera fase constituida por tres médicos familiares en ejercicio de la profesión y con actividades docentes, revisaron lo correspondiente a aspectos técnicos de la construcción del instrumento, segunda fase se integraron dos licenciadas en Psicología Clínica y una trabajadora social, a cada uno de ellos se les entregó el instrumento, solicitándoles que contestaran individualmente y sin consultar o discutir entre ellos para que identificaran si los enunciados son redactados de manera que no se presten a diferentes interpretaciones.

Finalmente se eliminaron los enunciados que presentaron problemas de interpretación de modo que solo se incluyeron los que contengan en consenso por parte de los expertos (4 de 5), además se realizaron ajustes para lograr un equilibrio entre el número de enunciados que se contestaron con la opinión de falso (50%), y los que se contestaron como verdaderos (50%), así como lograr cierto balance en el número de enunciados para cada indicador y se incluyó un glosario de términos para orientar al alumno en la forma de contestar. Los enunciados tienen tres tipos posibles de respuesta: falso, verdadero y no sé.

El instrumento correspondió a dos casos clínicos problematizados, con 50 reactivos, de verdadero, falso y no sé, en el cual una respuesta correcta vale un punto, una respuesta incorrecta resta un punto, y una respuesta no sé, o no contestada es igual a cero, La calificación se obtuvo restando el número de respuestas incorrectas al número de respuestas correctas. Por último se realizó una prueba piloto a 11 médicos, cuatro médicos familiares, cinco médicos generales, y dos médicos internos de pregrado, determinándose la confiabilidad a través de prueba de Kuder Richardson, posteriormente se establecieron las respuestas por efecto del azar utilizando la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra y en base a esto se establecieron cinco categorías: pobre, bajo, regular, bueno y excelente.

### **Programa Educativo**

Posterior a esto se inició la estrategia educativa, la cual se llevó a cabo en el aula No 1 de la UMF No 80, con un total de 20 h. con apoyo de Psicología y Trabajo Social del turno matutino de la misma unidad.

La estrategia promotora de la participación, se impartió de lunes a viernes durante dos semanas, con sesiones de dos horas diarias, con un total de 10 sesiones, donde se aplicó el instrumento de evaluación previo al inicio de la estrategia educativa. (Anexo No 1). Al inicio de cada sesión se realizó una actividad para la integración grupal y la reflexión de cada día, con juegos, colash de fotografías del tema a tratar y se integraban los equipos para trabajar, esto para estimular la participación de los alumnos, durante las cuales se realizó lectura comentada entre los equipos formados, se analizaron, interpretaron y debatieron las guías y documentos entregados previamente a cada equipo durante la sesión, así como otros documentos y guías entregadas a los alumnos y las tareas en casa que se dejaban investigar ó analizar, como mínimo 24 h. previas a cada sesión con el

propósito de que identificarán, propusieran y cuestionaran obteniendo diversos puntos de vista, enfoques y argumentos, estimulando fuertemente el sentido de la crítica sobre su propia experiencia y debatir, casos clínicos y la literatura proporcionada con anterioridad. (Anexo No 2)

Se realizó autoaplicación de una encuesta para valorar la existencia de violencia intrafamiliar en su propio núcleo familiar (Anexo No 3), y durante las sesiones la elaboración de rotafolios, con las conclusiones finales posterior a la discusión del documento, compartiéndolas con el resto del grupo y al final llegar a un consenso, con lo analizado y discutido previamente al documento relacionándolas con las propias experiencias de los participantes, la elaboración de carteles informativos de la violencia en niños, mujeres y adultos mayores. Así como la escenificación de dos sociodramas ( los cuales fueron dos representaciones de violencia intrafamiliar realizados por los alumnos del curso:1.-La representación de una mujer agredida por su esposo que llega a urgencias de un hospital acompañada de una amiga, solicitando atención médica por haber sufrido una caída de su plano de sustentación y 2.-La representación de una paciente agredida en consulta de medicina familiar al ser atendida con la indiferencia con que se trata este tema) los dos ejercicios fueron llevados a cabo por la trabajadora social. Al final de los sociodramas surgieron cuestionamientos a los cuales se dio respuesta por parte del equipo multidisciplinario incluyendo a los propios participantes del curso, obteniendo un aprendizaje y una reflexión de la violencia intrafamiliar.

Además una actividad realizada por la psicóloga de la unidad, con la participación de los alumnos, al ser vendados de sus ojos, manos, y pies y ser conducidos por uno de sus compañeros dentro del aula de clases a través de obstáculos, la finalidad de esto fue, que tuvieran una empatía, con los adultos mayores, y comprendieran como estas personas se vuelven vulnerables en todos los aspectos dentro de la sociedad.

Los temas que se revisaron durante la estrategia educativa fueron: historia, actualidad, clasificación, tipos, ciclo de la violencia, la NOM-190 SSA1-1999: Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, así como las guías de discusión con los temas de violencia en niños, mujeres, mujeres embarazadas, adultos mayores, y la violencia en el hombre. (Anexo 4)

Al terminar la estrategia educativa se aplicó nuevamente el instrumento y se prosiguió al la realización del análisis estadístico.

### **Análisis Estadístico**

Para comparar las calificaciones obtenidas en la premedición con las de la post-medición se utilizó la estadística no paramétrica, con medianas con un valor de Z de -2.934, y las siguientes pruebas estadísticas: prueba de pares igualados de Wilcoxon: Para comparar resultados intragrupo antes y después de la intervención educativa. Prueba de Kuder-Richardson: para determinar confiabilidad del instrumento, Fórmula Dr. Pérez-Padilla y Viniegra: para estimar la calificación explicable por azar. Prueba de Mc Nemar: Para comparar la magnitud del cambio al final de la estrategia educativa. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico para las ciencias sociales (SPSS ver. 15).

## **Consideraciones éticas**

Para la realización de el presente estudio se llevo a cabo de acuerdo a los lineamientos de la última revisión de la declaración de la Asociación Medica Mundial de Helsinki(1964), con las modificaciones de Tokio (1975), Venecia 81983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996) Edimburgo (2000) y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación Biomédica en sujetos humanos de la OMS y Ley general de Salud de la Republica Mexicana. Respetando el consentimiento conciente y libre decisión de los médicos Internos de Pregrado que participaron en el estudio.

## **XI. Resultados**

En la intervención educativa la población de estudio estuvo conformada por once médicos internos de pregrado entre 22 y 23 años de edad. De los cuales fueron cinco (45%) del sexo masculino y seis (55%) del femenino.

### Validez del instrumento

El instrumento elaborado para evaluar el impacto de la estrategia educativa participativa se utilizó la Prueba Kuder Richardson para la fiabilidad del instrumento con un coeficiente de confiabilidad de .7, el cuál indica una adecuada consistencia interna.

El puntaje total del score del instrumento fue de 50 puntos máximo, el cual se distribuyó en las siguientes escalas de categorías: 1.- pobre (0-10 puntos), 2.- bajo (11 a 20 puntos), 3.- regular (21 a 30 puntos), 4.- bueno (31-40 puntos) y 5.-excelente ( 41-50 puntos). La calificación esperada por azar fue de  $\pm 11$  aciertos con una media de 0 en una curva gaussiana para los 50 reactivos, según la formula de Pérez-Padilla y Viniegra. <sup>(25)</sup>

Posteriormente se realizo análisis del factor de dificultad de cada reactivo, para identificar los cinco reactivos de mayor y menor factor de dificultad en la prueba piloto de acuerdo, a la fórmula de Crocker y Algina, donde el grado de dificultad de cada reactivo se refiere a la proporción de personas que respondieron correctamente cada reactivo y esto traduce que entre mayor sea la proporción menor será su dificultad, y a mayor dificultad del ítem menor será su índice. (Cuadro I)

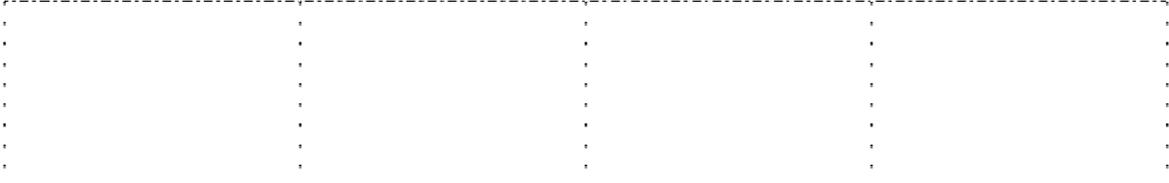
**Cuadro I.-** Factor de dificultad por cada reactivo del instrumento aplicado a la prueba piloto








--	--	--	--



--	--	--	--










\*\*\*FD: f actor de dificultad

A=aciertos

E=errores

Los reactivos que resultaron ser el de menor dificultad en la prueba piloto fueron cinco que corresponde al indicador de maltrato físico, y factores de riesgo de violencia intrafamiliar. (Cuadro II)

**Cuadro II.-** Análisis de los reactivos de menor dificultad del instrumento aplicado

Reactivo de menor dificultad	*** $F.D. = \frac{A}{A + E}$
3.5-Equimosis	1
5.2-Referir a trabajo social	1
6.1-Alcoholismo de su esposo	1
6.5-Nivel académico	0.90
10.1.-Referir a psicología	1

\*\*\*FD: factor de dificultad

**A=aciertos**  
**E=errores**

Los reactivos de mayor dificultad fueron tres, el No. 2.3, 4.5, y 7.3 que corresponde al indicador de abandono, diagnostico y al indicador de maltrato psicológico, en la violencia intrafamiliar. (Cuadro III)

**Cuadro III.-** Análisis de los reactivos de mayor dificultad del instrumento aplicado

Reactivo de mayor dificultad	$*** F.D. = \frac{A}{A + E}$
2.3-Aislamiento	0.00
4.5-Desnutrición de 1er grado	0.00
7.3.-Ansiedad	0.00
7.5.-Sentimiento de ira	0.18
8.1.-Enfermedad de transmisión sexual	0.14

**\*\*\*FD: factor de dificultad**

**A=aciertos**

**E=errores**

Para evaluar la intervención educativa se utilizo la formula de pares igualados de Wilcoxon donde se compararon los resultados antes y después de la estrategia educativa con un  $p < .003$ . (Cuadro IV)

**Cuadro IV** Resultado global de la pre y post-evaluación realizada durante la estrategia educativa en violencia familiar dirigida a once medico internos de pregrado

Grupo	Mediana	n	p valor
Pre-evaluación	18,3182	11	.003*
Post-evaluación	40,3182	11	.003*

**\* $p < .003$**

**Wilcoxon**

Al comparar los resultados de la pre y post-evaluación de la estrategia educativa participativa en la violencia intrafamiliar se observo:

En la pre-evaluación un alumno (9%) obtuvo la calificación máxima de 18 respuestas (36%) con una categoría de pobre, y dos alumnos (18%) la más baja de 5 respuestas (45%), con una categoría de bajo.

En la post-evaluación dos alumnos (18%) obtuvieron la calificación máxima de 44 respuestas (88%), que corresponde a la categoría de excelente y un alumno la más baja de 28 respuestas (56%), con una categoría de regular.

Esto determino la magnitud del efecto en la intervención educativa la cual fue de más del 50% de alcance.

Al inicio el promedio de calificación fue de  $18.3 \pm .714$ , y en la post-medición fue de  $40.31 \pm 1.19$ . (Cuadro V)

**Cuadro V.- Resultados de pre y post-evaluación**

Categorías		Pre-evaluación		Post-evaluación	
		n	(%)	n	(%)
Pobre	0-10	2	(18.2)	---	----
Bajo	11-20	9	(81.8)	---	----
Regular	21-31	---	----	1	(9.1)*
Bueno	31-40	---	----	6	(54.5)*
Excelente	41-50	---	----	4	(36.4)*
Total		11	(100)	11	(100)

\* $p < .001$

Prueba de Mc Nemar

En el análisis de los indicadores según la NOM-190 SSA1-1999: Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, de acuerdo a la calificación mas alta se observo una diferencia significativa en las puntuaciones obtenidas cabe destacar que en los reactivos correspondientes a los indicadores de abandono y psicológico tuvieron mayor dificultad para su identificación en la pre evaluación, observando un incremento significativo en la post-evaluación. Y los de menor dificultad para su identificación fueron los indicadores correspondientes a factores de riesgo y maltrato físico. (Cuadro VI)

**Cuadro VI.** Resultados por indicadores según la NOM-190 SSA1-1999: Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Indicadores	Pre-evaluación		Post-evaluación	
	n	%	n	%
Factores de Riesgo	8	(72.2)	9	(81.8)
Abandono	4	(36.5)	11	(100)*
Maltrato Físico	7	(63.6)	11	(100)
Maltrato psicológico	4	(36.5)	11	(100)*
Maltrato Sexual	6	(54.5)	10	(90.9)

\* $p < .001$

Prueba de Mc Nemar

## XII. Discusión

Aunque el estudio de las aptitudes clínicas no es nuevo dentro del internado de pregrado, aun son escasos los estudios dentro de este nivel académico y sobre todo en el tema de violencia intrafamiliar.

El desarrollo de una estrategia educativa, participativa, permite al alumno, un concepto más amplio, se estimula su creatividad, su crítica, y aprende a reflexionar, sobre lo aprendido, y sobre todo entiende la importancia de aprender.

Los resultados de este estudio concuerdan con otros estudios como los de Viniegra, y cols, en cuanto a este tipo de estrategia educativa participativa, con otro tipo de temas, pero con una visión de la educación activa, participativa, y no pasiva, tradicionalista.

Al aplicar el instrumento antes y después de la estrategia educativa participativa se observó un cambio estadísticamente significativo, según prueba de Wilcoxon, y una adecuada magnitud de cambio de acuerdo a la prueba de Mc Nemar, que es lo esperado de acuerdo a lo reportado en la literatura.

En estudios realizados por Rivera Campos y cols. <sup>(13)</sup> en desarrollo de la aptitud clínica de médicos internos de pregrado y de García y cols. <sup>(14)</sup> en la formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud, se encontró que el indicador de factores de riesgo ha sido uno de los más fáciles de identificar, respecto a otros indicadores, como la habilidad para el diagnóstico y manejo de ciertas patologías.

En nuestro estudio en cuanto a los indicadores de violencia familiar según la NOM-190 SSA1-1999: Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, de acuerdo a la calificación más alta se observó que el de mayor dificultad para su identificación en la pre-evaluación fue el indicador de abandono y el indicador de maltrato psicológico, se observó un incremento en la post-evaluación de estos dos indicadores, y los de menor dificultad para su identificación fueron los factores de riesgo y el indicador de maltrato físico en la pre-evaluación y post-evaluación.

Con la aplicación de este tipo de educación participativa, logramos convertir al alumno en un sujeto reflexivo, que manifiesta cuestionamientos, critica, indaga y

propone, logrando de esta manera un debate entre el y su propio conocimiento, y se logra estimular y motivar al alumno a partir de su propia experiencia, obteniendo así mejores resultados en su aprendizaje durante su formación académica. La educación de tipo activa participativa, mediante la crítica y el debate, ofrece mejores resultados, en relación al aprendizaje del alumno. El médico interno de pregrado durante su formación debe de ser estimulado, alentado a cuestionar y a producir su propio conocimiento a partir de su conocimiento previo. El profesor o tutor, promover, estimular, motivar y orientar al educando para que este participe, reflexione, critique, enjuicie y proponga, conocimiento de acuerdo a su previo conocimiento y sus experiencias, para logra un mayor conocimiento a largo plazo, y no solo el acumulo de este. Además de jugar un papel importante en esta transformación, ya que se convierte en un estímulo, un motivador, en la forma de aprender y de interesarse en el verdadero conocimiento. Corroboramos en este estudio que a través del la educación participativa basada en el debate, nos da respuesta de como continuar la educación en la formación de los médicos internos de pregrado, para que se estimule su propio conocimiento.

### **XIII. Conclusiones**

1.-La aptitud de los médicos internos de pregrado después de la estrategia educativa participativa en violencia intrafamiliar observamos una magnitud de cambio de más del 50% según la prueba de Mc Nemar.

2.-La aptitud de los médicos internos de pregrado en la identificación de factores de riesgo para la violencia intrafamiliar después de una estrategia educativa participativa mostró ser uno de los indicadores menos difíciles en su identificación.

3.- La aptitud de los médicos internos de pregrado hacia la identificación violencia NOM-190 SSA1-1999: Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, en cuanto a los indicadores de violencia intrafamiliar los cuales son factores de riesgo, abandono, maltrato psicológico, físico y sexual que se valoraron en este estudio, observamos un gran desarrollo en la aptitud para reconocer estos.

4.-La actividad diaria del médico familiar conlleva necesariamente el acto educativo, tanto en nuestros pacientes, como en el personal de la atención a la salud que incluye a los alumnos que rotan por nuestros servicios. El realizar una educación participativa en el que el sujeto cognoscente (paciente-alumno) se logra mediante una reflexión crítica de su propia experiencia mejora su aptitud sobre su propio padecimiento y mejorar su estado clínico, y en el alumno al incrementar su aptitud clínica.

El médico familiar debe de ser un facilitador en el proceso de conocer y saber, mediante una buena relación medico paciente y en el abordaje de una educación participativa, que permite el involucramiento y la toma de la responsabilidad en el propio paciente ejercitando así una autonomía en su toma de decisiones, y esto repercutiendo en su propia salud.

#### **XIV. Recomendaciones**

Involucrar al médico interno a que se interese verdaderamente en su educación, y no solo en el acumulo de información y memorización, sino que cuestione, enjuicie y proponga conocimiento.

Se requiere promover este tipo de educación participativa, en la formación del médico internos de pregrado, y sobre todo la introducción de temas tan importantes como este problema de salud pública tan globalizado, que es la violencia intrafamiliar. Ya que durante su formación académica, no se toca este tipo de temas.

Que el médico familiar establezca con la práctica de la educación participativa una mejor toma de decisiones para el paciente

## **XV. Bibliografía**

- 1.-Buwan J, Holosón M. Técnicas de la educación innovaciones importantes en el pensamiento educativo occidental ed Limusa; 1979, p.10-15
- 2.-Luzuriaga L. Pedagogía. decimoquinta edición ed losada;1981,p.155,231
- 3.-Anol, Hargreaves, Earl L, Ryan J. La educación para el cambio, reinventar la educación de los adolescentes. edi Octaedro;1998,p.225-227
- 4.-Viniegra Velásquez L. El progreso y la Educación. ed IMSS;1999,p.105-111

5.-Romo J, García J, Aptitud clínica obstétrica en internos de pregrado Rev Med IMSS 2004; 3:1-16

6.-Gaspar MP, Loria Castellanos J, Guerrero Martínez MB, Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2006; 8:169-174

7.-Velásquez Martínez y Cols. La educación médica. Rev Inv Clínica 74:15-18

8.-Morales Gómez A, Medina Figueroa A. Percepción del alumno de pregrado de medicina, acerca del ambiente educativo del IMSS. Rev Med IMSS 2007; 45:123-131

9.-Garza Pérez P, Viniegra Velásquez L. Intervención educativa en el desarrollo de una postura ante la educación. Rev. Med IMSS 2000; 38:235-242

10.-Elizaldi N, Insfrán M, Cobos H. Lectura crítica de investigación clínica por médicos internos de pregrado. Rev Med IMSS 2003; 41(4):281-287

11.-Trejo J, Estrada D, Peña J. Garnica J, Cruz A. Desafíos de la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México. Arch Med Fam 2005; 7:109-116

12.-Cobos H, Insfrán M. Pérez P, Elizaldi N. Aptitud clínica durante el internado de pregrado en hospitales generales. Rev Med IMSS 2004; 42:469-476

13.-Rivera Campos, JM, Leyva González Félix, Leyva Salas C. Desarrollo de la aptitud clínica de los médicos internos de pregrado en anemias carenciales

mediante una estrategia educativa promotora de la participación. Rev Inv Clínica 2005;57:784-793

14.-Garcia Mangas JA, Leonardo Viniegra Velásquez. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica Rev Med IMSS 2004; 42:309-320

15.-Gómez L, Hernández J. Violencia Domestica. Rol del Medico Clínico. Rev Medicina 1999; 59:487-490

16.-Violencia de Género: actitud y conocimiento del personal de salud Nicaragua Rev Salud Pública Mex 2005; 47:1-30

17.-Oaxaca Ayala F, Cesar Cantu P Martínez, Hernández Torres U. Conocimiento y Actitud ante la violencia familiar del personal de salud de una unidad de primer nivel de atención de un programa universitario de salud. Rev Salud Pública y Nutrición 2005; 6:1-4

18.-Herrera C, Agoff C. Dilemas del personal medico ante la violencia de pareja en México. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 2006; 22:2349-2357

19.-Blanco P, Ruiz Jarabe C, García de Vinuesa L. La violencia de Pareja y la Salud de las mujeres. Gac Sanit 2004; 18:182-188

20.-Aguar Fernández M. Los profesionales sanitarios ante la violencia doméstica. Index de Enfermería, edición digital 2000; 30:7-8

21.-Garmendía Lorena F. Propedéutica y patología general de la violencia. Rev Diagnostico 2006; 45:1-7

22.-Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999.Prestación de servicios de salud. criterios para la atención medica de la violencia familiar

23.-Duany Navarro A, Ravelo Pérez V. Violencia intrafamiliar en el área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21:1-7

24.-Fernández Ortega MA, Vargas Terrés B. La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. Rev Fac Med UNAM 2001; 44:49-54

25.-Pérez-Padilla JR, Viniegra VL, Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen de tipo falso, verdadero y no se. Rev Inv Clinica 1989; 41:375-379

26.-Sampoiere HR. Charles FC., Metodología de la Investigación, 3ra edición de Mc Graw Hill, México; 2000, p.252-261

27.-M.C. Martín Arribas, Diseño y validación de cuestionarios. Matronas profesión; 2004, p.5:23-29

## **XVI. Anexos**

### **Anexo No 1**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_

A continuación encontraras dos casos clínicos que versan sobre violencia intrafamiliar, cada caso es seguido por una serie de enunciados, los cuales están agrupados debajo de un encabezado.

Lea detenidamente cada fragmento, valore y marque cada enunciado, de acuerdo a las siguientes opciones, Verdadero (V), Falso (F), No se (NS)

### **Caso Clínico # 1**

Masculino de 83 años, pensionado, viudo, católico, originario y residente de Morelia Michoacán, no sabe leer ni escribir.

AHF: No referidos. APNP: Vive en casa propia, cuenta con todos los servicios, niega fauna domestica, alimentación regular en cantidad y calidad, higiene, baño cada dos o tres semanas.

APP: Alergias negadas, Diabético e Hipertenso de larga evolución en tratamiento con Glibenclamida 5 mg cada 24 hrs y Captopril 25 mg 1 cada 24 hrs, IAM en febrero del 2007, requiriendo cateterismo cardiaco, en tratamiento con isosorbide 10 mg cada 8 hrs y parche de trinitrato de glicerilo de 5 mg cada 24 h, tabaquismo ocasional, durante su juventud, alcoholismo cada mes desde los 18 años, lo dejó hace aprox. 20 años, fractura de muñeca hace 5 años. Resto negado. El tratamiento medico es inconstante, por falta del mismo, ya que no es llevado a consulta de medicina familiar, para su revisión y dotación de su medicamento mensual.

Padecimiento Actual: Es traído por paramédico de protección civil, el sábado por la tarde. Refiriendo iniciar 48 h. previas a su ingreso, con dolor precordial tipo opresivo sin irradiación, y nausea, por la tarde inicia con evacuaciones diarreicas pastosas sin moco ni sangre, no fétidas, en cuatro y cinco ocasiones, por la mañana del viernes inicia con evacuaciones liquidas, fétidas, sin moco ni sangre en de cinco a seis ocasiones, acompañado de nausea y vomito a toda ingesta, continuando con el cuadro el sábado, por lo cual es traído a la unidad para su valoración.

Comenta familiar del paciente si se quedara mucho tiempo en el hospital, porque ella tiene compromisos, que no puede cancelar, y que nadie de sus hermanos puede y ni tiene tiempo para cuidarlo..

EF: A su ingreso en malas condiciones generales, postrado, sucio, palidez mucotegumentaria mucosa oral seca, con lengua saburral, halitosis, herida en región frontal derecha de 2 cm de longitud, no ingurgitación yugular, área cardiaca rítmica sin soplos ni ruidos agregados, campos pulmonares con disminución de murmullo vesicular, sin datos de dificultad respiratoria, abdomen blando depresible ruidos peristálticos presentes aumentados en frecuencia doloroso a la palpación, en todo marco colonico, no rebote, no datos de irritación peritoneal, timpanismo de marco colonico de predominio izquierdo, Giordano negativo, región anal con eritema, presenta una ulcera de aprox. 2 cm. de diámetro, con secreción amarillenta fétida, localizada a nivel de glúteo derecho, extremidades superiores con equimosis en ambos brazos, y antebrazos, miembros pélvicos inferiores hipotróficos, pulsos presentes, llenado capilar 3-4 seg. SV: FC: 82x`, FR: 24x`, TA: 150/90. Peso: 50kg., Talla: 1.74 cm. IMC: 16.5 Lab:Hb:11.1 Hto:37.9 Leucos:10.8 Química Sanguínea: Glucosa:288 mg/dl Urea:38, Creatinina:1.4 Electrolitos: Na:135, K:3.6, Cl:103

EKG de 12 derivaciones: rítmico sinusal, FC: 83x`, con onda P de 0.08, segmento PR: .20, S profunda en derivaciones V2, V3 y V4, onda Q patológica en DII, DIII, y AVF

#### 1-Son Factores de Riesgo de Violencia en este paciente

- 1.1-Pertenecer a un grupo vulnerable..... ( V ) ( F ) (NS)
- 1.2.-La edad del paciente..... ( V ) ( F ) (NS)
- 1.3.-Su estado Civil..... ( V ) ( F ) (NS)
- 1.4.-Dependencia Física..... ( V ) ( F ) (NS)
- 1.5.-El Tabaquismo..... ( V ) ( F ) (NS)

2.-Los siguientes indicadores de abandono que están presentes en este caso clínico son:

- 2.1.-Cuidados higiénicos pobres..... ( V ) ( F ) (NS)
- 2.2.-Retraso en buscar tratamiento..... ( V ) ( F ) (NS)
- 2.3.-Aislamiento..... ( V ) ( F ) (NS)
- 2.4.-Necesidades medicas atendidas..... ( V ) ( F ) (NS)
- 2.5.-La Negligencia del sector salud..... ( V ) ( F ) (NS)

3.-Cual de los siguientes indicadores de Maltrato Físico se encuentran presentes en este paciente

- 3.1.-Laceraciones..... ( V ) ( F ) (NS)
- 3.2.-Ulceras por decúbito..... ( V ) ( F ) (NS)
- 3.3.-Fractura de radio y cubito..... ( V ) ( F ) (NS)
- 3.4.-Hematomas..... ( V ) ( F ) (NS)
- 3.5.-Equimosis..... ( V ) ( F ) (NS)

4.-Usted integra los siguientes Diagnósticos en este paciente

- 4.1.-DM tipo 2 descontrol..... ( V ) ( F ) (NS)
- 4.2.-Violencia Intrafamiliar..... ( V ) ( F ) (NS)
- 4.3.-Hipertensión Arterial Control..... ( V ) ( F ) (NS)
- 4.4.-Desequilibrio hidroelectrolitico..... ( V ) ( F ) (NS)
- 4.5.-Desnutrición de 1er Grado..... ( V ) ( F ) (NS)

5.-Son Medidas adecuadas en este paciente

- 5.1.-Registrar en el expediente clínico el diagnostico de probable Violencia Familia  
( V ) ( F ) (NS)
- 5.2.-Referir a Trabajo Social.....( V ) ( F ) (NS)
- 5.3.-Alta del servicio de Urgencias, por premura de su familiar.....( V ) ( F ) (NS)
- 5.4.-Envió a un Asilo Ancianos..... ( V ) ( F ) (NS)
- 5.5.-Iniciar con soluciones Cristaloides .....( V ) ( F ) (NS)

## **Caso Clínico # 2**

Femenina de 30 años, casada, ama de casa, católica, escolaridad primaria, originaria y residente de Morelia Michoacán.

AHF: Patológicos negados, refiere violencia física de su padre para con su madre.

APNP: Vive en casa rentada, la cual cuenta con una recamara para ella, su esposo y sus cuatro hijos, una cocina, sala, comedor y un baño, cuenta con los servicios básicos, niega fauna domestica. APP: Alergias negadas, epiléptica de 20 años de evolución en tratamiento con fenitoina 100mg cada 8 h y carbamazepina 200 mg cada 8 h en control por Neurología. Niega quirúrgicos, se le realizaron dos legrados, hace 5 y 2 años, respectivamente, transfusiones negadas, AGO: menarca: 11 años, IVSA: 14 años, una pareja sexual, G:6 P:4 A:2 C:0, método de planificación familiar: negado ( Su esposo, no da su consentimiento para utilizar algún método de planificación familiar), DOC: hace 6 meses negativo a Cáncer con proceso inflamatorio.(refiere fue a escondidas de su esposo)

Padecimiento Actual: Acude a consulta externa de Medicina Familiar, a su control mensual de Epilepsia.

A su ingreso se le pregunta como ha estado, como se ha sentido, y con una respuesta de bien, se pone a llorar refiriendo, estar cansada, desesperada, no poder dormir y tener miedo, ya que fue golpeada y humillada por su esposo otra vez, hace 2 días, posterior a una discusión sin importancia, estaba borracho, y se molesto por unas cosas que estaban en la mesa, se altero, grito, me insulto dijo que no servia como mujer, rompió cosas, y me golpeo, por eso no vine a la cita por mi medicamento, no me dejo venir, me dejo encerrada en la casa con mis niños y sin dinero.

EF: Activa. reactiva, facies de tristeza, llorosa, mucosa oral semihumeda, palidez de piel, en cara con un hematoma localizado en región maleolar derecha de aprox. 3 cm. de diámetro, área cardiaca rítmica sin soplos ni ruidos agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular adecuado, abdomen blando depresible, distendido, ruidos peristálticos presentes, doloroso a la palpación en epigastrio, timpanismo de marco colonico, no rebote, no datos de irritación peritoneal, extremidades superiores con equimosis en ambos brazos, y en el antebrazo derecho con excoriaciones dermoepidermicas, extremidades sin edema, pulsos presentes

SV: FC: 80x', FR: 20x', TA: 110/70, Peso: 51.5 kg, Talla:1.55 cm, IMC:20.8

6.-Son Factores de Riesgo Asociados a la Violencia de género en esta paciente

- 6.1.-Alcoholismo de su esposo..... ( V ) ( F ) (NS)
- 6.2.-Pertener a un grupo no vulnerable..... ( V ) ( F ) (NS)
- 6.3.-Aceptación de la Violencia como vía de resolución de conflictos  
( V ) ( F ) (NS)
- 6.4.-Control del Dinero.....( V ) ( F ) (NS)
- 6.5.-Solo su nivel académico..... ( V ) ( F ) (NS)

7.-Cuales Indicadores de maltrato Psicológico según la NOM-190-SSA1-1999 están presentes en esta paciente

- 7.1.-Autoestima Baja..... ( V ) ( F ) (NS)
- 7.2.-Sentimiento de Miedo..... ( V ) ( F ) (NS)
- 7.3.-Ansiedad..... ( V ) ( F ) (NS)
- 7.4.-Labilidad emocional..... ( V ) ( F ) (NS)
- 7.5.-Sentimiento de Ira..... ( V ) ( F ) (NS)

8.-Cuales Indicadores de maltrato Sexual según la NOM-190-SSA1-1999 están presentes en esta paciente

- 8.1.-Enfermedad de Transmisión Sexual..... ( V ) ( F ) (NS)
- 8.2.-Incapacidad para ejercer autonomía reproductiva.....( V ) ( F ) (NS)
- 8.3.-La utilización de Método de Planificación Familiar..... ( V ) ( F ) (NS)
- 8.4.-La obligación de tener relaciones sexuales con su esposo..( V ) ( F ) (NS)
- 8.5.-Ser humillada durante el acto sexual..... ( V ) ( F ) (NS)

9.-Que diagnostico integra en este caso clínico

- 9.1.-Depresión Mayor.....( V ) ( F ) (NS)
- 9.2.-Disfunción de la Dinámica Familiar.....( V ) ( F ) (NS)
- 9.3.-Violencia de género.....( V ) ( F ) (NS)
- 9.4.-Violencia Sexual.....( V ) ( F ) (NS)
- 9.5.-Síndrome de Colón irritable.....( V ) ( F ) (NS)

10.-Son Medidas Útiles en esta Paciente

- 10.1.-Referir a Psicología.....( V ) ( F ) (NS)
- 10.2.-Enviar al Ministerios Público.....( V ) ( F ) (NS)
- 10.3.-Que se embaraze así detendrá la violencia.....( V ) ( F ) (NS).
- 10.4.-Tomar una postura expectante.....( V ) ( F ) (NS)
- 10.5.-El Personal de Salud debe sugerir a la paciente que deje a su pareja  
( V ) ( F ) (NS)

**Anexo 3**

**Nombre:**

Ministerio de **Salud** Pública  
Hospital Docente "Salvador Allende"  
**Violencia intrafamiliar**  
Encuesta para el familiar

Número de orden: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: \_\_\_\_\_ (1. femenino y 2. masculino)

2. Cantidad de personas en el núcleo familiar: \_\_\_\_\_

3. Tipo de familia: \_\_\_\_\_ (1: nuclear 2: extensa 3: ampliada)

4. Alguna vez ud. ha sufrido: (1: Sí \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_ )

5. Ofensas frecuentes: \_\_\_\_\_ golpes: \_\_\_\_\_ humillaciones: \_\_\_\_\_ abuso personal: \_\_\_\_\_ amenazas:

\_\_\_\_\_ abuso sexual: \_\_\_\_\_ otra forma de maltrato: \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿por quién? \_\_\_\_\_

6. Algún otro miembro de la familia? (1: Sí \_\_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_\_ )

Madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ hijos \_\_\_\_\_ esposo \_\_\_\_\_ esposa \_\_\_\_\_ hermanas \_\_\_\_\_ hermanos \_\_\_\_\_

otros \_\_\_\_ quiénes \_\_\_\_

7. Durante el último año cuántas veces ocurrió esta situación: \_\_\_\_

8. La persona que causó este daño está bajo el efecto de: (1: Sí \_\_\_\_ 2: No \_\_\_\_ )

Alcohol \_\_\_\_ drogas \_\_\_\_ medicamentos \_\_\_\_ ¿es un enfermo mental? \_\_\_\_

9. ¿Hubo denuncia? (1: Sí \_\_\_\_ 2: \_\_\_\_ No)

10. ¿Recibió atención médica? (1: Sí \_\_\_\_ 2: \_\_\_\_ No)

11. ¿Ejerce ud. **violencia**, maltrato o daño sobre algún miembro de la familia? (1: Si \_\_\_\_ 2: \_\_\_\_ No).

## Anexo 2

1. ¿Considera ud. que en el núcleo familiar (tal) existe **violencia** \_\_\_\_? (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No).

2. ¿Qué manifestaciones de **violencia** se dan en esa familia? (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No).

Golpes frecuentes \_\_\_\_ humillaciones \_\_\_\_ amenazas \_\_\_\_ abuso personal \_\_\_\_ abuso sexual \_\_\_\_ otros \_\_\_\_ ¿cuáles? \_\_\_\_

3. ¿Quién o quiénes ejercen la **violencia**? (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No). Padre \_\_\_\_ madre \_\_\_\_ hermana \_\_\_\_

hermano \_\_\_\_ esposo \_\_\_\_ esposa \_\_\_\_ hija(s) \_\_\_\_ hijo (s) \_\_\_\_

4. ¿Quién es la víctima? (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No). Padre \_\_\_\_ madre \_\_\_\_ hermana \_\_\_\_ hermano \_\_\_\_

esposo \_\_\_\_ esposa \_\_\_\_ hija(s) \_\_\_\_ hijo (s) \_\_\_\_

5. ¿Hubo denuncia? \_\_\_\_ (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No).

6. ¿Recibió atención médica? \_\_\_\_ (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No). De las lesiones \_\_\_\_ (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No).

Atención psicológica \_\_\_\_ (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No).

7. ¿Dónde? (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No). CMF \_\_\_\_ Casa \_\_\_\_ Policlínico \_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_

8. La persona que ejerce la **violencia** consume (1. \_\_ Sí 2. \_\_ No). Alcohol \_\_\_\_ drogas \_\_\_\_ medicamentos \_\_\_\_ ¿es un enfermo mental? \_\_\_\_

## Anexo 4

Programa detallado estrategia educativa participativa en la violencia intrafamiliar 05 al 16 de Mayo-2008

### Semana No 1

Lunes 05-05-08

8:00-8:15h Inauguración

8:30-8:50h Pre-evaluación

8:50-10:00 La Violencia su Historia y Actualidad, ciclo de la violencia, NOM contra Violencia Familiar

Martes 06-05-08

8:00-9:00 Tipos de Violencia, Clasificación

9:00 9:15h Colash de fotografías y reflexión  
09:15-10 h Discusión de Documento # 1y 2  
Actividad: Realización de rotafolio con conclusiones del equipo  
Realización de encuesta autoaplicable, para valorar si existe violencia intrafamiliar en su núcleo familiar

Miércoles 07-05-08

8:00-9:00 h Violencia en Niños, Lectura Crítica  
9:00 9:15h Colash de fotografías y reflexión  
09:15-10 h Discusión de Documento # 3 y 4  
Actividad: Realización de rotafolio con conclusiones del equipo

Jueves 08-05-08

8:00-9:00 NOM-190-SSA1 Violencia Intrafamiliar, Marco Jurídico  
9:00 9:15h Colash de fotografías y reflexión  
09:15-10 h Realización de taller, socio drama llevado a cabo por trabajo social, al terminar se realizo una discusión y reflexión de los dos socio dramas representados.

Viernes 09-05-08

8:00-9:00 h Violencia contra Mujer  
09:00-10 h Discusión de Documento # 5  
Actividad: Realización de rotafolio con conclusiones del equipo  
Taller para realización de carteles informativos contra violencia familiar

## **Semana No 2**

Lunes 12-05-08

8:00-9:00 Violencia en el Embarazo  
9:00 9:15h Colash de fotografías y reflexión  
09:15-10 h Lectura comentada y discusión de Documento # 6  
Actividad: Realización de rotafolio con conclusiones del equipo

Martes 13-05-08

8:00-9:00 Violencia en el adulto mayor  
9:00 9:15h Colash de fotografías y reflexión  
09:15-10 h Discusión de Documento # 7  
Actividad: Realización de rotafolio con conclusiones del equipo

Miércoles 14-05-08

8:00-9:00 Violencia en el Anciano (continuación)

9:00 9:15h Colash de fotografías y reflexión

09:15-10 h Discusión de Documento # 7

Actividad: Realización de rotafolio con conclusiones del equipo

Jueves 15-05-08

8:00-9:00 h Violencia en el hombre

09:00-10 h Marco Jurídico

Actividad: Realización de rotafolio con conclusiones del equipo

Realización de actividad llevada a cabo por la Psicóloga clínica de la unidad.

Empatia para Adultos Mayores.

Viernes 16-05-08

8:00-9:00 Conclusiones Finales

09:00-9:40h Evaluación Final

9:40-10:00h Clausura

## **Guías**

Guía No 1

Pamplona A. Violencia y relaciones de poder. Salud Pública 2004 (1):16-24

1.-Identificación de factores de riesgo de la violencia

2.-Determinar la prevalencia de la violencia

3.- Resultados más significativos del estudio

4.-Conclusiones del estudio

Guía No 2

Hujar Medina M. Atención Medica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud Pública de México 2006;(45)252-258

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999.Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar.

- 1.-Identificación de factores de riesgo de la violencia
- 2.-Identificar los indicadores de la violencia intrafamiliar
- 3.-Determinar la prevalencia de la violencia
- 4.-Tipos de lesiones más frecuentes
- 5.- Resultados más significativos del estudio
- 6.-Conclusiones del estudio

#### Guía No 3

Perea Martínez, Loredo Abdala. Responsabilidad del pediatra ante la Norma oficial mexicana 190-SSA-1. Revista Mexicana de Pediatría 2002; 69(1):37:40

- 1.-Identificación de los indicadores de la violencia en niños
- 2.-Discutir estos indicadores
- 3.- Resultados más significativos del estudio
- 4.-Conclusiones del estudio y del equipo

#### Guía No 4

Unicef. Innocenti digest. Niños y Violencia

- 1.-Identificación de factores de riesgo de la violencia en niños
- 2.-Tipos de lesiones más frecuentes
- 3.- Resultados más significativos del estudio
- 4.-Conclusiones del equipo

#### Guía No 5

Collado S. Violencia Familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia, ginecología y obstetricia de México 2005;250-258

- 1.-Identificación de factores de riesgo de la violencia en mujeres embarazadas
- 2.-Determinar la prevalencia de la violencia en mujeres embarazadas
- 3.- Resultados más significativos del estudio
- 4.-Conclusiones del estudio

#### Guía No 6

Benites Guerra, Peña Alejandra Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos. Rev Obstetricia Ginecología de Venezuela 2004;(64):11:16

- 1.-Identificar factores de Riesgo
- 2.-Discusión de los dos casos clínicos
- 3.-Resultados más sobresalientes

4.-Cuales son las conclusiones del equipo

#### Guia 7

Vidales Olivo, Pichardo Fuster. Escala para diagnosticar el síndrome de abuso (maltrato) al adulto mayor. Archivos de geriatría 2006 (6):13-16. Campillo Motival R. Violencia con el anciano. Revista cubana de Medicina General Integral 2002 (18):15-19

- 1.-Identificar factores de Riesgo
- 2.-Determinar la prevalencia de la violencia domestica en adultos mayores
- 3.-Identificar las escalas para el diagnostico
- 3.-Resultados más sobresalientes
- 4.-Cual es la conclusión del equipo