



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 12
CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL EN MUJERES

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
SALDAÑA GONZÁLEZ MARICELA**

CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

FEBRERO-2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

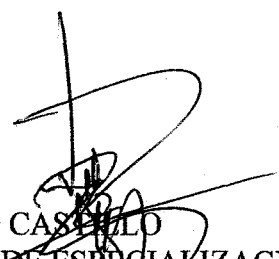
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL EN MUJERES

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

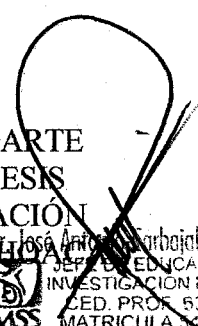
P R E S E N T A

SALDAÑA GONZÁLEZ MARICELA



**DR. CARLOS ROMERO CASTILLO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO
ASESOR DE TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN**



**DR. JOSÉ ANTONIO CARBAJAL UGARTE
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HGZ. No.12 LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN**

**Dr. José Antonio Carbajal Ugarte
JEFE DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN MÉDICA
CED. PROF. 536272
IMSS MATRICULA 408357**

CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

FEBRERO-2006

FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL EN MUJERES

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARICELA SALDAÑA GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES:



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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
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.

DEDICATORIA

**“A MIS HIJOS DIEGO ALEJANDRO,
GABRIELA SARAI Y OMAR ISAI QUE
ESPERARON CON PACIENCIA MI LLEGADA
DESPUES DE LAS LARGAS JORNADAS DE
TRABAJO.”**

ÍNDICE

	Página
1. RESUMEN.	1
2. SUMMARY.	3
3. INTRODUCCION.	5
4. MARCO TEÓRICO.	7
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
6. JUSTIFICACIÓN.	15
7. OBJETIVOS.	16
8. HIPÓTESIS.	17
9. MATERIAL Y METODOS.	18
10. RESULTADOS.	24
11. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.	31
12. CONCLUSIONES.	34
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	36
14. ANEXOS.	39

1.- RESUMEN

INTRODUCCION.- La violencia conyugal se ubica como uno de los principales problemas de la familia y trasciende barreras culturales, políticas educacionales, socioeconómicas y religiosas. La cual se define como la amenaza o uso intencional de la fuerza o el poder de tipo físico, psicológico o sexual contra una persona o grupo con alta probabilidad de producir daño lo que causa un daño severo a su personalidad. La violencia conyugal tiene un predominio del sexo femenino sobre el masculino en proporción de 4:1. El centro de atención de violencia conyugal (CAVI) en el 2003 en México reportó que un 53.3% de mujeres fueron víctimas de maltrato psicológico, el 30.3% físico y 1.6% maltrato sexual, En el estado de Michoacán se reportó en octubre del 2003 en el hospital civil de la Cd. De Morelia que atendieron a 400 mujeres con huellas de maltrato físico. En nuestra localidad de Lázaro Cárdenas Michoacán el departamento de atención a la familia (DIF) reporta incremento en los últimos 4 años a raíz del desempleo y abuso de alcohol, pasando de el 39.8 % al 45%.

OBJETIVO.- Identificar la frecuencia y magnitud de violencia conyugal en mujeres, atendidas en primer nivel de atención.

MATERIAL y METODO.- Encuesta social tipo retrospectiva, observacional, transversal y descriptivo. Se utilizó la encuesta de WAST (The Woman Abuse Screening Tool) compuesto por 7 preguntas, en donde se califica las respuestas con menos de 7 puntos sin violencia, de 8 a 14 puntos con violencia moderada y más de 15 puntos violencia severa. Se encuestaron 100 pacientes, Derechohabientes adscritas a la Unidad de medicina Familiar número 78, de la ciudad de Lázaro Cárdenas Mich. En el periodo comprendido de noviembre 2004 al 30 de julio del 2005.

RESULTADOS.- De las 100 encuestas aplicadas a las mujeres en estudio que aceptaron participar por escrito en el presente estudio, se encontró los siguientes resultados; donde la edad promedio fue de 35 años, predominó en un 75% (n=75) el estatus socioeconómico bajo y en un 25% el medio. En cuanto a la escolaridad se encontró un 67% con nivel inferior y un 33% con nivel medio; en cuanto a toxicomanías el 30% positiva a tabaco y alcohol y en un 70% no consumía, el intento de suicidio solo se presentó en un 4%.

La frecuencia de violencia conyugal encontrada en las mujeres se presentó en un 84% (n=84) de estas el 86.9% (n=73) tuvieron violencia leve y el 13.09% (n=11) severa.

CONCLUSIONES.- Se concluye que la frecuencia de violencia conyugal es mayor que los reportes previos, donde no influye el estatus económico, la edad y la escolaridad para su desarrollo por lo tanto se requiere estudios aleatorios de Cohorte para establecer criterios mejor definidos ya que es un problema de salud pública mundial.

2.- SUMMARY

INTRODUCTION. - The conjugal violence is located as one of the main problems of the family and extends barriers cultural, political educational, socioeconomics and religious. Which defines as the threat or intentional use of the force or the power of physical type, psychological or sexual against a person or group with high probability of producing damage which causes a severe damage to its personality? The conjugal violence has a predominance of feminine sex on the masculine one in proportion of 4:1. The center of attention of conjugal violence (CAVI) in the 2003 in Mexico I report that 53,3% of women were victims of I mistreat psychological, the 30,3% physicist and 1,6% I mistreat sexual, In the state of Michoacán was reported in October of the 2003 in the civil hospital of the CD De Morelia who took care of 400 women with tracks of I mistreat physicist. In our cardinal red locality of Lazaro Cardenas Michoacán the department of attention to the family (DIF) in the last reports increase 4 years as a result of unemployment and alcohol abuse, happening from 39,8 % to 45%.

OBJECTIVE. - To identify the frequency and magnitude of conjugal violence in women, taken care of in first level of attention.

MATERIAL and METODO. - Social survey retrospective, observational, cross-sectional and descriptive type. I am used the survey of WAST (The Woman Abuse Screening Tool) made up of 7 questions, in where it is described the answers with less than 7 points without violence, of 8 to 14 points with moderate violence and more than 15 points severe violence. 100 patients survey themselves, Rightful claimants assigned to the Familiar medicine Unit number 78, of the Cardinal red city of Lazaro Mich. In the included/understood period of November 2004 to the 30 of July of the 2005.

RESULTS. - Of the 100 surveys applied to the women in study who accepted to participate the present in writing in study, one was the following results; where the age average was of 35 years, I predominate in a 75% (n=75) status socioeconomic low and in a 25% the means. As far as the schooling was a 67% with inferior level and a 33% with mean level; as far as drug addictions positive 30% to tobacco and alcohol and in a 70% did not consume, the attempt of single suicide I appear in a 4%.

The frequency of found conjugal violence in the women appeared in a 84% (n=84) of these the 86.9% (n=73) had slight violence and 13.09% (n=11) the severe one.

CONCLUSIONS. - One concludes that the frequency of conjugal violence is greater than the previous reports, where does not influence status economic, the age and the schooling for its development by as much require random studies of Cohorts to establish criteria better defined already than it is a health problem publishes world-wide.

3.- INTRODUCCIÓN

La mayoría de los médicos familiares de todo el mundo dan por cierta la estadística que indica que el cincuenta por ciento de la población ha sufrido algún tipo de violencia dentro del ámbito familiar. Las formas más comunes de violencia son el maltrato infantil, la violencia conyugal y el maltrato a los ancianos. No sería extraño, en estos casos, que dentro de nuestra práctica clínica de medicina familiar se nos consulte o encontremos datos sugestivos de algún caso de violencia conyugal. El hombre quien estadísticamente comete más actos de violencia dentro de la familia y de la pareja. En esta última el hombre es responsable del 75% de los episodios de violencia (el hombre que maltrata a su cónyuge), los casos de violencia cruzada se los calcula en el orden del 23% y los casos en los que el hombre es víctima de violencia de parte de su mujer, es alrededor del 2%.¹

La violencia conyugal es un fenómeno tan extendido, que se lo considera como problema social grave que afecta a innumerable cantidad de mujeres de todas las edades y clases sociales, y cuyas estadísticas son semejantes en diversos países con la misma cultura. El hecho de que sea el hombre quien ejerce la violencia en un setenta y cinco por ciento de los casos, nos indica que el problema tiene profundas raíces en toda nuestra sociedad.

La violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Tiene lugar en el trabajo y en las calles pero su principal manifestación es dentro del ámbito familiar.

La literatura demuestra que la violencia conyugal es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad. De ahí que también las mujeres pueden agredir y ser violentas. Generalmente, la justificación de la violencia se deriva de las normas sociales sobre el papel y los deberes apropiados del hombre y la mujer, o sea de las normas relativas al género.¹

Las consecuencias físicas de la violencia conyugal pueden ser muy graves y resultar hasta en la muerte. Para las mujeres que sobreviven a la violencia conyugal, el impacto psicológico puede ser aún peor. La agresión constante a la autoestima de la pareja va disminuyendo su propia imagen y la mujer termina creyendo que es culpable de la violencia que padece y que es una persona inútil, sin esperanza e incapaz de sobrevivir sin su agresor.

La mayoría de los especialistas sostienen que la violencia es una conducta aprendida. Hay dos formas básicas de aprender, la observación y la imitación. Un gran porcentaje de hombres violentos han sido testigos de violencia conyugal en su infancia y muchos de ellos han sido maltratados físicamente, por lo tanto, los niños que son testigos de los malos tratos a su madre pueden llegar a volverse violentos y en el futuro podrían mostrar predisposición a maltratar. La investigación psicológica demuestra que los niños o niñas que viven en una situación de violencia conyugal están expuestos a desarrollar múltiples problemas emocionales y de comportamientos: tristeza, aislamiento, miedo, ansiedad, agresión, crueldad con los animales, desafío de autoridad, destructividad, fracaso escolar, mala relación con los compañeros, no participación en actividades deportivas o extra escolares. ¹

Nuestra población derechohabiente a los que estamos comprometidos de otorgar una atención integral, en medicina familiar, no es ajena a esta problemática, por lo que este estudio pretende identificar la frecuencia de violencia conyugal en las mujeres, permitiéndonos establecer estrategias futuras de abordaje. ¹

4.- MARCO TEÓRICO

La familia como un grupo de personas, ha surgido de la naturaleza y deriva primordialmente de la procreación, si bien la institución del grupo familiar, tiene un origen biogenético, cumple una función de sustento y educación de los miembros del agregado familiar. Entonces; el concepto de familia, puede ser abordado desde múltiples perspectivas y con diversas finalidades, implica aspectos biológicos, sociales y legales íntimamente ligados al complemento de un complejo de "*Roles y Funciones*".¹

La violencia conyugal es un fenómeno que a través de la historia se ha manifestado como una característica de la vida familiar², sin embargo recientemente se ha puesto en evidencia como un fenómeno antisocial en ella se encuentra un elemento anómalo que distorsiona la formación del consentimiento, libertad y decisión de una persona. Transforma los valores y actitudes de las personas y provoca reacciones de baja autoestima y auto depresión.³

La violencia se define como la amenaza o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder de tipo físico, psicológico o sexual contra una persona, grupo o comunidad con alta probabilidad de producir daño a la integridad física y limita la libertad y movimientos de la víctima: la cual constituye un método inadecuado para la resolución de conflictos intrapersonales⁴.

La violencia conyugal es toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de los cónyuges, generalmente se refiere a la agresión del varón hacia la mujer. La cual menoscaba la vida y la integridad física y psicológica del cónyuge afectado y que deriva en un daño severo en el desarrollo de su personalidad.⁵

La violencia conyugal es una forma de la violencia familiar. En la cuarta conferencia mundial sobre las mujeres, realizada en Beijing⁶ se determinó que: "La violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz; y es un problema que incumbe a los estados y que exige que se adopten medidas al respecto". La violencia conyugal es todo acto de violencia basado en el género que reciben mujeres por parte de hombres con quienes han vivido o siguen viviendo en una relación íntima.⁷ La violencia incluye una gama casi infinita de formas y grados. En el nivel físico encontramos desde empujones, jalones de cabellos, golpes, hasta la muerte. En el nivel sexual, la violación, hostigamiento, embarazo no deseado, el no respeto de sus derechos a la salud sexual y reproductiva en su más amplio sentido. A estas modalidades se reconocen como violencia visible, que es la que produce más difusión, es la más estudiada y a la que se refieren las estadísticas que nos alarman y sin embargo no es la más frecuente. La violencia invisible: es la violencia emocional y psicológica, las cuales consisten en métodos de sometimiento y control que se basan en terror, amenazas, insultos y otras actitudes, palabras o acciones que denigran la dignidad de la mujer. Los mecanismos detectados que implican ejercer violencia de este tipo, son: la descalificación, la desconfirmación (invalida a la persona), el doble vínculo, la mistificación y otros.⁸

La violencia conyugal se ubica como uno de los principales problemas de la Familia contemporánea y trasciende barreras culturales, políticas, educacionales, socioeconómicas y religiosas, el Centro de Atención de Violencia conyugal (CAVI) en México reporta que un 53.3% de las mujeres fueron víctimas de maltrato psicológico, 30.3% de maltrato físico y psicosexual, sólo 14.8% referían daño físico y el 1.6% reportaron maltrato sexual entre octubre de 2003; en el estado de Michoacán el Hospital civil de la ciudad de Morelia, reportó que atendieron a 400 mujeres con huellas de maltrato físico.⁹

La violencia conyugal tiene un predominio del sexo femenino sobre el masculino en proporción de 4:1 por el contrario en los suicidios consumados predominan en proporción similar en el sexo masculino, el cual además de los tóxicos utilizan métodos más agresivos como el ahorcamiento o las armas de fuego.¹⁰

La Familia es el lugar en el que se ejerce de manera más constante violencia sobre el género femenino, sobre todo por parte de los compañeros sentimentales. De acuerdo a la Organización Mundial de Salud 1 de cada 5 mujeres en el mundo fue objeto de violencia en una etapa de su vida.¹¹

J.M Saucedo reporta que en 100 madres de niños hospitalizados se encontraron datos de violencia doméstica, sin embargo, 1 de cada 5 fueron maltratadas e hicieron alguna denuncia, pero en la mayoría de los casos no se castigó al agresor e incluso, algunas mujeres estaban convencidas de la superioridad masculina.¹²

La Violencia Conyugal en México coincide con los reportes internacionales en donde las mujeres fueron las víctimas más frecuentes, y los hombres los principales agresores; frecuentemente bajo los efectos del alcohol. En la encuesta realizada en 1965 por la Asociación Mexicana contra la violencia hacia las mujeres (CONVAC) sólo la quinta parte de las agredidas realizó algún tipo de denuncia con resultados pobres en ambos casos.¹³

En el estado de Michoacán de acuerdo a la encuesta nacional de violencia contra las mujeres (ENVIM 2003) la prevalencia en derechohabientes del IMSS fue de índole psicológica en el 24.9%, y con un 6.8% física, 7.9% sexual y 6.3% económica; se reportó un 27.7% con la pareja actual y 42.2% con la pareja de por vida, el 67.7% de las mujeres refirieron violencia alguna vez en la vida.¹⁴

En la localidad de Lázaro Cárdenas Michoacán, el departamento de atención a la familia por parte de la dependencia Desarrollo Integral de la Familia (DIF) reporta que el índice de violencia conyugal se ha incrementado en los últimos 4 años a raíz del desempleo y abuso del alcohol, pasando del 39.8% al 45% ¹⁵

Múltiples reportes a nivel mundial señalan que una familia con bajo estrato social además de factores agregados como el consumo excesivo del alcohol y/o drogas se asocian a la violencia conyugal.^{16, 17,18}

Para L. Walter la violencia marital se genera en 3 fases, las cuales se describen a continuación:

Fase 1.- Acumulación de la tensión (es un periodo de agresión psíquica y golpes menores).

Fase 2.- Fase aguda de golpes (se caracteriza por el descontrol y agresión física).

Fase 3.- Calma amante (hay una conducta de arrepentimiento en el hombre golpeador y de aceptación de la mujer victimada).

Walter propuso la teoría del ciclo de violencia conyugal. La primera parte del ciclo consiste en una fase de acumulación de tensión, período durante el cual el hombre observa actitudes de su pareja que le causan sentimientos de frustración que no expresa y que se acumulan en su interior. A menudo hay insultos, burlas y humillaciones. Para no enfrentar la realidad de lo que está pasando en su relación de pareja, la mujer se disculpa, acepta reproches sin enojarse y se convence de que debe mejorar. El hombre sabe que su comportamiento es malo y para mantener a su pareja a su lado incrementa su actitud abusiva, especialmente a través de estrategias de abuso emocional.

Cuando la tensión llega a su punto máximo, se desata la segunda parte del ciclo de violencia en el cual el hombre explota y utiliza la violencia

física, emocional o sexual. El hombre parece no tener control sobre sí mismo. Su meta es "dar una lección a su pareja". Cuando el ataque se acaba, la víctima y el agresor se quedan asombrados con lo que pasó. La mayoría de las veces se llama a la policía durante esta segunda fase de violencia. Algunas veces, cuando llega la policía, son atacados por la víctima porque la mujer sabe que en cuanto se vaya la policía, la violencia empezará otra vez.

En la tercera etapa del ciclo, el hombre se da cuenta que ha causado daño a su pareja. Entonces, para no perder a su pareja, le promete que nunca más sucederá. Pide disculpas y dice que va a cambiar. El agresor corteja a menudo a su pareja con regalos, prestándole gran atención y prometiéndole que nunca volverá a agredirla. La mujer cree en su arrepentimiento y generalmente considera que el episodio de violencia es un episodio aislado que se produjo por exceso de trabajo, por problemas familiares, etc. El agresor se muestra agradable y encantador con su pareja. Este período es un momento de confusión para la mujer maltratada porque es el período cuando experimenta los lados positivos del matrimonio. Es difícil para los psicólogos convencerla de abandonar una relación abusiva justo en el momento cuando ella siente alivio y atención por parte de su pareja. Además, si decide irse, el hombre suplica a su pareja que lo perdone y pide a su familia y amigos que la convencen a regresar con él e incluso puede utilizar a los niños como excusa.

Cuando el hombre está seguro que su pareja no se marchará, entonces reanuda su actitud agresiva y el ciclo comienza de nuevo.

La violencia conyugal sólo se presenta en aquellas Familias disfuncionales en donde persisten conflictos interpersonales graves, falta de cohesión y bajo nivel de control de impulsos.¹⁹

Es evidente que la violencia conyugal es un padecimiento que afecta al núcleo de la Familia en diverso grado y que requiere de atención médica así como de otras disciplinas: Psicología, trabajo social, psiquiatría y en última instancia de asesoría legal y de su intervención en algunos casos para anular el matrimonio.

Numerosos estudios resaltan el papel del Médico Familiar en el rastreo, la evaluación y el tratamiento de mujeres víctimas de violencia. Desde finales de los 90's se han desarrollado numerosos instrumentos de detección que permiten al Médico Familiar aplicarlos en su consultorio y detectar pacientes en peligro de estarlo.^{20, 21}

Uno de los instrumentos de detección que más aceptación ha tenido es el siguiente:

EL WAST (the Woman Abuse Screening Tool) compuesto por siete preguntas con una puntuación de 7 a 21, dándole un valor de 3, 2,1 si la respuesta era: seguido, algunas veces y jamás respectivamente. Teniendo como resultado de 0 a 7 puntos sin violencia, de 8 a 14 puntos violencia leve y de 15 a 21 puntos con violencia severa. El estudio fue aprobado por Review Board For Health Sciences Research Involving Human Subjects en la Universidad de Western Ontario.

La fiabilidad y validez del WAST (The Woman Abuse Screening Tool) francés tiene una medida de fiabilidad (alfa igual 0.95). El coeficiente de coherencia de la escala es del 95% lo que corresponde a una muy buena coherencia interna. Las correlaciones corregidas ítem-totales (correlaciones entre la puntuación de las preguntas individuales y la puntuación global de las preguntas restantes) siendo de $r=0.74$ a 0.91 ($p < 0.001$) 81% de la variable total.²²

En nuestro país el 20 de octubre de 1999 se emitió la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, referente a la prestación de servicios de

salud, criterios sobre la atención Médica de violencia conyugal, que considera múltiples aspectos desde la detección, participación del equipo de salud y criterios específicos en el tratamiento de las víctimas.²³

La legislación civil Mexicana y el código civil para el estado de Michoacán vigente en su artículo establece que hay violencia cuando se emplea la fuerza física o amenazas que importen peligro de perder la honra, libertad, la salud, la vida o una parte considerable de los bienes del contratante o su cónyuge, de sus ascendientes, descendientes o colaterales de segundo orden. De acuerdo a la codificación civil, la violencia es motivo de nulidad de un contrato, ya que representa un vicio de consentimiento de diversos contratos. Es causal de divorcio. La violencia conyugal no se contempla en nuestro código civil y por lo tanto las conductas enmarcadas en estos supuestos gozan de una total impunidad. Sin embargo se menciona en el artículo 323 bis, "los integrantes de una familia tienen derecho a que los demás respeten su integridad física y psíquica con objeto de contribuir a su sano desarrollo y a la vez están obligados a evitar conductas que generen violencia conyugal"⁽²⁴⁾

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la experiencia profesional de la autora como responsable del consultorio No. 1 Turno Matutino de la UMF. No.78 "LAS PALMAS" del IMSS en la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán, donde es frecuente la demanda de consulta por pacientes con síntomas de síndrome ansioso-depresivo, somatización (colitis, hipertensión reactiva, dermatitis pruriginosas y cefaleas), así como también lesiones físicas en cara, cráneo, cuello, brazos, piernas y abdomen en qué se evidencia son lesiones provocadas en forma intencional y pueden relacionarse con violencia conyugal.

Las pacientes víctimas de aparente violencia conyugal, consistentemente lo niegan, sin embargo, su actitud (llanto facial, baja autoestima, vergüenza, miedo), el tipo de lesiones y el nerviosismo que se desencadena con el interrogatorio médico dirigido, refuerza la existencia violencia conyugal.

Por otro lado el reporte de esta patología se registra en la forma 4-30-6 cuyo manejo es responsabilidad del Médico Familiar. Habitualmente se reporta en forma negativa, es decir desde el punto de vista estadístico, *la Violencia conyugal no existe.*

La reticencia para registrar la existencia de violencia conyugal, conlleva a una responsabilidad legal intra y extrainstitucional por lo cual se evade su registro por parte del Médico de primer contacto, situación que también ha sido detectada por la "American Medical Association (AMA)"⁽²⁵⁾

¿Cuál es la frecuencia y magnitud de violencia conyugal en la mujer?

6.- JUSTIFICACIÓN

Si bien la violencia conyugal es una entidad bien identificada, su frecuencia es difícil de determinar en virtud de que los médicos de urgencias y de primer contacto, (y en general todos los médicos) omiten su reporte sanitario ya que temen involucrarse en un problema jurídico legal. Sin embargo, la Violencia Conyugal existe y repercute en los integrantes del grupo familiar con lesiones psicológicas en la estructura de la personalidad y a perpetuar un modelo de violencia; en la esposa de la víctima habitual además, le provoca lesiones físicas de diversos grados y afecta sensiblemente su autoestima y se deteriora severamente su relación marital por lo que conduce a una disfunción familiar.

El abordaje de la disfunción familiar es responsabilidad del Médico Familiar para que los integrantes del núcleo familiar se desarrollen en un ambiente de armonía y salud psicosocial, por ende aunque el tema resulte dramático y riesgoso, es inevitable su atención por el Médico Familiar.

El primer paso que es necesario realizar es precisar su existencia y dimensionar su tamaño, el cual es motivo del presente estudio.

Además se considera que existe un subregistro de violencia conyugal, ya que la población de Lázaro Cárdenas, Mich. Posee la tipología frecuentemente reportada como susceptible de esta patología, como es la baja escolaridad, el consumo excesivo de alcohol y drogas, empleos transitorios, entre otros.

7.- OBJETIVOS

7.1.-: Objetivo General

7.1.1.- Determinar la frecuencia y magnitud de violencia conyugal en la mujer.

7.2.- Objetivos específicos:

7.2.1.- Identificar el grado y magnitud de la violencia conyugal en la mujer.

7.2.2.- Identificar los factores de riesgo de violencia conyugal.

8. HIPÓTESIS

La frecuencia y magnitud de violencia conyugal en la mujer es mayor a la reportada en la literatura médica.

9. MATERIAL Y METODOS.

- 9.1.- Tipo de estudio: Descriptivo tipo encuesta
- 9.2 Prospectivo, Observacional, transversal y descriptivo
- 9.3 **Población, lugar y tiempo de estudio:** La investigación se realizó en mujeres adscritas a una Unidad de Medicina Familiar, primer nivel de atención médica, de la Ciudad de Lázaro Cárdenas, Mich., durante 8 meses en el periodo comprendido de noviembre 2004 al 30 de Julio 2005.
- 9.4.- **Tipo y tamaño de la muestra:** La población adscrita al consultorio No.1 es de 3,150 derechohabientes.

Para el cálculo del tamaño de la muestra nosotros consideramos nuestra población adscrita de mujeres con pareja de los cuales son 1005, el tamaño de la muestra se calcula a través de la siguiente formula:

$$n = z^2 (pq)/c^2$$

Donde:

$$n = 72.99$$

Con un margen de error del 7% y un nivel de confianza del 95%.²⁶

9.5.- VARIABLES A RECOLECTAR

9.5.1.- DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE INTERDEPENDIENTE

VARIABLE	CONCEPTO	VALOR DE MEDIDA
Edad	Edad de las mujeres que tengan pareja actual	Cuantitativo numérico
Años de relación conyugal	Tiempo de convivencia conyugal desde la unión hasta el momento de la encuesta	Cuantitativo Numérico
Estatus económico.	Ingresos percibidos mensualmente en el hogar	Cualitativo Ordinario
Adicciones.	Consumo de sustancias nocivas para la salud	Cuantitativo Nominal (presente-ausente)
Escolaridad.	El grado de conocimiento que tengan los pacientes.	Cuantitativo Numérico

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	CONCEPTO	VALOR DE MEDIDA
Mujeres con pareja	Mujeres con pareja actual independientemente del tipo de unión	Cualitativo Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	CONCEPTO	EVALUACION
Violencia Conyugal.	Amenaza, uso de la fuerza o poder de tipo físico psicológico o sexual ocasionando daño en la integridad física.	Cuantitativa numérica detectada por el test de wast.
Factores de riesgo asociados	Todos aquellos factores extrínsecos e intrínsecos que favorecen la posibilidad ocasionar violencia conyugal como:	Cualitativa nominal (presente o ausente)
	ECONOMICOS. Ingreso económico al hogar mensualmente: estrato bajo menos de \$3,000 Medio \$ 6,000 Alto mas de \$6,000	Cuantitativo numérico
	EDAD. Edad de las mujeres que sufren violencia : menor edad mas violencia y a mayor edad(mas de 4)) disminuye	cuantitativo numérico
	ESCOLARIDAD. Grado de escolaridad en mujeres con violencia. Baja: primaria no terminada. Media; secundaria y bachillerato Alta: profesional	Cualitativo ordinal

9.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.6.1.- Criterio de inclusión, exclusión y de eliminación:

9.6.2.- Criterio de Inclusión:

Mujeres que en el momento del estudio viven con su esposo, independientemente del régimen de unión.

- a) Que aceptaron por escrito participar en el estudio.
- b) Que acudan a consulta por causa diferente a la violencia conyugal.
- c) Que tengan una escolaridad mínima (que sepan leer y escribir).
- d) Pacientes que contestaron el cuestionario completo.

9.6.3.- Criterios de exclusión:

- a) Pacientes con patología física que les impida leer y escribir.
- b) Pacientes que no quieran participar en el estudio.
- c) Pacientes que acudan a la consulta acompañados de su pareja o familiar
- d) Pacientes que tengan trastornos psicopatológicos.

9.6.4.- Criterios de eliminación:

- 1) Pacientes que no desean continuar participando en el estudio.
- 2) Cuestionarios incompletos o llenados incorrectamente

9.6.5.- Método o procedimiento para captar la información.

Se aplicara a todas las mujeres que cumplieron con los requisitos establecidos el cuestionario de WAST (The Woman Abuse Instrument Screening Tool) diseñado por Hugo Wast.

El instrumento fue validado por Review Borrard for Health Sciences Research Involving Human Subjets en la universidad de Western Ontario, Canadá.²⁷

El cuestionario está compuesto por 7 preguntas que exploran la estabilidad de pareja, el manejo y conflicto, la presencia de agresión, la reacción del cónyuge y la presencia de violencia.

Cada pregunta puede ser contestada con 1 de 3 alternativas

La alternativa 1 siempre es indicativa de violencia y tiene una puntuación de 3 puntos.

La alternativa 2 se refiere que el fenómeno ocurre ocasionalmente y se le asigna una puntuación de 2 puntos a cada pregunta.

La alternativa 3 se refiere a que nunca ocurren fenómenos de violencia y tiene una puntuación de un punto y que se encuentra contenido en el anexo 1.

CLASIFICACIÓN DE VIOLENCIA CONYUGAL

Puntuación	Clasificación
0 -7	Sin Violencia.
8 -14	Violencia Leve
15 -21	Violencia Severa.

El anexo I y II fueron entregados por el investigador a las personas que cumplían satisfactoriamente con los requisitos de inclusión.

En el anexo II consta de información básica referente a la constitución familiar, consumo de sustancias y demanda de atención médica por maltrato, este cuestionario consta de 9 preguntas.

Ambos cuestionarios se auto administraron y en caso de duda el investigador o su asistente brindaron apoyo y asesoría.

Los pacientes fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple usando una tabla de números aleatorios y se incluyeron únicamente aquellos pacientes que otorgaron su consentimiento informado (Anexo III).

Los cuestionarios I y II fueron calificados únicamente por la investigadora, ambos cuestionarios son anónimos y únicamente fueron controlados por el número progresivo asignado.

9.6.6.- Consideraciones Éticas.

Este estudio se ajusta a las normas éticas contempladas en la ley general de salud en materia de investigación con humanos. En la declaración de HELSINKI de 1975 rectificada en Tokio en 1989 y posteriormente en Edimburgo en el 2000.

Solicito consentimiento informado y firmado de conformidad por medio de encuesta familiar, guardándose confidencialmente los datos.

No habrá daños a la salud del paciente por un estudio de encuesta.

9.7.- Recursos.

El presente estudio utilizó la infraestructura establecida en la UMF No. 78 "Las Palmas" del IMSS en la población derechohabiente y durante el tiempo laboral regular del investigador y de la asistente del consultorio, la elaboración de escritos, fotocopias, papel y lápiz proporcionados a las encuestadas estuvieron a cargo del investigador por lo cual, no se requirió apoyo económico de la institución.

10. RESULTADOS

Se realizaron 100 encuestas en mujeres derechohabientes del IMSS que al momento de la encuesta tenían una relación o vivían con pareja, independientemente del tipo de unión y que aceptaron participar, por escrito, en el presente estudio.

Realizando la evaluación y un análisis estadístico al Test de WAST se obtuvieron los resultados que a continuación se mostraran, obteniéndose lo siguiente:

La nuestra población de estudio el 56.6% de las mujeres sufre o padece violencia severa, el 34.6% violencia leve y solo el 8.8% sin violencia. (Ver tabla No. 1)

TABLA NO. 1
RESPUESTA GLOBAL AL TEST WAST.
SEGÚN SIGNIFICADO (Calificación).

No. De pregunta	SIN VIOLENCIA	VIOLENCIA LEVE	VIOLENCIA SEVERA
1	12	37	51
2	10	46	44
3	9	54	37
4	6	22	72
5	7	37	56
6	5	20	75
7	13	26	61
TOTAL	62	242	396

En cuanto a la frecuencia de violencia conyugal se presento en un 84% (n=84) de estas el 86.90 (n=73) tuvieron violencia leve y el 13.09 (n=11) severa. (Ver tabla 2).

TABLA NO. 2
PRESENCIA DE VIOLENCIA EN LA PAREJA.

TIPO	No. DE MUJERES
SIN VIOLENCIA	16
VIOLENCIA LEVE	73
VIOLENCIA SEVERA	11
TOTAL	100

La edad de las mujeres encuestadas va desde los 16 a los 70 años, se observa que el mayor grupo es de los 26 a los 35 años siendo el 37% de las mujeres (ver tabla No. 3)

TABLA NO. 3
EDAD DE LAS MUJERES

EDAD	Mujeres %
16 a 25	15
26 a 35	37
36 a 45	32
46 a 56	14
57 a 70	2
TOTAL	100

En relación al número de hijos de las pacientes estudiadas dio como resultado, que el 71% tiene menos de 3 hijos y el 29% más de 3 hijos. (Ver tabla 4)

TABLA No. 4
NÚMERO DE HIJOS

Hijos	No. de Mujeres
0	3
1	14
2	30
3	24
4	16
5	6
6 o más	7
TOTAL	100

En cuanto a la escolaridad predominó el nivel inferior en un 67% y nivel medio en un 33% respectivamente. (Ver tabla 5).

TABLA No. 5:
ESCOLARIDAD

Nivel Académico	No. de mujeres
Analfabeta	1
Primaria Terminada	4
Primaria Incompleta	27
Secundaria Completa	10
Secundaria incompleta	25
Preparatoria	24
Carrera Técnica	4
Profesional	5
TOTAL	100

En relación al intento de suicidio en nuestras pacientes se presento en un 4% (ver tabla 6) únicamente.

TABLA No. 6: INTENTO DE SUICIDIO

Intento de suicidios	No. De Mujeres %
Si	4
No	96
Total	100

En cuanto a toxicomanías el 30% de las mujeres fueron positivas a tabaco y alcohol, y el 70% no consumía (ver tabla 7).

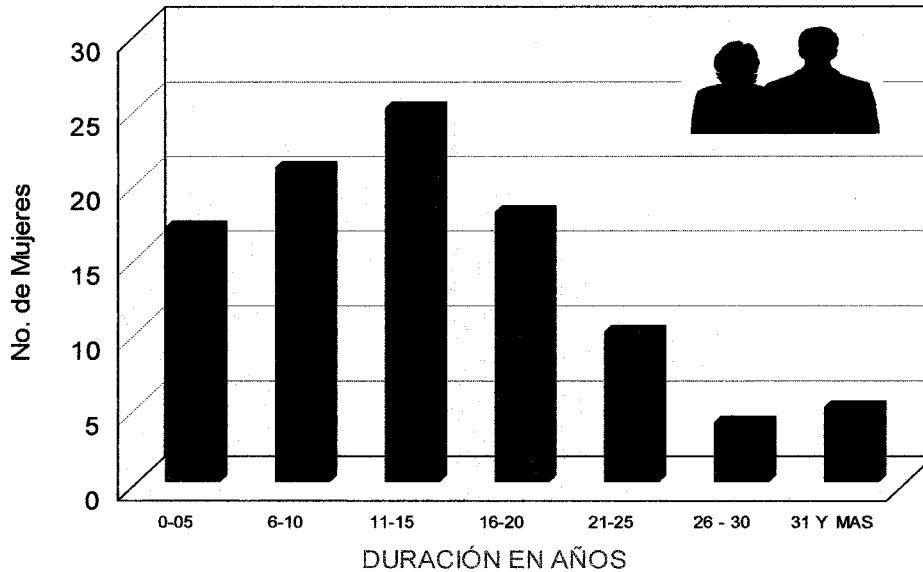
TABLA No. 7: CONSUMO DE SUBSTANCIAS

TIPO	No. De Mujeres %
Tabaco	23
Alcohol	7
Droga	0
No. Consume	70
TOTAL	100

En cuanto a la duración de la relación conyugal predomino de 11 a 15 años en el grupo de estudio (gráfica 1)

GRÁFICA No. 1

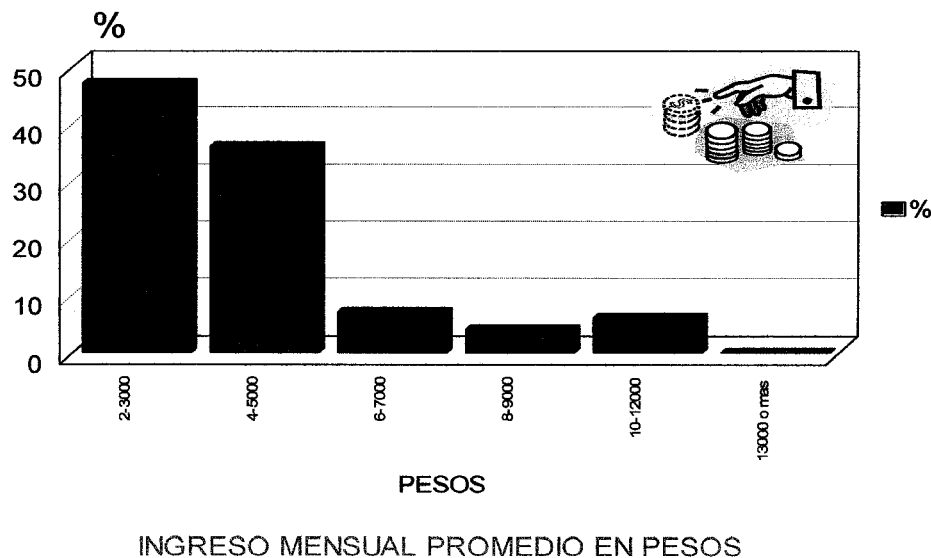
DURACIÓN DE LA RELACIÓN CONYUGAL



Donde la edad promedio fue de 35 años, el estatus socioeconómico bajo predomino en un 75% (N=75) y en un 25% en el medio (gráfica 2)

GRAFICA No.2

INGRESO MENSUAL PROMEDIO



La asociación entre edad y violencia conyugal presento una RR (Riesgo Relativo) de 0.84 (p=ns) (ver cuadro I).

Cuadro I: Asociación Edad vs. Violencia

EDAD DE LAS MUJERES EN AÑOS	MUJERES CON VIOLENCIA	MUJERES SIN VIOLENCIA	ENCUESTADAS
MENOS DE 35 A	34	18	52
MAS DE 36	37	11	48

$$RR = \frac{34/52}{37/48} = \frac{0.654}{0.770} = 0.849$$

En relación al estatus socioeconómico mostró una RR de 1.2 veces mayor en el estatus bajo que en el medio (p=ns) (ver cuadro II)

Cuadro II: Asociación Estatus económico vs. Violencia

INGRESO MENSUAL	MUJERES CON VIOLENCIA	MUJERES SIN VIOLENCIA	ENCUESTADAS
< 5,000 pesos	66	6	72
> 5,000 pesos	20	8	28

$$RR = \frac{66/72}{20/28} = \frac{0.916}{0.71} = 1.2$$

En relación a la asociación con la escolaridad y violencia conyugal se presento una RR de 0.98 (p=ns) (ver cuadro III)

Cuadro III: Asociación Escolaridad vs. Violencia.

ESCOLARIDAD	MUJERES CON VIOLENCIA	MUJERES SIN VIOLENCIA	ENCUESTADAS
NIVEL INFERIOR	49	18	67
NIVEL MEDIO	22	11	33

$$RR = \frac{49/67}{22/33} = \frac{0.731}{0.666} = 1.098$$

11. DISCUSIÓN.

El estudio de la violencia conyugal impone desafíos diversos para su identificación, atención y prevención. La violencia como tal tiene diferentes caras de las cuales las más evidentes son las lesiones físicas, sin embargo el daño psicológico y sus repercusiones corporales pueden causar enfermedades diversas y discapacidades permanentes que las convierten en una de las principales determinantes de salud y generadoras de la consulta diaria, Enmascarándose en múltiple sintomatología somática en la población femenina.

En la encuesta nacional de violencia contra la mujer (ENVIM 2003) se identifica la magnitud de dicho fenómeno en mujeres derechohabientes donde se reporta en un 58.7% de las usuarias (9).

Nuestro estudio presenta una frecuencia de 83.5/1000 mujeres atendidas en una unidad de medicina, superior a los reportes previos considerando que la violencia conyugal interfiere múltiples factores como socioeconómicos, culturales, sociales y geográficos; para su desarrollo en este problema ya que es mas común que se presente en puertos y fronteras por la diversidad de culturas. Predominando la violencia conyugal a menor nivel socioeconómico y escolar como se reporta en nuestros resultados.

En relación a la frecuencia reportada de la violencia conyugal, en nuestra población estudiada (100 pacientes) donde se les aplico una encuesta, obteniendo resultados altos (84%) consideramos que se deba a la falta de comprensión de las preguntas del test de WAST por lo que se requiere sea aplicada previa información en forma personal ya que la escolaridad inferior de la paciente no permite el correcto entendimiento y por consecuencia el adecuado llenado del test de WAST.

En otros estudios reportan que en relación al estrato socioeconómico entre mas bajo se asocia a violencia conyugal en un 6.1% (14).

En nuestro estudio cuando se realizo la asociación entre estrato socioeconómico y violencia conyugal no mostró diferencias significativas lo que infiere que la violencia conyugal en la mujer se puede presentar en cualquier nivel socioeconómico.

Se ha reportado en la literatura como factores de riesgo asociados a la violencia conyugal a la escolaridad baja, donde se presenta más frecuentemente este problema²⁹. Nuestro estudio presento resultados similares a los encontrados en la literatura, por lo que se requiere educar a nuestras adolescentes, para disminuir la frecuencia de violencia conyugal en un futuro.

El alcoholismo y tabaquismo encontrado en las mujeres estudiadas no influyó como factores de riesgo, considerando la literatura que estas adicciones son mas frecuentes en los victimarios los cuales no se estudiaron en el presente estudio por no aceptar la existencia de violencia con su pareja.

En la literatura se nos reporta la edad como factor de riesgo para violencia conyugal donde a menor edad mayor violencia y partir de los 40 a 49 años disminuye. (²⁹). En nuestro estudio difiere de estos reportes, ya que no presentó diferencia en los grupos de edades, por lo que debemos de realizar acciones en forma temprana en los cónyuges.

La magnitud de la violencia en nuestra literatura se reportó en un 58.7% de las usuarias en el IMSS.²⁹ Sin especificar grados de la misma, en nuestro estudio se presenta en un 84% en donde un 73% son leve, 16% sin violencia y 11 % son severa. Consideramos que se debe a la falta de comprensión de las preguntas del test de WAST y que probablemente en

las que reportan leve no contesten la verdad por temor, vergüenza o miedo, debido a las represalias por parte de su agresor.

12. CONCLUSIONES

En el presente estudio la frecuencia conyugal es mayor a los reportes previos, tan diversas formas de expresión hacen complicada la identificación de violencia conyugal en el escenario clínico por temor, vergüenza e inseguridad e incluso para proteger a su agresor

La víctima por lo general no revela el motivo de la lesión o molestia cuando recurre a los servicios de salud, estas actitudes hace que los hechos violentos pasen desapercibidos y no sean registrados en las estadísticas de salud.

Otro factor que favorece el subregistro es la incapacidad o resistencia del prestador de servicios de salud para identificar un daño a la salud, como posible expresión de la violencia en el entorno familiar.

La magnitud de la violencia conyugal tiene diferentes matices, concluyendo que la violencia conyugal se presenta independientemente del estrato económico, edad y escolaridad para su desarrollo.

El deber de las instituciones es enfrentarlo para prevenir mayores daños, para ello es indispensable capacitar al personal de salud sobre los contenidos de la norma oficial mexicana sobre Violencia y modificaciones actuales de la misma para que se involucre el personal de salud, ya que en múltiples ocasiones tiene temor a las represalias personales o legales que se presentan en este caso, dando así la confianza plena para identificar y notificar los casos de violencia conyugal en forma oportuna y contribuir a la disminución y solución de la misma.

La notificación deber ser obligatoria por las instituciones de salud y por lo mismo requiere sensibilización del personal para manejarlo con tacto y responsabilidad ya que tendrá mas consecuencias el omitirlo que el notificarlo.

En el presente año se llevo acabo un curso de violencia conyugal en esta ciudad donde las instituciones de salud, educativas y gubernamentales en común acuerdo determinaron que se debe interrumpir el ciclo de violencia conyugal mediante la identificación atención integral y prevención de la violencia conyugal a portando las siguientes sugerencias.

SUGERENCIAS:

-Realizar las acciones para manejar la cobertura y la comunicación con los usuarios.

Reforzar la comunicación y los contactos con las instituciones y organizaciones no gubernamentales dedicadas a la atención de la violencia para mejorar la atención integral a la mujer afectada. Y realizar los registros de los casos.

-Disponer de material de apoyo para el personal de salud al realizar detecciones.

-Generar en el lugar de trabajo un ambiente que invite a la comunicación sobre el tema.

-Extender programas sobre la violencia conyugal dirigida a los adolescentes ya que ellos formaran futuros matrimonios.

-Capacitar al 100% al personal medico enfermeras trabajo social en la detección, atención integral de la violencia.

-Identificar a los usuarios afectados, evaluándolos y dando una orientación adecuada además canalizar a servicios de especialidad y referencia a otras instituciones externas y seguimiento.

13. REFERENCIAS.

1. Galindo G I. Derecho Civil, Parte General, Personas, Familia, Ed., Porrúa, 14ª. Ed., 1995: 447.
2. Solís Quiroga. H, Sociología Criminal, Ed. Porrúa 2a. Ed., México, 1997. Pp.184
3. Carmona M. LI, Jiménez O M.L. Malos tratos en mujeres. JANO EMC 2000;1335:61-63
4. Álvarez G., Brasdefer G. Hierro G. et al. Programa Nacional contra la violencia conyugal. PRONAVI 1999 – 2000; 1 – 20.
5. Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia: Un abordaje sistémico y comunicacional. Perrone R. Medicina Familiar con enfoque Integral. Editorial Paidos. Buenos Aires, 1997; 1- 7. violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional. Buenos Aires: Paidos; 4 – 9.
6. Informe de la cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. Declaración y plataforma de acción. Objetivos Estratégicos y medidas: C. La mujer y la salud; párrafos 89-II. 95; 75-102.
7. Blanch JM. "Prólogo" a LM Cantera. Te pego porque te quiero, la violencia en la pareja. Barcelona. Publicaciones UAB. 1999.
8. Maldonado MI. Violencia familiar en México; experiencias en su prevención y tratamiento. Perspectivas sistémicas núm. 78. 2003.
9. Salinas B, Pérez D. La convención internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, un instrumento para interpretar las normas mexicanas. 1999; 1 – 10.
10. Escalante Galindo Patricia. El intento suicida en adolescentes: un problema creciente. Rev. Med. IMSS 1998; 36(4): 257-258.

11. Díaz Martínez Alejandro y Jiménez Esteban Ramón. Violencia Intrafamiliar. Gaceta Med. Méx. Vol. 139, num. 4, 2003:353 - 355.
12. Saucedo García Juan Manuel y Cols. Violencia Doméstica. El Maltrato a la Mujer; Gaceta Med. Méx. Vol. 139, num. 4, 2003:362- 367.
13. Saucedo García Juan Manuel. Las Múltiples Formas de la Violencia Familiar; Rev. Med. IMSS 2002: 40(4) 27-279.
14. División Técnica de Información Estadística en Salud. IMSS en cifras, Violencia contra las mujeres derechohabientes; Rev. Med. IMSS 2004, 42(6):525-530.
15. DIF Municipal de Lázaro Cárdenas, Mich., Reporte de Boletín Local 2004.
16. Larrin, S. Violencia Doméstica contra la mujer en América Latina y el caribe: Washington, DC octubre de 1997.
17. Hotaling G. Sugarman DB. An Analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. Vol. -1986; 1 (2): 101 - 109.
18. Moreno M. La violencia en la pareja. Rev. Panam Salud Pública 1995; 5 (4-5): 245 -258.
19. Saucedo García Juan Manuel. El Intento de Suicidio en Menores de Edad. Rev. Med. IMSS 1998; 37(2):85-87
20. Peña R. Herrera A., Liljestrang J. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres. 1996.
21. Joanne K. Violencia física contra la mujer en santa Fe de Bogotá: Prevalencia y factores asociados. Rev. Panam Salud Pública Public Health 2001: 9 (2): 78 - 83.
22. Lent. B.: Aplicación de la Herramienta de la Investigación de Abuso de la Mujer. (WAST) J. FAM PRACTS 2000; 49(10): 896-903

23. Diario Oficial de la Federación del 20 de Octubre de 1999. Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud. Criterios para la atención Médica de la Violencia Familiar.
24. Roles masculinos y masculinidades desde el punto de vista de una cultura de paz. Informe Reunión del grupo de expertos Oslo, Noruega 1997.
25. Straus MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The conflict tactics scale. J Marr Fam. 1976: 41 (2): 72 -88.
26. Argimón-Pallás J, Jiménez-Villa J. Tamaño de la muestra en Argimón-Pallás J, Jiménez-Villa J. Métodos de investigación aplicada a la atención primaria de salud. Madrid España: Harcourt Brace, 1991: 77-89
27. Thomas Holmes y Richard Rahe: Escala de Estrés Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana 7ma. Edición. México.
28. Dawson Sanders y Robert G. Trapp: Manual Moderno. Bioestadística Médica, Resumen de datos en investigación médica capítulo 4 Pág. 64-65.
29. División técnica de información estadística en Salud. El IMSS en cifras: la violencia contra las mujeres derechohabientes. Rev. Med. IMSS; 2004: 42(6) 525-530.

14. ANEXOS.

ANEXO I

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA DETECTAR VIOLENCIA CONYUGAL

1.-En general ¿Cómo describiría usted su relación de pareja?

Muy tensa Un poco tensa ninguna tensión.

2.-cuando hay una disputa con su pareja soluciona el conflicto con?

Mucha dificultad cierta dificultad ninguna dificultad.

3.- ¿Sus disputas a veces los hacen despreciarse o desordenarse?

Muy frecuente Poco frecuente Jamás.

4.- ¿Las disputas terminan a veces con bofetadas, golpes o atropellos?

Seguido Algunas veces Jamás.

5.- ¿Tiene temor de lo que le pueda decir o hacer a su pareja?

Seguido Algunas veces Jamás.

6.- ¿su pareja ha abusado de usted físicamente?

Seguido algunas veces (...) Jamás.

7.- ¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?

Seguido Algunos veces Jamás.

Tomado de WAST (The Woman Abuse Screening Tools)

ANEXO II

1.-Edad. _____ Años

2.-Estado civil _____

3.-Número de hijos _____

4.-Escolaridad. _____

5.-Años de vivir con la pareja _____

6.-Ingreso mensual _____

7.- ¿Utiliza algún estimulante como tabaco, alcohol, Medicamentos, o drogas?

Si () No. () Cual: _____

8.- ¿Ha tenido intento de suicidio? Si () No. ()

9.- ¿consulta a su médico por malos tratos de su pareja? Si () No. ()

ANEXO III

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN VOLUNTARIA EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

Lázaro cárdenas, Michoacán. _____
Yo _____ de _____ años derechohabiente del IMSS con No. de afiliación _____ y con domicilio _____

Acepto de forma voluntaria y sin tener presiones de ninguna índole por parte de persona alguna o institución, para participación en el proyecto de investigación

Titulado:

“FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL EN MUJERES”

Uno de los objetivos de este estudio es conocer realmente la existencia de violencia y factores que están condicionando la violencia en familias donde se detectó y que como médicos de primer contacto DEBEMOS orientar, asesorar y ayudar a romper el ciclo así como su prevención. Conocer la estadística que sirvan como referencia y ver así la necesidad de abrir módulos específicos para el apoyo a los núcleos familiares afectados por este problema que en la actualidad aumenta en mayor grado.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder a una encuesta con seriedad

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Dra. . Maricela Saldaña González.

Testigo.

Testigo.