



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Medicina**

---

---



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN CHIAPAS**

**SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23; TUXTLA GUTIERREZ  
CHIAPAS.**

**IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD MENTAL DE LAS  
MUJERES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN CHIAPAS**

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

---

**PRESENTA**

**LOURDES VERGARA CORTES**

**TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN CHIAPAS**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LOURDES VERGARA CORTES

AUTORIZACIONES:

DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN:  
UMF. No.23 IMSS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPA

DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU.

ASESOR DE CONTENIDO

DR. FILIBERTO LINALDI YÉPEZ  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION  
ASESOR METODOLOGICO

DR.FRANCISCO RICARDO ESCOBAR DIAZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

HGZ No. 2 DEL IMSS.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS 2010.

**IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD MENTAL DE LAS  
MUJERES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE CHIAPAS**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. LOURDES VERGARA CORTES

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER F. GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

**IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD MENTAL DE LAS  
MUJERES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN CHIAPAS**

## INDICE

	PAGINA
1. Título	1
2. Índice general	5
3. Marco teórico ( marco de referencia o antecedentes	8
Planteamiento del problema	17
Justificación	19
Objetivos	21
General	21
Específico	21
Metodología	22
Tipo de estudio	22
Población, lugar y tiempo de estudio	22
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	22
Información a recolectar ( variables a recolectar)	23
Método o procedimiento para captar información	25
Consideraciones ética	27
Resultados	28
Discusión	35
Conclusiones	39

Recomendaciones	40
Referencias bibliográficas	41
Anexos	47

**IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE CHIAPAS.**



## MARCO TEORICO

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como ausencia de enfermedad o dolencia.<sup>1\*</sup>

La salud de las mujeres en el medio de la política pública hasta hace algunos años se definía únicamente con relación a su función reproductiva y era identificada con la salud de los niños. Sin embargo, la salud de la mujer es algo más amplio y al concepto anterior se han incorporado la salud física y mental de la mujer a lo largo del ciclo vital como un punto focal para el bienestar femenino.<sup>2\*</sup>

Diversos estudios han encontrado que la violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico; es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, que es considerado como un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobierno.

Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.<sup>3\*</sup>

## HISTORIA

Por siglos, la violencia contra la mujer en el ámbito familiar, ha sido considerada natural, las mujeres casadas han sido vistas como propiedad del hombre, quien adquiere el derecho a corregirla,<sup>2</sup> la violencia es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo. Abordar a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, a tal punto que muchos hechos conocidos no se identifican ni se relacionan con ella por ejemplo:

- 1) El asesinato de Abel por su hermano Caín sustentado por la envidia.

- 2) La conquista de la mujer mediante el garrote por el hombre primitivo, acto que indica agresividad y sometimiento.
- 3) La conocida "ley del pulgar", vigente en estado unidos hasta mediados siglo XIX, que permitía que los hombres golpearan a sus esposas siempre y cuando el palo que utilizasen no fuese mas ancho que su dedo pulgar.

Es hasta finales de los años sesenta, cuando cobra auge el feminismo en que empieza a salir a la luz publica la violencia domestica como un problema de impacto social.<sup>6, 7</sup>

Según registros fue en la conferencia para el examen y evaluación de los logros del decenio de las naciones unidas para la mujer, celebrada en Nairobi en 1985, donde se elaboro uno de los primeros documentos sobre este tema denominado "las estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer".<sup>2</sup>

En Latinoamérica se empezó a legislar el tema en la misma década, siendo Puerto Rico el país precursor.

A nivel nacional fue hasta la década de los 80 cuando se legislo por primera vez los servicios de asistencia social al maltrato infantil y de esta manera se reconoció la existencia de la violencia en la familia.

En el Distrito Federal en 1996 se aprobó la ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y en ese mismo año en Nuevo León se reformo la Ley sobre el Sistema Estatal de asistencia Social del estado en sus artículos 10 y 13.<sup>9</sup>

En Chiapas fue hasta el año 2000 que se aprobó la Ley de asistencia y prevención de la violencia.<sup>10, 11</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente se ha reportado que en el mundo entre el 1% y el 70 % de las mujeres señalan haber sido agredidas físicamente o psicológicamente por su pareja masculina <sup>(13)</sup>. En el reino unido se notifico tasas de violencia domestica alguna vez en la vida de 12 a 46 % y en Estados Unidos la prevalencia notificada fue de 36.9 % en el 2002. <sup>(14)</sup>

En América Latina la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que del 20 al 60% de las mujeres sufre situaciones de violencia. En argentina se estima que aproximadamente el 25% de las mujeres sufren regularmente violencia intrafamiliar. <sup>15</sup>

En Nicaragua se reportan cifras del 52% en su mayor parte relacionada con la pobreza. <sup>(16)</sup>

En México la prevalencia reportada, tanto en zonas rurales como urbanas oscila entre 30 y 60%.<sup>(17)</sup>

En la encuesta nacional de violencia contra las mujeres (ENVIM) en el año 2004 se logró entrevistar a 26,042 usuarias de los servicios de salud en el país; de éstas el 41.4% eran derechohabientes del IMSS, 62% casadas, 12% unión libre, entre el 50 y 22% eran solteras, divorciadas, separadas y viudas. El 58% refirieron ser o haber sido victimas de violencia alguna vez en la vida, de ellas el 20% por su pareja actual y el 32% la sufre de su pareja de toda la vida. La violencia psicológica fue la más frecuente (18%) seguida de la física (9%), la sexual (7%) y la económica (5%). Observaron que todos los tipos de violencia incrementan con la edad, hasta que disminuyen de los 40-49 años. <sup>20</sup>

En otro estudio realizado en mujeres derechohabientes del IMSS y sin Seguridad Social (SSA y seguro popular) realizado por Gómez Dantes y cols en el año 2006, se reportó que en el IMSS la violencia psicológica se presento en un 18%, seguida de la física 9.1%, la sexual 6.7% y la económica 5%. Sin seguridad

social la psicológica fue de 21.4%, física del 10.5%, sexual de 7.5% y la económica de 5.2%, presentándose en mujeres entre los 25 y 44 años.<sup>14</sup>

En este mismo año el instituto nacional de estadística, geografía e informática (INEGI) en el territorio nacional encontró que la violencia que viven las mujeres alcanzan niveles por encima del promedio nacional en 10 entidades federativas (67% de las mujeres de 15 años y mas), encontrándose las cifras más altas en los estados de: Jalisco (78.5%), Estado de México (78.2%), Distrito Federal (76.8%), Colima (71.3%), Aguas Calientes (70.6%), Durango (70.1%), Puebla (69.8%), Morelos (60.3%), Sonora (68.5%) y Chihuahua (67.7%), es importante mencionar que la prevalencia más baja se reportó en Chiapas (48.2%).<sup>(21)</sup>

La baja prevalencia reportada en nuestro estado puede deberse a lo detectado en un estudio realizado en México (fawcett, 1998) sobre conocimientos y actitudes de médicos de hospital y de consultorios, ponen de manifiesto la infradetección, la ausencia de protocolos, las carencias formativas, los prejuicios sobre la mujer y las barreras institucionales (sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, y un infraregistro de los casos detectados).

La actitud de los profesionales de la salud tiene mucho que ver con su "capacidad de detección". En una reciente publicación Rodríguez Vega y Fernández Liría, reconocen la escasa sensibilidad de la comunidad científica psiquiátrica hacia el problema de los malos tratos, quizás porque es más fácil considerar que debe ajustarse a "moldes psicopatológicos" establecidos, en lugar de preguntarse por "lo que queda oculto".

En un estudio realizado en la zona metropolitana de Guadalajara por Ramírez J y Patiño M se encontró que el 46% de las mujeres sufría violencia; la violencia emocional se presentó en un 33%, la física en un 19% y la sexual en un 12%<sup>3</sup>

En 1996 en el estado de Morelos se realizó un proyecto de investigación en el cuál se notifico que la violencia en el embarazo es de 33.5% en mujeres usuarias

de un hospital público, y que tuvieron 4 veces más riesgo de dar a luz a productos de bajo peso al nacer, que las que no sufrían de violencia. Las mujeres maltratadas también tuvieron 3 veces más complicaciones durante el embarazo (18,19).

Las formas de violencia comprenden:

Maltrato físico. Acción voluntaria que provoca lesiones físicas a la mujer (empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, quemaduras e incluso la muerte).

Maltrato psicológico o emocional. Mediante comportamiento o comentarios intencionales que provoquen daños psicológicos (gestos, amenazas, conducta de restricción como control de amistades, dinero, de salidas de casa); conductas destructivas que generan desvalorización como críticas, insultos, humillaciones, inversión de la culpa, (“me haces enojar”, “Como si te portaras bien”, “te lo mereces”, etc.).

Maltrato sexual. Contacto sexual practicado en contra de la voluntad de la mujer.

Estas tres formas de violencia suelen combinarse, Corsi en 1999 considero que la dinámica de la violencia tiene dos características: a) carácter cíclico y b) su intensidad creciente, de esta manera identifica 3 fases:

- a) acumulación de tensión. Episodios de roces permanentes entre los miembros de la pareja, que generan ansiedad y hostilidad
- b) episodio agudo. Explosión de violencia que descarga la tensión acumulada; el agresor suele intentar justificar la agresión, al restarle importancia y negar el incidente.
- c) La luna de miel, resurgimiento de la relación, con arrepentimiento del agresor, quien reconoce su culpa y pide perdón y promete no volver a ser violento.<sup>34, 35,36</sup>

Las causas de este fenómeno pueden ser diversas, se han señalado factores tales como:

- a) los problemas de personalidad y/o trastornos mentales (esquizofrenia, abuso de sustancias y trastornos cognitivos).
- b) la dinámica interpersonal familiar.
- c) Nivel de pobreza y stress económico.
- d) las normas culturales.<sup>37,38</sup>

La violencia doméstica se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad, pero parece que el perfil de mayor riesgo de ser mujer maltratada es el que posee alguna de las características siguientes:

- Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen.
- Bajo nivel cultural.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Aislamiento psicológico y social.
- Baja autoestima.
- Sumisión y dependencia.
- Embarazo.
- Desequilibrio de poder en la pareja.
- Consumo de alcohol o drogas.

No hay que olvidar que dado el bajo índice de detección, probablemente muchas mujeres que no responden a ese perfil son también víctimas de maltrato.

De todos los factores anteriormente mencionados una revisión de 52 estudios encontró que de un total de 97 factores potenciales el haber sido testigo de violencia familiar en la niñez o en la adolescencia era el más claramente relacionado con ser una esposa maltratada.

Las mujeres embarazadas sufren en mayor proporción el riesgo de la violencia doméstica.

Hay hombres que viven el embarazo como una amenaza para su dominio.

El cuestionario de la ENVIM 2003 estuvo integrado por 17 secciones, solo se consideraran las siguientes secciones: datos generales, experiencia de violencia por parte del esposo, experiencias de violencia durante la niñez, la escala consta de 27 reactivos que fueron seleccionados del Index of Spouse Abuse y Severity of violence Against Women Scale. Fue validada a través de dos procedimientos de análisis de respuesta de mujeres de la envim 2003 y la realización de un jueceo para evaluar daño físico y emocional, se obtuvo un Cronbach de 0.99. Considera una escala de 1-10, 11 reactivos para la violencia física, 3 para medir la violencia sexual, dos reactivos para la violencia económica, incluyeron 5 reactivos para valorar la severidad de la violencia psicológica y 3 reactivos para sexual. <sup>13, 19, 45, 48,49</sup>

De acuerdo a diversos autores la violencia doméstica o civil, la exclusión social, la dependencia económica son fuentes del malestar femenino asociados con la alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en las mujeres.

La Salud Mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental.

Muchos autores defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada.

El término salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental.

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante.

Las dificultades para definir el concepto de salud mental hacen difícil encontrar un sistema válido para clasificar los múltiples instrumentos de evaluación existentes. Estos instrumentos valoran la salud desde una perspectiva negativa, contemplando múltiples dimensiones que permiten medir: los cambios que la enfermedad conlleva en el funcionamiento general, el estado de salud percibida y las respuestas emocionales que genera la enfermedad. Las más utilizadas son: Índice Médico de Cornell, autor Brodman y cols (1949) revisada por Lowe (1975); Encuesta de salud de Macmillan (1957); Perfil de consecuencias de la enfermedad de Bergner y cols revisada en 1981; Índice de Salud de Mac Master de Chambers 1982; Inventario de Salud conductual de Millon (1979); Perfil de Salud de Nottingham de Hunt (1980); Cuestionario de Conductas de Enfermedad de Pilosky y cols (1984); Encuesta de Salud SF-36 de Ware y Sherbourne (1992); Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud-Versión española de Walter y cols (1990); Cuestionario de Detección-Promoción de salud de Zuuren y Dooper (1999) y de ellos el instrumento más utilizado es el Cuestionario de Salud General de Goldberg, el cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente. el cual utilizaremos en nuestro estudio (GHQ12). Este instrumento fue diseñado para su uso en las consultas médicas, centrándose en las alteraciones emocionales de los pacientes. El método más utilizado es el de Likert, en particular en la versión castellana, que emplearemos en el presente trabajo, ya que es más sencillo de administrar, su aplicación es rápida, permite comparaciones con otras encuestas, con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta. Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "menos que de costumbre" toma el valor 0 y la respuesta "mucho más que de costumbre", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten.



Así los ítems 3, 4, 5, 7, 9 y 12 hacen mención sobre estados emocionales; los ítems 1 y 2 pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas; ítems 10 y 11 la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida; ítems 6 y 8 el enfrentamiento a las dificultades. El cuestionario considera 2 factores:

Factor 1 tiene que ver con los afectos positivos y de su expresión psicofisiológica, teniendo en cuenta el contenido de los ítems 1, 2, 5, 7, 9, 12.

Factor 2. Funcionamiento social adecuado, que marca la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente en ítems 3, 4, 6, 8, 10, 11.

El grado de alteración emocional esta estimado:

Normal entre 10 y 16

Alto (deterioro de salud mental) + 16

Bajo (deterioro de la Salud Mental) – 10

El valor del coeficiente alfa de Cronbach, calculado para nuestra serie fue de 0,89 y la correlación alta y positiva con la escala de depresión de Beck ( $r = 0,92$ ) y con la escala de ansiedad rasgo-estado de Spielbelger (IDARE) ( $r = 0,85$ ). Sensibilidad y especificidad del 76% y 73%, respectivamente, casi siempre se reporta el punto de corte en 3/4 ó 4/5 ó 5/6.<sup>50,51</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La violencia intrafamiliar constituye uno de los problemas más severos que ha venido sufriendo la humanidad, considerado como un problema de salud pública a nivel mundial; ya que tiene un impacto negativo a nivel social familiar, económico y físico sobre la salud.

Diversos estudios han informado sobre el daño y las consecuencias negativas a la salud mental por la exposición constante a la violencia.

El maltrato extremo, genera distorsiones cognoscitivas importantes, como la minimización, la negación, la disociación o la separación de la mente del cuerpo durante los momentos en que los golpes son más intensos. Estos son los mecanismos de defensa de las mujeres para poder sobrevivir a estos incidentes.

En los casos extremos esta situación les impide reconocer la magnitud del peligro en que se encuentran ellas y sus familias, por lo que se les dificulta emplear estrategias para protegerse, como pedir ayuda y preguntar a dónde recurrir en caso de emergencia. Esta situación empeora cuando no hay recursos comunitarios o institucionales que apoyen de manera integral a la mujer en este tipo de circunstancias, como es el caso de la mayoría de las ciudades y poblados de nuestro país.

Por ello es imprescindible que conozcamos las investigaciones y la experiencia clínica sobre la violencia doméstica, ya que la respuesta emocional y adaptativa de las mujeres maltratadas a menudo se malinterpreta, lo que conlleva a no registrar los casos y en situaciones extremas no detectarlos.

En nuestro país el problema de violencia doméstica no recibe la atención necesaria por parte de la comunidad médica. En el caso del sector salud, las limitaciones en recursos financieros para el rubro y la ausencia de protocolos de investigación, aunados a la sobrecarga de trabajo asistencial de los médicos y la falta de conocimiento real de las aplicaciones sociales de la violencia intrafamiliar contribuyen a la perpetuación y aumento de las condicionantes de la violencia intrafamiliar.

Para esto es necesario responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál fue el impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres en una unidad de medicina familiar en Chiapas?

## **JUSTIFICACIÓN**

La familia constituye el ambiente social primario para los seres humanos. De la relación entre cada uno de sus integrantes, depende el adecuado proceso de socialización, pues es en su interior donde se generan las acciones positivas o negativas que determinan el buen o mal funcionamiento y las expectativas de un adecuado desarrollo como individuos integrados en un contexto social determinado.

Entre las acciones negativas en la familia se halla la violencia y particularmente aquella que ocurre contra la mujer.

La violencia doméstica contra las mujeres es un problema de salud mundial de gran magnitud, epidémico en todas las razas, clases y culturas. Según UNICEF (2000) es un problema generalizado en el mundo, de grandes proporciones y consecuencias negativas sobre la salud y calidad de vida de las mujeres, que niega sus derechos y mina la vida de una de cada dos mujeres en el mundo.

En México las cifras registradas en las instituciones de salud y en las instancias de procuración de justicia son inferiores a las reales, ya que sólo captan las situaciones de violencia extrema o aquellas donde las víctimas deciden denunciar a sus agresores (minoría de los casos). Por ejemplo el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/SSA reportó una incidencia a nivel nacional en el año 2007 de 32.28 por 100 000 habitantes femeninos, reportándose en Chiapas una incidencia de 10.91 ocupando el lugar número 26 de los 31 estados de la república y un Distrito Federal, cifra que no muestra la magnitud real del problema ya que las mujeres no denuncian los hechos y/o el personal médico no lo reporta, existiendo subregistros.

La población objeto de estudio no es la excepción, ya que según reportes otorgados por el instituto de desarrollo humano en Tapachula una mujer de cada cuatro amas de casa sufre de violencia intrafamiliar, realizándose cinco denuncias diariamente. Lamentablemente sólo un caso lleva un proceso completo por la falta de cultura de las víctimas, además de existir codependencia de los agresores, ya sea amorosa o económica, no coincidiendo con las cifras que son reportadas a los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.

Por lo anteriormente mencionado se realizó el presente proyecto de investigación para conocer el impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres en una unidad de medicina familiar en Chiapas.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Se determinó el impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres en una unidad de medicina familiar de Chiapas

### **OBJETIVO ESPECIFICO:**

- 1.- Se determinó la edad promedio de las mujeres sujetas a estudio.
- 2.- Se determinó estado civil de las mujeres sujetas a estudio
- 3.- Se determinó escolaridad de las mujeres sujetas a estudio
- 4.- Se determinó el nivel socioeconómico de las mujeres sujetas a estudio
- 5.- Se determinó la frecuencia de la violencia doméstica en las mujeres de la población en estudio.
- 6.- Se determinó el impacto de la violencia domestica en las mujeres de la población e n estudio.
- 7.- Se determinó las alteraciones del estado de salud mental en las mujeres de la población en estudio.
- 8.- Se determinó la edad del esposo de las mujeres sujetas a estudio.
- 9.- Se determinó la escolaridad del esposo de las mujeres sujetas a estudio.
- 10.- Se determinó la ocupación del esposo de las mujeres sujetas a estudio.
- 11.- Se determinó el número de hijos de hijos de las mujeres sujetas a estudio.
- 12.- Se determinó los antecedentes familiares sobre violencia intrafamiliar en las mujeres sujetas a estudio.
- 13.- Se determinó el número de parejas sexuales de las mujeres sujetas a estudio.
- 14.- Se determinó los años de vivir como pareja de las mujeres sujetas a estudio.

## **Material y Métodos**

Diseño:

Observacional

Transversal

Prospectivo

Descriptivo

Correlacional

Población de estudio: Mujeres que durante el presente estudio contaron con pareja actual y acudieron a la unidad de medicina familiar No. 11 del IMSS.

El Muestreo fue aleatorio por conveniencia

Lugar de estudio: Tapachula, Chiapas

Periodo de estudio: Febrero-Mayo del 2010.

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

Mujeres que durante el estudio contaron con pareja actual y acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 solicitaron atención y aceptaron participar en el estudio.

Criterios de no inclusión:

Mujeres con pareja actual que no desearon participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

Mujeres con pareja actual que presentaron cuestionarios incompletos.

## **Tamaño de la muestra**

Se calculó en base a la formula de Concato Feinstein, tomando 25 individuos por cada ítems que conforma el cuestionario Goldberg que mide el estado de salud mental, lo anterior equivale a 300 mujeres adscritas a la UMF No 11 del IMSS en Chiapas.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Indicadores
Edad	cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Num. De años vividos hasta el momento	Discreta	Años Cumplidos
Estado civil	Cualitativa	Situación civil de las personas determinadas por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	Lazos de unión y/o.	Nominal	Casada, unión libre, solteras
Escolaridad	Cuantitativa	Proceso bidireccional mediante el cual Se transmiten conocimientos valores, costumbres y formas de actuar	Grado de escolaridad formal medida Años.	Discreta	12,15,16,17,18 años de estudio
Nivel socioeconómico	cuantitativa	Capa o nivel de una sociedad	Estará dado por el ingreso económico en número de salarios mínimos del jefe de familia mediante la escala de Quibriera	ordinal	Muy Bajo Bajo Medio Medio alto Alto (Quibriera)
Violencia doméstica	cuantitativa	Las diferentes formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo familiar psico-emocional, físico o sexual.	Evaluado mediante la aplicación del cuestionario ENVIM 2003.	Nominal	Presente Ausente
Alteraciones del estado de salud mental.	Cuantitativa	Trastornos de la Funcionalidad psicológica	Estará dado por el puntaje que obtenga el entrevistado al aplicar el Cuestionario de Salud General de Goldberg	Ordinal	Leve Moderado Grave
Impacto de la violencia domestica	Cuantitativa	Puntaje obtenido de la sumatoria C. Goldberg	Puntaje alcanzado del cuestionario Goldberg	Ordinal	Menor 10 bajo 10-16 normal Mayor 16 Alto



Edad del esposo	Cuantitativa	Tiempo transcurrido Desde el nacimiento	Número de años vividos hasta el momento del registro	discreta	Años cumplidos 20,21,22,23, etc.
Escolaridad del esposo	Cualitativa	Proceso bidireccional Mediante el cual se transmiten conocimientos valores, costumbres y formas de actuar.	Actividad laboral que desempeña	Nominal	Campesino, obrero, empleado de gobierno, profesional, desempleado, otro
Número de hijos	Cuantitativa	Cantidad de hijos en un matrimonio	Número de hijos en las familias en el momento del estudio	Discreta	0,1,2,3,4
Edad de los hijos	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Num. De años vividos hasta el momento del registro	Discreta	Años cumplidos 0,1,2,3,4,5 etc.
Escolaridad de los hijos	Cuantitativa	Proceso bidireccional Mediante el cual se transmiten conocimientos valores, costumbres y formas de actuar.	Grado de escolaridad formal.	Ordinal.	Primaria Secundaria Preparatoria Universidad.
Antecedentes familiares sobre violencia intrafamiliar en la encuestada.	Cualitativa	Acontecimientos de maltrato ocurrido en la familia de origen	Sucesos ocurridos de agresión dentro de la familia.	Nominal	Si No
Número de parejas sexuales	Cuantitativa	Cantidad de parejas dentro ciclo de vida	Número de parejas sexuales desde el inicio de vida sexual activa hasta la fecha actual.	Discreta	1,2,3,4,5, etc.
Años de vivir juntos	Cuantitativa	Número de años que la pareja han vivido juntos	Número de años que la pareja han vivido juntos hasta la actualidad.	Discreta	1,2,3,4,5, etc.

### **Método para captar la información:**

En primer momento se solicitó la participación de las pacientes que desearon ser parte del estudio mediante el consentimiento informado, haciendo énfasis que el estudio no tendrá ningún riesgo para su salud.

Después el investigador procedió a llenar la cédula de recolección de datos sobre los factores socio demográfico que presentan las pacientes que estén contempladas en los criterios de inclusión, se les aplicó el cuestionario ENVIM 2003 para detectar presencia de violencia doméstica y el cuestionario de Salud General de Goldberg.

Análisis de la información: una vez obtenida y seleccionada la información se procedió al análisis para su interpretación determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado, ésta se vació en el programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, donde se utilizó la versión 11.5 en español para Windows.

### **Presentación de los resultados:**

Se finalizó todo el proceso de investigación y analizó detalladamente la información se presentó en cuadros y gráficas.

### **Análisis Estadístico:**

Se utilizaron frecuencias simples, proporciones y medidas de tendencia central, para variables cuantitativas.

Se utilizó correlación de Spearman y/o Kendall para buscar la asociación entre el grado de violencia intrafamiliar y el nivel de salud mental.

Recursos:

Recursos Humanos:

- 1 Alumno del Curso Semipresencial de Medicina Familiar

Materiales:

- Formatos de encuesta estructurada
- Formatos de cuestionario sobre violencia intrafamiliar
- lápices
- bolígrafos
- sacapuntas
- borradores
- 1 computadora
- 1 impresora
- Tinta para impresora
- paquete estadístico D base.
- Paquete estadístico Epi info.

Financieros:

Los propios del investigador.

## **BIOÉTICA**

Este proyecto de investigación se apegó a la ley general de salud y a las normas éticas. Se sometió a evaluación por el Comité de Ética e Investigación del IMSS del HGZ No. 2 donde fue sometido a análisis para valorar su factibilidad y realización. La información fue confidencial, se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

El estudio fue descriptivo y exploratorio, sin implicación de riesgos para la salud, intimidad y derechos individuales de los encuestados, Además se ajustó a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

El estudio se basó en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial- Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas-Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

## RESULTADOS.

Se realizó un estudio prospectivo en 300 mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS de la Ciudad de Tapachula, Chiapas.

De todas las mujeres encuestadas 123 (41%) refirieron ser víctimas de violencia y 177 (59%) lo negaron. La media para la edad fue de 34.8 años, con una mediana y moda de 37 años, valor mínimo de 18 años y máximo de 51 años (9.7%) y 25 años (8.9 %), la edad de su pareja entre 45 años (14.6%) y 28 años (10.5%) En relación al estado civil las casadas fueron las más afectadas (57.73%), seguidas de las unión libre (31.70%). Ver tabla (1).

**Tabla No. 1**                      **Estado Civil-Violencia**

<b>Estado Civil</b>	<b>Violencia</b>
Soltero	3 (2.44%)
Casado	71 (57.73 %)
Unión libre	39 (31.70%)
Separado o Divorciado	10 (8.13%)
Total	123 (100%)

Fuente: Encuestas realizadas en mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Tapachula, Chiapas.

Las mujeres con escolaridad primaria (40.66%), seguida de las de preparatoria (26.01) con esposos con escolaridad primaria (43.9%) seguido de preparatoria (27.64%).En cuando a la ocupación labores del hogar (47.96%) seguidas empleadas (26.01) con esposos empleados (43.90%) seguidos de campesinos (20.32%) como se detalla en la siguiente tabla (2)

**Tabla No. 2 Características demográficas-violencia**

<b>Características</b>	<b>Violencia</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>Pareja</b>
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	2 (1.62%)	
Primaria	50 (40.66%)	53 (43.09%)
Secundaria	28 (22.76%)	20 (16.27%)
Preparatoria	32 (26.01%)	34 (27.64%)
Universidad	7 (5.69%)	16 (13.00%)
Otras	4 (3.26%)	
<b>Ocupación</b>		
Campesino		25 (20.32%)
Obrera	3 (2.44%)	11 (8.94%)
Empleada	32 (26.01%)	54 (43.90%)
Comerciante	18 (14.64%)	17 (13.82%)
Técnico	1 (.81%)	5 (4.06%)
Profesionista	10 (8.14%)	11(8.94%)
Labores del hogar	59 (47.96%)	
<b>Total</b>	<b>123</b> <b>(100%)</b>	<b>123</b> <b>(100%)</b>

Fuente: Encuestas realizadas en mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Tapachula, Chiapas.

El 47.96% de las mujeres que sufren violencia tiene de 1-2 hijos, seguido 3-4 con el 23.57%, cero hijos en un 19.51%.

El nivel socioeconómico que predomina en estas encuestadas es el bajo seguida del medio como se muestra en tabla (3)

**Tabla No. 3 Nivel Socioeconómico-violencia**

<b>Nivel Socioeconómico</b>	<b>violencia</b>
Muy bajo	0
Bajo	39 (31.70%)
Medio	33 (26.83%)
Medio alto	26 (21.14%)
Alto	25 (20.33%)
Total	123 (100%)

Fuente: Encuestas realizadas en mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Tapachula, Chiapas.

El 41.6 % de los casos presentaron antecedentes de violencia. Ver tabla (4)  
 La mayor parte de las mujeres únicamente han tenido con una pareja sexual (79.6%) y dos parejas (19.5%), en cuanto a su compañero predomina 1 pareja sexual (52.8%), seguido 2 parejas (26%), los años de vivir juntos (46.3%) 13 o mas años, seguido de 2-6 años (46.3%).

**Tabla No. 4                    Antecedentes familiares de violencia.**

	<b>Frecuencia</b>
Golpeaban a su madre	24 (19.52%)
La golpeaban a ella	15 (12.19%)
Golpeaban a sus hermanos	12 (9.75%)
Sin antecedentes	72 (58.54%)
Total	123 (100%)

Fuente: Encuestas realizadas en mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Tapachula, Chiapas.



En cuanto al tipo de violencia más frecuente la psicológica se presentó en un 36.7% seguida de la violencia física con un 29%, se detalla a continuación en la tabla (5).

**Tabla No. 5 Tipos de violencia**

Tipo de violencia	Frecuencia
Violencia Psicológica	110 (36.7%)
Violencia Física	87 (29%)
Violencia Económica	24 (8%)
Violencia Sexual	20 (6.7%)

Fuente: Encuestas realizadas en mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Tapachula, Chiapas.

La mayor parte de las mujeres estudiadas reportan ser víctimas de 1 o más tipos de violencia lo cual se detalla a continuación. Ver Cuadro (6).

**Tabla No. 6**

<b>Tipo de violencia</b>	<b>Frecuencia</b>
Violencia Psicológica	36 (29.26%)
Violencia Física	12 (9.76%)
Violencia Psicológica y Física	44 (35.77%)
Violencia física y Económica	1 (0.81)
Violencia Psicológica, Física y Económica	12 (9.76%)
Violencia Psicológica, Física y Sexual	7 (5.69%)
Violencia Psicológica, Física, Económica y Sexual	11 (8.95%)
Total	123 (100%)

Fuente: Encuestas realizadas en mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Tapachula, Chiapas.

En relación a la alteración del estado de salud mental y violencia de los 123 casos reportados (41%), se encontró con un estado de salud mental normal 34 casos (27.65%), alto 6 casos (4.87%), bajo 85 casos(67.48%). El cual detallaremos en la tabla (7).

**Tabla No. 7 Salud mental-violencia**

<b>Estado de Salud Mental</b>	<b>Violencia</b>
normal	34 (27.65%)
alto	6 (4.87%)
bajo	83 (67.48)
Total	123 (100)

Fuente: Encuestas realizadas en mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Tapachula, Chiapas

## Discusión.

La familia constituye el concepto fundamental de la vida social, siendo un hecho universal de que toda persona ha sido testigo de una u otra manera de un acto violento, no importando edad, sexo, raza o procedencia social. La familia es un sistema constituido a su vez por otros subsistemas, cada en una forma particular de funcionar y relacionarse, pero que entre todos deben tener un buen funcionamiento que permita mantener la salud de sus integrantes y de la suya propia como sistema, para poder interactuar en su entorno social. Por esta razón una familia en la que se evidencia violencia entre algunos de sus miembros se puede catalogar como enferma. <sup>(7)</sup>

La violencia forma parte de la vida en sociedad y sus manifestaciones en todo el mundo son parecidas, aunque su severidad este moldeada por las circunstancias particulares del grupo. En México la violencia contra las mujeres se aprecia en todos los estratos sociales, representando alguna característica nacional y subraya la asignación del género como la construcción subjetiva de las identidades femeninas y masculinas, las relaciones de poder y las desigualdades entre hombres y mujeres. <sup>(14)</sup>

Los efectos de la violencia se manifiestan de manera inmediata, mediano y largo plazo. Quizá lo más impactante sean las lesiones postraumáticas, pero con un nivel de daño apenas visualizado: son los efectos tardíos, producto del abuso silencioso, de baja intensidad, imperceptible a la mirada de terceros, destructivo para quien la padece y vive cotidianamente con ello. Los efectos son vagos y tienden a confundirse con muchos problemas de salud sin llegar a determinar el origen de los mismos: como cefaleas recurrentes, insomnio, somnolencia y depresión, cansancio, dolor abdominal, diarrea y cambio de carácter, inseguridad, olvidos recurrentes. Lo mismo sucede con aquellos efectos que atentan contra la vida como la ideación suicida e intento de suicidio. <sup>(29)</sup>

El presente estudio describe el impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres en una Unidad de Medicina Familiar en el Estado de Chiapas. En nuestro estudio un 41% de mujeres fueron víctimas de violencia por su pareja actual, edades entre 18 y 51 años, con una media para la edad de 34.8

años, resultados que coinciden con la ENDIREH 2006, 67 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia en un 43.2%. INEGI en 2007 menciona que el estado Chiapas con prevalencia más baja, donde 48 de cada 100 mujeres de 15 y más años haber padecido al menos un incidente de violencia.<sup>(21)</sup> ENVIM 2003 refiere que los tipos de violencia se incrementan con la edad hasta la década de los 40-49 disminuyen. Como puede observarse nuestro resultado coinciden en lo reportado en el estudio de División Técnica de Informática estadística de salud IMSS.<sup>(20)</sup>

A diferencia del estudio realizado por Pilar blanco y Cols en Barcelona 2004 donde las cifras más elevadas se da en mujeres 44 y 64 años y se produce un aumento con la edad.<sup>(25)</sup> La población donde se realizó son mujeres españolas.

Respecto al estado civil reportado en nuestro estudio las mujeres casadas, son las que más sufren violencia doméstica en un 71%, seguido de las de unión libre 31.7% fue similar a lo reportado en un estudio por Ramírez Rodríguez y Cols en mujeres de Guadalajara y violencia doméstica con el 84%, al igual en otro estudio realizado por Gómez Dantés y Cols.<sup>(14)</sup> La violencia en las mujeres usuarias IMSS y SSA con el 62% casadas y 11.9 en unión libre, difiriendo en lo reportado por Olaiz y colaboradores en el 2006 en usuarias del sector salud en México, donde la prevalencia de violencia se presentó en mayor medida en mujeres que viven en unión libre en un 27.4%.<sup>(49)</sup> Esto es debido a que nuestro estudio tomamos población derechohabiente, Olaiz y Cols incluyó IMSS, ISSSTE, SSA, y el tamaño de muestra es mucho más grande.

Las principales características sociodemográficas que se hicieron presentes en mujeres que sufren agresiones, son escolaridad primaria en un 40.6% y solo 26.7% tenían preparatoria, al igual que en su pareja con un 43.3% y un 27.6%. El tipo de empleo reportado, son mujeres que se dedican preferentemente al hogar con un 47.9%, en menor proporción las empleadas 26.7%, con respecto a la pareja empleados 43.9%, seguido de campesinos 20.3%, con un reporte similar al realizado por Cuevas y colaboradores 2006 en estados de alta marginación en México dentro de los que destacan Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca, donde la escolaridad primaria ocupó el 42%, mientras que estudios superiores a la secundaria ocupó 19.3%, la mayoría se dedicaba al hogar 52.5%, 31.1% indicaron

tener algún tipo de empleo, en cuanto a la pareja el 54.9% era empleado u obrero y el 24% jornalero o peón. <sup>(19)</sup> Se asemeja porque tenemos el mismo tipo de población ya que Chiapas es un estado de alta marginación en México. En este presente estudio las mujeres que presentaron violencia tienen de 1-2 hijos con el 47.96%.

Cabe mencionar en estudios realizados por Pilar blanco y Cols 2006 en un macroencuesta, muestra que la violencia se produce en niveles económicos y educativos tanto en el ámbito rural como en el urbano, <sup>(25)</sup> al igual reporta Gómez Dantés y Cols 2006. <sup>(14)</sup> en nuestro estudio se reportó, que las mujeres que mayormente sufren violencia son las de nivel socioeconómico bajo con 31.7% menor rango medio 26.8%.<sup>(25)</sup> Con antecedentes de violencia en su familia de origen nuestro estudio presentó el 41.6%, por lo tanto nuestro estudio no concuerda con lo reportado en el estudio realizado por Barcelata y Alvarez 2005 en Bogotá mencionando un porcentaje de 100% en padres que emplearon el castigo físico como medida disciplinaria, esto es debido a que la población es diferente ya son países desarrollados. <sup>(35)</sup> En este presente estudio con una pareja sexual tanto en hombres como en mujeres con porcentajes respectivamente 79.6% y 52.8 %, con una convivencia de pareja de 13 y más años en un 46.3% igualmente reportado en los estudios realizados por pilar blanco y Cols con un promedio de convivencia de 20 años. <sup>(25)</sup>. Nuestro estudio es similar a los autores mencionados ya que de alguna forma tenemos influencia española, al igual que Colombia ya que pertenecemos al mismo Continente Americano.

Las manifestaciones de violencia más frecuentes fueron la psicológica (36.7%), física (29%), Económica (8%) y sexual (6.7%) predominando en primer lugar la psicológica como primera causa de violencia con un resultado similar en lo reportado por Gómez Dantes y colaboradores en donde la violencia psicológica fue 18%%, física 9.9% , la sexual 6.7%, económica 5%, <sup>(14)</sup> se asemeja ya que el tipo de población tomada en nuestro y de Gómez Dantés y Cols fue población derecho ambiente, a diferencia de lo reportado por Saucedo y Cols 2003, En la encuesta de COVAC donde la violencia física ocupa el primer lugar con 81%, seguida psicológica 76%, sexual 32%, <sup>(39)</sup> al igual en el estudio de Alvarado y Cols

realizado en Durango 1998 donde el tipo de violencia más frecuente fue la sexual en un 42%, física 40%, psicológica o emocional 39%.<sup>(4)</sup> Son diferentes resultados ya que los Estados donde se realizaron fueron los que comúnmente reportan altos porcentajes de violencia, en comparación a nuestro estado tal vez nuestras mujeres lo vean como algo normal según la cultura.

Como lo mencionado por Vera y Cols donde este tipo de violencia suelen combinarse siendo muy difícil encontrarlas separadas,<sup>(34)</sup> aunque en nuestro estudio las podemos encontrar solas: violencia psicológica 12%, física 4% y combinadas: psicología y física 14.6%, física y económica .3%, psicológica, física y económica 4%, psicológica, física y sexual 2.3%, psicológica, física, económica y sexual 3.6%. En nuestro estudio comprobamos lo mencionado por Vera y Cols ya que la violencia en las mujeres se presenta a nivel mundial.

Cabe mencionar que la violencia ejercida provoca repercusiones emocionales que genera la violencia siendo inespecíficas (tristeza deprimida, nerviosa, olvidadiza, insomnio etc.) como resultado de un estudio piloto realizado en Guadalajara por Ramírez 1996.<sup>(3)</sup> En D.F el maltrato ha llegado a ser la tercera causa de pérdida de años de vida saludable.<sup>(39)</sup> En este estudio el estado de salud mental en mujeres que sufren violencia se reporto de la siguiente manera con bajo grado de salud mental con 67.4%, salud mental normal 27.6%, alto grado de salud mental 4.8%. Concordando con lo reportado por Ramírez ya que ambos estudios por mínimo deterioro de salud presentado en estas mujeres repercute en ellas mismas y su familia.

## Conclusiones

La violencia que ocurre en las mujeres que conviven con una pareja sentimental, se presentó en concordancia a lo reportado en el Estado de Chiapas, con edad predominante fue 34.8 años, casadas, dedicadas a labores del hogar, estudios de primaria completa, disminución de la violencia conforme avanza la edad, presentándose en niveles socioeconómicos bajos, sin antecedentes de violencia en más de la mitad de los casos, con una pareja sexual, con más de 13 años de vivir juntos. De igual manera su pareja presentó predominante 45 años, con escolaridad primaria, empleados, con una pareja sexual, las mujeres con 1-2 hijos sufren más violencia

El tipo de violencia que más se presentó fue la psicológica, observándose un nivel bajo de salud mental en mujeres que sufren violencia.



## RECOMENDACIONES.

- 1.- Seguir estudiando la violencia contra las mujeres así tratar de prevenir sus consecuencias sobre salud mental.
- 2.- Realizar estudios sobre violencia en todos los niveles de salud y zonas marginadas.
- 3.- Incluir en cada unidad un modulo, que puede interrogar a profundidad a mujeres que sufren violencia.
- 4.-Capacitar al personal médico para la identificación de violencia en el primer nivel de atención.
- 5.- Promover en cada clínica que se cuente con pasante en psicología para derivar casos de violencia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fernández Martínez C, Hernández Aguado I, Torres Cantero AM. Percepción de la violencia escolar por parte de las personas responsables de la dirección de los centros de enseñanza de Alicante. Un estudio cualitativo. Rev. Esp. Salud Pública jul.- agosto 2006; 80 (4):387-394.
- 2.- Larraín S, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer.
- 3.- Ramírez Rodríguez J, Patiño Guerra MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. Cad. Saúde; Rio de Janeiro jul-sept 1996; 12(3): 405-409.
- 4.- Alvarado Zaldívar G, Salvador Moysén J, Estrada Martínez S. Terrones González A. Prevalencia de la violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública de México nov-dic 1998; 40(6):1-10.
- 5.- Benítez Guerra G, Peña A, Peña D. Violencia de la mujer durante el embarazo. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. Caracas dic. 2004; 64(4):1-6.
- 6.- Guerrero R. ¿Qué sirve en la prevención de la violencia juvenil. Salud pública de Méx. Cuernavaca 2008; 50 (1):1-8.
- 7.- Duany Navarro A, Ravelo Pérez V. violencia intrafamiliar en una área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 21(1-2): 1-7.
- 8.- Espinoza ME. Mata más mujeres la violencia intrafamiliar que el cáncer, los accidentes automovilísticos y el paludismo: BM. Triple jornada nov. 2002;(51):1-3.
- 9.- Rodríguez Corona J, Puente Aguilar S. Reseña histórica de la legislación en materia de violencia familiar. Violencia contra la mujer. Homicidios en nuevo león 2002-2004: 63-81.
- 10.- “Todos los integrantes de la familia tienen derecho a vivir una vida libre de violencia” Las familias pequeñas y las familias grandes. Sin violencia viven mejor. Comisión nacional de los derechos humanos.  
[http://www.embusca.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_chiapas](http://www.embusca.gob.mx/wb2/eMex/eMex_chiapas)
- 11.- Violencia intrafamiliar. El horror en casa. Pastrana D. domingo 25 de noviembre del 2001.

<http://www.jornada.unam.mx/2001/11/25/mas-violencia.html-18k>

12.-Ramírez Rodríguez JC, Uribe Vázquez G. mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Publica Méx 1993;(35):148-160.

13.- [Vladislavovna Doubova S, Pámanes González V, Billings D, Torres Arreola L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México Rev. Saúde Pública. São Paulo Aug. 2007; 41\(4\):1-8.](#)

14.- Gómez Dantés H, Vázquez-Martínez J, Fernández-cantón S. La violencia en los servicios de salud en el IMSS y SSA. Salud Pública Méx. Cuernavaca 2006; 48(2):1-8.

15.- [Pontecorvo C, Mejía R, Alemán M, Vidal A, Majdalani MP, Fayanas R, et al. Violencia domestica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. Medicina \(B. Aires\) nov-dic. 2004; 64\(6\):1-8.](#)

16.-Diaz Michel E, De la Garza Aguilar J. Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambiente urbano y rural. Gac Méd Méx 2003; 139(4):256-261.

17.- Méndez Hernández P, Valdez Santiago R, Viniegra Velázquez L, Rivera Rivera L, Salmerón Castro J, violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre 2003; 45(6): 472-481.

18.- Valdez Santiago R, Hajar Medina M. Del silencio privado en la sala de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. Gac Méd Méx 2002; 138(2):159-163.

19.- Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Pública de Méx Cuernavaca 2006; 48(2):1-16.

20.- Fernández Cantón S. El IMSS en cifras: la violencia contra las mujeres derechohabientes. Rev. Med. IMSS 2004; 42(6): 525-530

21.-INEGI. "Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer". México, DF; a 25 de noviembre de 2007.

22.-rodriguez C/ corresponsal. Chiapas más de 16 mil denuncias de violencia contra mujeres. Cimacnoticias Tuxtla Gutiérrez 2007 (7 enero 2008):1-2. <http://www.cimacnoticias.com/site/08100703-Chiapas-mas-de-16.316119.0.html>

- 23.-Díaz Olavarrieta C. Síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel. Gac Méd Méx 2002; 138(2):158.
- 24.- Munar Olaya Clara. Violencia intrafamiliar reportada en la comisaria de familia del municipio Funza, Cundinamarca. Revista de Salud Pública: 1-10.  
<http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v3n1/Rev314.htm>
- 25-Blanco P, Ruiz Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac sanit v Barcelona mayo 2004; 18(1):1-9.
- 26.-Tuesca R, Borda M. violencia física marital en Barraquilla (Colombia): Prevalencia y factores de riesgo. Gac Sanit Barcelona Jul. – ago. 2003; 17(4): 1-8.
- 27-Valdez Rojas JC, Salazar Lima A, Hernández Morejón E, Domínguez Sánchez M, de la Torres Díaz R, Barbosa Rodríguez D. Violencia intrafamiliar. Enfoque de género. Rev. Cubana .Med Gen Inter 2002; 18(4):1-6.
- 28.-Concha-Eastman A, Krug E. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. Rev Panam de Salud Pública. Washington Oct. 2002; 12(4):1-4
- 29.-Ramírez Rodríguez JC. La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales. Realidades o desafíos. Un recuento de la producción mexicana. Salud publica de Méx Cuernavaca 2006; 48(2): 1-15.
- 30-Fernández Ortega MA, Vargas Terrés BE, Dickinson Bannack ME, González Quintanilla E, Palomeque Ramírez MP, Sánchez Ortega V, et al. La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para la población abierta. Rev Fac Med UNAM Marzo-Abril 2001; 44(2):49-54.
- 31.-Perera Martínez A, Loredó Abdala A, Trejo Hernández J. El profesional de la salud ante la norma oficial mexicana NOM-190-SSA1-1999. Atención médica de la violencia familiar. Rev. Fac Med UNAM 5 Septiembre-Octubre 2002; 45(5):208-211.
- 32.- NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestadores de servicios de salud. Criterios para la atención Médica de la violencia intrafamiliar.  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
- 33.-Híjar Medina M, Flores Regata L, Valdez Santiago R, Blanco J. Atención médica de las lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud publica de México julio-agosto 2003; 45(4): 252-258.

- 34.-Vera Bustos M, Loredó Abdala A, Perea Martínez A, Trejo Hernández J. Violencia contra la mujer. Rev Fac Med UNAM Noviembre-Diciembre 2002; 45 (6):248-251.
- 35.-Barcelata Eguiarte BE, Álvarez Antillón. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. Act. Colom. Psicol. Bogotá Mar. 2005;8(1):1-10.
- 36.-Andrade Borrego L. violencia familiar: el caso de la provincia del Guayas-Ecuador.
- 37.-Rascón Gasca ML, Díaz Martínez LR, Ramos Lira L. V. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. Gac Med Méx 2003; 139(4):371-376.
- 38.- Díaz Michel E, De la Garza Aguilar J. II. Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambientes urbano y rural. Gac Méd Méx 2003; 139(4):256-362.
- 22.-Sauceda García JM, Castillejos Vélez G, Maldonado-Duran JM.III Violencia doméstica. El maltrato a la mujer. Gac Med Méx 2003; 139(4):362-367.
- 40.- Díaz Olavarrieta C. I. Síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel. GAC Méd Méx 2002; 138 (2):158.
- 41 Díaz Martínez A, Esteban Jiménez R. Violencia intrafamiliar. GAC Méd Méx 2003; 139 (4): 353-355.
- 42.-Irigoyen Coria A. Fernández Ortega MG, Mazón Ramírez JJ. Fundamentos de medicina familiar. México. Tercera Edición. 1996
- 43.- Huerta González JL. Medicina familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial afile, s.a. de c.v 2005.
- 44.- Irigoyen Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina familiar. Segunda Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2007
- 45.-Valdez Santiago R, Híjar Medina M, Salgado de Znyder N, Rivera Rivera L, Avila Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Pública de México 2006; 48(2):221-231.
- 46.-Morales Carmona F, Pimentel Nieto D, Sánchez Bravo C, Henales Almaraz C. Versión breve (15 reactivos) del cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres. Ginecol Obstet Méx 2008; 76(6):313-318.

- 47.-Ospina D, Jaramillo DE, Uribe TM, Cabarcas Iglesias G. Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. Rev. Latinoam. Psicol Bogotá dez 2006; 38(3):1-14.
- 48.- Rivera Rivera L, Betania A, Chávez Ayala R, Avila-Burgos L. Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. Salud Publica de México 2006; 48(2):268-278.
- 49.-Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud de México. Salud Pública de México Cuernavaca 2006; 48(2):1-10.
- 50.-Carmen R. García Viniegras V. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(1):88-97.
51. Garmendia María L. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de Salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas\* Rev Chil Salud Pública 2007; 11 (2): 57-65.
52. Concato J., Feinstein AR, Holford TR. The risk of determining risk with multivariable models. Annals of Internal Medicine 1993; 118:201-210

# Cronograma de actividades

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	■													
		■	■	■										
				■	■	■								
							■							
								■						
								■	■					
										■				
											■	■		
													■	

# ANEXOS



No. De Encuesta: \_\_\_\_\_

Anexo1:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

**“”IMPACTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD MENTAL DE  
LAS MUJERES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN CHIAPAS**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es

Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres en una  
unidad de medicina familiar en Chiapas

Se me ha explicado que mi participación consistirá en \_\_\_\_\_

Llenar cada uno de los cuestionarios con la mayor sinceridad posible

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo 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 en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

\_\_\_\_\_  
Testigos

Clave: 2810 – 009 – 013

## ANEXO 2.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Encuesta Estructurada sobre el impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres en una unidad de medicina familiar de la región del soconusco en Chiapas.

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una X la respuesta correcta.

- 1.No. DE ENCUESTA \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
- PATERNO      MATERNO      NOMBRES(S)
- 3.Lugar de origen \_\_\_\_\_
- 4.Lugar de residencia \_\_\_\_\_
5. Edad \_\_\_\_\_
- 6.- Escolaridad
- 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) universidad 5) otras
- 7.- Ocupación.
- 1) Obrera 2) Empleada 3) Comerciante 4) técnico 5) profesionista 6) labores del hogar
- 8.- Estado civil:
- 1) Casado 2) Unión libre 3) Soltero 4) Separado o divorciado 5) Viudo
- 9.- Sueldo mensual: \_\_\_\_\_
- 10.- Edad del esposo. \_\_\_\_\_
- 11.- Escolaridad del esposo.
- 1) Primaria 2) Secundaria 3) preparatoria 4) Universidad
- 12.- Ocupación del esposo.
- 1) Campesino 2) obrero 3) empleado 4) comerciante 5) técnico 6) profesionista
- 13.- Sueldo mensual \_\_\_\_\_.
- 14.- numero de hijos.
- 1) 0 2) 1-2 3) 3-4 4) 5 ó mas
- 15.- Edad de los hijos
- 1) 0-1 2) 2-4 3) 5-10 4) 11-16 5) 17 o mas
- 16.- Escolaridad de los hijos
- 1) Preescolar 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria 5) universidad
- 17.- ¿Alguno de los hijos Trabaja? \_\_\_\_\_ ¿cual es su sueldo mensual? \_\_\_\_\_
- 18.- antecedentes familiares de violencia.
- 1) Golpeaban a su madre 2) la golpeaban a usted 3) golpeaban a sus hermanos
- 19.- números de parejas sexuales de la encuestada
- 1) 1 2) 2 3) 3 ó mas
- 20.- número de parejas sexuales del conyugue.
- 1) 1 2) 2 3) 3 o mas.
- 21.- Años de vivir juntos.
- 1) menos de 1 año 2) 2-6 3) 7-12 4) 13 o mas

### ANEXO 3

#### REACTIVOS QUE MIDEN LOS TIPOS DE VIOLENCIA CUESTIONARIO UTILIZADO POR LA ENVIM 2003

Reactivos	Muchas veces (1)	Varias veces (2)	Alguna vez (3)	Nunca (4)
a) ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
b) ¿La menos precia o humilla frente a otras personas?				
c) ¿Le ha insultado?				
d) ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
e) ¿Le ha dicho cosas como que sea poco atractiva o fea?				
f) ¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o algún mueble?				
g) ¿Le ha destruido algunas de sus cosas?				
h) ¿Le ha amenazado con golpearle?				
i) ¿Le ha amenazado con alguna navaja?				
j) ¿Le ha amenazado con alguna pistola o rifle?				
k) ¿Le ha hecho sentir miedo de él?				
l) ¿La ha amenazado con matarla o matarse él?				
ll) ¿La ha empujado al propósito?				
m) ¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				
n) ¿Le ha torcido el brazo?				
ñ) ¿Le ha pagado con la mano o con el puño?				
o) ¿La ha pateado?				
p) ¿Le ha golpeado con algún palo o cinturón?				
q) ¿Le ha quemado con cigarro o alguna otra sustancia?				
r) ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar?				
s) ¿La ha agredido con alguna navaja?				
t) ¿Le ha disparado con alguna pistola o rifle?				
u) ¿Le ha controlado con no darle dinero o quitándosele?				
v) ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?				
w) ¿Le ha exigido relaciones sexuales?				
x) ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él?				
y) ¿Ha usado fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?				

## ANEXO 4.

### Escala de Salud General. GHQ

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

- 1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?  
Mejor que lo habitual \_\_\_\_ Igual que lo habitual \_\_\_\_ Menos que lo habitual \_\_\_\_ Mucho menos que lo habitual \_\_\_\_
- 2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?  
No, en absoluto \_\_\_\_ No más que lo habitual \_\_\_\_ Bastante más que lo habitual \_\_\_\_ Mucho más \_\_\_\_
- 3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?  
Más que lo habitual \_\_\_\_ Igual que lo habitual \_\_\_\_ Menos útil que lo habitual \_\_\_\_ Mucho menos \_\_\_\_
- 4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?  
Más capaz que lo habitual \_\_\_\_ Igual que lo habitual \_\_\_\_ Menos capaz que lo habitual \_\_\_\_ Mucho menos \_\_\_\_
- 5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?  
No, en absoluto \_\_\_\_ No más que lo habitual \_\_\_\_ Bastante más que lo habitual \_\_\_\_ Mucho más \_\_\_\_ Más capaz que lo habitual \_\_\_\_ Igual que lo habitual \_\_\_\_ Menos capaz que lo habitual \_\_\_\_ Mucho menos \_\_\_\_
- 6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?  
No, en absoluto \_\_\_\_ No más que lo habitual \_\_\_\_ Bastante más que lo habitual \_\_\_\_ Mucho más \_\_\_\_
- 7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?  
Más que lo habitual \_\_\_\_ Igual que lo habitual \_\_\_\_ Menos que lo habitual \_\_\_\_ Mucho menos \_\_\_\_
- 8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?  
Más capaz que lo habitual \_\_\_\_ Igual que lo habitual \_\_\_\_ Menos capaz que lo habitual \_\_\_\_ Mucho menos \_\_\_\_
- 9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?  
No, en absoluto \_\_\_\_ No más que lo habitual \_\_\_\_ Bastante más que lo habitual \_\_\_\_ Mucho más \_\_\_\_
- 10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?  
No, en absoluto \_\_\_\_ No más que lo habitual \_\_\_\_ Bastante más que lo habitual \_\_\_\_ Mucho más \_\_\_\_
- 11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?  
No, en absoluto \_\_\_\_ No más que lo habitual \_\_\_\_ Bastante más que lo habitual \_\_\_\_ Mucho más \_\_\_\_
- 12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?  
Más feliz que lo habitual \_\_\_\_ Aproximadamente lo mismo que lo habitual \_\_\_\_ Menos feliz que lo habitual \_\_\_\_ Mucho menos que lo habitual \_\_\_\_