

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE PISOGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

***FRECUENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA EN UNA MUESTRA DE MUJERES ADOLESCENTES
HOSPITALIZADAS CON TRASTORNOS DEPRESIVOS***

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Dr. Francisco José García Rangel

ASESOR TEÓRICO:

Dra. Mirna Estela Brenes Pratts

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Francisco Franco López Salazar

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2012



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.

Contenido

Resumen	III
Agradecimientos	IV
Abreviaturas	V
Índice de tablas y gráficas	VI
I Antecedentes	1
1. La violencia de pareja como violencia de género.....	1
2. Factores socioculturales que contribuyen a la perpetuación de la violencia.....	6
3. El Ciclo de la violencia y la desesperanza aprendida.....	7
4. Consecuencias de la violencia de pareja.....	8
5. La salud mental en mujeres que reciben violencia de pareja.....	9
6. Violencia de pareja y su relación con algunos trastornos psiquiátricos.....	11
II Planteamiento del problema	14
III Justificación	15
IV Objetivos	16
1. General.....	16
2. Específicos.....	16
V Material y Método	17
1. Tipo de estudio.....	17
2. Muestra.....	17
a) Criterios de inclusión	17
b) Criterios de exclusión	17
c) Criterios de eliminación	17
3. Procedimiento.....	18
a) Ubicación espacio – temporal.....	18
b) Procedimiento para la recolección de información.....	18
c) Cronograma de actividades.....	19

4. Definición conceptual y operativa de las variables, tipos de variables y escalas de medición.....	19
5. Instrumentos utilizados.....	20
6. Análisis estadístico.....	23
VI Consideraciones éticas.....	24
VII Organización.....	27
VIII Resultados.....	28
Características sociodemográficas de la muestra.....	28
Frecuencia de los diferentes tipos de violencia de pareja y riesgo real para la vida.....	29
Variables clínicas y de pareja y su relación con los tipos de violencia y riesgo real para la vida.....	30
Relación entre tipo de violencia y diagnóstico afectivo según MINI-KID.....	32
Asociación entre los tipos de violencia y riesgo real para la vida.....	33
Discusión y Análisis de resultados.....	34
IX Limitaciones.....	37
X Conclusiones.....	38
XI Referencias bibliográficas.....	39
XII Anexos.....	43
Carta de consentimiento informado.....	42
Hoja de Datos sociodemográficos.....	43
Escala de violencia de pareja.....	44
Cédula de información retrospectiva.....	4

Resumen

Antecedentes. La violencia de pareja (VP) es una de las formas más comunes de maltrato y constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial. En México, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2006, reportó una prevalencia de violencia de pareja actual de 21.5%. Un estudio realizado en población general adolescente mexicana en una muestra de 4587 mujeres con relación de noviazgo actual encontró una prevalencia de 28% de violencia de pareja. La Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007, reporta un riesgo elevado de que la violencia de pareja que ocurre desde el noviazgo se prolongue hasta la edad adulta. Entre las secuelas descritas en la salud mental de estas mujeres están los trastornos depresivos.

Justificación. Las pacientes adolescentes que se encuentran en una situación de violencia y que acuden a una institución de salud mental, deben ser detectadas y tratadas oportunamente, en especial aquellas que cuentan con trastornos depresivos pues por su propia condición de salud mental, son población vulnerable para que las consecuencias de dicha violencia tengan repercusiones mayores.

Objetivo general. Detectar la presencia de violencia de pareja (en sus modalidades psicológica, física y sexual) y describir la frecuencia de dicha violencia en una muestra de mujeres adolescentes hospitalizadas por trastornos depresivos en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Material y Métodos. Estudio. Descriptivo, transversal y homodémico. Se estudiaron pacientes femeninas adolescentes hospitalizadas en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. La muestra estuvo constituida por aquellas adolescentes evaluadas durante el mes de noviembre de 2011 a enero de 2012, que además cumplan con los criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación). Los instrumentos empleados fueron, la Escala de violencia de pareja (EV) y Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI-KID) (Internacional Neuropsychiatric Interview) KID para niños y adolescentes. Para la descripción de la muestra se utilizará el promedio, desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

Resultados. Muestra de 35 pacientes con media de edad de 15.74 años. Media de edad de inicio de relaciones de pareja 12.9 años, con un tiempo de relación de pareja de una media de 7.71 meses. La percepción de padres violentos y el antecedente de pareja violenta se asociaron a violencia física, sexual y riesgo real para la vida. El antecedente de mala relación entre los padres se asoció únicamente con violencia psicológica. El antecedente de padre violento con la madre se asoció con presencia de violencia psicológica y violencia física. El antecedente de madre violenta con el padre se asoció con violencia física y con riesgo real para la vida. La percepción de mala o muy mala relación de pareja se asoció con todos los tipos de violencia así como con el riesgo real para la vida. En cuanto al diagnóstico afectivo según MINI KID. Las pacientes con comorbilidad de depresión mayor y distimia en general presentaron casos más severos para los diferentes tipos de violencia que las pacientes solo con diagnóstico de depresión mayor.

Agradecimientos

A todas las pacientes hospitalizadas en la UAM del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y sus familiares quienes apoyaron e hicieron posible esta investigación invirtiendo tiempo y otorgando sus consentimientos de forma amable y desinteresada.

A mis asesores Dra. Mirna Esthela Brenes Prats y Dr. Francisco Franco López Salazar por su tolerancia, tiempo, apoyo y sugerencias para la realización de este proyecto.

A la Dra. Miriam Del valle Ortega Médica Jefe de Servicio de Unidad de Adolescentes Mujeres por las facilidades para la realización de este trabajo.

A mis padres Francisco y Martha y mis hermanos Carlos y Miguel, por acompañarme y ser críticos en este tiempo de formación y brindarme su afecto en todo momento.

A mi novia Dra. Beatriz Cerda De la O por su apoyo y amor constante.

Estoy en deuda con mi amigo Isaac Acosta por sus útiles y constructivas aportaciones a lo largo de todo este trabajo.

A todos ellos GRACIAS.

Abreviaturas

HPIJNN: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SS: Secretaría de Salud.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

EV: Escala de violencia de pareja.

MINI-KID: Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (*Internacional Neuropsychiatric Interview*) KID para niños y adolescentes.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres.

SVP: Severidad de Violencia Psicológica.

SVS: Severidad de Violencia Sexual.

SVF: Severidad de Violencia Física.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

K-SADS-PL: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime.*

Índice de tablas y gráficas

Tabla 1. Variables de estudio.....	20
Tabla 2. Distribución de las variables sociodemográficas.....	28
Tabla 3. Distribución de los tipos de violencia de pareja y riesgo real para la vida.....	29
Tabla 4. Factores sociodemográficos y clínicos estudiados y su relación con los tipos de violencia.....	31
Tabla 5. Relación del tipo de violencia diagnóstico según MINI KID.....	33
Gráfica 1. Distribución de los tipos de violencia de pareja y riesgo real para la vida.....	30

I. Antecedentes.

Más allá del impacto psicopatológico en las víctimas de violencia de pareja, hay una disminución de su calidad de vida y un deterioro en sus condiciones de salud, con un mayor número de problemas psicosomáticos y con un aumento en la frecuencia de las consultas al médico general. Es más, la violencia de pareja es el tercer factor que, tras la diabetes y los problemas en el parto, más pérdida de años de vida saludable supone en la mujer¹

En resumen, las víctimas que sufren maltrato presentan frecuentemente sintomatología ansioso-depresiva y un nivel bajo de autoestima, así como un peor grado de adaptación a la vida cotidiana y un mayor riesgo de suicidio.

El conocimiento más preciso del perfil psicopatológico de las víctimas, así como de las circunstancias de maltrato vividas y de los factores implicados en su mantenimiento, pueden permitir diseñar programas de tratamiento más ajustados para favorecer la recuperación psicológica y romper la vinculación con el agresor tras una larga historia de victimización.

Según datos disponibles en el programa de Asistencia Psicológica a la violencia de género de la Diputación Foral de Álava, España, la tasa de abandonos y rechazos del total de las víctimas tratadas es del 31%. Sin embargo, las víctimas más jóvenes tienden a rechazar o a abandonar el tratamiento en una proporción mucho mayor (48%) que las de más edad (27%). Es decir, en las víctimas más jóvenes hay un mayor riesgo de permanecer o de volver a la relación violenta, lo que tiende a agravar su situación psicopatológica y les impide beneficiarse de la red de apoyo social.

1. La violencia de pareja como violencia de género.

El género es la construcción cultural por la cual se asigna a las personas, de uno y otro sexo, determinados roles, funciones, valores o comportamientos diferentes y de desigual valor. Es una construcción social de las relaciones entre mujeres y hombres, así como de las mujeres entre sí y de los hombres entre sí, aprendidas a través de la socialización, cambiantes en el tiempo y diferentes de una cultura a otra. Se crea en muchos casos, a partir de roles y estereotipos que las personas van asumiendo en función del grupo al que pertenecen. Entre los roles más comunes se encuentra que:

- Los hombres se educan en la sociedad y la cultura en masculino, para desempeñar una actividad central (valorada): la producción. Ocupan el espacio público (vida social, política, económica, laboral) y se les valora como referentes sociales del poder y la toma de decisiones.
- Las mujeres se educan en femenino para desempeñar una actividad minusvalorada: la reproducción. Ocupan el espacio privado, especialmente lo relacionado con la

actividad doméstica y las relaciones personales, y tienen una menor participación en los espacios de toma de decisiones.

Los roles de género son pautas, valores y comportamientos asignados tradicionalmente de modo desigual a hombres y mujeres mediante los procesos de socialización. Se transmiten por cada cultura y son asumidos por las personas de uno u otro sexo mediante la interiorización. El género en nuestra sociedad está jerarquizado. Las relaciones entre los sexos son de poder, en las que lo masculino domina a lo femenino y donde se establecen, por lo tanto, relaciones de supeditación. A este sistema se le denomina *Sistema Patriarcal*².

Desde siempre, creencias y valores acerca de las mujeres y de los hombres, han caracterizado una sociedad patriarcal que define a los varones como superiores por naturaleza, y les confiere el derecho y la responsabilidad de dirigir la conducta de “su mujer”. Estas actitudes y valores, que echaron raíces a través de los siglos, se traducen en estructuras sociales particulares: por ejemplo, la división del trabajo, las políticas institucionales y la discriminación hacia la mujer.

Los estereotipos de género, transmitidos y perpetuados por la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc., sientan las bases para el desequilibrio de poder que se plantea en la constitución de las sociedades, tales como, las que están representadas por el noviazgo, el matrimonio o la convivencia.

Algunas investigaciones recientes, han demostrado que, a pesar de los esfuerzos realizados por numerosas organizaciones, tendientes a difundir y promover ideas progresistas acerca de la igualdad entre géneros, cierto núcleo de premisas, constitutivas de un sistema de creencias más amplio, siguen siendo sostenidas por amplios sectores de la población. Entre ellas, las más persistentes son: que las mujeres son inferiores a los hombres, que el hombre es el jefe del hogar, y que el hombre tiene derechos de propiedad sobre la mujer y los hijos.³

La violencia de pareja contra las mujeres como mecanismo de control forma parte de la cultura patriarcal y tiene su origen en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, la desvalorización de las mujeres y su consecuente subordinación y dependencia económica y social⁴.

Por tanto, la violencia de género está directamente asociada a las relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres, determina una posición de subordinación y vulnerabilidad de las mujeres, independientemente de su situación económica, y tiene un carácter estructural: la *estructura familiar patriarcal*, la *estructura social* (basada en la división sexual del trabajo y los roles sociales), y las *pautas culturales tradicionales* basadas en la supremacía de un sexo y la supeditación de otro.

Todo ello configura en una relación de desigualdad de poder, de derechos y de libertades entre mujeres y hombres, que genera situaciones de violencia machista, como manifestación extrema de la dominación hacia las mujeres, y de su discriminación en los ámbitos de la vida pública y privada.

La desigualdad y la discriminación de las mujeres, que siguen sin disponer de iguales condiciones de partida para el disfrute de los derechos y el ejercicio de la ciudadanía, continúan siendo hoy un medio de cultivo para la violencia de género. La discriminación de la mujer y la violencia de género, como la manifestación más brutal de estas desigualdades, es un problema que traspasa fronteras y que en la actualidad, se hace presente en la mayor parte de los países del mundo².

La violencia contra la mujer, ejercida en función del sexo y de su situación de vulnerabilidad, ha sido tema de estudio desde hace al menos tres décadas en Europa y Estados Unidos, y a partir de 1990 en México⁵; este tipo de violencia, ha sido producto de la búsqueda del dominio, control y poder sobre el género femenino.

Constituye un problema de salud pública mundial, debido a que se presenta en todos los países sin importar el grupo social, económico, religioso o cultural, ni la edad; desde hace varias décadas, las organizaciones de mujeres activistas han promovido la denuncia de este tipo de violencia, y han motivado la participación internacional al considerarla un atentado hacia los derechos humanos, pues en todas las etapas de la vida (desde antes del nacimiento y hasta la vejez), la violencia hacia la mujer es más frecuente que la ejercida hacia el hombre⁶

Además de ser considerada como un problema de salud pública mundial, y una violación a los derechos humanos, la violencia contra la mujer, también genera altos costos sociales, económicos y en el área de la salud⁷.

La Declaración de las Naciones Unidas Sobre la Violencia Contra la Mujer, proporciona una amplia base para definir a la violencia basada en el género, la cual incluye pero no está limitada, a la violencia física, sexual y psicológica, al abuso sexual de niñas, a la violación marital, a la violencia no conyugal, al acoso sexual, a la trata de mujeres y a la prostitución forzada⁸.

La violencia durante el noviazgo, es un grave problema que afecta en grado considerable la salud física y mental de las adolescentes. Este tema empezó a cobrar mayor importancia desde los años cincuenta, cuando Kanin realizó un estudio que reportó que, el 30% de las estudiantes femeninas de la población estudiada, tuvo amenazas o relaciones sexuales forzadas durante el noviazgo. En estudios más recientes, se ha observado que la violencia durante el noviazgo es un problema que

afecta a casi la mitad de las mujeres adolescentes en algunas poblaciones, con tasas que varían del 9 al 38.2%.

Diversos estudios han reconocido que la violencia durante el noviazgo se vincula con factores individuales, entre ellos la depresión, la baja autoestima, ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar. Se ha demostrado que la violencia durante el noviazgo puede ser un precursor de la violencia durante la vida marital⁹.

En un estudio realizado con el objetivo de identificar los factores demográficos, de personalidad y de estilo de vida, en un grupo de mujeres maltratadas por su cónyuge, se observó que el perfil de éstas mostraba un alto neuroticismo, alta ansiedad, baja fuerza del yo, alto control social, alta culpa, miedos difusos, alto apego a las normas, suspicacia, inestabilidad emocional, prudencia y sumisión, los cuales, indican una estructura de personalidad propensa a aceptar el maltrato como algo inevitable, que desde su punto de vista autodesvalido “merecen”.

Las anteriores características de personalidad se convierten en un factor de riesgo para el maltrato. Podría sugerirse que existen condiciones en el medio que forman este tipo de personalidad, en donde la mujer legitima el maltrato como parte de su estilo de vida, y no tiene los elementos en su estructura cognitiva que le permitan terminar con la relación violenta; juegan entonces un papel importante para las pautas de crianza que hacen que una mujer sea maltratada en su vida adulta y otra no.

Cuando estas mujeres conviven con personas dominantes, manifiesta este mecanismo de manipulación y explotación más claro, debido a que su inclinación para aceptar la culpa y su creencia de que merecen el castigo, las hace complementos naturales de las tendencias acusadoras y castigadoras de sus cónyuges.

Además, se pudo observar que las mujeres no maltratadas, son más autónomas, tienen un proyecto de vida definido, son más estables emocionalmente, participan activamente en la solución de problemas y en el control de su vida, y priorizan sus intereses. El cónyuge para ellas, aunque es parte de su vida, no es el centro de ésta; de allí que no busquen parejas maltratantes, por lo tanto, estas mujeres identifican claramente sus necesidades, buscan alternativas de cómo satisfacerlas y priorizan sus intereses para llevarlas a cabo.¹⁰

La *violencia de pareja* es una de las formas más comunes de maltrato. Aunque este tipo de violencia también pueda ejercerse de la mujer hacia el hombre o entre parejas del mismo sexo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que "*la abrumadora carga de violencia en las parejas la sobrellevan las mujeres a manos de los hombres*" afirmando que, según las encuestas basadas en todo el mundo entre el 10% y el 69%¹¹, la han padecido en algún momento de sus vidas.

En lo que respecta a encuestas nacionales, se reporta que entre el 10% y 34%¹² de las mujeres, informaron haber sido físicamente agredidas por su pareja. La mayor parte de las mujeres que sufren maltrato físico, por lo general, se ven sometidas a otros actos de violencia con el transcurso del tiempo, por ejemplo, en un estudio realizado en Monterrey (México) en una muestra de 1054 mujeres, 52% de las agredidas físicamente también habían sido maltratadas sexualmente¹³.

Este tipo de violencia, también ha sido descrita dentro de la violencia que ocurre en el ámbito familiar (*violencia doméstica*)¹⁴, misma que, puede presentarse entre cónyuges adultos, principalmente sobre la pareja femenina, los ancianos y/o niños de la familia; aunque afecta a un amplio porcentaje de la población, es difícil realizar intervenciones dentro de este campo, debido a que esta situación se presenta dentro del ámbito privado.

La *violencia de pareja* se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye: *agresiones físicas* (bofetadas, golpes, puñetazos, patadas o amenazas con armas), *maltrato psíquico* (intimidación, denigración y humillación constante), *relaciones sexuales forzadas y otras formas de coerción sexual y diversos comportamientos dominantes* (aislar a una persona de su familia, amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia)^{13,15}.

Aunque las formas en que puede presentarse la violencia no son las mismas para todas las parejas, se han descrito dos modalidades principales: una *grave*, caracterizada por muchas formas de maltrato y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y a un comportamiento dominante por parte del agresor, que por sus características es conocida como "*maltrato físico*"; y una forma *moderada* que se lleva a cabo a través de la frustración e ira continuas, en la que sólo ocasionalmente, estallan en forma de agresión física, también conocida como "*violencia común de pareja*"¹³.

Un estudio realizado por Castro en 2003 sobre la frecuencia de violencia de pareja¹⁶ permitió construir distintas variables que dan cuenta de la violencia en la vida de las mujeres, según el tipo de agresor y el momento en la vida en que sucedió, así se definieron tres tipos. Uno de ellos, la violencia en la pareja actual, la cual incluye a las mujeres que hayan tenido violencia psicológica, física, económica o sexual de parte del novio, esposo o compañero en los últimos doce meses; este tipo de violencia se presentó, en 21.5% de los casos; la segunda, la violencia de pareja de por vida, es decir, en cualquier momento de la relación aunque esta hubiese terminado, aquí se consideraron aquellas mujeres que tuvieron más de una relación violenta, ésta prevalencia es de 34.5% ; y la violencia alguna vez en la vida, que fue reportada en la mayoría de los casos, con una prevalencia del 60.4 %; en este tipo de violencia se incluyó a las mujeres que reportaron violencia de pareja actual o de por vida o hayan sido golpeadas o maltratadas por familiares y la violencia durante la niñez.

Es importante enfatizar los resultados de la encuesta, por su importancia para la Salud

Pública y los programas específicos en el tema:

1 de cada 5 mujeres sufren de violencia de pareja actual.

1 de cada 3 han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida.

2 de cada 3 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida.

La prevalencia para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual fueron: psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y económica 5.1%.

Esta desagregación de la prevalencia en cada una de sus dimensiones es importante ya que señala, por un lado, que las mujeres pueden sufrir más de un tipo de violencia y, que algunos tipos de violencia en la pareja son difícilmente reconocidos, como es el caso de la violencia sexual, la cual es común en la población mexicana, según los datos reportados por las mujeres encuestadas y en otros estudios realizados en el país, por ejemplo:

En 1990, 6% de las mujeres que aceptaron vivir una relación de maltrato con la pareja, aceptaron vivir violación marital. En 1996, se reportó una prevalencia de violencia sexual por parte de la pareja actual del 12%. En 1997, se reportó que el 36% de las mujeres aceptaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales alguna vez durante su vida adulta. En 1998, un estudio realizado en la ciudad de Durango reportó la prevalencia más alta de violencia sexual por parte de la pareja. En el 2001, se reportó una prevalencia 34.3% de violencia sexual y 26.1% de violencia sexual severa, en mujeres trabajadoras de la industria maquiladora en la Ciudad de Chihuahua.

2. Factores socioculturales que contribuyen a la perpetuación de la violencia

Al ser la violencia un fenómeno intergeneracional, las condiciones del entorno familiar durante la infancia influyen sobre las relaciones de pareja que hombres y mujeres desarrollan durante su juventud y la edad adulta. La presencia de insultos y golpes frecuentes en la familia de origen, representa un factor que incrementa las probabilidades de sufrir violencia en las relaciones de pareja, lo cual puede ser reflejo de una aceptación o aprendizaje de la violencia como forma de vida¹⁷.

En particular, para las mujeres que reportan haber sido golpeadas “muy seguido” cuando eran niñas, las probabilidades de sufrir violencia física y sexual por parte de sus parejas se incrementa en 55 y 37 por ciento respectivamente, en comparación con aquéllas a quienes nunca o de vez en cuando les pegaron. El riesgo de padecer violencia se intensifica cuando se tienen antecedentes de insultos frecuentes (“muy seguido”) en la infancia por parte de los adultos con quienes vivían. Tal es el caso de la violencia emocional y la sexual, donde la probabilidad de sufrirlas se duplica entre las entrevistadas que experimentaron insultos frecuentes en la infancia, frente a aquellas que nunca los padecieron o eran poco usuales. El mismo patrón de riesgo se presenta con la violencia económica y la física, que se incrementa en 72 y 63 por ciento, respectivamente¹⁷.

Las ideas del “*honor masculino*” a menudo están vinculadas con la “pureza sexual” de la mujer; ésta es considerada como indigna cuando por voluntad propia o por una violación, incide en relaciones sexuales fuera del matrimonio¹⁸, convirtiéndose en la “deshonra de la familia”. Algunas sociedades permiten que estas mujeres sean asesinadas con el fin de “limpiar el honor” de la familia, como se describe en un estudio de defunciones ocurridas en Alejandría (Egipto)¹³.

En las sociedades más tradicionales, el golpear a la esposa se considera un derecho del hombre para castigarla. Las justificaciones culturales de violencia, se desprenden de las ideas tradicionales por género¹⁴; se espera que la mujer cuide el hogar, se ocupe de los hijos, y muestre obediencia y respeto al esposo; cuando el hombre percibe de manera real o imaginaria que la mujer no ha cumplido con sus funciones, puede responder de manera violenta.¹⁴ En Pakistán se piensa que el hombre es “dueño” de su mujer y que es necesario disciplinarla para evitar futuras faltas.¹³

Las mujeres a menudo están de acuerdo con esta idea, pues por la manera en que han sido socializadas, se sienten responsables del mantenimiento de las relaciones y aprenden a dar valores de incondicionalidad hacia las necesidades de los otros.¹⁸ En un estudio realizado en Egipto, el 80% de las mujeres de una zona rural afirmaron que se justifica que el esposo las golpee en ciertas circunstancias¹³.

En el informe mundial sobre la violencia y salud, se describe una lista uniforme de acontecimientos que desencadenan la violencia en la pareja: *no obedecer al hombre, contestarle mal, no tener la comida preparada a tiempo, no atender adecuadamente a los hijos o al hogar, preguntarle al hombre por cuestiones de dinero o sus enamoradas, salir sin permiso del hombre, negarse a mantener relaciones sexuales con el hombre, sospechas por parte del hombre de infidelidad de la mujer*¹³. Todas estas, podrían ser situaciones “justificadas” en algunas sociedades para ejercer la violencia y controlar el comportamiento femenino.

Esto explica por qué, en algunas ocasiones, la violencia de pareja es más alta cuando las mujeres empiezan a desempeñar roles no tradicionales o entran al ámbito laboral, es decir, se encuentran en un *estado de transición*.¹² Varios estudios biológicos, psicológicos y sociológicos han intentado encontrar la causa de que los hombres cometan acciones violentas en general y específicamente hacia las mujeres, se piensa que existe una correlación de diferentes variables que se relacionan entre sí como la baja autoestima, el uso de sustancias y los problemas emocionales, aunado a este constructo social que acepta la agresión¹⁴.

3. El Ciclo de la violencia y la desesperanza aprendida

La forma más común de interacción entre las parejas que cohabitan con violencia es de tipo *complementaria*¹⁹, es decir, se acepta que cada uno los miembros tienen un lugar y

un papel diferente o desigual, en donde el hombre es superior a la mujer, lo cual, es aceptado de manera mutua. La diferencia de poder puede ser tan grande, que el que se encuentra en posición inferior es vulnerable a sufrir autoritarismo, puede presentar baja autoestima y miedo, disminuyendo así la posibilidad de separación de la pareja violenta.²⁰

Leonor Walter describió tres etapas del ciclo de violencia desarrollado dentro de la relación de pareja:²¹

1. *Acumulación de tensión.* La mujer trata de evitar el maltrato físico utilizando diversas estrategias para evitar la violencia; se dan incidentes de violencia menores pero acepta que debe prevenir la rabia de su agresor, siendo amorosa, obediente y anticipándose a los caprichos. La víctima sabe que no debe permitirse el enojo y comienza a identificarse con los razonamientos culpígenos del agresor. Se culpa a los factores externos y no al agresor de la violencia, admite la responsabilidad de controlarlos para evitar futuros incidentes.
2. *Episodio agudo de violencia.* Se trata del incidente agudo incontrolable en el que se descargan todas las tensiones acumuladas en la fase uno, con duración aproximada de 2 a 24 horas. El emisor de violencia considera que debe darle una lección y terminará de dársela cuando considere que su pareja la ha aprendido, y sólo él puede detener esta fase. La víctima observa que a pesar de todos sus esfuerzos nada evitará la violencia, lo que la hace autoperibirse en un estado de “encarcelamiento”. Utilizará la negación y la disociación para contender con el emisor y lograr su supervivencia; se puede mostrar incrédula, no busca ayuda a menos que la lesión sufrida requiera atención inmediata, pensando que si calla puede pretender que este episodio no ocurrió.
3. *“Luna de miel” Amabilidad y comportamiento cariñoso.* En esta etapa, el agresor se muestra amoroso y apesumbrado, promete que jamás se presentará un nuevo evento de violencia, y puede aceptar su incapacidad para controlar su conducta, mostrándose arrepentido y disculpándose, aunque justifica tal conducta y percibe que su pareja ha aprendido la lección. Al inicio de esta etapa, la mujer tiene la oportunidad de huir, pero elige creer que la conducta de aflicción del emisor de violencia, es más indicativa de la persona real y no del agresor regresando a la primera fase del ciclo. Si la paciente logra salir del medio, el agresor podrá buscar ayuda involucrando a otros que aboguen por él y convengan a su pareja de que no abandone el hogar, lo cual, puede ser influenciado por el rol de género que se espera de la mujer. Si la mujer se aleja, el agresor amenaza con suicidarse y el 10% de éstos, pueden consumar el suicidio. Durante la separación, las vidas de los participantes del ciclo podrán verse drásticamente afectadas, lo que puede contribuir a que se regrese a la fase uno.²¹

4. Consecuencias de la violencia de pareja

La Organización Panamericana de la Salud ha estimado que la mujer pierde en promedio de 1 a 5 años de vida saludable durante su vida reproductiva a causa de la violencia de pareja.¹²

Dentro de dicho ambiente lleno de manifestaciones de violencia, puede llevarse a cabo la crianza de los hijos de estas parejas; este tipo de disfunción familiar ha probado tener consecuencias serias en el desarrollo de estos niños, quienes tienen riesgo de desarrollar características posteriores de agresores o de víctimas¹⁹, probablemente por la internalización de la violencia como aceptable para la resolución de problemas.¹³

Kennedy y cols., realizaron un estudio longitudinal que investigaba la relación entre ser testigo de violencia de pareja y la presencia de ansiedad, investigación basada en una muestra de 100 niños en edad escolar con un promedio de 9.9 años, de los cuales, el 39% eran del género femenino entre otras variables; los resultados reportaron la presencia de ansiedad, en niños que habían sido testigos de violencia de pareja en el hogar³³. Al compararse con mujeres no maltratadas, las mujeres que sufren violencia, utilizan más los sistemas de salud, solicitan más ayuda en las salas de urgencias hospitalarias (por causas relacionadas con la violencia u otras razones inespecíficas), toman más medicamentos y requieren de mayor atención psiquiátrica.²³

Las repercusiones en la salud de las mujeres víctimas de violencia por parte de su cónyuge, pueden persistir por mucho tiempo y pueden afectar su salud física y mental, aun cuando el maltrato haya cesado, tienden a ser acumulativas y proporcionales al tiempo de abuso.²⁴

5. La salud mental en mujeres que reciben violencia de pareja

Las víctimas adolescentes han sufrido maltrato físico en un porcentaje mayor, han denunciado las agresiones y no conviven con el agresor en mayor proporción que las víctimas de mayor edad. Asimismo, precisamente por ser más jóvenes, tienen una historia de victimización más corta, pero, aun así, es crónica, el 73% ha sufrido una historia de maltrato durante un período de entre 1 y 4 años. Probablemente las víctimas más jóvenes tienen una mayor intolerancia a los comportamientos violentos y, por eso, se enfrentan más al agresor, con lo que el riesgo aumenta para ellas¹.

Las más jóvenes han estado expuestas a un mayor riesgo para su integridad. Así, han sufrido violencia física en la inmensa mayoría de los casos 71%, que se ha mantenido incluso durante los embarazos en el 91% de los casos. Y, además, casi la mitad 48% de estas víctimas han sido amenazadas con algún tipo de arma. De hecho, la percepción subjetiva de amenaza a la vida está presente en la mayoría de los casos 67%, aunque no es significativamente superior en relación con el grupo de mayor edad 56%.

Desde una perspectiva psicopatológica, asociadas al malestar emocional (ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación), los resultados obtenidos han sido consistentes con

una alta prevalencia con trastornos depresivos y similares a otros estudios (Campbell, 1995; Soeken, 1999; Echeburúa, 1997; y muy superiores a los obtenidos en las mujeres que no han sido víctimas (Matud, 2004; Zlotnick, 2006).

Las víctimas adolescentes presentan más síntomas depresivos y se sienten más insatisfechas consigo mismas que las que tienen más edad. La depresión se relaciona con sentimientos de confusión, de vergüenza o de culpa y de desconfianza en sus propias posibilidades para afrontar el futuro.

En definitiva, las víctimas más jóvenes experimentan un maltrato objetivamente más grave y sufren un mayor impacto psicológico, pero, sin embargo, cuando buscan ayuda terapéutica, la abandonan prematuramente. La afectación emocional, a menudo, se atribuye a factores externos a la violencia experimentada.

En la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México, aplicada a 26,042 usuarias de los servicios de salud de la SSA²⁵, se detectó que el predictor más importante para sufrir malestar emocional fue la violencia de pareja.

Una característica importante del perfil de salud de las mujeres es el peso relativo de las alteraciones de la salud emocional. Una de las causas más importantes de pérdida de años de vida saludable entre las mujeres en edad productiva son los trastornos de la salud emocional, en particular la depresión. Por este motivo y dada la importante asociación entre estos problemas de salud y la violencia de género, se averiguó la frecuencia de algunos síntomas de salud emocional entre las participantes, así como el consumo de remedios o medicamentos para la atención de algunos síntomas o malestares asociados a este tipo de alteraciones²⁶.

Catorce de cada cien entrevistadas declararon haber tomado algún medicamento o remedio para calmarse o poder dormir, de ellas 6.5% recurrió a este remedio todos o casi todos los días; mientras que 8.1% de las entrevistadas dijo que recurrió a algún medicamento o remedio para no sentirse triste o deprimida en el mismo periodo y 3.9% lo hizo todos o casi todos los días. Llama poderosamente la atención la alta prevalencia de consumo de medicamentos o remedios para calmar el dolor (59.8%); 27.7% consumieron algún analgésico todos o casi todos los días durante el mes previo a la entrevista.

Entre los síntomas de malestar emocional llama la atención que la mayor parte de las entrevistadas declaró sentirse cansada (69.3%), nerviosa, tensa o angustiada (64.5%), o triste/ afligida (60.8%). La mayor parte de las mujeres presentaron estos síntomas ocasionalmente, sin embargo alrededor del 10% de las participantes declararon sentirse así casi siempre. Una proporción ligeramente menor de mujeres presentó síntomas más serios de malestar emocional como insomnio (43.7%), ansiedad (47.7%) y aplanamiento afectivo (35.6%). La proporción de mujeres que reportó estos síntomas de manera cotidiana fue de 6.5%, 5% y 3.9% respectivamente.

Douglas²¹ planteó el “*síndrome de la mujer maltratada*”, como un conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas a la mujer por su cónyuge, hombre con quien tiene vínculos afectivos. Describe en tres categorías los efectos sobre la mujer: consecuencias traumáticas de la victimización violenta, déficits cognoscitivos de desesperanza aprendida frente a las reacciones de los otros hacia ella y las respuestas autodestructivas de enfrentamiento frente a la violencia. Agrega como un complejo secundario la idealización del abusador, la negación del peligro y la supresión de la ira de la víctima.

Stark y Flitckraft, proponen un *Trauma dual*²¹ para describir las características que permiten que el hombre pueda mantener atrapada en la relación a una mujer, no es su fuerza física, sino su fuerza social derivada de reforzamiento de las relaciones de poder cuando ella ha buscado ayuda; la experiencia principal es un trauma dual: la ira y el miedo inducidos por las subyugaciones violentas, combinadas con una sensación creciente de atrapamiento.

En el Reporte de Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares¹⁷ el 60% de las mujeres que han tenido problemas con sus parejas reportan alguna consecuencia directa en su estado de ánimo. Un porcentaje elevado de mujeres manifestó haber sentido tristeza, aflicción o depresión (48% del total que sufrió violencia), y no menos importante fue el porcentaje de mujeres con problemas nerviosos y que sintieron angustia o miedo. La idea del suicidio también está presente en cerca de 13% de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia, y en 14.6, 16.3 y 10.8% de quienes han padecido violencia emocional, económica y física, respectivamente.

6. Violencia de pareja y su relación con algunos trastornos psiquiátricos

Las mujeres maltratadas por su pareja padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas, según estudios realizados en Australia, Estados Unidos, Nicaragua y Pakistán²⁷ De modo parecido, las investigaciones indican que las mujeres maltratadas por su pareja presentan mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio¹.

Freud definió el *trauma psíquico*²⁸, como un quiebre o ruptura de las defensas protectoras frente a estímulos caracterizados por la sensación de total impotencia y desvalimiento causado por un evento intenso, severo e inesperado que sobrepasa las capacidades de defensa y adaptación, poniendo al individuo en una situación de desamparo. Esta definición hecha por Freud, puede relacionarse con las mujeres que sufren violencia de pareja, si consideramos las características estresantes que se desarrollan en el entorno de su ambiente: dos de cada tres mujeres han sufrido hostilidad, gritos e insultos por parte de su pareja, casi la mitad reportaron la prohibición de trabajar, de seguir estudiando, de ver a sus amigas y de salir de casa; una de cada 3 indicó haber vivido intimidación, expresada en amenazas que van desde daño a pertenencias personales hasta amenazas de muerte²⁹; más del 20% reportó burlas hacia su cuerpo y haber sido tratada como

ignorante o sirvienta y una de cada 5 mujeres reportó haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja.²⁹

Un estudio realizado en México en el Estado de Morelos, buscó conocer la prevalencia de la violencia durante el noviazgo y su nexa con la depresión y las conductas de riesgo en una muestra de estudiantes femeninas. El estudio se efectuó en una cohorte de 13 293 estudiantes de 12 a 24 años de edad de escuelas públicas del estado de Morelos durante el ciclo escolar 1998-1999. Los participantes provenían de una selección aleatoria de 260 escuelas secundarias, 92 escuelas preparatorias y una universidad. Para fines de la investigación se seleccionó a un total de 4587 alumnas, todas con el antecedente de relaciones de noviazgo.

El estudio encontró una prevalencia total de violencia durante el noviazgo en mujeres de escuelas públicas de Morelos del 28%. Encontró además una serie de variables que se vincularon con la violencia durante el noviazgo: Depresión (RM=1.92; IC95% 1.61-2.28); consumo de tabaco, (RM=1.31; IC95% 1.06-1.60); abuso de alcohol (RM=1.30; IC95% 1.12-1.51); bajo rendimiento escolar (promedio de calificaciones de 7 o menor) (RM=1.25; IC95% 1.03-1.52); antecedente de relaciones sexuales (RM=1.52; IC95% 1.26-1.82). Los investigadores concluyeron que las mujeres sufren violencia de pareja desde las relaciones de noviazgo.³⁰

En general, la violencia en el noviazgo tiende a pasar desapercibida por las jóvenes, sin embargo, en las relaciones de noviazgo que se establecen entre los 15 y 24 años hay expresiones de violencia de muy distinto tipo y en diferentes grados.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) llevó a cabo la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007, la cual afirma que el 15% de las y los jóvenes han experimentado al menos un incidente de violencia física; asimismo, indica que el 76% de los y las jóvenes son víctimas de violencia psicológica y que el 16.5% de las jóvenes entrevistadas señalaron haber sufrido un evento de violencia sexual por parte de su pareja.³¹

La violencia sexual también se vive dentro de la relación de pareja. Ramos Lira y cols.²⁶ realizaron un estudio en población mexicana que buscó estimar la frecuencia de diferentes formas de violencia sexual y su asociación con sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, y uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. El estudio estuvo constituido por 345 mujeres que en el momento del estudio, vivían con pareja. De las mujeres, 19% señaló haber sido objeto de tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión, la ideación e intento suicida y el uso de psicofármacos.

El 26% de las mujeres que sufren violencia de pareja son asesinadas por sus parejas, comparado con sólo el 3% de hombres víctimas de homicidio por su pareja; generalmente, cuando esto último sucede, las mujeres refieren haber realizado el homicidio como una forma de defensa propia ante el temor de perder la vida³².

Además de los síntomas depresivos, las mujeres víctimas de violencia de pareja pueden presentar trastornos de ansiedad. En relación con estos eventos, los rangos de *trastornos por estrés postraumático* en víctimas de violencia de pareja, van desde el 33% al 84%³³ aproximadamente; las mujeres manifiestan recuerdos estresantes, intrusivos, pesadillas, insomnio y evitación de actividades que causan un deterioro en su calidad de vida.

A esto se agregan, alteraciones cognitivas profundas que contribuyen al mantenimiento del Trastorno por estrés postraumático, tales como un *autodiálogo negativo* de la víctima “fue mi culpa...no valgo para nada”; como lo describe Kubany²⁰ y cols., este síntoma afectaría el bienestar psicológico de la víctima, quien adquirirá propiedades del estímulo condicionado al asociarse a las imágenes y recuerdos del trauma, y contribuirá a bloquear el proceso natural de extinción emocional.

El evento también afecta los esquemas cognitivos de las víctimas, Foa y Rothbaum sugieren que se presenta el desarrollo de dos repertorios de esquemas en torno al mundo: el primero centrado en una concepción del mundo como *completamente peligroso*, y el segundo centrado en la visión de ella misma como una *completa inepta*²⁰; las experiencias de maltrato y de violencia pueden ser particularmente dañinas en la autoestima y en la autovalía, aumentando el riesgo de aparición de depresión.

En el Trastorno por estrés postraumático, existe un esquema de vulnerabilidad al daño y un elevado sentido de amenaza, lo que contribuirá a la resistencia para la extinción del trastorno²⁶.

El significado personal o subjetivo del suceso traumático, se presenta en los casos de *amenaza severa*³⁴, que incluye la interacción de un suceso del medio y un análisis cognoscitivo de las implicaciones del suceso en el bienestar físico y psicológico. Este significado será importante en las etapas de anticipación, resolución, recuperación y mantenimiento de la enfermedad.

Graham y cols., reportaron que en las relaciones con violencia de pareja, el miedo más grande de las mujeres en los momentos de agresión era el terror de perder la vida; además, manifestaron la sensación de incapacidad de conocer cuando podrían ser atacadas o amenazadas nuevamente a través de golpes, humillaciones o amenazas con armas²⁰.

La presencia de esta dinámica interaccional entre las parejas, puede contribuir a la presentación y cronicidad de trastornos psiquiátricos depresivos en las mujeres víctimas de este tipo de violencia.²⁰

II. Planteamiento del problema

¿Cuál es la frecuencia de violencia de pareja (en sus diferentes tipos: psicológica, física y sexual) en una muestra de mujeres adolescentes hospitalizadas con trastornos depresivos de la unidad de Adolescentes mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro?

III. Justificación.

Desde hace tres décadas la violencia masculina ejercida hacia su pareja dentro del ámbito social, ha podido expresarse de manera abierta y en forma paulatina, por lo que se ha reconocido como un problema de salud pública que requiere de mayor investigación para su abordaje.

Si consideramos la premisa anterior, las mujeres que han estado involucradas en una relación de pareja con violencia, basada en la inequidad, en el control y el abuso del poder, pueden ser una población susceptible para desarrollar trastornos psiquiátricos, no solo por la mayor presentación por género, sino por el impacto psicológico que representa la convivencia con el emisor.

El Estudio Multipaís de la OMS publicado en el 2005³⁵ identificó síntomas psiquiátricos en mujeres receptoras de violencia de pareja; describió la angustia emocional mediante síntomas como el llanto fácil, la incapacidad para disfrutar la vida, la fatiga y los pensamientos suicidas durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista; en dicho estudio las mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual o ambas, por parte de la misma, registraron niveles considerablemente más altos de angustia emocional en comparación con aquellas que no habían sido víctimas de violencia. Asimismo, era mucho más probable que las mujeres que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja hubieran pensado en suicidarse alguna vez y que lo hubieran intentado en comparación con las mujeres que no habían sido víctimas de violencia.

En México, la Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer del 2006, reportó una prevalencia de violencia por parte de la pareja actual del 21.5% en una muestra de 26,042 mujeres de diferentes estados del país. En algunos casos la violencia era tan severa que el 3% de las participantes se consideraron en peligro de muerte.⁴ La violencia psicológica fue la más frecuente (19.6%,) seguida de la física (9.8%), la sexual (7%) y la económica (5.1%). Es de destacar que el 15.6% de las mujeres reportaron consecuencias en la salud emocional relacionadas con la violencia de pareja, descritas como: “*depresión, ansiedad y trauma.*” La mayoría de las investigaciones nacionales que se han realizado en mujeres, incluyen muestras obtenidas de la población general y no existen estudios que evalúen la violencia de pareja en mujeres adolescentes hospitalizadas por trastornos depresivos.

IV. Objetivos.

1. General.

Detectar la presencia de violencia de pareja (en sus modalidades psicológica, física y sexual) y describir la frecuencia de dicha violencia en una muestra de mujeres adolescentes hospitalizadas por trastornos depresivos en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro.

2. Específicos.

1) Detectar en la población en estudio la presencia de violencia de pareja en sus diferentes tipos a través de la Escala de violencia de pareja escala (EV).

2) Describir la frecuencia de la violencia de pareja en sus diferentes tipos en la población en estudio.

3) Describir los trastornos depresivos presentes en las adolescentes que sufren violencia de pareja a través de la Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (*Internacional Neuropsychiatric Interview*) KID para niños y adolescentes. (MINI-KID).

V. Material y Métodos.

1. Tipo Estudio.

De acuerdo a la clasificación de Feinstein³⁶ esta investigación se considera un estudio descriptivo, transversal y homodémico.

2. Universo de Estudio.

El estudio incluirá a pacientes mujeres adolescentes hospitalizadas en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro. La muestra estará constituida por aquellas adolescentes que deseen participar y que además cumplan con los criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación).

1) Criterios de inclusión

- a) Ser paciente hospitalizada en la Unidad de Adolescentes Mujeres con algún diagnóstico del espectro de trastornos depresivos: Trastorno distímico, Trastorno Depresivo Mayor, (episodio único o recurrente), con o sin comorbilidad con otros trastornos del Eje I.
- b) Aceptar participar en el estudio voluntariamente y que firmen el consentimiento informado. Este deberá ser firmado, tanto por la participante como por su tutor/a
- c) Tener entre 15 y 17 años 11 meses.
- d) Tener pareja (en relaciones de matrimonio, concubinato, noviazgo o extramaritales) o expareja (divorcio o separación) en el último año –periodo que evalúa la escala de violencia de pareja-.
- e) Debido a que la escala de violencia de pareja EV, solo fue validada para experiencias de este tipo ocurridas en el último año y a lo reportado en la Encuesta Nacional de Violencia en las relaciones de noviazgo 2007, se incluirán aquellas parejas que desde el momento en que se conocieron comenzaron a tener alguna vinculación en la que haya habido o no mayor formalidad o madurez en la relación, (por ejemplo pueden incluirse las parejas que se conocieron y se relacionaron el mismo mes aun cuando no busquen una relación duradera, es decir pueden incluir aquellos encuentros denominados “frees”, en los cuales no existe compromiso ni a corto, ni mediano plazo).

2) Criterios de exclusión

- a) Tener alguna discapacidad intelectual que le impida resolver los instrumentos de evaluación.
- b) No saber leer ni escribir.

3) Criterios de eliminación

- a) Pacientes que no concluyan las valoraciones o que contesten de manera incompleta la escala.
- b) Pacientes que cumplan con los requisitos pero que se nieguen a participar en el estudio.

3. Procedimiento.

1) Ubicación espacio-temporal.

El estudio se realizará en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro de la Secretaría de Salud en la ciudad de México; se captarán a las pacientes que sean hospitalizadas en la Unidad de Adolescentes Mujeres, durante el periodo Noviembre de 2011 a Enero de 2012.

2) Procedimiento para la recolección de la información.

La recolección de información se llevará a cabo de la siguiente manera:

La investigación se realizará dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro en la Unidad de Adolescentes Mujeres. Se invitará a participar a las pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión (reportado en el expediente clínico), que se encuentren hospitalizadas y se valorará si cumplen con los criterios de selección de la investigación. Esto ocurrirá los días lunes, miércoles, jueves y viernes de los meses de noviembre de 2011 a enero de 2012 a partir de las 15.00 y hasta las 19.00 horas. Se les explicará tanto a ellas como a sus tutores/as los objetivos del estudio así como su modo de participación. Se les pedirá que lean y firmen la carta de consentimiento informado y se les aclarará cualquier duda al respecto; se les informará que su participación no tiene costo alguno y que es libre, voluntaria y totalmente confidencial. Se utilizarán formatos impresos en papel de los siguientes instrumentos: Escala EV 2003 (Escala de Violencia de Pareja) y M.I.N.I. KID (*MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW*) para Niños y Adolescentes en su Versión en Español. Además se investigarán a través de un cuestionario breve, las características sociodemográficas de las pacientes (edad, escolaridad, número de integrantes en la familia, nivel socioeconómico, lugar de residencia, ocupación actual).

En todas aquellas que acepten participar y que cumplan con los criterios de selección, se procederá a la aplicación del MINI KID por el Dr. Francisco José García Rangel, Residente de segundo año de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia para corroborar el diagnóstico de un trastorno depresivo. Además se les pedirá que llenen la Escala de Violencia de Pareja (EV), la cual es autoaplicable y se les acompañará en el proceso con la finalidad de aclarar cualquier duda. Los instrumentos se calificarán el mismo día de la evaluación y se vaciarán los resultados en una base de datos electrónica. Al concluir la recolección de la muestra, se realizará el análisis estadístico correspondiente.

3) Cronograma de actividades

Actividad	Agosto- Octubre	Noviembre	Noviembre 2011- Enero 2012.	Enero 2012 - Febrero 2012.
Elaboración y entrega de anteproyecto.	*			
Evaluación y aprobación por el comité de Ética e Investigación del HPIDJNN		*		
Selección de la muestra Recolección de datos			*	
Aplicación e interpretación de las escalas de medición			*	
Vaciamiento de los datos			*	
Análisis estadístico			*	
Elaboración del informe final entrega de tesis terminada				*

4. Definición conceptual y operativa de las variables, tipos de variables y escalas de medición:

1) Violencia de pareja.

Conceptualizada como el patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir violencia física, emocional o sexual. Dichos tipos de violencia se describen a continuación:

- **Violencia física:** empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante.
- **Violencia emocional:** intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física.
- **Violencia sexual:** forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.

Variable intervalar medida a través de la puntuación total de la Escala de Violencia (EV) para cada tipo (física, emocional y sexual.)

2) Trastornos depresivos.

Conceptualizados a través de un espectro amplio de trastornos específicos.

Variable intervalar. Obtenida a través de la suma de las puntuaciones de la subescala de la MINI KID.

Tabla 1. Variables del estudio.

Variable	Tipo de variable	Instrumento
Violencia de pareja	Cuasidimensional Nominal	Escala de violencia de pareja
Riesgo real para la vida de la violencia de pareja.	Nominal	Escala de violencia de pareja
Diagnóstico psiquiátrico	Ordinal	MINI-KID Criterios Diagnósticos del DSM IV. TR

5. Instrumentos utilizados

1) Escala de violencia de pareja (EV) ²⁵

Constituye una escala autoaplicable para medir la violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja, y los niveles de severidad para cada tipo de violencia explorada.

La EV incorpora reactivos seleccionados de dos instrumentos, los cuales, han demostrado su utilidad para medir la violencia masculina hacia las mujeres (*Index Spouse Abuse y Severity of Violence Against Women Scale*, este último diseñado por Marshall) en la relación de pareja, así como para medir el índice de severidad de dicha violencia.

Se compone de cuatro subescalas que miden la frecuencia de las acciones violentas (tomando en cuenta el daño físico y emocional de cada acción o comportamiento violento) en los últimos 12 meses, categorizando la frecuencia en: nunca, alguna vez, varias veces y muchas veces.

Esta escala se validó en una muestra de 26,042 mujeres de 15 años y más, y fue formulada con respuestas de las mujeres que contestaron toda la escala de violencia del cuestionario de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003). La escala de violencia, tiene la finalidad de medir los distintos grados de violencia en sus diferentes modalidades: violencia física, emocional y sexual.

Se obtuvo un índice de severidad a partir de dos procedimientos: Procedimiento 1: análisis de confiabilidad, validez y factorial a partir de las respuestas de las mujeres a la escala de violencia. Los resultados del Procedimiento 1 (confiabilidad y validez), usando todos los

reactivos, arrojaron un Alpha de Cronbach cuyos resultados indican una consistencia interna muy alta de 0.99. Por otro lado, el análisis factorial con rotación Varimax, arrojó una solución de cuatro factores con cargas factoriales de cada reactivo mayores a 0.40, que se identificaron como:

Factor I Violencia psicológica: evaluada a través de los reactivos 8, 9, 12, 15 y 17 (ver escala en anexos).

Factor II Violencia física: evaluada a través de los reactivos 3, 5, 6, 13, 19 (ver escala en anexos).

Factor III Violencia física severa: evaluada a través de los reactivos 2, 4, 7, 10, 11 y 16 (ver escala en anexos).

Factor IV Violencia sexual: evaluada a través de los reactivos 1, 14 y 18 (ver escala en anexos).

La combinación de los cuatro factores explicó el 62.2% del total de la varianza.

Procedimiento 2: realización de un jueceo para asignar pesos diferenciales a cada reactivo de la escala. Los resultados de dicho jueceo se obtuvieron en un Cuadro de pesos asignados a cada acción evaluada.

Inicialmente, existían 27 reactivos en el cuestionario de la escala de violencia, se eliminaron ocho como resultado del análisis factorial y otros dos correspondientes a violencia económica, quedando un total de 19 reactivos a los que se les aplicaron los pesos obtenidos en el jueceo (reactivos que conforman la *Escala de Violencia –EV–*).

La escala de violencia demostró ser un instrumento útil y confiable para medir la violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja.²⁵

Los valores de Severidad de Violencia Psicológica (SVP), serán calificados con los siguientes puntos de corte:

SVP: se consideraron como “no caso de violencia psicológica” los valores de 0 a 5 puntos; como “caso de violencia psicológica” los valores ubicados de 5.1 hasta 18.2 y, por último, “caso de violencia psicológica severa” los valores de 18.3 hasta 81.

Los valores de Severidad de Violencia Sexual (SVS) serán calificados con los siguientes puntos de corte:

SVS: se consideraron como “no casos de violencia sexual” los valores de 0 a 1; “casos no severos de violencia sexual” los valores entre 1.1 a 6; y como “casos severos” de este tipo de violencia los valores por arriba de 6.

Los valores de Severidad de Violencia Física (SVF) serán calificados con los siguientes puntos de corte: Se consideraron como “no casos” los valores de 0 a 2.4 en esta variable; “casos de violencia física” los valores de 2.4 a 12, y “casos de violencia física severa” los valores por encima de 12.

2) Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI-KID) (Internacional Neuropsychiatric Interview) KID para niños y adolescentes.^{37, 38.}

El MINI KID es una entrevista diagnóstica clínica estructurada, que fue desarrollada en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10, dirigida a los niños y adolescentes (De 6 a 17 años 11 meses), que puede ser administrada fácil y rápidamente (aproximadamente 25 minutos); sigue la misma estructura y formato que el MINI para adultos, por lo que se basa en preguntas clave que se ramifican a determinar la presencia o no de cada diagnóstico, con lo cual se busca reducir el número de preguntas realizadas.³⁷

El MINI KID abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y añade el riesgo de suicidio como uno de éstos. Preferentemente se debe administrar al niño o al adolescente en presencia del padre o el tutor, las preguntas se deberán leer de manera literal. Las respuestas de cada uno de los módulos se responden con “sí o no” y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo.

En la Reunión de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil de Octubre del 2004 se presentó el estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la entrevista en México. La confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente y la validez concurrente con entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50 de acuerdo a lo reportado en un estudio del Instituto Nacional de Psiquiatría realizado en el 2004.³⁷

La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-KID) fue desarrollada para evaluar de forma breve pero fiable a niños y adolescentes con diagnóstico de psicopatología. Esta entrevista ha demostrado ser eficaz en el diagnóstico sindromático de diversos trastornos psiquiátricos y se comparó su fiabilidad con la entrevista *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime* (version K-SADS-PL).³⁸

El MINI KID tuvo una concordancia alta (AUC = 0.81 -0 96, kappa = .55 -. 87) para el diagnóstico sindromático de cualquier trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno de consumo de sustancias, trastornos de conducta alimentaria y los trastornos psicóticos. La sensibilidad fue significativa (0.64-1.0) para 15 de los 20 trastornos diagnosticados. La especificidad fue excelente (0.81-1.0) en 18 de 20 de los trastornos. El MINI-KID es una medida válida y fiable de la psicopatología de niños y adolescentes que se pueden administrar en una tercera parte de tiempo a medida que la K-SADS-PL.³⁸

6. Análisis estadístico

De la variable nominal *Violencia de pareja*, evaluada por la EV (psicológica, física y sexual) se obtendrán los casos leves y severos para cada tipo de violencia, además de un índice riesgo real para la vida. Con la MINI-KID se medirá la variable categórica *Trastornos depresivos* (*Episodio depresivo mayor, Trastorno distímico*).

Para la descripción de la muestra se utilizará el promedio, moda, desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

VI. Consideraciones Éticas.

Debido a que se trata de un estudio únicamente observacional, sin involucrar cualquier tipo de tratamiento, puede considerarse una investigación con *riesgo mínimo*, la cual consiste en la posible presencia de síntomas ansiosos o depresivos, que pudieran presentarse durante la aplicación de la escala de violencia de pareja o de la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional, síntomas que pudieran relacionarse con el recuerdo de eventos traumáticos, asociados con su situación actual o pasada.

En caso de que se presente alguno de estos síntomas se brindará contención verbal.

A todas las pacientes se les invitará a participar voluntariamente en el estudio y se les entregará una carta de consentimiento informado (ver Anexo). Se les asegurará la completa confidencialidad de la información obtenida. Los instrumentos estarán en poder del investigador principal quien será el encargado de calificarlos y evaluarlos.

Las medidas para proteger la confidencialidad de los instrumentos, serán las mismas que se siguen con el expediente clínico. Este proyecto de investigación no interferirá en absoluto con las rutas de tratamiento establecidas para el manejo del padecimiento.

Como el estudio incluirá pacientes adolescentes hospitalizadas, todas se encontrarán recibiendo en ese momento, atención para su padecimiento psiquiátrico. En aquellas en las que se detecte violencia de pareja (de cualquier tipo) se les informará lo obtenido en la evaluación y la posibilidad que tienen de recibir atención para el manejo de dicha violencia en diversas instituciones públicas dedicadas a brindar diversos servicios gratuitos (que incluyen asesoría y atención legal y psicológica, talleres, grupos de reflexión, cursos de sensibilización y capacitación, redes ciudadanas de mujeres, así como canalización a otras dependencias para una atención más especializada, albergues, atención médica, psiquiátrica, etc.).

Además se les proporcionará una con información telefónica de dichos lugares. En el D.F. existen las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF, 55102131 y 5518 5210; una en cada Delegación Política); los centros de apoyo a víctimas de violencia de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF): el Centro de Atención para la Violencia Intrafamiliar (CAVI, 53455598) y el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA, 53455598); también están las Unidades del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (CIAM, 55122831 y 55122836; una en cada Delegación Política) y el Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 30032200).

En el Estado de México se encuentran los Centros de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS, 01.800.696.9696 y 070 en Toluca); en todos los Estados se encuentran presentes el Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia Estatal (DIF-Estatal, 01.800.8884343) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 01.55.53224200).

El estudio se apegará en todo momento a la *Declaración de Helsinki*³⁹, la cual, toma en consideración la autonomía de las participantes, así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad. Para la realización de este estudio, primero deberá ser aprobado por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Los beneficios para las participantes, consistirán en la detección de la violencia de pareja. Buscando la rehabilitación de las víctimas y la prevención de futuros eventos de violencia, se les dará una cita de seguimiento para saber si acudieron a alguna de las instituciones en las que se brinda atención para la violencia de pareja. Las pacientes continuarán recibiendo atención psiquiátrica para su padecimiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

De presentar alguna lesión física reciente que ponga en peligro su integridad física (por ejemplo en aquellas pacientes que han sido receptoras de violencia física de pareja severa), se le informará al o el medica/o tratante correspondiente para su referencia al hospital de la secretaria de salud más cercano para su atención y tratamiento inmediato.

El estudio seguirá lo establecido por la *Norma Oficial Mexicana 046 NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en su apartado 6.2 PARA LA DETECCIÓN DE PROBABLES CASOS Y DIAGNOSTICO*, aclarando que NO INCLUIREMOS MUJERES EMBARAZADAS, por lo que excluimos el punto 6.2.1.6.⁴⁰

A continuación se incluyen los puntos de dicho apartado.

6.2.1. Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.

6.2.1.1. Para la detección de los casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, las y los prestadores de servicios de salud realizarán el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria y en los casos probables, llevarán a cabo los procedimientos necesarios para su confirmación, todo ello de conformidad con lo que establece la presente Norma.

6.2.1.2. Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Debe considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación.

Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual, económico o de abandono, como actos únicos o repetitivos, simples o combinados, para constatar o descartar su presencia.

6.2.1.3. En caso de que la o el usuario no esté en condiciones de responder durante la entrevista, la o el prestador de servicios de salud se dirigirá, en su caso, a su acompañante, sin perder de vista que pudiera ser el probable agresor. Cuando la imposibilidad de la o el

usuario se deba al desconocimiento o manejo deficiente del español, deberá contar con el apoyo de un traductor.

6.2.1.4. Registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo: nombre de la o el usuario afectado, el tiempo que refiere de vivir en situación de violencia, el estado físico y mental que se deriva del examen y la entrevista, la descripción minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico, tratamiento médico y la orientación que se proporcionó y en su caso, los datos de la o las personas que menciona como los probables responsables. Todo ello a fin de establecer la relación causal de la violencia familiar o sexual de la o el usuario involucrado, considerando los posibles diagnósticos diferenciales.

6.2.1.5. Establecer, en su defecto, la impresión diagnóstica o los problemas clínicos debidos a violencia familiar o sexual en cualquiera de sus variedades. (Consultar la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.)

6.2.1.7. Forma parte de la detección y diagnóstico de la violencia familiar o sexual la valoración del grado de riesgo de la o el usuario. Para determinarlo, el personal de salud se apoyará en las herramientas y los procedimientos estandarizados para este fin.

6.2.1.8. En los casos en que se sospeche la comisión de delitos, se aplicarán los procedimientos establecidos en la normatividad aplicable vigente.

Las estrategias llevadas a cabo para mantener la confidencialidad de los datos, serán las siguientes:

- El responsable de la investigación adoptará medidas de índole técnica y organizativas necesarias para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal, evitando su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado de cualquier persona ajena a la investigación, con el fin de evitar que los datos almacenados se expongan a riesgos que provengan de la acción humana o del medio físico o natural.
- El responsable de los datos y quienes intervengan en cualquier fase de la investigación, están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con la paciente.
- Se le brindará a la paciente la seguridad de que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, comprometiéndose el investigador a dar respuesta y a aclarar cualquier pregunta o duda que surja, así como a proporcionarle información actualizada que se obtenga del mismo.

Párrafo acerca del conflicto de intereses.

No hay conflictos de intereses que alteren el juicio del investigador principal o de los participantes, mismos que pudieran modificar la integridad de la investigación, es decir, no existen intereses económicos o personales secundarios.

VII. Organización.

1. Recursos humanos

- 1)** Un médico psiquiatra, residente de segundo año del curso de Psiquiatría infantil y de la adolescencia que captará a las pacientes participantes para su selección y evaluación.
- 2)** Pacientes que deseen participar y que cumplan con los criterios de inclusión.
- 3)** Autorización del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

2. Recursos materiales

- 1)** Consultorio de la Unidad de Adolescentes Mujeres.
- 2)** Computadora para la recolección y procesamiento de los datos, así como para el análisis estadístico y copias de las escalas.

VIII. Resultados.

Características sociodemográficas de la muestra.

Se obtuvo una muestra de 35 adolescentes, todas del género femenino con un rango de edad de entre 15 años y 17 años 11 meses. En cuanto a la variable del grupo etáreo, se concentraron en mayor cantidad en el intervalo de 15 años a 15 años 11 meses el correspondiente al 45.7%(n15) de la muestra. El promedio en edad fue de 15.74 años. La población menos representada se ubicó en el intervalo etáreo de 17 años a 17 años 11 meses en el 20%(n7) del total. (Tabla 2)

En cuanto a ocupación, el 54.3%(n19) refirió ser estudiante, con una $\chi^2=24.18(8)$,p.002; el 20%(n7) sin ninguna ocupación, el 11.4%(n4) dedicada a alguna actividad económica no remunerada, el 8.6%(n3) dedicada al hogar y solo el 5.7%(n2) a algún empleo remunerado. (Tabla 2)

En relación a al escolaridad, el total de la muestra tenía por lo menos estudios mínimos de primaria; el 51.4%(n18) tenían estudios de secundaria, con una $\chi^2=11.01(4)$,p.02; el 31.4%(n11) con estudios de bachillerato y solo el 17.1%(n6) tenían solo primaria. (Tabla 2)

Para el lugar de residencia, se encontró que la mayor parte de la muestra estudiada 60%(n21) radicaban en el Distrito Federal, con una $\chi^2=4.56(1)$,p.03; el 20%(n7) en el Estado de México y el otro 20%(n7) pertenecían al interior de la República. (Tabla 2)

Tabla 2.

Distribución de las variables sociodemográficas n(%)		Media	DE	Rango	
Edad (años)	15	16(45.7)	15.74	.78	15-17
	16	12(34.3)			
	17	7(20.0)			
		χ^2 (gl)	P		
Ocupación	Empleo remunerado	2(5.7)	24.18(8)	.002	
	Empleo no remunerado	4(11.4)			
	Hogar	3(8.6)			
	Estudiante	19(54.3)			
	Ninguna	7(20.0)			
Escolaridad	Primaria	6(17.1)	11.01(4)	.02	
	Secundaria	18(51.4)			
	Bachillerato	11(31.4)			
Lugar de	DF	21(60)	4.56(1)	.03	

residencia	Estado de México	7(20)
	Interior de la república	7(20)

Frecuencia de los diferentes tipos de violencia de pareja y riesgo real para la vida.

Para Violencia Psicológica, la mayor parte de la muestra obtuvo puntuación para definirse como caso severo 48.6%(n17), con una $\chi^2=11.01(4)$,p.02; el 34.3%(n12) se clasificó como caso y el restante como no caso correspondiente al 17.1%(n6). (Tabla 3)

En cuanto a la violencia física, la mayor parte de la muestra se definió como caso con un 51.4%(n18) de la misma, con una $\chi^2=12.48(4)$,p.01; se definió como caso severo el 17.1%(n6) de la población, y el 31.4%(n11) como no caso. (Tabla 3)

Para la violencia sexual, la mayor concentración se ubicó dentro de la categoría de no caso 65.7%(n23), y como caso solo el 34.3%(n12) de la misma, con una $\chi^2=8.03(2)$,p.01. En este tipo de violencia ninguna paciente tipificó para caso severo. (Tabla 3)

En cuanto al riesgo real para la vida, el 85.7%(n30) fue tipificada como no riesgo y el 14.3%(n5) como con riesgo con una $\chi^2=5.35(1)$,p.02. (Tabla 3)

Tabla 3.

Distribución de los tipos de violencia de pareja y riesgo real para la vida n(%)			χ^2 (gl)	P
Violencia psicológica	No caso	6(17.1)	11.01(4)	.02
	Caso	12(34.3)		
	Caso severo	17(48.6)		
Violencia física	No caso	11(31.4)	12.48(4)	.01
	Caso	18(51.4)		
	Caso severo	6(17.1)		
Violencia sexual	No caso	23(65.7)	8.3(2)	.01
	Caso	12(34.3)		
Riesgo real para la vida	Si	5(14.3)	5.35(1)	.02
	No	30(85.7)		

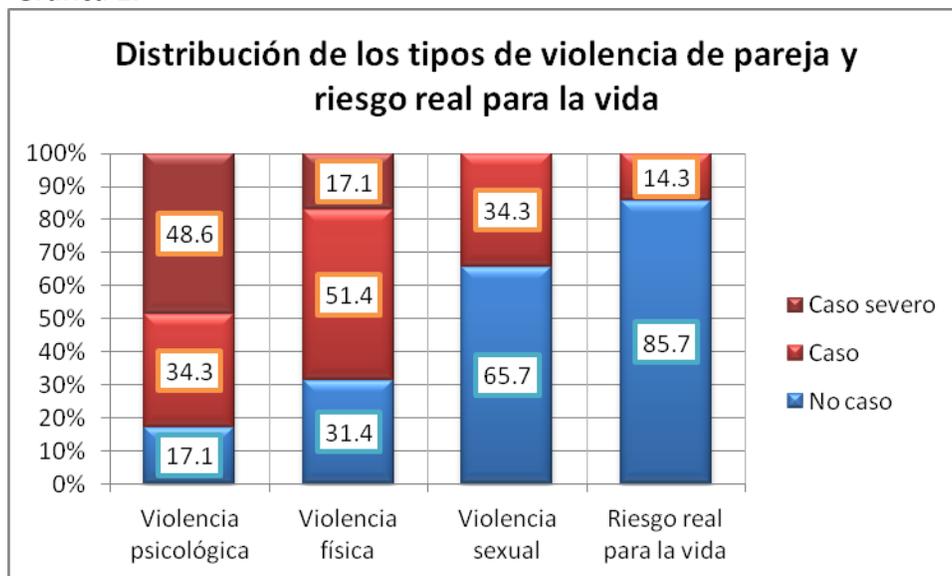
En la (GRÁFICA 1) se puede observar la frecuencia de no casos, casos y casos severos para cada uno de los tipos de violencia evaluados así como del riesgo real para la vida.

Encontrándose una frecuencia del 48.6%(n17) para caso severo de violencia psicológica, 17.1%(n6) para caso severo de violencia física, ningún caso severo de violencia sexual.

Se obtuvo también una frecuencia del 34.3%(n12) de caso no severo de violencia psicológica, un 51.4%(n18) para caso no severo de violencia física, el cual fue el tipo de violencia mas prevalente en la población estudiada; un 34.3%(n12) de caso no severo de violencia sexual.

Finalmente se observó que un 14.3%(n5) de la muestra cumplió criterios para considerarla como con riesgo real para la vida.

Gráfica 1.



Factores sociodemográficos y clínicos estudiados y su relación con los tipos de violencia.

En el(Tabla 4) podemos observar la relación entre los factores sociodemográficos y clínicos estudiados y los diferentes tipos de violencia.

Se encontró que la mala relación entre los padres (p.003), el antecedente de padre o tutor violento con la madre o tutora (p.003), el antecedente de madre o tutora violenta con el padre(p.01), la percepción de la paciente de una relación de pareja mala o muy mala (p.001), y la percepción de padres violentos (p.03) se relacionaron estadísticamente con la presencia de violencia psicológica.

De igual manera, las variables de residencia en DF (p.03), tipo de relación entre los padres (p.03), antecedente de pareja violenta (p.01), padre o tutor violento con la madre o tutora (p.007), madre o tutora violenta con el padre o tutor (p.002), la percepción de padres violentos hacia la paciente (p.002) y una relación de pareja percibida como mala o muy mala (p.001) se asociaron estadísticamente con la presencia de violencia física.

En cuanto a la violencia sexual, esta se asoció estadísticamente con las variables de antecedente de pareja violenta (p.01), padres percibidos como violentos hacia la paciente (p.034) y una mala o muy mala relación de pareja (p.001).

Finalmente en cuanto al riesgo real para la vida, las variables asociadas estadísticamente fueron el antecedente de pareja violenta (p.044), la madre o tutora violenta con el padre o tutor (p.006), la percepción de padres violentos hacia la paciente (p.057) y la mala relación de pareja (p.013)

Tabla 4.

Factores Sociodemográficos y clínicos estudiados y su relación con los tipos de violencia						
	V.Psico		V.Fis		V.Sex	
	r	p	r	p	r	p
Lugar de residencia			.36	.03		
Tiempo de relación de pareja (meses)					.33	.05
Tipo de relación entre los padres	.48	.003	.35	.03		
Antecedente de pareja violenta			-.41	.01	-.39	.02
Padre Violento con la madre	-.48	.003	-.44	.007		
Madre Violenta con el padre	-.40	.01	-.51	.002	-.32	.05
Percepción de los padres como violentos	-.36	.03	-.58	.000	-.38	.02
Mala relación de pareja	.66	.000	.69	.000	.77	.000
Diagnóstico DSM IV	.46	.005	.56	.000	.42	.01
Riesgo para la vida	-.37	.02	-.68	.000	-.56	.000
R=-.37(35),p.02						

La edad de inicio de relación de pareja y el tiempo de relación actual no se asociaron a ningún tipo de violencia.

La percepción de padres violentos y el antecedente de pareja violenta se asociaron a violencia física, sexual y riesgo real para la vida.

El antecedente de mala relación entre los padres se asoció únicamente con violencia psicológica.

El antecedente de padre violento con la madre se asoció con presencia de violencia psicológica y violencia física

El antecedente de madre violenta con el padre se asoció con violencia física y con riesgo real para la vida.

La percepción de mala o muy mala relación de pareja se asoció con todos los tipos de violencia así como con el riesgo real para la vida.

Relación entre tipo de violencia y diagnóstico afectivo según MINI-KID.

En la (Tabla 5) se aprecia la relación entre el tipo de violencia y el diagnóstico confirmado mediante la aplicación del MINI-KID, y donde es posible observar que el 54%(n19) del total de la muestra se le confirmó el diagnóstico de depresión mayor más distimia y el 46%(n16) contó con el diagnóstico único de depresión mayor.

El 68.3%(n13) de las pacientes con depresión con distimia, cursó con violencia psicológica severa, en contraste con el 5.1%(n1) que fue tipificado como no caso. En cuanto a las pacientes con depresión mayor sin distimia, el 43.8%(n7) fue considerado caso de violencia psicológica y el 25%(n4) como caso severo, el resto 31.3%(n5) no cumplió criterios para caso de violencia psicológica. Lo anterior con valor de p.025

Para la violencia física, el 56.3%(n9) de las pacientes con depresión sin distimia, no cumplió para ser considerada como caso, por 43.8%(n7) que se tipificó como caso. En esta población no se encontraron casos severos de violencia física. Paralelamente, en la población con diagnóstico de depresión mayor con distimia, podemos observar que la mayor frecuencia se ubicó en los casos no severos en un 57.9%(n11) de la muestra, contra 10.5%(n2) de no casos y el 31.6%(n6) de casos severos. Con valor de p de .003

En relación a la violencia sexual, las pacientes sin comorbilidad con distimia se presentaron de la siguiente manera. El 87.5%(n14) fue evaluado como no caso contra el 2%(n12.5) evaluado como caso no severo. No hubo pacientes sin distimia que presentaran violencia sexual severa. De las pacientes con comorbilidad con distimia, el 52.6%(n10) fue considerado caso, por 47.4%(n9) evaluado como no caso. Se obtuvo un valor de p de .03.

En cuanto al riesgo real para la vida, el 100%(n16) de las pacientes sin distimia, no presentó riesgo real, por lo que ninguna presentó riesgo real para la vida. En las pacientes

con distimia, el 73.7%(n14) fue considerada como no caso, y el restante 26.2%(n5) con riesgo real para la vida. Se obtuvo una p de .049.

Tabla 5.

Relación del tipo de violencia diagnóstico según MINI KID

		Dx MINI-KID		Total n(%)	Valor p
		Depresión sin distimia n(%)	Depresión con distimia n(%)		
Violencia psicológica	No caso	5(31.3)	1(5.3)	6(17.1)	0.025
	Caso	7(43.8)	5(26.3)	12(34.3)	
	Caso severo	4(25)	13(68.4)	17(48.6)	
Violencia física	No caso	9(56.3)	2(10.5)	11(31.4)	0.003
	Caso	7(43.8)	11(57.9)	18(51.4)	
	Caso severo	0(0)	6(31.6)	6(17.1)	
Violencia sexual	No caso	14(87.5)	9(47.4)	23(65.7)	0.03
	Caso	2(12.5)	10(52.6)	12(34.3)	
Riesgo real para la vida	Si	0(0)	5(26.3)	5(14.3)	0.049
	No	16(100)	14(73.7)	30(85.7)	
Total		16(100)	19(100)	35(100)	

Asociación entre los tipos de violencia y riesgo real para la vida.

Del total de pacientes que presentaron violencia psicológica, solo el 29.4%(n5) de las pacientes diagnosticadas con caso severo tuvieron criterios para considerarlas como con riesgo real para la vida. De igual manera, el 83.3%(n5) de los casos severos de violencia física cursaron con riesgo real para la vida. En cuanto a la violencia sexual, el 41.7%(5) de los casos presentó criterios para considerarlas con riesgo real para la vida. El resto de las pacientes sin ser consideradas como con riesgo real para la vida.

IX. Discusión y Análisis de resultados.

Ya menciona Kanin en un estudio que reportó que, el 30% de las estudiantes femeninas de la población estudiada, tuvo amenazas o relaciones sexuales forzadas durante el noviazgo, que la violencia durante el noviazgo, es un grave problema que afecta en grado considerable la salud física y mental de las adolescentes. Lo anterior consistente con estudios más recientes, donde se ha observado que la violencia durante el noviazgo es un problema que afecta a casi la mitad de las mujeres adolescentes en algunas poblaciones, con tasas que varían del 9 al 38.2%. En el presente estudio se observó una tasa de hasta 82.9% de violencia de pareja a expensas predominantemente de violencia psicológica, contrastante con el 34.4% de prevalencia de violencia sexual. Es decir, en nuestra población, se incrementó la prevalencia de violencia psicológica probablemente debido al tipo de población estudiada, que cuenta con diagnóstico de trastornos afectivos.

También se ha reconocido que la violencia durante el noviazgo se vincula con factores individuales, entre ellos la depresión, la baja autoestima, ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar. Se ha demostrado que la violencia durante el noviazgo puede ser un precursor de la violencia durante la vida marital.⁹

En otros estudios, se pudo observar que las mujeres no maltratadas, son más autónomas, tienen un proyecto de vida definido, son más estables emocionalmente, participan activamente en la solución de problemas y en el control de su vida, y priorizan sus intereses.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó, según las encuestas basadas en todo el mundo entre el 10% y el 69%¹¹, la han padecido en algún momento de sus vidas, donde vuelve a ser evidente el incremento en la prevalencia de nuestra población estudiada.

En lo que respecta a encuestas nacionales, se reporta que entre el 10% y 34%¹² de las mujeres, informaron haber sido físicamente agredidas por su pareja. Por 68.5% de lo reportado en el presente estudio. También quizá debido a las características específicas de la población estudiada pues se trata de población vulnerable, la mayoría de ellas con padecimientos psiquiátricos crónicos. Por otro lado, la mayor parte de las mujeres que sufren maltrato físico, por lo general, se ven sometidas a otros actos de violencia con el transcurso del tiempo, en un estudio realizado en Monterrey (México) en una muestra de 1054 mujeres, 52% de las agredidas físicamente también habían sido maltratadas sexualmente¹³. Contrastante con solo el 33.3% de las mujeres que han padecido violencia física en este estudio, presentaron violencia sexual, probablemente explicado por el hecho de la edad, pues es una población joven lo que sugiere un riesgo incrementado para que en el futuro se incrementen otros tipos de violencia sobre ellas.

En particular, para las mujeres que reportan haber sido golpeadas “muy seguido” cuando eran niñas, las probabilidades de sufrir violencia física y sexual por parte de sus parejas se incrementa en 55 y 37 por ciento respectivamente, en comparación con aquéllas a quienes nunca o de vez en cuando les pegaron.¹⁷ En el presente estudio se observa una alta prevalencia, pues las que declararon ser violentadas de alguna manera por sus padres, la prevalencia de violencia psicológica por parte de su pareja fue hasta del 90%, por 50% de las que refirieron ser violentadas sexualmente.

Las víctimas adolescentes han sufrido maltrato físico en un porcentaje mayor, han denunciado las agresiones y no conviven con el agresor en mayor proporción que las víctimas de mayor edad. Asimismo, precisamente por ser más jóvenes, tienen una historia de victimización más corta, pero, aun así, es crónica, el 73% ha sufrido una historia de maltrato durante un período de entre 1 y 4 años. Probablemente las víctimas más jóvenes tienen una mayor intolerancia a los comportamientos violentos y, por eso, se enfrentan más al agresor, con lo que el riesgo aumenta para ellas¹. Lo cual es otra hipótesis válida a investigar como situación explicativa al incremento de la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en nuestra muestra.

Continuando con lo reportado por Abbott¹ en cuanto a la prevalencia de violencia física en la inmensa mayoría de los casos (71%) y, además, casi la mitad 48% de estas víctimas han sido amenazadas con algún tipo de arma han manifestado una percepción subjetiva de amenaza para su vida presente en la mayoría de los casos (67%), aunque no es significativamente superior en relación con el grupo de mayor edad 56%. Sin embargo en nuestro estudio, si bien, la prevalencia de violencia física fue de un 68.5%, la percepción del riesgo real para la vida fue del 14.3 %, siendo esta mucho menor.

Desde una perspectiva psicopatológica, asociadas al malestar emocional (ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación), los resultados obtenidos han sido consistentes con una alta prevalencia con trastornos depresivos y similares a otros estudios (Campbell, 1995; Soeken, 1999; Echeburúa, 1997; y muy superiores a los obtenidos en las mujeres que no han sido víctimas (Matud, 2004; Zlotnick, 2006). El total de la muestra en estudio, presentó diagnóstico de depresión mayor.

En el Reporte de Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares¹⁷ el 60% de las mujeres que han tenido problemas con sus parejas reportan alguna consecuencia directa en su estado de ánimo. Un porcentaje elevado de mujeres manifestó haber sentido tristeza, aflicción o depresión (48% del total que sufrió violencia), y no menos importante fue el porcentaje de mujeres con problemas nerviosos y que sintieron angustia o miedo. La idea del suicidio también está presente en cerca de 13% de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia, y en 14.6, 16.3 y 10.8% de quienes han padecido violencia emocional, económica y física, respectivamente. La variable del suicidio no fue medida en nuestra población.

En general, la violencia en el noviazgo tiende a pasar desapercibida por las jóvenes, sin embargo, en las relaciones de noviazgo que se establecen entre los 15 y 24 años hay expresiones de violencia de muy distinto tipo y en diferentes grados.

El INEGI llevó a cabo la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007³¹, la cual afirma que el 15% de las y los jóvenes han experimentado al menos un incidente de violencia física, por 68.5% de lo reportado en nuestra muestra; asimismo, indica que el 76% de los y las jóvenes son víctimas de violencia psicológica, comparadas con el 82.9% en el presente estudio y que el 16.5% de las jóvenes entrevistadas señalaron haber sufrido un evento de violencia sexual por parte de su pareja por el 34.4% en las pacientes incluidas para este trabajo.

Ramos Lira y cols.²⁶ , 19% señaló haber sido objeto de tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión.

En general podemos observar la tendencia de que la frecuencia de violencia de pareja es mayor a expensas de la violencia psicológica, seguida de la violencia física y por último de la violencia sexual. Aunque reportándose en todos los casos mayor frecuencia en los diferentes tipos de violencia con respecto a los estudios realizados en población general.

X. Limitaciones.

No fue un estudio comparativo, por lo que ante la ausencia de un grupo control, que incluyera individuos del mismo grupo etéreo sin encontrarse hospitalizadas, resultó difícil establecer diferencias entre el grupo de la muestra y la población general.

Aunque se demostró una relación entre la presencia de los diferentes tipos de violencia y algunas variables tanto de pareja como sociodemográficas, al ser un estudio descriptivo, no permitió establecer una relación causal, por lo que las inferencias no van más allá de establecer una asociación entre las variables.

El hecho de que la población en estudio fuera constituida por pacientes con padecimientos depresivos graves, podría haber generado un sesgo en cuanto a la percepción de la violencia ejercida sobre su persona, por lo que se sugeriría aplicar nuevamente las herramientas utilizadas en la misma población luego de la resolución del padecimiento afectivo en agudo.

XI. Conclusiones.

La edad de inicio de relación de pareja y el tiempo de relación de pareja son variables que no se asociaron con ningún tipo de violencia.

La percepción de una mala relación de pareja se asoció a todos los tipos de violencia así como a la percepción de riesgo real para la vida.

Todas las pacientes con percepción de riesgo real para la vida tenían diagnóstico de depresión mayor más distimia. Ninguna paciente sin diagnóstico de distimia percibió riesgo real para su vida.

El tipo de violencia de pareja más frecuente fue la violencia psicológica presente en un 82.9% de la muestra.

Todos los tipos de violencia son más frecuentes en la muestra de este estudio que lo reportado en la literatura para mujeres del mismo grupo etáreo.

No existieron casos de violencia sexual severa.

Todas las pacientes que reportaron violencia sexual, también refirieron presentar algún otro tipo de violencia de pareja.

Todas las pacientes que percibieron riesgo real para, presentaron los 3 tipos de violencia en sus formas más severas.

XII. Referencias Bibliográficas.

1. Abbott J et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1763–1767.
2. Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género; Primera Edición, 2007; Instituto Canario de la Mujer. 22, 37,38.
3. Corsi J. Violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Documentos de apoyo, Fundación Mujeres. 1-12.
4. ENVIM 2006, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, Secretaría de Salud.
5. Castro R, Corinne P, Ruiz MSc. Violence Against Women in Mexico: A Study of Abuse Before and During Pregnancy. *American Journal of Public Health* 2003; 93,7: 1110-1116.
6. Heise L. Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud. Organización Panamericana de la Salud: Washington; 1994.
7. Prabhat Lamichhane, et al. Women's Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal. *BMC Women's Health* 2011; 11:19, 1.
8. Delia L. Lang, PhD, MPH, et al. Rape Victimization and High Risk Sexual Behaviors: Longitudinal Study of African-American Adolescent Females. *Western Journal of Emergency Medicine*, Volume XII, No. 3; July 2011, 34.
9. Rivera-Rivera L, et al. Violencia Durante el Noviazgo, Depresión y Conductas de Riesgo en Estudiantes Femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, Vol. 48, suplemento 2, 2006; 289.
10. Fajardo J, et al. Estilo de Vida, Perfil Psicológico y Demográfico de Mujeres Maltratadas por su Cónyuge. *Revista Psicología Científica*, 4 (12), 2002.
11. Irigoyen FM. Impact de la violence conjugale Sur la sante integrale de la femme. En: Fundación de la Comunidad Valenciana frente a la discriminación y los malos tratos Tolerancia Cero (eds). Libro de Actas I Congreso Internacional sobre Violencia de Género. Valencia: 2007.

12. Krug E, Mercy J, Dahlberg L, Zwi A. The world report on violence and health. World Health Organization 2002; 9: 87-121.
13. Heise L, García C, Krug EG, Dahlberg L, Informe mundial sobre violencia y salud, Organización Panamericana de la Salud, Capítulo 4 Violencia de pareja 2003: 96-129.
14. Saucedo G, Maldonado D. La familia, su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la salud: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003.
15. Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. Salud pública de México 2006; 48, s2: 307-314.
16. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. Am J Public Health. 2003; 93(7): 1110-1116.
17. Instituto Nacional de la Mujeres. Violencia en las Relaciones de Pareja. Resultados de la Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones de los Hogares 2006. Septiembre 2008.
18. Belluci M, Burin M, Corsi J, Chejter S; Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias. 1ª. Ed. Paidós; 1992.
19. Whaley J. Violencia Intrafamiliar, Causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales. Plaza Valdéz Editores; 2000.
20. Graham D, Rigsby R. Loving to survive, Sexual Terror, Men's Violence, and Women's Lives. 1a. Ed. New York University Press; 1995.
21. Saltijeral M, Ramos L, Caballero M. Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: Tipos de violencia experimentada y algunos efectos de la salud mental. Salud Mental 1998; 21(2):10-18.
22. Kennedy AC, Bybee D, Sullivan CM, Greeson M. The effects of community and family violence exposure on anxiety trajectories during middle childhood: the role of family social support as a moderator. J Clin Child Adolesc Psychol. 2009; 38(3)365-79.
23. Ramos L. El impacto emocional de las víctimas de la violencia. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría 1994;5(9):73-83.
24. Lutzker J. Prevención de la violencia. Investigación y estrategias de intervención basadas en evidencia. Manual Moderno. México 2008.

25. Valdez Santiago R, Antrop M, Hajar Medina C et al. Escala de violencia de e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en las mujeres. *Salud Pública de México* 2006; 48 s2, s221-s231.
26. Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez M et al. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud pública de México/ V.43, N.3*, mayo-junio de 2001.
27. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health*, 1998, 28:117-129.
28. Freud S. Inhibition, symptoms, and anxiety. Ed. Hogarth Press; London; 1955.
29. Caballero G, Ramos L. Violencia: Una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental* 2004; 27 (2): 21-30.
30. Rivera-Rivera L, Allen L et al. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud pública de México*, V. 48, S 2, 2006.
31. Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
32. Riggs D, Caulfield M, Street E. Risk for Domestic Violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56(10):1289-1316.
33. Calvete E, Esteves A, Corral S. Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema* 2007. 19(3):446-451.
34. Ferrando Bundio L. Salud mental y género en la práctica clínica, Fascículo II. 1ª. Ed. *Ars Médica*; 2007.
35. OMS 2005, Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe 1-46.
36. Feinstein A. *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. Saunders Company. Philadelphia, 1985.

37. Palacios L, De la Peña F, Heinze G. (2004): Validez y confiabilidad del MINI KID. Presentado en póster en el Congreso de Academia Americana de Psiquiatría Infantil. Washington DC.
38. Sheehan DV, Sheehan KH, Janavs MD et al. I. Mini .KID Reliability and Validity international .University of South Florida.
39. World Medical Association: Declaration of Helsinki : Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2000; 284: 3043-3045.
40. NOM-046-SSA2-2005, de Prestación de servicios de salud: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

XIII. Anexos.

Carta de consentimiento informado.

México D. F. a _____
Por medio de la presente yo _____ padre/madre o tutor/a de mi hija _____ acepto que participe en el Protocolo de Investigación titulado, *Frecuencia de violencia de pareja en una muestra de mujeres adolescentes hospitalizadas con trastornos depresivos*, registrado ante el Comité de Ética e investigación con el No. _____ al cual se me ha invitado a participar, con el motivo de contribuir a la investigación sobre la salud mental de mujeres adolescentes mexicanas que sufren violencia de pareja; esto permitirá la detección de factores de riesgo que puedan desencadenar o exacerbar un padecimiento psiquiátrico.

El *objetivo* del estudio es determinar la presencia de Violencia de pareja en adolescentes deprimidas hospitalizadas en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

La participación de mi hijo/a consistirá en responder una escala de 19 preguntas autoaplicable y responder las preguntas derivadas de la entrevista neuropsiquiátrica, (la cual realizará el investigador responsable) en un periodo máximo de una hora.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles *riesgos, incomodidades, molestias y beneficios para mí y la sociedad* derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos, incomodidades y acontecimientos adversos posibles:

El riesgo es mínimo y será derivado de la posible presencia de estrés transitorio durante la aplicación de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y de la Escala de Violencia de Pareja, para lo cual se dará contención.

Beneficios para mí:

- a) Realizarme la detección de violencia de pareja con búsqueda de rehabilitación y prevención de futuros casos.
- b) Recibir información sobre los resultados obtenidos en la escala de violencia de pareja.
- c) En caso de que se me detecte algún tipo de violencia de pareja, recibiré información actualizada de los lugares que brindan atención gratuita para la atención y en su caso la referencia correspondiente.
- d) Seguimiento para conocer en caso de haber sido referida a alguna institución de apoyo si acudí a la misma.
- e) Si durante mi evaluación se detecta alguna lesión reciente que ponga en riesgo mi vida o integridad física (aplica para aquellas pacientes que sufren violencia física severa) se me referirá a un hospital de la secretaria de salud para mi evaluación y tratamiento inmediato.
- f) Continuaré recibiendo atención psiquiátrica en caso de requerirla en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

La investigación no tendrá ningún costo para mí.

Los beneficios que obtendría de no participar, consistirían en evitar expresar aspectos de mi vida personal que pudieran incomodarme e invertir tiempo en ello.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la institución.

El investigador responsable, me ha dado seguridad de que *no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos personales, relacionados con mi privacidad* (es decir mi nombre, fecha de nacimiento o número de expediente) serán manejados en forma confidencial. Para garantizar la seguridad y la confidencialidad de toda la información que proporcione, se me ha explicado que los datos obtenidos de la entrevista estarán resguardados por el investigador principal, el Dr. Francisco José García Rangel, quien se encargará de separar esta carta que estoy leyendo (ya que aquí viene mi nombre, número de expediente y el nombre de mi tutor/a-) del resto de los cuestionarios a utilizar, en los cuales solo se pondrá un número de folio que no incluirá dichos datos personales. Yo me quedaré con una copia de esta carta de consentimiento y otra copia se añadirá a mi expediente clínico (solo de la carta de consentimiento informado, no de los datos que proporcione en los cuestionarios) para dar mayor legalidad a lo aquí descrito. También se ha comprometido a *dar respuesta a cualquier pregunta, duda o aclaración que surja durante el estudio así como a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del mismo*. Además me garantiza como seguro de daño de mi participación, una evaluación posterior con el investigador responsable para evaluar mi estado de salud mental y la referencia al lugar apropiado en caso de ameritarlo. Afirmo mi *libre conformidad* y disposición con lo aquí descrito.

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma de los padres o tutores.

Testigos.

Dr. Francisco José García Rangel
Investigador principal

No. de folio: _____

Proyecto: Frecuencia de violencia de pareja en mujeres adolescentes hospitalizadas con trastornos depresivos.

Hoja de Datos sociodemográficos

Nombre: _____

(Si lo deseas puedes poner solo las iniciales de nombre y apellidos).

Pregunta	Rangos de respuesta				
1. ¿Qué edad tienes?					
2. ¿A qué te dedicas?	Empleo con remuneración	Hogar	Estudiante	Empleo s/ Remuneración	Otro Especifique_____
3. ¿Cuántas personas viven en tu hogar sin incluirte?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 y más()
4. ¿Hasta qué año estudiaste?	Primaria ¿Cuántos años? ____	Secundaria ¿Cuántos años? ____	Preparatoria ¿Cuántos años? ____	Universidad ¿Cuántos años? ____	
5. ¿Tienes alguna religión?	Católica ()	Cristiana ()	Testigo de Jehová ()	Otra () ¿Cuál?_____	Ninguna ()
6. ¿Cuál es su lugar de residencia?	Distrito Federal	Estado de México	Otro Estado de la República () ¿Cuál? _____		
7. ¿Dónde naciste?	Distrito Federal	Estado de México	Otro Estado de la República () ¿Cuál? _____		
8. ¿A qué edad comenzaste a tener novio?	Edad en años. _____				
9. ¿Cuánto tiempo llevas con tu novio? Si has tenido algún "free" puedes incluirlo.	Días. Meses. Un año. Mas de un año (Especifica el tiempo).				
10. ¿Tu familia sabe que tienes novio?	Si _____ No _____ ¿Por qué? _____				
11. ¿Tus papás tienen buena relación entre ellos?	Si _____ No _____				

Agradecemos los datos proporcionados. Por favor pasa a la siguiente hoja para continuar con la evaluación.

1. Escala de violencia de pareja

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

Cédula de información retrospectiva.

Después de haber contestado el cuestionario anterior, ahora sabes lo que significa vivir violencia en el noviazgo, por favor contesta las siguientes preguntas finales.

Pregunta	Rangos de respuesta				
1. ¿Has tenido otras parejas violentas previamente?	No	Si Cuantas? ____ Que edad tenías? ____ Terminaste con el porque: Le tenías miedo: ____ Otra causa (especifica): ____			
2. ¿Cómo te llevas con tu pareja actual? (Puedes incluir los "frees")	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Extremadamente mal.
3. Si contestaste "mal o muy mal en la pregunta anterior responde esta pregunta, si no pasa a la siguiente.	Pienso dejarlo este mes. Si ____ No ____	No se si quiero dejarlo		No pienso dejarlo.	
4. ¿Tu papá o tutor masculino es violento con tu mamá o con tu tutora femenina?	Si ()		No ()		
5. ¿Tu mamá o tutora femenina es violenta con tu papa o tutor masculino?	Si ()		No ()		
6. ¿Tus papás han sido violentos contigo?	Si ()		No ()		

Gracias por tu participación.