



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA EN
MUJERES ADULTAS DEL HGZ/UMF No.8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”.**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

P R E S E N T A

**DRA. ANDREA NALLELY CUEVAS ORTEGA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRRUBIO.
DIRECTOR DE TESIS.**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO.
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA.ANA GLORIA TORO FONTANELL.
ASESOR CLÍNICO.**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO.
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CD. DE MÉXICO, D. F. MARZO 2014
NÚMERO DE REGISTRO**



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.

Identificación de violencia de pareja en mujeres adultas del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

AUTORES: Dra. Cuevas Ortega Andrea Nallely¹. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto². Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³. Dra. Toro Fontanell Ana Gloria⁴.

¹Residente de segundo año Medicina Familiar, HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

³ Médico Familiar Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁴ Médico familiar. Adscrito al HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO: Identificar mujeres adultas del HGZ/UMF No.8” Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que sufren violencia de pareja.

MATERIALES Y MÉTODOS: tipo de estudio: Prospectivo, Transversal, descriptivo, no comparativo. Criterios de inclusión: mujeres de 18 a 59 años de edad que acudieran a atención médica del HGZ/UMF 8, mujeres que acepten voluntariamente participar en la investigación; Criterios de exclusión: mujeres con alguna limitación para contestar por sí solas la encuesta. Muestra: 228 pacientes; intervalo de confianza de 90% con una proporción del 0.30 con una amplitud total del intervalo de confianza 0.10.variables: edad, ocupación, escolaridad, estado civil. El instrumento es escala de violencia e índice de severidad para medir violencia de pareja en mujeres mexicanas.

RESULTADOS:

Se estudiaron 228 pacientes del sexo femenino, media de edad de 34 años y desviación estándar de 9.4 años. Se observó que la violencia psicológica es la categoría más frecuente 101 (44.3%), seguida de la violencia física 41 (18%) y violencia sexual 27 (11.8%); Se identificó que los casos de violencia psicológica severa se presentaron con mayor frecuencia en el rubro de edad de 31 a 45 años (3.5%). Se encontró que las mujeres en estado civil casadas 15 (6.6%) presentaron mayor índice de violencia psicológica severa.

CONCLUSIONES: La violencia psicológica es el subtipo de violencia más encontrado en las mujeres, seguida de la violencia física y la violencia sexual, las 3 categorías encontradas más frecuentemente en el rango de 31- 45 años de edad.

Palabras clave: VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL.

**IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES
ADULTAS DEL HGZ/UMF No.8 “DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
Director del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud
Del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
Del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud
Del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
Del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico de tesis

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell
Especialista en Medicina Familiar
Adscrito al HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS:

A mi MADRE por siempre ser un ejemplo para mí de amor, generosidad, fuerza, valentía, lucha, constancia y ser un apoyo incondicional en mi vida.

A mi PADRE por el inmenso amor a su familia.

A mis pequeños León y Camila por ser la alegría de mi casa y de mi vida.

A Gabriel por su amor, apoyo y paciencia que han sido vitales a lo largo de este tiempo.

A mi amiga Alicia Cruzblanca que aunque ya no está físicamente, me enseñó el valor de la amistad y cuanto puede enriquecer el alma una sonrisa sincera.

A mis amigas de la residencia en especial a Edna Peto Toy y Dennise Medina por su amistad.

A Todos los pacientes que durante estos años han enriquecido mis conocimientos y habilidades ya que ninguna biblioteca se compararía con su valiosa enseñanza clínica y humanística.

A mis profesores que son la guía de este proyecto.

ÍNDICE.

MARCO TEÓRICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	22
HIPOTESIS	22
MATERIALES Y MÉTODOS	23
TIPO DE ESTUDIO	23
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	24
POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL.	25
MUESTRA	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	26
VARIABLES	26
DISEÑO ESTADÍSTICO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	29
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	30
CRONOGRAMA	31
RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	32
CONSIDERACIONES ETICAS	33
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	70

MARCO TEÓRICO.

La violencia contra la pareja se produce en todos los países en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción, aunque existen grupos de mayor riesgo que otros. La violencia está tan presente que se le percibe a menudo como un componente ineludible de la condición humana. Los objetivos del personal de salud se deben ampliar y no solo enfocarse a tratar las consecuencias, debido a que se debe hacer más hincapié en prevenir y combatir las raíces de la violencia. Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias. Se deben reconocer las graves consecuencias inmediatas, futuras y a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países. La OMS define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (1)

Violencia familiar: Hace referencia a las agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligida por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. **Violencia en la pareja:** Las agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima; **Violencia de género:** la violencia específica contra la mujer, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluida las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurran en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer. (2)

Violencia sexual. Se entiende como toda forma de coerción que se ejerce sobre la mujer con el fin de tener relaciones sexuales con ella, sin su voluntad. Estas formas de coerción van desde exigir u obligar hasta el uso de la fuerza. **Violencia física.** Se trata de las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer de parte del agresor; lo que se traduce en un daño o en un intento de daño, permanente o temporal. Las agresiones físicas comprenden: empujones, jalones, golpes, agresión con armas y algunas otras. **Violencia emocional.** Se refiere a las agresiones que no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, pero sí en su psique; se trata de insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, omisiones, menosprecio y burlas, entre otras. **Violencia severa:** Son los actos que tienen una alta probabilidad de lesionar; entre los que se contemplan, patear, morder, golpear con un objeto, amenazar con un cuchillo, arma o agredir con ellos. (3)

La violencia contra la mujer como un problema social y no como un asunto individual comenzó a cobrar visibilidad hace más de dos décadas; después se reconoció como objeto de estudio y por último la mayoría de los gobiernos se ha visto obligada en la actualidad a diseñar e instrumentar políticas públicas .En México, desde la década de los setenta del siglo XX se han desarrollado programas y acciones con el objeto de reivindicar los derechos humanos de las mujeres; sin embargo es hasta la década de los noventa de ese siglo que el movimiento de mujeres, integrado por feministas, académicas y organizaciones de la sociedad civil afines a la causa, lograron posicionar en la agenda pública el tema de la violencia contra las mujeres, en consecuencia, el gobierno inició la elaboración de estadísticas e investigaciones sobre el tema, haciendo visible las dimensiones de la violencia, especialmente en el ámbito familiar, por lo que se planteó la necesidad de hacer frente a una problemática social como lo es todas las formas de violencia contra las mujeres; En el *American Journal of Public Health*, escrito por Friedman en 1977 La autora señala la necesidad de que exista más investigación en el campo que permita documentar la prevalencia del maltrato a las mujeres y sobre todo, el impacto a la salud. Desde entonces se señaló el papel preponderante del equipo de salud como primera instancia para identificar a las mujeres que acudieran lesionadas a las salas de urgencia y a la consulta regular. (4)

En 1992, la American Medical Association publicó en JAMA un trabajo en el que destacaba la importancia de que los practicantes de la medicina conocieran el problema de la violencia contra las mujeres, para ofrecer una mejor atención a sus pacientes cuando éstas acudieran con lesiones, visibles u ocultas, de maltrato (5)

En América Latina se empezaron a realizar en ese mismo periodo los primeros estudios en el campo. En México la revista *Salud Pública de México* publicó el primer estudio sobre el tema en 1993 (6)

No es sino hasta los años noventa que los estudios de prevalencia tienen su auge a escala mundial, lo que puede apreciarse en una selección de la literatura que realizó la Organización Mundial de la Salud para su informe mundial sobre la violencia y en el trabajo publicado por Heise en 1994. (7)

En los años 90 aparece el trabajo de Sugg e Inui, en el que se identificaron las barreras entre médicos del primer nivel de atención en torno de la incomodidad para tocar el tema abiertamente con la paciente; el temor de ofenderla; la carencia de “herramientas” para ayudarla en forma adecuada; la sensación de “pérdida de control” por parte del personal médico, por su incapacidad de regular la conducta de la paciente y su capacidad para tomar decisiones en las circunstancias de su vida. Esta nueva evidencia reveló la subjetividad subyacente del personal médico y sus dificultades culturales para intervenir, documentar y analizar la situación. (8)

Desde 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció que la violencia es un grave problema de salud pública (Resolución WHA49.25) por los daños a la salud directamente asociados con ella, el sufrimiento que produce entre los afectados y la carga de trabajo que genera en los servicios de salud. El vacío de un conocimiento sistemático y la necesidad de conocer más de cerca el fenómeno de la violencia contra la mujer, desembocaron en la realización de la ENDIREH, (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) llevada a cabo por: In mujeres, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el INEGI. La ENDIREH se levantó entre el 20 de octubre y el 14 de noviembre del año 2003, con la finalidad de generar información estadística para dimensionar, caracterizar y conocer la prevalencia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja en México y así coadyuvar al desarrollo de la investigación y a la generación de política pública, enfocada en la atención y erradicación de este fenómeno. (9)

En México, al momento de la publicación del Informe mundial sobre la violencia y la salud (2002) no existía una encuesta probabilística de cobertura nacional que diera cuenta de la magnitud y características sobre violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja, por lo que en 2003 se dieron dos iniciativas de gran relevancia para el trabajo de prevención y atención a la violencia contra las mujeres, una de ellas realizada por la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, denominada Encuesta Nacional sobre Violencia contral las Mujeres 2003 (ENVIM, 2003), que se levantó en una muestra probabilística de 26,042 mujeres usuarias de servicios de salud de las 3 instituciones públicas de salud más importantes. El diseño de la muestra permitía tener representatividad tanto a nivel de institución como de entidad federativa; Los resultados de la encuesta del 2003 permitieron documentar por primera vez la magnitud del problema en nuestro país, la prevalencia de violencia de pareja actual reportada en esa ocasión fue de 21.5%, mientras que el 67% había vivido violencia en la vida. Para la segunda encuesta ENVIM realizada en 2006, los resultados mostraron prevalencias más altas principalmente de violencia psicológica y física resultando en una prevalencia de violencia de pareja actual de 33.3% (10)

La ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia es sin duda el instrumento jurídico de mayor importancia con que cuenta la sociedad mexicana para avanzar en este campo, tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas y los municipios para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. (11)

El 20 de junio de 2013 en Ginebra se realizó un informe publicado por la organización mundial de la salud (OMS) en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica; En el que se destaca que la violencia física y sexual es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: “prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”, es el primer estudio sistemático de datos mundiales sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres, ejercida tanto por la pareja como por otras personas. Cerca del 35% de todas las mujeres experimentarán hechos de violencia ya sea en la pareja o fuera de ella en algún momento de sus vidas. El estudio revela que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo. (12)

Percepción de las mujeres sobre la violencia de pareja en México: La percepción se refiere a la valoración que da la mujer al hecho violento, que puede ir desde considerarlo grave a no darle la menor importancia, pero hay que tener en cuenta que dicha percepción está permeada por la propia subjetividad de la mujer violentada, pues lo que para una puede ser muy grave, para otra puede no ser importante; ello también depende de la clase de violencia de que se trate y de la periodicidad con la que se manifieste. Asimismo, la frecuencia con que se dan los casos de violencia se ha dejado a consideración de la mujer violentada, y, por lo tanto, tampoco está exenta de juicios subjetivos; porque una mujer puede considerar que ha sido violentada muchas veces si le sucede una o dos ocasiones en un mes, aunque otra puede estimarlo como algo esporádico; además de que la violencia masculina contra la pareja se va moldeando en el transcurso del tiempo, por medio, de las propias percepciones que se construyen cotidianamente. La percepción subjetiva de la mujer acerca de las razones a las que obedece la violencia que ejerce su pareja contra su persona está directamente asociada al modo en que ella vive este maltrato, así como también a los umbrales de tolerancia experimentada hacia la violencia. En un estudio realizado por el instituto nacional de salud pública acerca de la perspectiva de las mujeres víctimas de violencia de pareja, se puso en evidencia que los motivos involucran intenciones conscientes y voluntad de maltrato por parte de la pareja masculina mientras que las causas responden a fuerzas externas, ajenas a la voluntad del hombre violento. Entre las causas de la violencia se mencionan el machismo reinante en la sociedad, pero también problemas no resueltos en la infancia del cónyuge o conflictos con la familia de origen, presiones laborales características psicológicas como la inseguridad o la necesidad de ser reconocido, y el consumo de alcohol. Estas causas asociadas al maltrato parecen des responsabilizar en parte a la pareja, quien supuestamente la maltrata impulsado por cuestiones que van más allá de él. (13)

Clasificación de la violencia: La violencia de pareja se manifiesta de varias formas; sin embargo, cada tipo está matizado por la frecuencia con que se presenta y por cómo esa violencia es percibida por las mujeres. Cuatro formas de violencia: la **emocional o psicológica**, que comprende actos que atentan contra la psique de la mujer, como menosprecio, intimidación, humillación. La **económica**, que son hechos encaminados a controlar los recursos económicos del hogar para presionar a la mujer, con acciones como amenazar con no aportar para los gastos domésticos, o criticar a la mujer por la forma en que administra tales gastos; la **violencia física**, que afecta la integridad corporal de la mujer, como empujones, patadas, golpes, aventones, etc. y la **violencia sexual**, cuyo fin es la obtención de relaciones sexuales sin el consentimiento de la mujer. Los actos de violencia severa son aquellos que ponen en riesgo la integridad física o emocional de la mujer que los vive, pueden ir desde las amenazas con cualquier tipo de arma, pasando por las golpizas, hasta las agresiones con objetos punzocortantes o armas de fuego. Las consecuencias más visibles e inmediatas de la violencia sobre la salud, son las lesiones físicas que producen incapacidad transitoria o permanente e incluso en ocasiones la muerte; sin embargo, las formas de violencia crónica de “baja intensidad” y larga duración producen efectos sobre la salud que son mucho más difíciles de reconocer, pero que generan una gran cantidad de años de vida saludable perdidos. ⁽¹⁴⁾

Epidemiología: La importancia de la violencia de género como problema de salud tiene que ver con la alta prevalencia y las graves consecuencias que los malos tratos tienen para la salud de las mujeres que los sufren, sobre los hijos e hijas y otros convivientes. En el informe, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas en 2013 las conclusiones del informe son llamativas: Globalmente el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. Aunque las mujeres pueden estar expuestas a muchas otras formas de violencia, esta cifra ya constituye un elevado porcentaje de la población femenina mundial; En su mayor parte, se trata de casos de violencia conyugal. En todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta del 38%, a nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal, una cifra muy alarmante, las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer depresión y en algunas regiones son 1,5 veces más propensas a contraer VIH en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal. ⁽¹⁵⁾

Factores de riesgo: Las mujeres y hombres de todas las edades , orientación sexual, etnia antecedentes religiosos y educativos y niveles socioeconómicos están en riesgo de violencia de pareja, sin embargo varios factores de riesgo han sido identificados: Las mujeres que se destacan por ser inusualmente dependientes de sus parejas tienen un mayor riesgo de ser víctimas , incluidas las mujeres que se encuentran aisladas geográficamente o culturalmente como las mujeres que viven en zonas rurales, inmigrantes o mujeres que no hablan el idioma de la comunidad ,las mujeres con discapacidad o enfermedades crónicas están en alto riesgo debido a estas condiciones puesto que aumentan la dependencia a su cónyuge, los adolescentes y las mujeres embarazadas son particularmente vulnerables. Los perfiles de los agresores también son variados, se ha descrito extensamente sobre el perfil psicológico del agresor y ha arrojado a luz características sobre los problemas complejos y poco conocidos de los trastornos que enfrentan estos hombres. La mayoría, si no todos de estos individuos también fueron víctimas de abuso emocional y físico en la infancia y la adolescencia lo que conduce a una profunda falta de autoestima con la dificultad de identificar y expresar correctamente emociones, muchos agresores tienen graves problemas en el trabajo o están desempleados. El papel del abuso de alcohol y drogas en estos casos es muy amplio y complica la identificación y la recuperación. Es importante destacar que se ha documentado que las personas que han vivido violencia ya sea como víctimas o testigos tienen mayor probabilidad de reproducir patrones de violencia tanto en la crianza como en las relaciones de pareja y las estrategias para resolución de conflictos, por lo que la atención oportuna de la violencia es también una forma de prevención de casos futuros. (16)

Violencia hacia las mujeres y sus consecuencias en la salud y en la utilización de servicios de salud: Se estima que uno de cada cinco años de vida saludable perdidos (AVISA) por las mujeres se asocia a la violencia, además este fenómeno genera ausentismo entre 1 y 10 días laborales por año. Mucho más difícil de dimensionar es el impacto en la vida de las personas en términos del sufrimiento que produce la violencia en las víctimas y los testigos de la misma y el costo social que se deriva de dicho sufrimiento. El embarazo se ha demostrado claramente que es una época de mayor riesgo para la mujer, el homicidio es un importante contribuyente a la mortalidad materna, a pesar de que rara vez se incluye en los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna, es claro por qué la violencia aumenta durante el embarazo y puerperio debido a que en este período existe aumento del estrés en las relaciones. Varios estudios han señalado una incidencia de violencia activa en aproximadamente 19 % a 23 % de los pacientes en clínicas de atención prenatal (17).

Las mujeres embarazadas tienen más lesiones en tórax, abdomen y se han observado aumento de la incidencia de sufrir complicaciones del embarazo como parto prematuro y bajo peso al nacer. Los médicos que atienden a las mujeres embarazadas deben tener en cuenta las diversas formas en que la violencia doméstica puede presentarse durante este tiempo, incluyendo hemorragia vaginal parto prematuro, desprendimiento de placenta y disminución del movimiento fetal. El embarazo también es conocido por ser un momento en que las mujeres son más propensas a buscar ayuda médica por lo que se debe investigar si la mujer es víctima de violencia. Las múltiples visitas al médico a control prenatal es una oportunidad para la observación de equimosis o depresión de las pacientes. Los proveedores de salud deben recordar que cualquier tipo de violencia durante el embarazo es una predicción del riesgo a un niño en esa familia. Uno de cada seis recién nacidos en los Estados Unidos va a su casa a una familia con violencia activa, también es entendido que cuando una madre es maltratada, hay un 50 % de posibilidades de que también los niños sufran abuso en el hogar. Se estima que 3,3 millones de niños entre las edades de 3 y 17 años son testigos de abuso parental en los Estados Unidos todos los años. Se debe recordar las graves consecuencias a largo plazo a nivel psicológico, educativo y sociológico observado en los niños que viven en hogares violentos. (18)

Signos y síntomas: Algunos signos y síntomas de la violencia doméstica son comunes. Las mujeres maltratadas se presentan con frecuencia a una clínica de atención primaria con quejas vagas tales como insomnio, cambios de apetito, dolor crónico, fibromialgia, mayor riesgo de depresión, trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio son indicadores fuertes de abuso, también se debe sospechar en mujeres con consumo de alcohol o consumo de drogas ilícitas. Las condiciones asociadas con el estrés son comunes, incluyendo síndrome de intestino irritable, taquicardia, trastornos de las articulaciones temporomandibular y cefalea. Los proveedores de salud también deben tener en cuenta la violencia doméstica cuando los pacientes presentan dolor crónico de espalda o dolor en la rodilla y en la edad adulta los traumatismos. Las lesiones agudas tales como fracturas, contusiones, dientes rotos y laceraciones deben ser investigadas completamente. Ellos pueden ser el resultado de ser empujado por un tramo de escaleras, lanzado contra una pared o puñetazos. La variedad de presentaciones de la violencia doméstica se asegura de que virtualmente cada profesional de la salud independientemente de su especialidad se enfrentan a este problema. (19)

Examen físico: Los hallazgos más comunes en la exploración física incluyen equimosis en los brazos que pueden ser el resultado de ser agarrado y sacudido violentamente. Observar laceraciones y las formas de las mismas nos pueden orientar hacia el objeto que pudo causar dicha lesión, lesiones orales son comunes y a menudo son pasadas por alto por médicos y dentistas, petequias en el paladar de la boca puede ser el resultado de forzar sexo oral, laceraciones del cuero cabelludo o hematomas a menudo ocultas por cabello. Los médicos deben documentar todas las lesiones utilizando un mapa corporal y fotografías cuando sea posible. Cualquier intento de estrangulamiento es un intento de asesinato y merece especial atención por los médicos y el ministerio público. (20)

Aspectos psicológicos: Ciclo de la violencia: Desde la descripción inicial de Lenore Walker en 1979, mucho se ha escrito en relación con el comportamiento cíclico y predecible a menudo observado en las relaciones violentas especialmente las tres fases de interacción del ciclo de violencia conocido como 1) fase de la tensión de la capacidad, 2) el episodio violento y 3) la fase de luna de miel. Es importante para los profesionales de la salud darse cuenta de que estas fases tienden a aumentar con el tiempo, con el episodio violento aumento la gravedad y la frecuencia y la fase de luna de miel o sin violencia disminuye en longitud. La interacción de este comportamiento cíclico en relación a la dinámica intergeneracional está empezando a ser mejor apreciado. Los niños maltratados crecen hasta tener un mayor riesgo de victimización, comportamiento violento y psicológico así como problemas en la escuela. Esposas maltratadas se convierten en ancianas maltratadas. En la pareja la violencia es una fotografía pequeña de la violencia familiar en su conjunto y la violencia en la comunidad en general. (21)

Programas de intervención a mujeres víctimas de violencia: En 2007 se promulgó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, cuyo tema central es la violencia contra las mujeres. Este Programa, partiendo de un diagnóstico de la situación actual de la violencia contra las mujeres, articula un conjunto de objetivos y estrategias en torno a cuatro ejes: De la Prevención. 2. De la Atención. 3. De la Sanción. 4. De la Erradicación. Esta ley señala, a lo largo de varios capítulos y apartados, los compromisos de diversas instancias de gobierno para desarrollar un programa de reeducación destinado a las víctimas y agresores de violencia familia. (22)

Se fundó el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) en 2001, esta institución es un organismo público autónomo descentralizado de la administración pública federal. Los organismos estatales de las mujeres trabajan con recursos de los presupuestos estatales, forman parte del poder Ejecutivo de cada entidad y toman decisiones a partir de la política del gobierno del estado. El sistema DIF es reconocido por su trabajo asistencial, los servicios que ofrece en atención a la violencia en las familias en todo el territorio nacional varían con cada entidad. (23)

Actuación de los profesionales de atención primaria:

Los retos actuales son la prevención, la detección precoz y el abordaje profesional. Para ello, es especialmente necesaria una atención integral y un abordaje integrado, que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y que además contemple una estrategia que debe sustentarse en tres ejes de intervención: 1. Prevención primaria, 2. Diagnóstico precoz (prevención secundaria). 3. Intervención ante el caso detectado (prevención terciaria).

Prevención primaria: La violencia es un problema complejo y multifactorial cuyas raíces se encuentran no sólo en los factores personales, sino en los factores comunitarios y sociales. La prevención primaria es un reto social, debe estar orientada al cambio en los valores y en la cultura que ha permitido, e incluso autorizado, la desigualdad en los derechos de los hombres y las mujeres, y ha legitimado el uso de la violencia en la resolución de conflictos en nuestra sociedad. En prevención primaria el papel de los profesionales sanitarios es limitado; si se trata de influir en las complejas causas que generan la violencia, será necesaria la implicación de muchos sectores de la sociedad: sistema educativo, familia, medios de comunicación, sistema judicial y sistema sanitario. En el plano individual, es necesaria la actuación en la infancia y la juventud para promover actitudes y comportamientos saludables en los niños y en los jóvenes de tolerancia y de respeto, y para intentar modificarlos cuando las conductas violentas estén presentes. La familia, la escuela y la sociedad deben desempeñar un papel fundamental orientado a fomentar estos cambios. Las actuaciones que puede realizar el profesional sanitario en prevención primaria estarían orientadas a los siguientes aspectos: **Identificar personas con mayor riesgo de sufrir maltrato:**

Mujeres en riesgo de sufrir maltrato, Hombres en riesgo de maltratar, Niños con riesgo de ser testigos o víctimas de violencia. **Prevención secundaria: detección precoz.** Es un objetivo clave e insustituible para los profesionales de atención primaria. La infradetección es una realidad y una preocupación institucional. Sólo se llega al diagnóstico de una pequeña proporción de los casos de maltrato que se estima que existen y además se hace con una gran demora. Hoy se considera una prioridad la detección precoz, quizás la función más específica e importante en los profesionales de atención primaria, que constituyen un elemento clave para la detección precoz y el abordaje integral de los malos tratos, por estar en un lugar estratégico, por su accesibilidad, por el conocimiento que tienen de los pacientes y su contexto particular, por las múltiples posibilidades de contacto y por la atención integral que prestan. **Prevención terciaria: actuación tras el diagnóstico.** A pesar de las limitaciones y de no contar aún con evidencias científicas sólidas que sustenten la efectividad de las intervenciones ante el maltrato, debemos tener claro que, para las familias que la sufren, será sustancialmente beneficioso el simple hecho de que el ciclo de la violencia pueda interrumpirse. (24)

Tratamiento y Rehabilitación: Todos los prestadores de servicios de salud de instituciones públicas, privadas o de la sociedad civil de acuerdo a su nivel de competencia deben brindar a las y los receptores de violencia atención integral a la salud. En caso de no contar con los recursos necesarios para brindar la atención necesaria en todos sus componentes es obligación del personal de salud referir a las usuarias a un servicio que tenga la capacidad resolutoria para el problema que presente. La atención a la violencia se clasifica en: 1. **Esencial** que incluye: detección activa, contención y manejo de crisis, atención médica a lesiones leves, atención básica a violencia sexual, orientación y consejería, referencia y seguimiento; estos servicios deben estar disponibles en cualquier unidad de salud; y 2. **Especializada** que comprende: atención médica-quirúrgica para lesiones leves y graves, especialidades médicas incluyendo psiquiatría en caso necesario, tratamiento para violencia sexual, tratamiento psicológico especializado, orientación y consejería; estos servicios deberán estar disponibles en las unidades del segundo nivel de atención”. Una parte esencial de la atención a la violencia familiar y sexual es la orientación y consejería a cargo de personal capacitado, esto se refiere a brindar información objetiva, basada en evidencia científica, sobre las opciones que tiene para su atención, así como los derechos que le asisten y los servicios que le pueden ofrecer otras instituciones ya sean públicas, privadas o de la sociedad civil, especialmente en materia de asesoría y apoyo legal. Esto con el objetivo de brindar elementos para que la (el) usuaria(o) tome decisiones voluntarias, conscientes e informadas. Los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. Los objetivos de la atención a personas violadas son: Estabilizar a la paciente, reparar daños y evitar complicaciones mediante el tratamiento de lesiones físicas. Promover la estabilidad emocional mediante la intervención en crisis y posterior atención psicológica. Evitar complicaciones tales como las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; así como los embarazos no planeados o no deseados. En caso de violación las instituciones que prestan servicios de salud deben ofrecer a la agredida la denominada anticoncepción de emergencia o anticoncepción hormonal post-coito de manera inmediata y hasta 120 hrs. después de ocurrida la agresión. Esto es muy importante ya que la probabilidad de embarazo después de un contacto sexual no protegido es relativamente alta (entre 8 y 10%), mientras que si se utiliza este método anticonceptivo disminuye a menos de 1.5%. Debe ofrecerse información sobre los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y la posibilidad de su prevención mediante el uso profiláctico de fármacos, y de acuerdo a la evaluación del riesgo prescribir dichos medicamentos tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria. Las instituciones de salud están obligadas a dar aviso al Ministerio Público de los casos de este tipo que atiendan, El Aviso al Ministerio Público tiene por objetivo dar a conocer a la autoridad de procuración de justicia sobre los casos de violencia familiar detectados/atendidos en los servicios de salud, por lo que su llenado y respectivo envío debe hacerse en forma institucional por la persona responsable de la unidad, en los términos que señala el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica (art. 18 y 19). (25)

INSTRUMENTO: Se utilizó una escala de violencia e índice de severidad para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Realizado por Rosario Valdez-Santiago y cols. Validado en el Instituto Nacional de Salud Pública de la ciudad de Cuernavaca Morelos aprobado el 29 de agosto del 2005.

La confiabilidad y validez arrojó una alpha de Cronbach de 0.99

Inicialmente el test contaba con 27 reactivos, se eliminaron 8 como resultado de análisis factorial y otros dos correspondientes a violencia económica, quedando un total de 19 reactivos. La escala desarrollada demostró ser un instrumento útil y confiable para medir violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja.

Se consideran 4 variables: violencia psicológica, violencia física y segunda variable para esta dimensión “riesgo real para la vida de la mujer” y violencia sexual.

Violencia psicológica se evalúa con 5 Ítems

No caso de violencia psicológica: 0 a 5 puntos.

Violencia psicológica: 6 a 18 puntos

Violencia psicológica severa: 19 a 81 puntos

Violencia física: se evalúa con 5 Ítems

No caso: valor de 0 a 2 puntos

Violencia física: 3 a 12 puntos

Violencia física severa: más de 12 puntos

Segunda variable para esta dimensión:

Riesgo para la vida 6 Ítems

No caso: valor de 0

Violencia física severa: valor mayor a cero

Violencia sexual: se evalúa con 3 Ítems.

No caso de 0 a 1 puntos

Caso no severo: valor de 2 a 6 puntos

Caso severo: valor mayor de 6 puntos. (26)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la violencia de pareja en mujeres adultas del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN:

La violencia en la pareja es una de las formas de violencia doméstica y con frecuencia, es sinónimo de maltrato a la mujer. Es un problema de salud de primer orden con graves repercusiones en la salud física y mental de las víctimas y así ha sido reconocido como tal por las principales organizaciones internacionales en salud.

La violencia intrafamiliar es una causa poco frecuente de demanda de servicios de salud por lo que es importante promover su búsqueda intencionada dado que el estudio de la violencia y sus diferentes formas presenta un sub registro de casos significativos debido a la naturaleza oculta del fenómeno.

La violencia contra las mujeres adopta muchas formas: física, sexual, económica, psicológica. Todo tipo de violencia es una violación de la dignidad humana, de los derechos humanos y tiene consecuencias a largo plazo para las mujeres, familia y comunidades en las que viven.

La violencia contra la mujer es un mal endémico y no conoce fronteras geográficas, diferencias culturales, sociales, étnicas o de otro tipo.

En la Ciudad de México se reportó que 38% de los años de vida saludable (AVISA) perdidos entre las mujeres se debe a la violencia que se ejerce en su contra y que este problema ocupa el tercer lugar de importancia entre el total de problemas de salud que afectan a la mujer en edad fértil.

Por su alta prevalencia, efectos nocivos e incluso fatales para la salud, la violencia familiar es un problema de salud pública que representa un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos.

El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico, desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, ITS/VIH/SIDA, hasta la muerte.

La violencia familiar se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad del ser humano. Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema de salud pública y su intervención es necesaria en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y la coordinación con otros profesionales e instituciones.

OBJETIVO GENERAL:

-Identificar violencia de pareja en mujeres adultas en el HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPÓTESIS:

Se realiza la hipótesis con fines de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis. Para llevar a cabo esta se plantearon las siguientes hipótesis.

HIPÓTESIS NULA (H_0):

En mujeres adultas del HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” **no** existe violencia de pareja.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

En mujeres adultas del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” existe violencia de pareja.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo

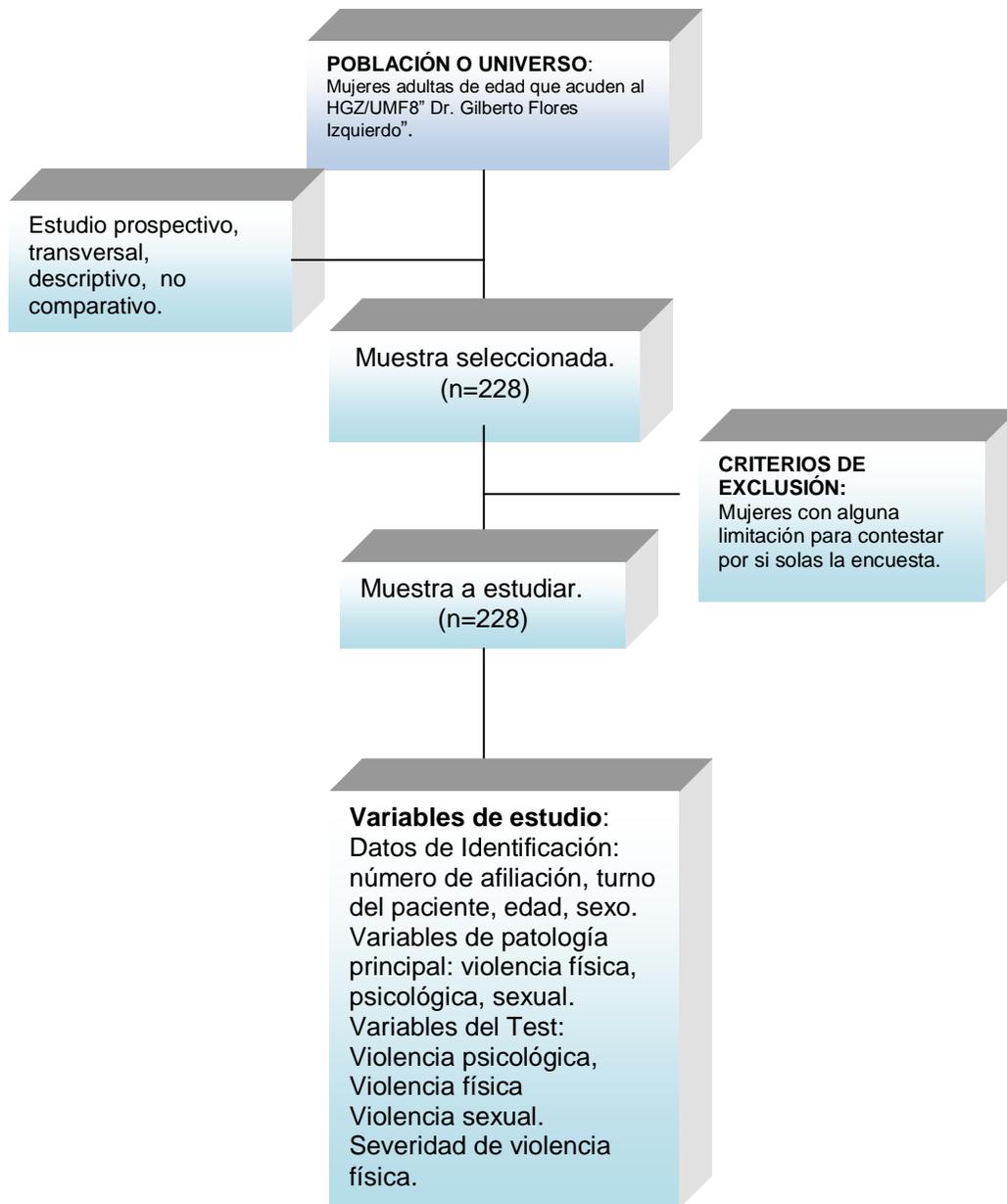
PROSPECTIVO: Tipo de estudio según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.

TRANSVERSAL: Se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

NO COMPARATIVO: Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados.

DESCRIPTIVO: Tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



Elaboró: Dra. Andrea Nallely Cuevas Ortega.

POBLACIÓN Ó UNIVERSO.

La investigación se realizó en mujeres adultas de una población urbana que acuden al HGZ/UMF No.8"Dr. Gilberto Flores Izquierdo" en el Distrito Federal.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

El estudio se llevó a cabo en pacientes mujeres de marzo de 2012 a febrero de 2014, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" localizado en avenida Río Magdalena número 289, colonia Tizapán la hormiga, delegación Álvaro Obregón, México DF.

MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica se calculó en base a su prevalencia, requirió de 228 mujeres adultas, con un intervalo de confianza de 90% con una proporción del 0.30 con una amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4Z^2 \alpha^2 P(1-P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1) Mujeres de 18 a 59 años de edad que acudieran a atención médica del HGZ/UMF 8
- 2) Mujeres que acepten voluntariamente participar en la investigación.
- 3) Carta de consentimiento informado firmada.
- 4) Encuesta contestada completa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1) Mujeres con alguna limitación para contestar por sí solas la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- 1) Encuestas contestadas parcialmente.

VARIABLES:

Listas de variables:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- 1.- NÚMERO DE AFILIACIÓN
- 2.- TURNO DEL PACIENTE
- 3.- NOMBRE DEL PACIENTE
- 4.- EDAD
- 5.- SEXO
- 6.- OCUPACIÓN
- 7.- ESTADO CIVIL
- 8.- ESCOLARIDAD

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA PRINCIPAL:

Variable independiente: mujer adulta.

Variable dependiente: violencia de pareja.

Variables del Test:

- 1) violencia sexual
- 2) violencia psicológica
- 3) violencia física
- 4) Severidad/riesgo para la vida

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Sexo: El género de un individuo.

Escolaridad: Tiempo en el que un alumno asiste a una escuela o centro de enseñanza.

Estado Civil: Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

Ocupación: Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.

Mujer adulta: Se considera adultez a la etapa comprendida entre los 18 y 60 años, en esta etapa el individuo alcanza su desarrollo biológico y psíquico.

Edad Adulta Temprana (entre los 18 y 30-40 años)

Edad Adulta Intermedia (de los 30-40 a los 45-60 años)

Violencia de pareja: Las agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima, agresiones (psicológicas, físicas, sexuales y económicas) que ocasionan algún daño psicológico, físico y/o patrimonial en la mujer derivadas de la asimetría en la pareja.

**DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NUMERO DE FOLIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS CONSECUTIVOS
TURNOS DEL PACIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=MATUTINO 2=VESPERTINO
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= AMA DE CASA.
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=UNION LIBRE
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=ANALFABETA 2=PRIMARIA 3=SECUNDARIA 4=PREPARATORIA 5=LICENCIATURA
TIPO DE VIOLENCIA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=PSICOLÓGICA 2=SEXUAL 3=FISICA 4=SEVERIDAD DE VIOLENCIA FISICA/RIESGO PARA LA VIDA.

Elaboró: Dra. Andrea Nallely Cuevas Ortega.

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de frecuencia y porcentajes para variables cualitativas, se estimaron medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

El instrumento utilizado en el presente estudio es una escala de violencia e índice de severidad para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Realizado por Rosario Valdez. Y cols. Validado en el Instituto Nacional de Salud Pública de la ciudad de Cuernavaca Morelos aprobado el 29 de agosto del 2005. La confiabilidad y validez arrojó una alpha de Cronbach de 0.99. Inicialmente el test contaba con 27 reactivos, se eliminaron 8 como resultado de análisis factorial y otros dos correspondientes a violencia económica, quedando un total de 19 reactivos. La escala desarrollada demostró ser un instrumento útil y confiable para medir violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja.

Se consideran 4 variables: violencia psicológica, violencia sexual, violencia física y segunda variable para esta dimensión “riesgo real para la vida de la mujer”.

Violencia psicológica se evalúa con 5 Ítems

No caso de violencia psicológica: 0 a 5 puntos.

Violencia psicológica: 5 a 18 puntos

Violencia psicológica severa: 18 a 81 puntos

Violencia sexual: se evalúa con 3 Ítems.

No caso de 0 a 1 puntos

Caso no severo: valor de 1 a 6 puntos

Caso severo: valor mayor de 6 puntos.

Violencia física: se evalúa con 5 Ítems

No caso: valor de 0 a 2 puntos

Violencia física: 2 a 12 puntos

Violencia física severa: más de 12 puntos

Segunda variable para esta dimensión:

Riesgo para la vida 6 Ítems

No caso: valor de 0

Violencia física severa: valor mayor a cero. (Ver Anexo 2)

METODO DE RECOLECCIÓN: Se acudió al HGZ/UMF No.8 en donde se buscaron intencionadamente mujeres adultas que aceptaron contestar el cuestionario de aplicación, se explicó el motivo del estudio y al aceptar se entregó el consentimiento informado. Posterior a la recolección y almacenamiento de los datos se realizó el análisis estadístico del estudio en computadora portátil con apoyo del sistema operativo Windows, Excel, Word y SPSS 20.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN EN ESTUDIOS TRANSVERSALES.

Los participantes no deben ser conscientes de la hipótesis específica bajo Investigación.

Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados.

Se realizará la encuesta cuando la mujer este a solas sin su pareja o algún otro familiar o acompañante.

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN:

Evaluar cuidadosamente las implicaciones de la selección de los participantes para el estudio.

Utilizar los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.

Elegir los grupos de estudio que son representativos de la población.

CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS:

Registrar y analizar los datos correctamente.

Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recolectados.

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:

Las fuentes de información deben ser similares para todas las participantes.

Los participantes no deben ser conscientes de las hipótesis específicas de la investigación.

La definición de la exposición de la enfermedad debe ser estándar.

Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE TESIS:

IDENTIFICACION DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES ADULTAS DEL HGZ/UMF No.8 "Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2012-2013

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X	X							
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X	X				
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA										X		
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACION												X

2013-2014.

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2015
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

Elaboró: Dra. Andrea Nallely Cuevas Ortega.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

A. Recursos Humanos:

Para la realización de este proyecto se contó con un residente de Medicina Familiar investigador que aplicó los cuestionarios y recolectó los datos. Contó con la orientación de dos asesores de investigación, clínico y metodológico como de un director de tesis respectivamente.

B. Recursos Materiales:

Para la realización de esta investigación se utilizó para la captura de datos Computadora portátil en la cual se efectuó el almacenamiento de datos, análisis estadístico a través de los programas Excel y SPSS 20. Bolígrafos para contestar las encuestas, fotocopidora.

C. Financiamiento:

Todos los gastos que se derivaron de esta investigación estuvieron a cargo del Residente de medicina familiar que realizó el estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente protocolo de investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975. Así mismo se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interfería de ningún modo con la relación médico/paciente.

El consentimiento informado se encuentra en anexos. (Ver anexo 1)

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de Investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica Como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal Autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, Sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS.

Se estudió a 228 mujeres adultas derechohabientes del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

La media de edad fue de 34.1 años, mediana 32, moda 29, desviación estándar 9.4 años.

Se observaron 94 (41.2%) pacientes de 18 a 30 años de edad 98 (43%) de 31 a 45 años y 36 (15.8%) de 46 a 59 años de edad. (Ver tabla y gráfica 1)

Se encontraron referente a estado civil 50 (21.9%) pacientes solteras, 124 (54.4%) casadas y 54 (23.7%) en un unión libre (ver tabla y gráfica 2)

Se identificaron en cuanto a ocupación 96 (42.1%) amas de casa y 132 (57.9%) empleadas. (Ver tabla 3)

Se detectó en el rubro de escolaridad 1 (.4%) mujer analfabeta, 17 (7.5%) con nivel primaria, 91 (39.9%) con secundaria, 74 (32.5%) con preparatoria y 45 (19.7%) en nivel licenciatura. (Ver tabla y gráfica4)

En el rango de violencia psicológica 107 (46.9%) pacientes se observó cómo no casos de violencia, 101 (44.3%) como casos de violencia psicológica y 20 (8.8%) resultaron con violencia psicológica severa. (Ver tabla y gráfica5)

En el apartado de violencia sexual 188 (82.5 %) fueron no casos de violencia, 27 (11.8%) casos no severos de violencia sexual y 13 (5.7%) como casos severos de violencia sexual. (Ver tabla y gráfica 6)

En el rubro de violencia física se encontró a 170 (74.6%) pacientes como no casos de violencia, 41 (18%) se reportaron como casos de violencia física y 17 (7.5%) con violencia física severa. (Ver tabla y gráfica 7)

En el rango de riesgo o severidad para violencia física se reportaron 226 (99.1%) pacientes como no casos de severidad con riesgo para la vida y 2 (0.9%) como caso de violencia física severa con riesgo para la vida. (Ver tabla y gráfica 8)

En el apartado de edad y violencia psicológica se encontró que las pacientes de 18 a 30 años, 53 (23.2%) no presentaron violencia psicológica, 35 (15.4%) presentaron violencia psicológica, 6 (2.6%) presentaron violencia psicológica severa; mujeres de 31 a 45 años se observó que 44 (19.3%) pacientes no presentaron violencia psicológica, 46 (20.2%) presentaron violencia psicológica y 8 (3.5%) presentaron violencia psicológica severa. Las pacientes de 46 a 59 años 10 (4.4%) no presentaron caso de violencia psicológica, 20 (8.8%) presentaron violencia psicológica y 6 (16.7%) violencia psicológica severa. (Ver tabla y gráfica 9)

En el rubro perteneciente a edad y violencia sexual se observó que las mujeres de 18 a 30 años de edad, 83 (36.4%) no presentaron violencia sexual, 10 (4.4%) presentaron caso no severo de violencia sexual y 1 (0.4%) caso severo de violencia sexual; en el rango de 31 a 45 años, 80 (35.1%) no reportaron violencia sexual, 11 (4.8%) presentaron caso no severo de violencia sexual y 7 (3.1%) violencia sexual severa; mujeres de 46 a 59 años, 25 (11%) no presentaron violencia sexual, 6 (2.6%) caso no severo de violencia sexual y 5 (2.2%) pacientes notificaron caso severo de violencia sexual. (Ver tabla y gráfica 10)

En el apartado de edad y violencia física se detectó a mujeres de 18 a 30 años de las cuales 75 (32.9%) no presentaron violencia física, 15 (6.6%) con violencia física, 4 (1.8%) presentaron violencia física severa; mujeres de 31 a 45 años 68 (29.8%) no presentaron violencia física, 19 (8.3%) reportaron violencia física y 11 (4.8%) violencia física severa; en el rango de 46 a 59 años de edad 27 (11.8%) no presentan violencia física, 7 (3.1%) violencia física y 2 (0.9%) presentaron violencia física severa. (ver tabla y gráfica 11)

En el rango de edad y riesgo de vida por violencia física se reportó a pacientes de 18 a 30 años de edad con 94 (41.2 %) que no tienen riesgo para la vida; de 31 a 45 años de edad 96 (42.1%) no presentan riesgo para la vida y 2 (0.9%) reportaron riesgo de vida; pacientes de 46 a 59 años de edad, 36 (15.8%) no presentaron riesgo. (Ver tabla y gráfica 12)

En el componente de estado civil y violencia psicológica se observó a 28 (12.3%) pacientes solteras sin datos de violencia psicológica, 21 (9.2%) con violencia psicológica y 1 (0.4%) reportó violencia psicológica severa; mujeres casadas 58 (25.4%) como no casos de violencia psicológica, 51 (22.4%) como caso de violencia psicológica y 15 (6.6%) presentó violencia psicológica severa; en unión libre 21 (9.2%) mujeres como no caso de violencia psicológica, 29 (12.7%) refirió violencia psicológica y 4 (1.8%) reportó violencia psicológica severa.

(ver tabla y gráfica 13)

En el apartado de estado civil y violencia sexual se analizó a 44 (19.3%) mujeres solteras que no presentaron violencia sexual, 4 (1.8%) reportaron violencia sexual no severa y 2 (0.9%) violencia sexual severa; Mujeres casadas 98 (43%) que no presentaron violencia sexual, 17 (7.5%) reportaron caso no severo de violencia sexual y 9 (3.9%) violencia sexual severa. En unión libre 46 (20.2%) mujeres no presentan violencia sexual, 6 (2.6%) caso no severo de violencia sexual y 2 (0.9%) violencia sexual severa. (Ver tabla y gráfica 14)

En el rubro de estado civil y violencia física se identificó a 42 (18.4%) mujeres solteras que no presentaron violencia física, 7 (3.1 %) con violencia física y 1 (0.4%) con violencia física severa. Se encontró a 86 (37.7%) mujeres casadas sin violencia física, 27 (11.8%) con violencia física y 11 (4.8%) con violencia física severa, en unión libre a 42 (18.4%) mujeres como no caso de violencia física, 7 (3.1%) con violencia física y 5 (2.2%) presentaron violencia física severa.

(Ver tabla y gráfica 15)

En el componente estado civil y riesgo o severidad por violencia física se detectó a 49 (21.5%) mujeres solteras que no presentaron violencia física severa con riesgo para su vida, 1 (0.4%) reportó violencia física severa con riesgo para la vida. Mujeres casadas 124 (54.4%) que no presentaron casos de violencia física severa con riesgo para la vida, en unión libre 53 (23.2%) sin reporte de caso de violencia y 1 (0.4%) presentó violencia física severa con riesgo para la vida.

(Ver tabla y gráfica 16)

En el apartado ocupación y violencia psicológica se halló a 43 (18.9%) pacientes amas de casa que no presentaron violencia psicológica, 44 (19.3%) con violencia psicológica y 9 (3.9%) reportó violencia psicológica severa. Respecto a empleadas, 64 (28.1%) no presentan violencia psicológica, 57 (25%) con violencia psicológica y 11 (4.8%) con violencia psicológica severa. (Ver tabla y gráfica 17)

En el rubro ocupación y violencia sexual se identificó a 77 (33.8%) mujeres amas de casa que no presentan violencia sexual, 12 (5.3%) con caso no severo de violencia sexual y 7 (3.1%) presentaron caso severo de violencia sexual. Respecto a empleadas, 111 (48.7%) no reportaron violencia sexual, 15 (6.6%) presentaron casos no severos de violencia sexual y 6 (2.6%) con violencia sexual severa.

(Ver tabla y gráfica 18)

En el componente ocupación y violencia física se demostró a 64 (28.1%) amas de casa que no presentaron violencia física, 24 (10.5%) con violencia física, 8 (3.5%) violencia física severa; pacientes empleadas, 106 (46.5%) no presentan violencia física, 17 (7.5%) casos de violencia física y 9 (3.9%) reportó violencia física severa. (Ver tabla y gráfica 19)

En el apartado ocupación y riesgo o severidad por violencia física se identificó a 94 (41.2%) mujeres amas de casa que no presentaron severidad de violencia física con riesgo de muerte, 2 (0.9%) mujeres reportaron violencia física severa con riesgo de muerte, pacientes empleadas en número de 132 (57.9%) no presentaron violencia física severa con riesgo de muerte. (Ver tabla y gráfica 20)

En el rubro escolaridad y violencia psicológica se observó a 1 (0.4%) mujer analfabeta que presentó violencia psicológica severa, con escolaridad primaria a 5 (2.2%) como no caso de violencia psicológica, 9 (3.9%) con violencia psicológica y 3 (1.3%) con violencia psicológica severa. En escolaridad secundaria 37 (16.2%) como no caso de violencia psicológica, 47 (20.6%) con violencia psicológica y 7 (3.1%) pacientes con violencia psicológica severa. En el nivel de escolaridad preparatoria 43 (18.9%) mujeres se reportaron como no casos de violencia psicológica, 27 (11.8%) con violencia psicológica y 4 (1.8%) con violencia psicológica severa. En el nivel licenciatura 22 (9.6%) mujeres como no casos de violencia psicológica, 18 (7.9%) con violencia psicológica y 5 (2.2%) con violencia psicológica severa. (Ver tabla y gráfica 21)

En el apartado escolaridad y Violencia sexual se detectó a 1 (0.4%) mujer analfabeta que no presentó violencia sexual. Escolaridad primaria 10 (4.4%) que no presentaron caso de violencia sexual, 4 (1.8%) como caso no severo de violencia sexual y 3 (1.3%) como caso severo de violencia sexual. En el nivel secundaria 74 (32.5%) pacientes como no casos de violencia sexual, 10 (4.4%) como casos no severos de violencia sexual, 7 (3.1%) como caso severo de violencia sexual. La escolaridad preparatoria obtuvo 64 (28.1%) mujeres como no caso de violencia sexual, 8 (3.5%) como caso no severo de violencia sexual y 2 (0.9%) como caso severo de violencia sexual. En nivel licenciatura, 39 (17.1%) pacientes como no caso de violencia sexual, 5 (2.2%) como caso no severo de violencia sexual y 1 (0.4%) como caso severo de violencia sexual. (Ver tabla y gráfica 22)

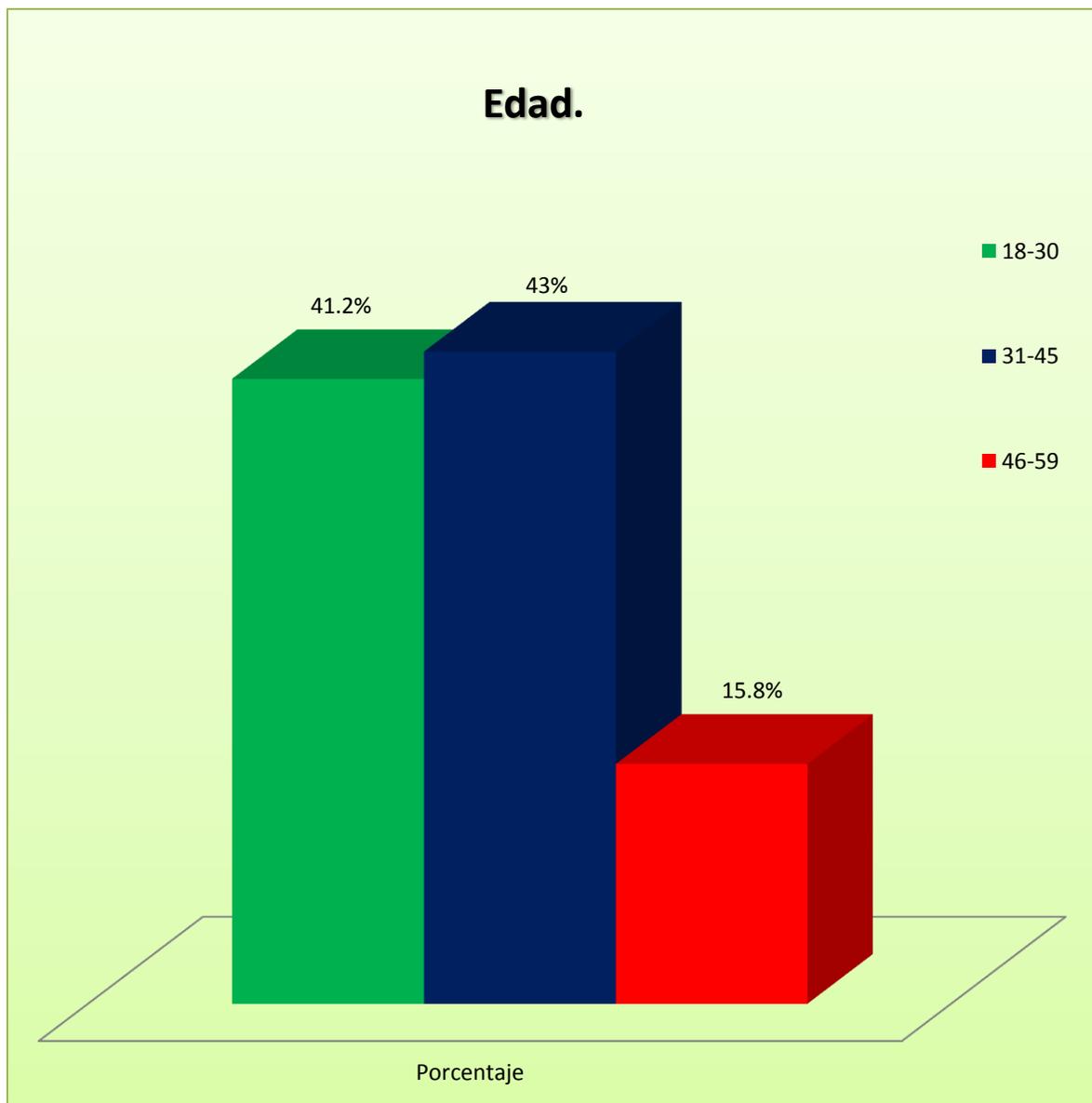
En el componente escolaridad y Violencia física se identificó a 1 (0.4%) mujer analfabeta que presentó violencia física severa. En escolaridad primaria, 11 (4.8%) como no caso de violencia física, 4 (1.8%) pacientes como caso de violencia física y 2 (0.9%) con violencia física severa. En el nivel secundaria, 62 (27.2%) como no caso de violencia física, 20 (8.8%) con violencia física y 9 (3.9%) sufren violencia física severa. En la escolaridad preparatoria 58 (25.4%) como no caso de violencia física, 13 (5.7%) con violencia física y 3 (1.3%) reportan violencia física severa. En el nivel licenciatura, 39 (17.1%) no presentan violencia física, 4 (1.8%) padecen violencia física y 2 (0.9%) reportaron violencia física severa.

(ver tabla y gráfica 23)

En el rubro escolaridad y Riesgo de vida por violencia física se reveló lo siguiente: 1 (0.4%) mujer analfabeta que presentó violencia física severa con riesgo para la vida, nivel primaria, 17 (7.5%) sin violencia física severa con riesgo para la vida, escolaridad secundaria, 90 (39.5%) que no presentan violencia física severa con riesgo para la vida, 1 (0.4%) presentó violencia física severa con riesgo para la vida. En el nivel preparatoria, 74 (32.5%) y licenciatura 45 (19.7%) no se detectó ningún caso positivo. (Ver tabla y gráfica 24)

TABLA 1 EDAD.

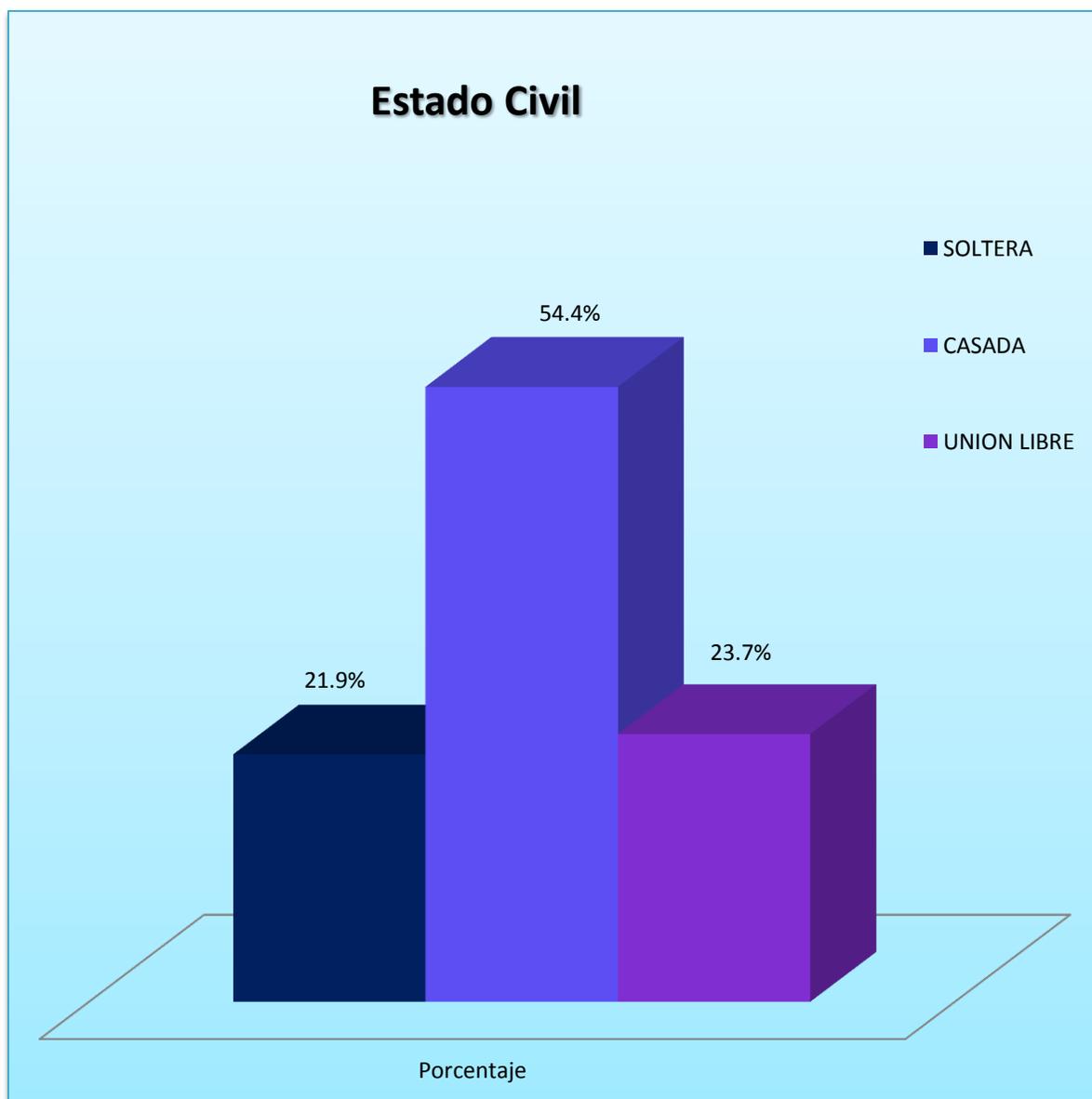
Rango de Edad.	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-30	94	41.2
31-45	98	43
46-59	36	15.8
Total	228	100



GRÁFICA 1 .EDAD.

TABLA 2. ESTADO CIVIL.

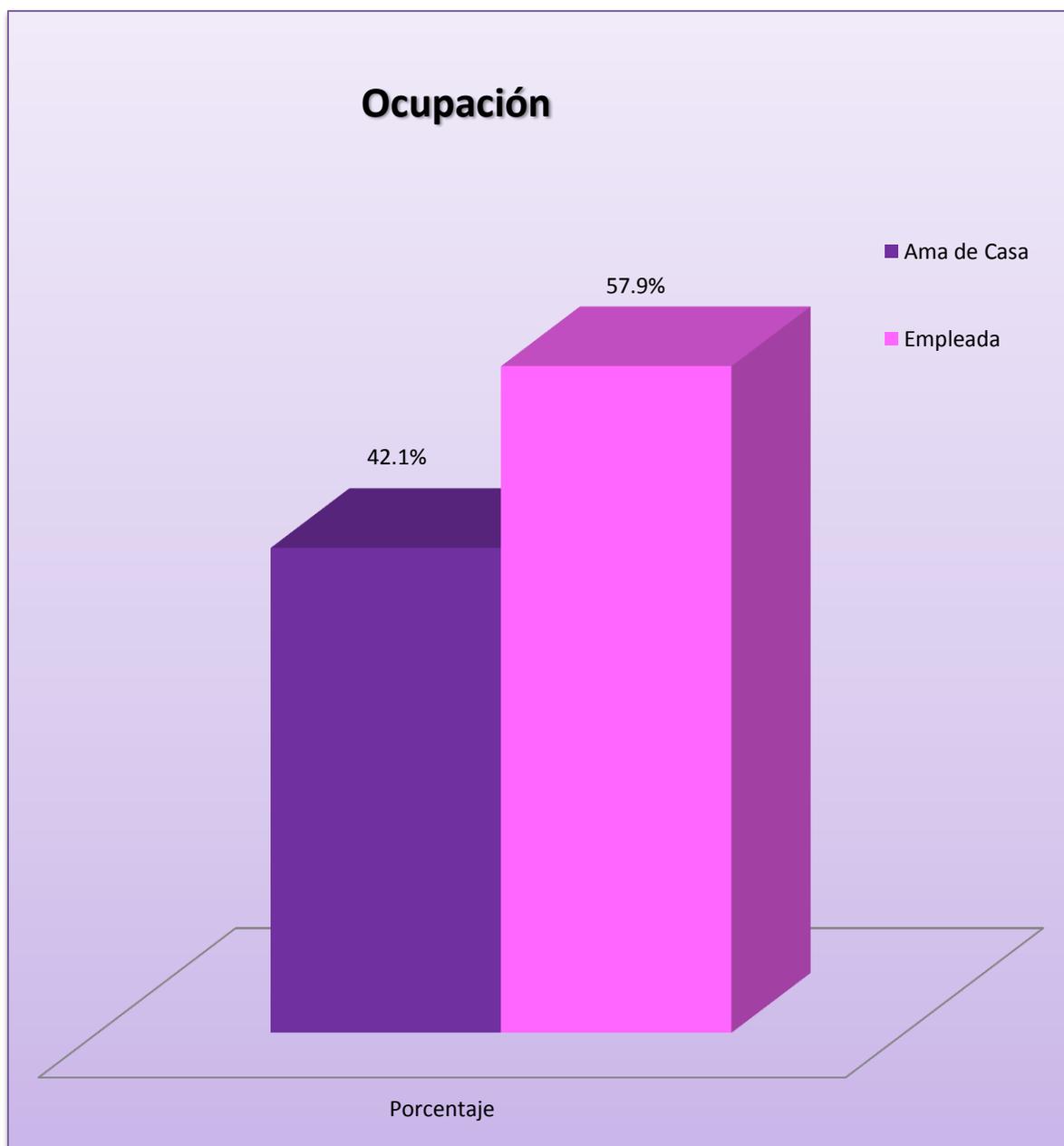
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
SOLTERA	50	21.9
CASADA	124	54.4
UNION LIBRE	54	23.7
Total	228	100



GRÁFICA 2 ESTADO CIVIL.

TABLA 3. OCUPACIÓN

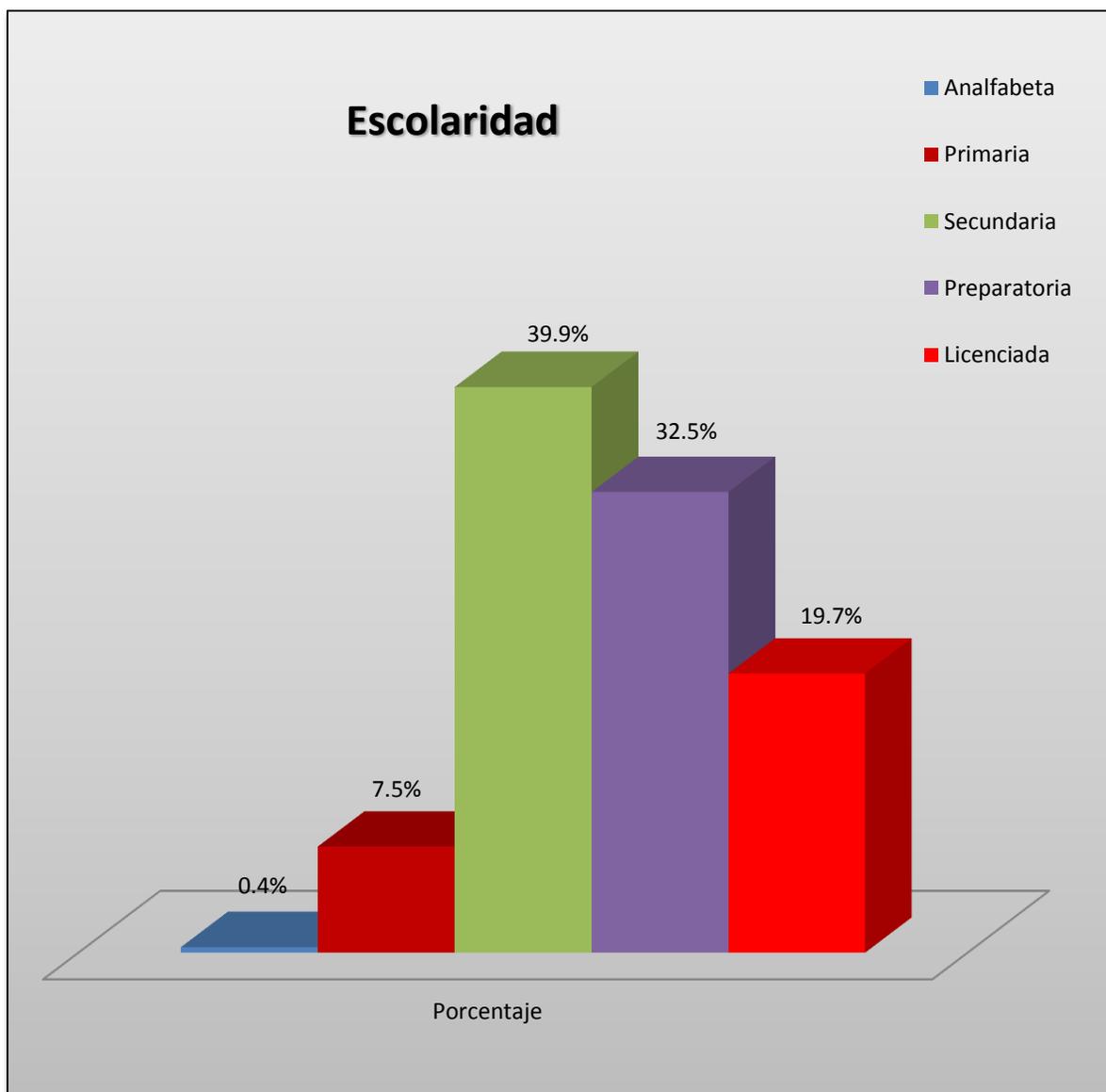
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ama de Casa	96	42.1
Empleada	132	57.9
Total	228	100



GRÁFICA 3. OCUPACIÓN.

TABLA 4. ESCOLARIDAD.

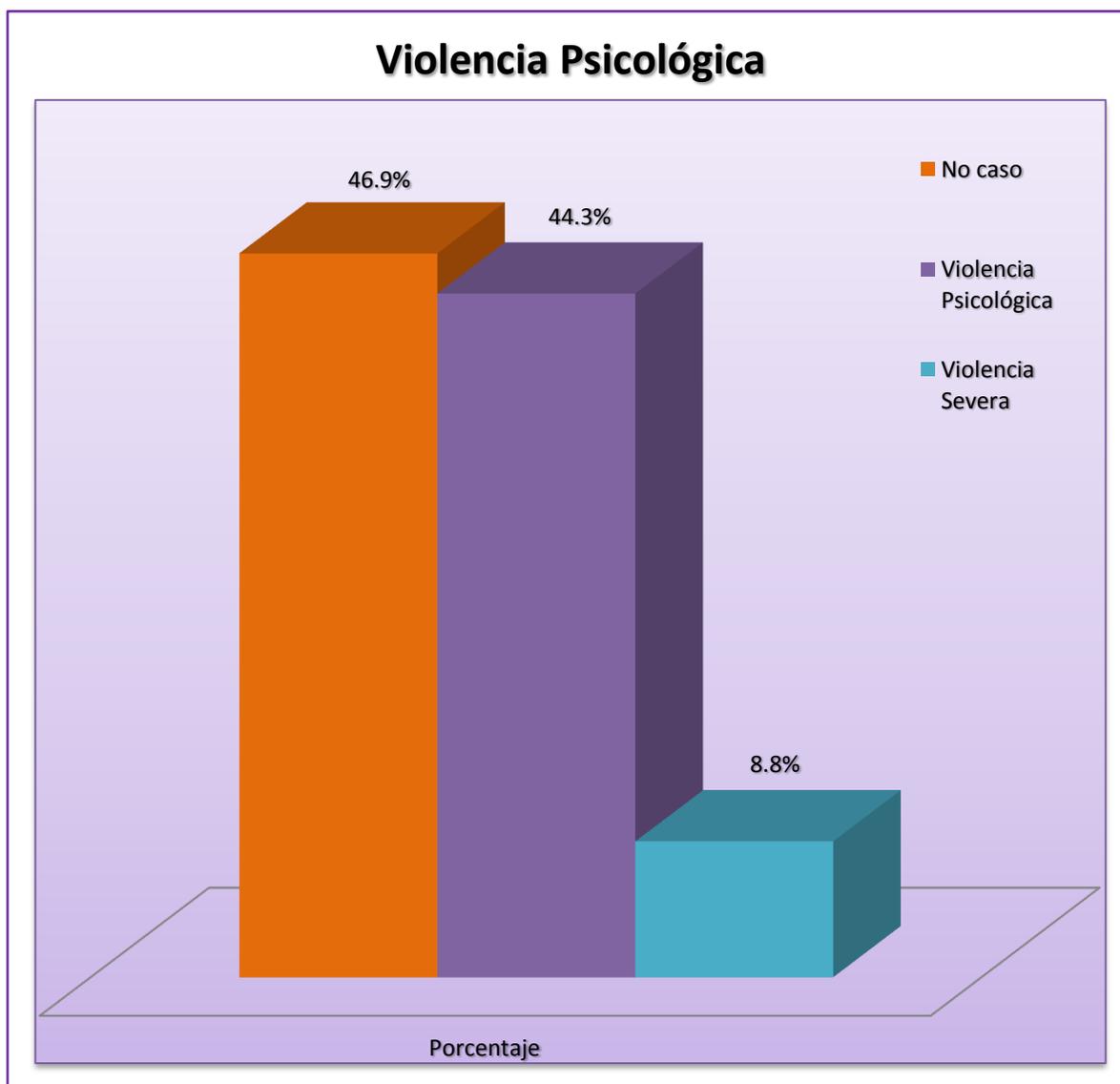
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	1	0.4
Primaria	17	7.5
Secundaria	91	39.9
Preparatoria	74	32.5
Licenciatura	45	19.7
Total	228	100



GRÁFICA 4. ESCOLARIDAD.

TABLA 5. VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

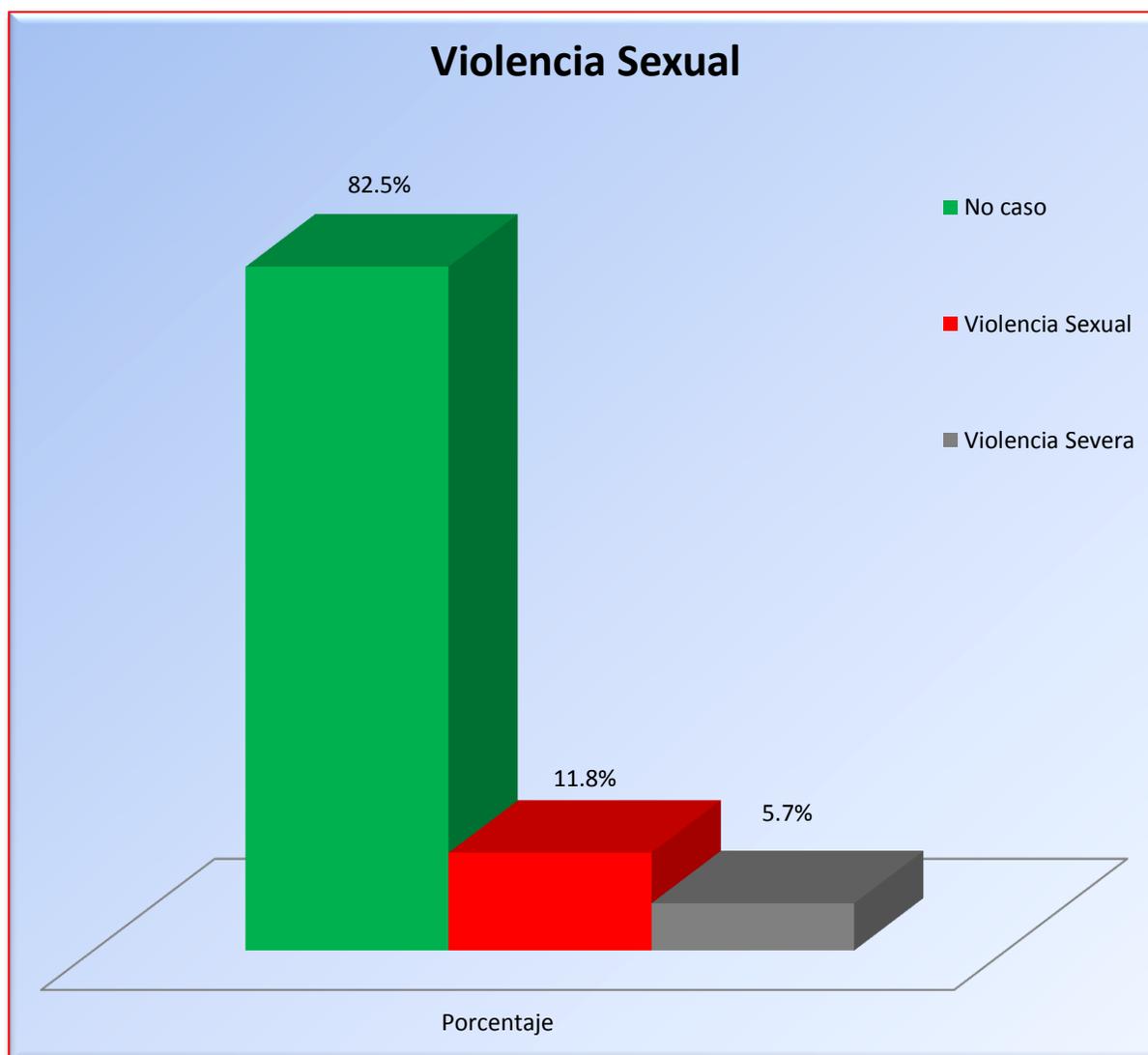
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
No caso	107	46.9
Violencia Psicológica	101	44.3
Violencia psicológica Severa	20	8.8
Total	228	100



GRÁFICA 5. VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

TABLA 6. VIOLENCIA SEXUAL.

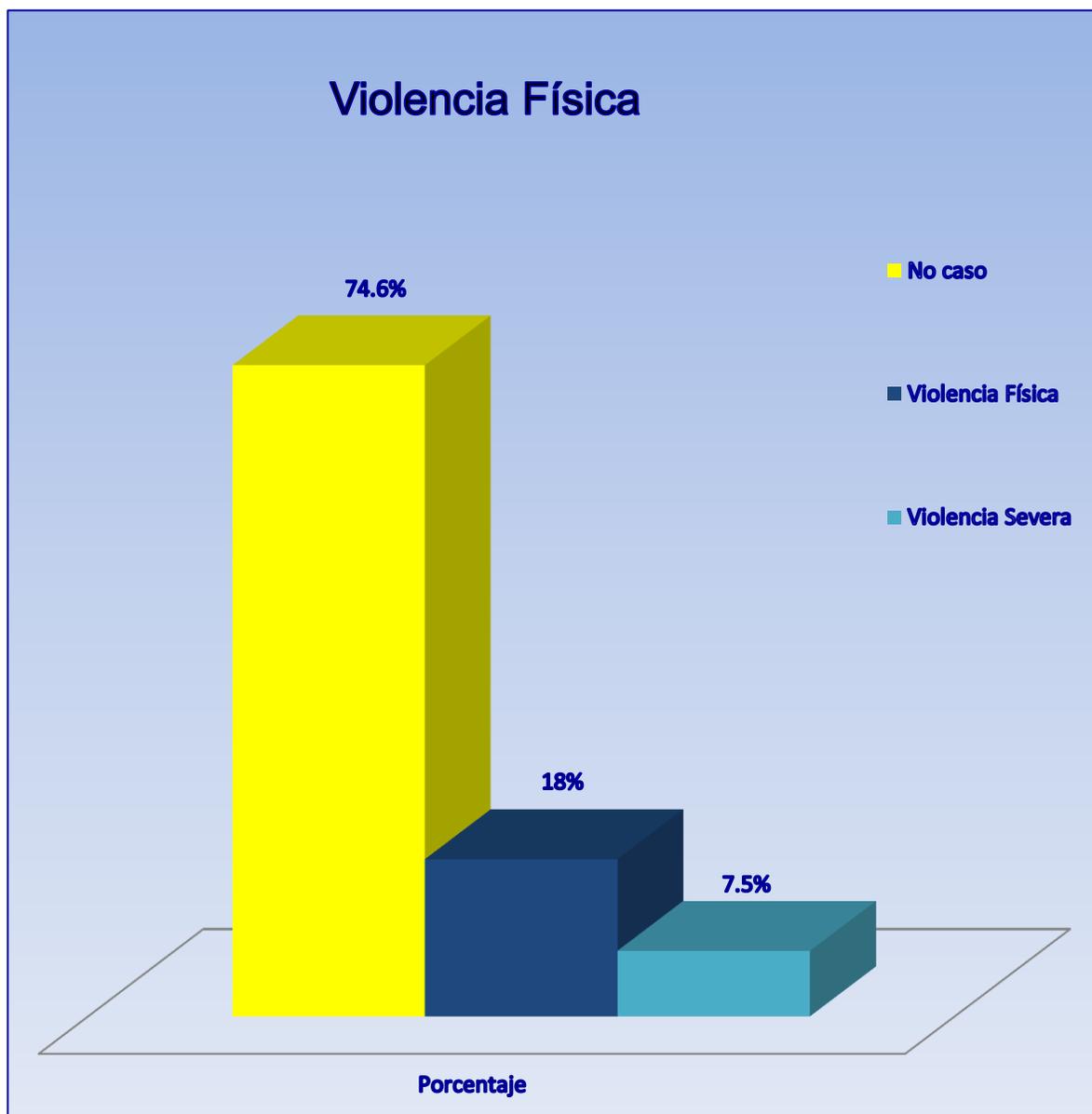
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
No caso	188	82.5
Violencia Sexual	27	11.8
Violencia Sexual Severa	13	5.7
Total	228	100



GRÁFICA 6. VIOLENCIA SEXUAL.

TABLA 7. VIOLENCIA FÍSICA.

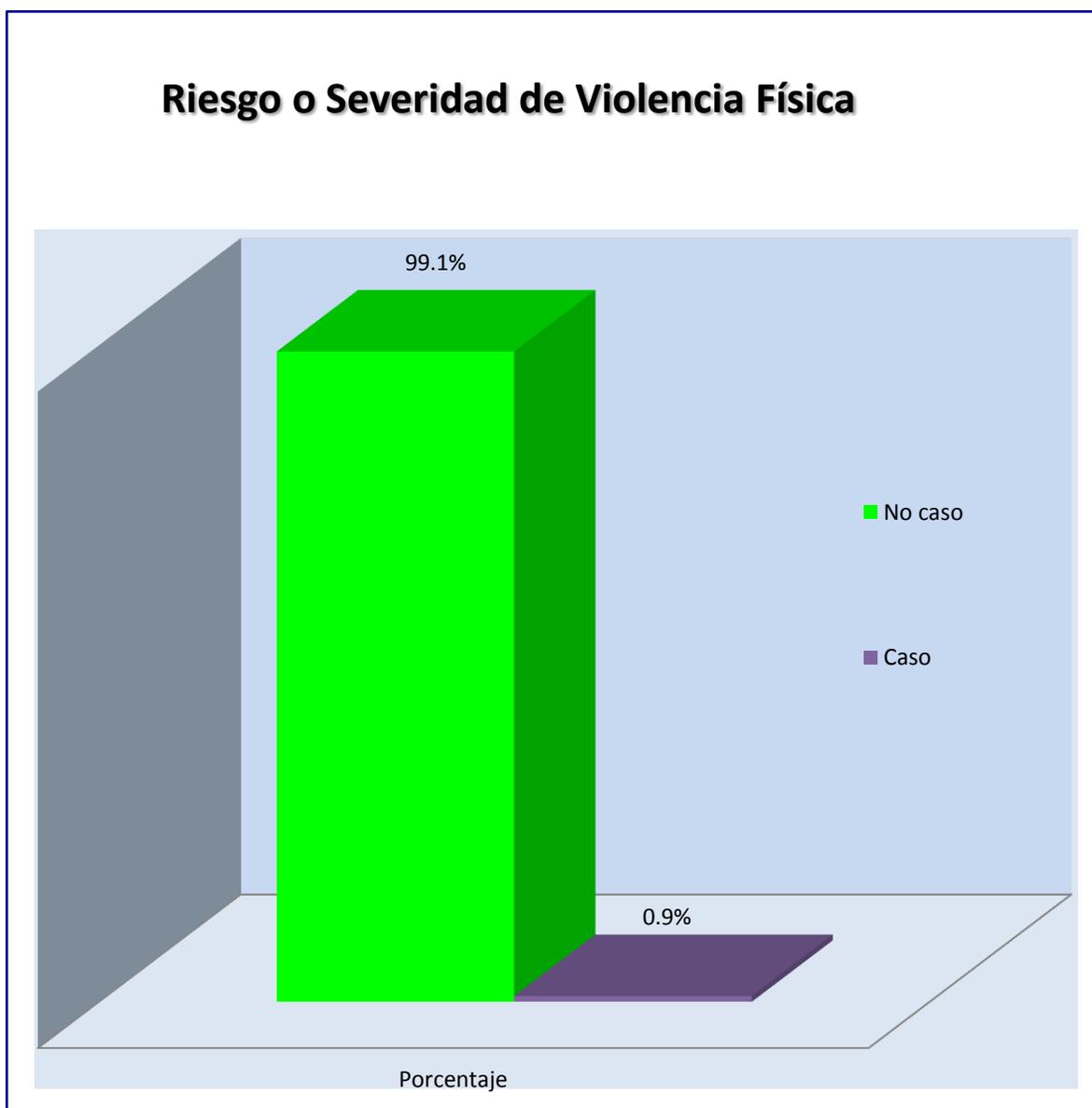
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
No caso	170	74.6
Violencia Física	41	18
Violencia Física Severa	17	7.5
Total	228	100



GRÁFICA 7. VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 8. RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA

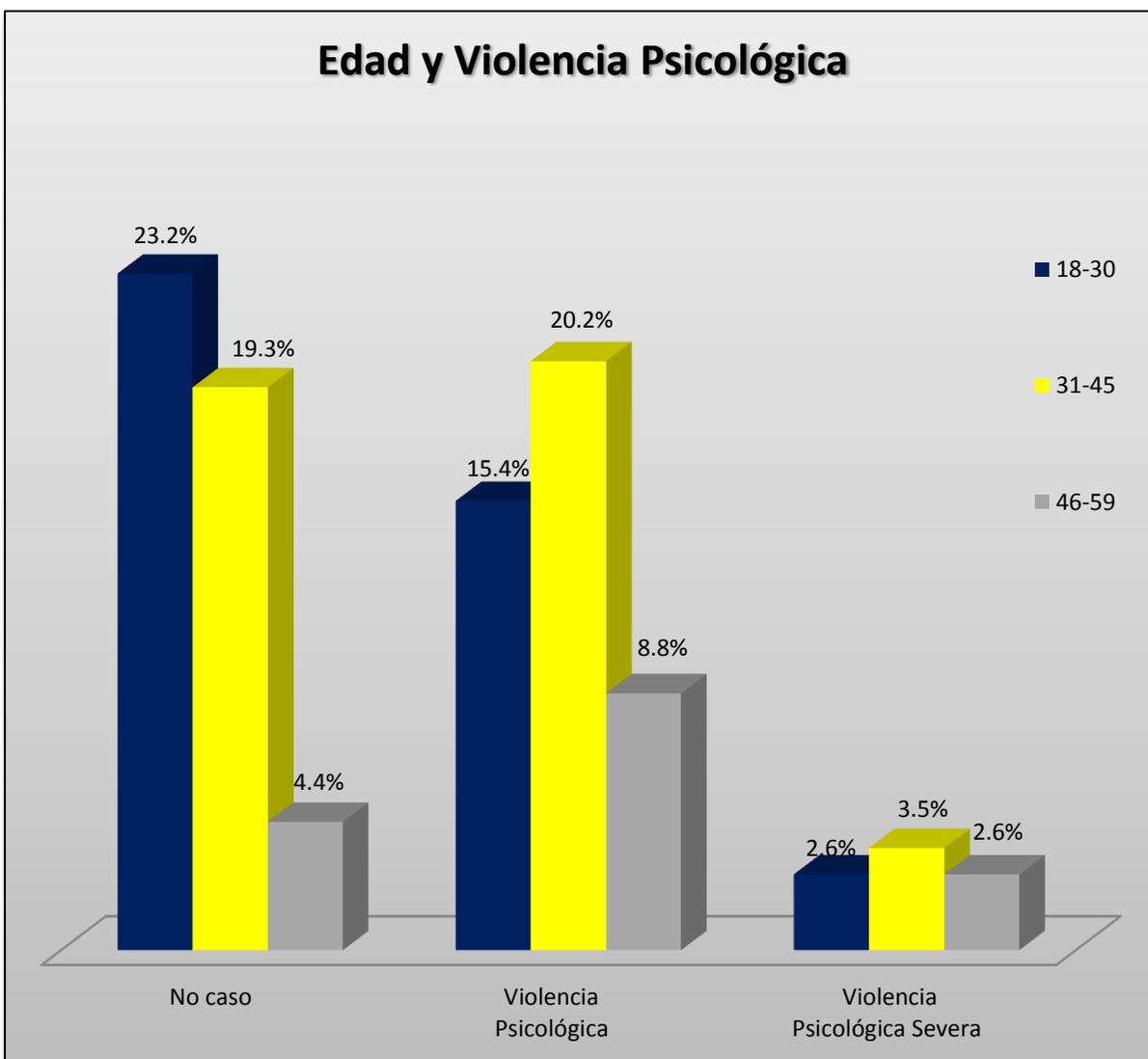
Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
No caso	226	99.1
Caso	2	0.9
Total	228	100



GRÁFICA 8. RIEGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 9. EDAD Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

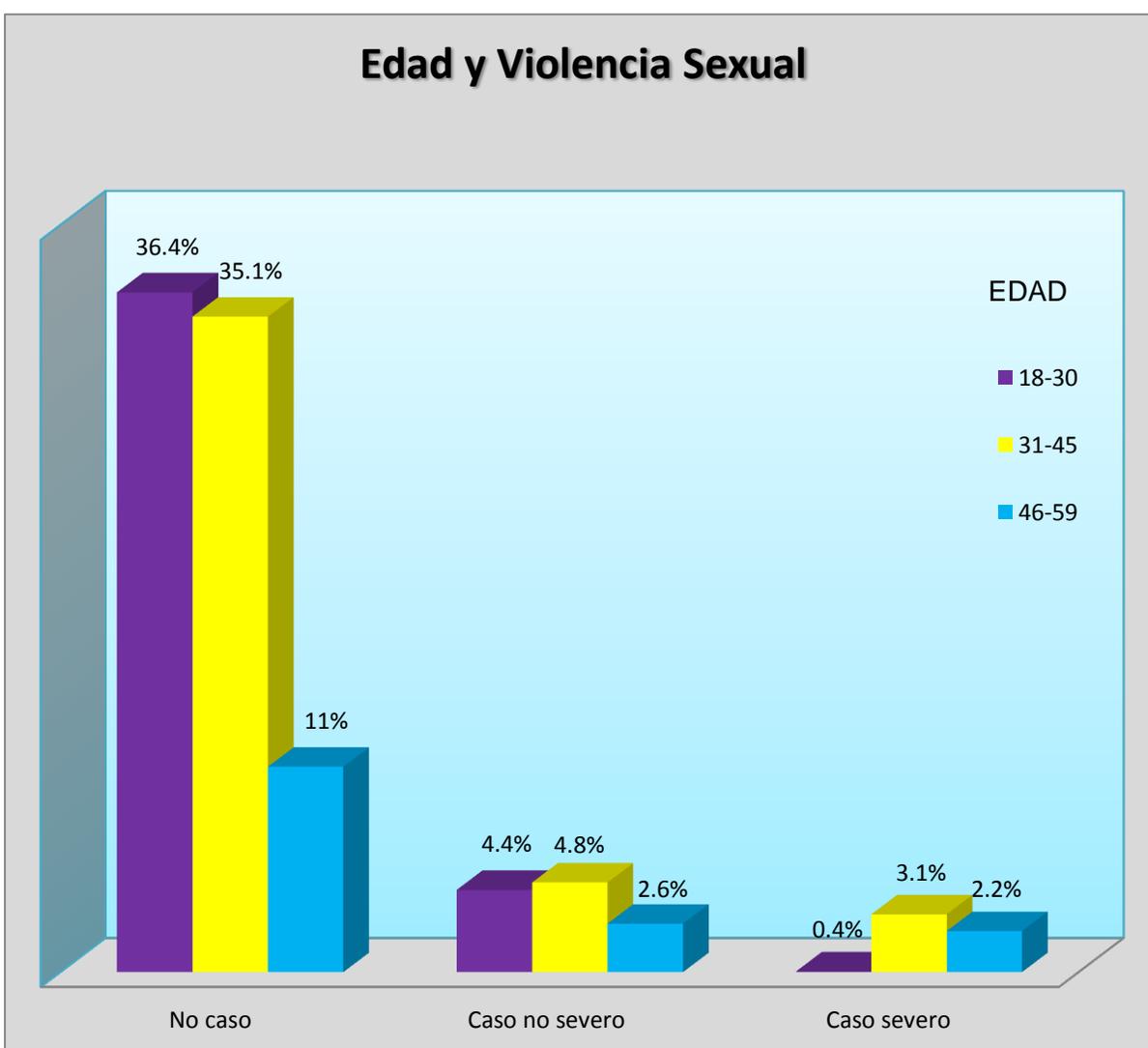
Edad	No caso		Violencia Psicológica		Violencia Psicológica Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18-30	53	23.2	35	15.4	6	2.6	94	41.2
31-45	44	19.3	46	20.2	8	3.5	98	43
46-59	10	4.4	20	8.8	6	2.6	36	15.8
Total	107	46.9	101	44.3	20	8.8	228	100



GRÁFICA 9. EDAD Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

TABLA 10.EDAD Y VIOLENCIA SEXUAL.

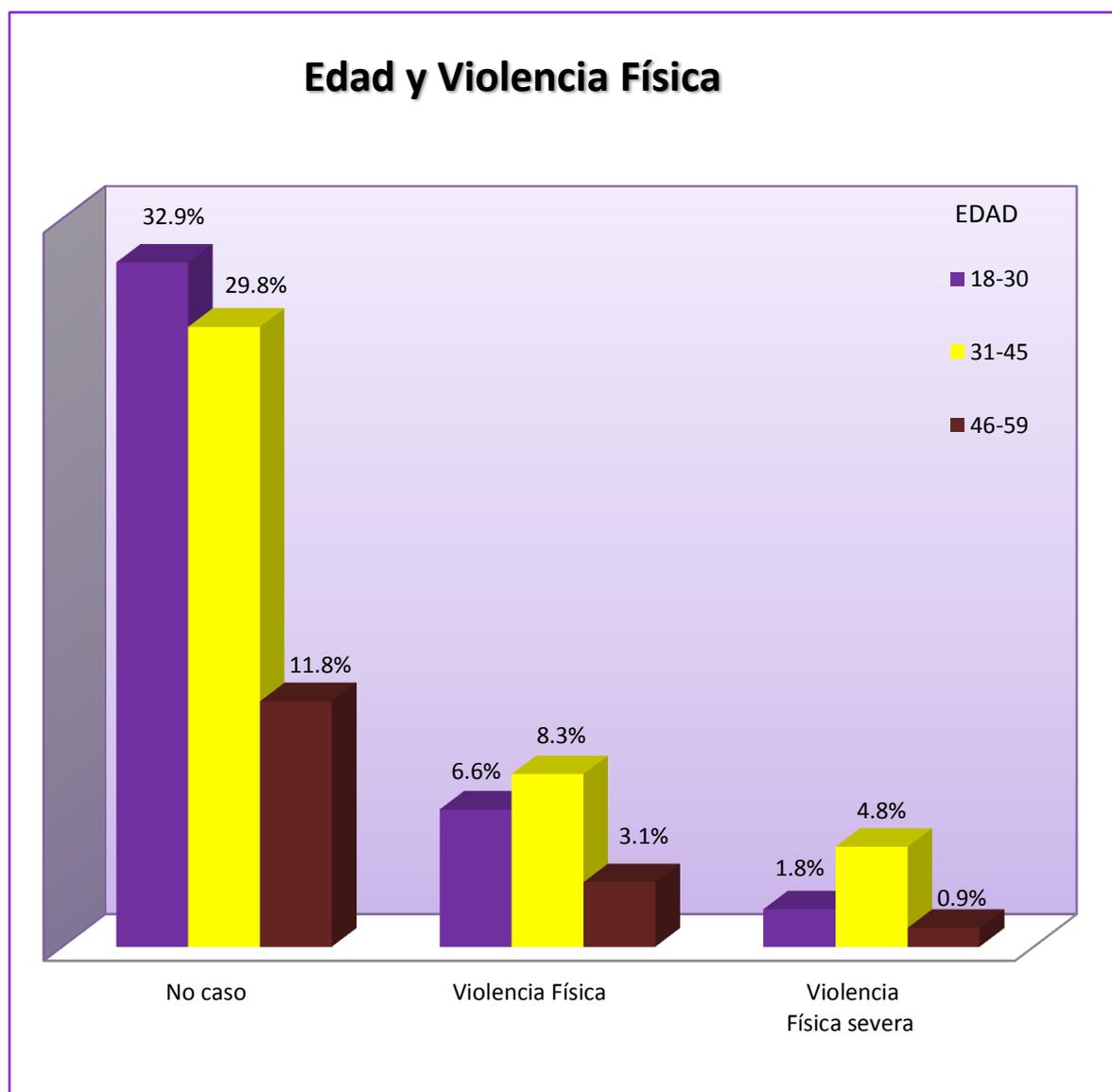
Edad	No caso		Caso no severo		Caso severo		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18-30	83	36.4	10	4.4	1	0.04	94	41.2
31-45	80	35.1	11	4.8	7	3.1	98	43
46-59	25	11	6	2.6	5	2.2	36	15.8
Total	188	82.5	27	11.8	13	5.7	228	100



GRÁFICA 10. EDAD Y VIOLENCIA SEXUAL.

TABLA 11. EDAD Y VIOLENCIA FÍSICA.

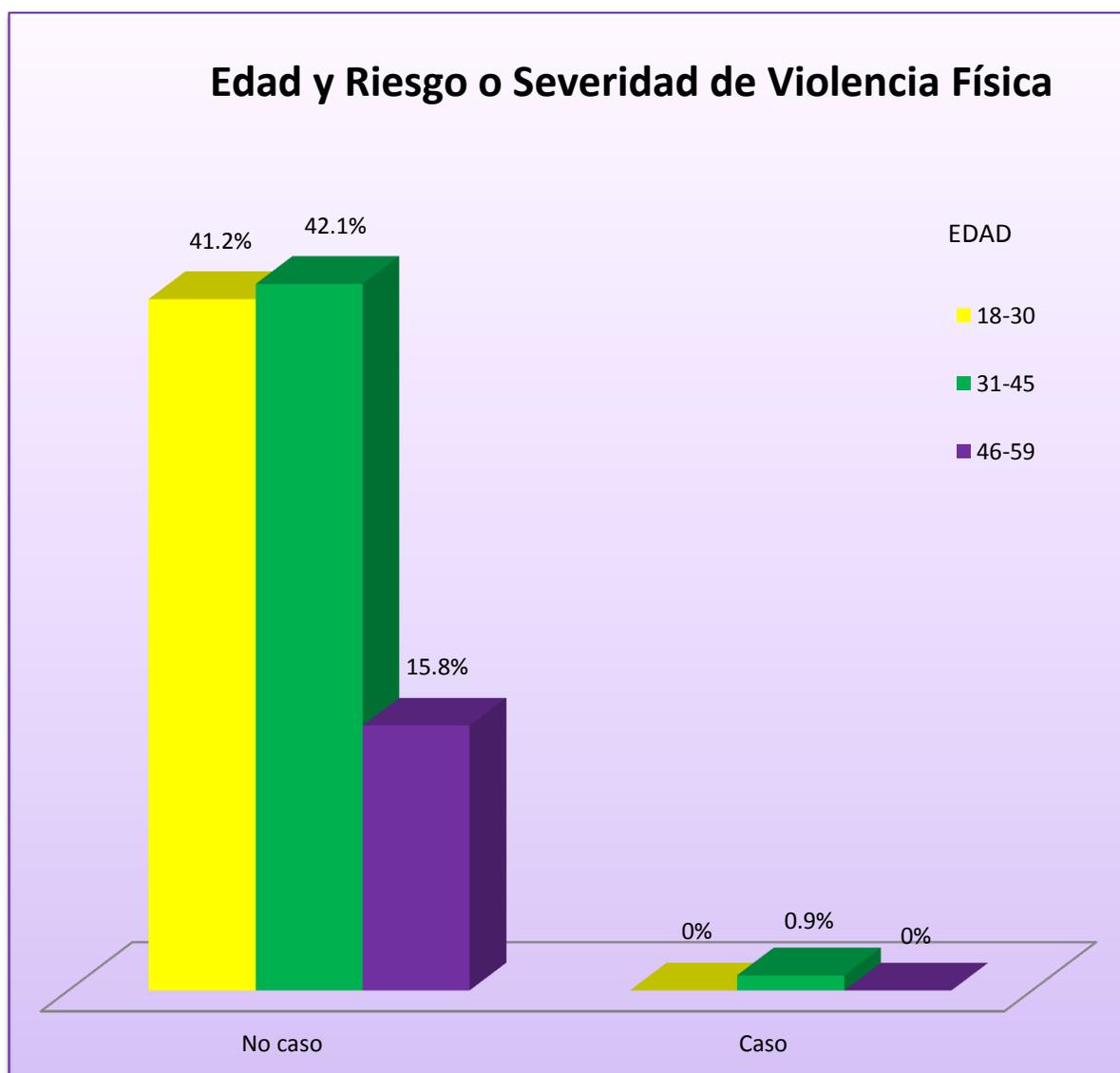
Edad	No caso		Violencia Física		Violencia Física severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18-30	75	32.9	15	6.6	4	1.8	94	41.2
31-45	68	29.8	19	8.3	11	4.8	98	43
46-59	27	11.8	7	3.1	2	0.9	36	15.8
Total	170	74.6	41	18	17	7.5	228	100



GRÁFICA 11. EDAD Y VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 12. EDAD Y RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

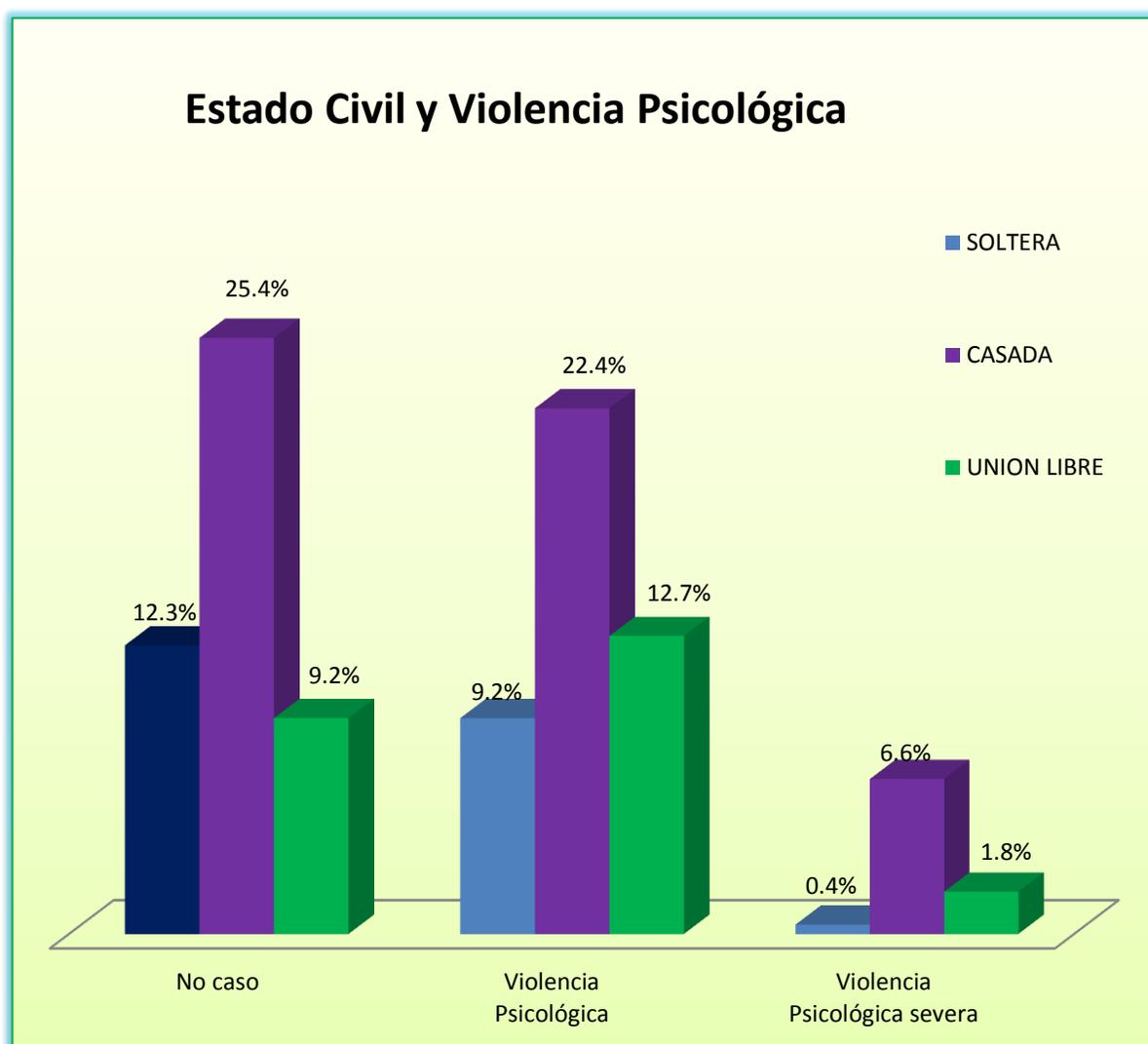
Edad	No caso		Caso		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18-30	94	41.2	0	0	94	41.2
31-45	96	42.1	2	0.9	98	43
46-59	36	15.8	0	0	36	15.8
Total	226	99.1	2	0.9	228	100



GRÁFICA 12. EDAD Y RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 13. ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

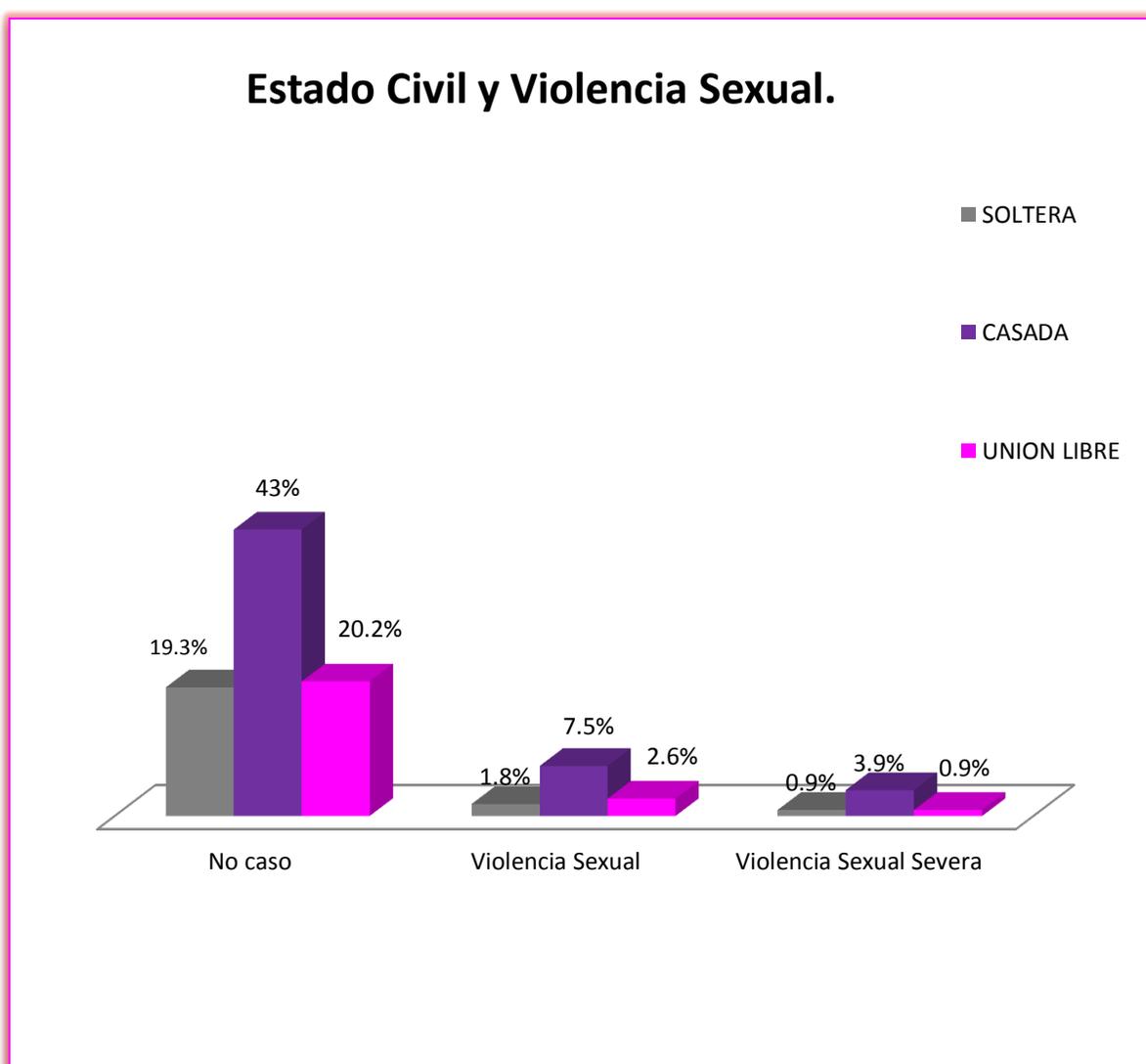
Estado Civil	No caso		Violencia Psicológica		Violencia Psicológica severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SOLTERA	28	12.3	21	9.2	1	0.4	50	21.9
CASADA	58	25.4	51	22.4	15	6.6	124	54.4
UNION LIBRE	21	9.2	29	12.7	4	1.8	54	23.7
Total	107	46.9	101	44.3	20	8.8	228	100



GRAFICA 13. ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

TABLA 14. ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA SEXUAL.

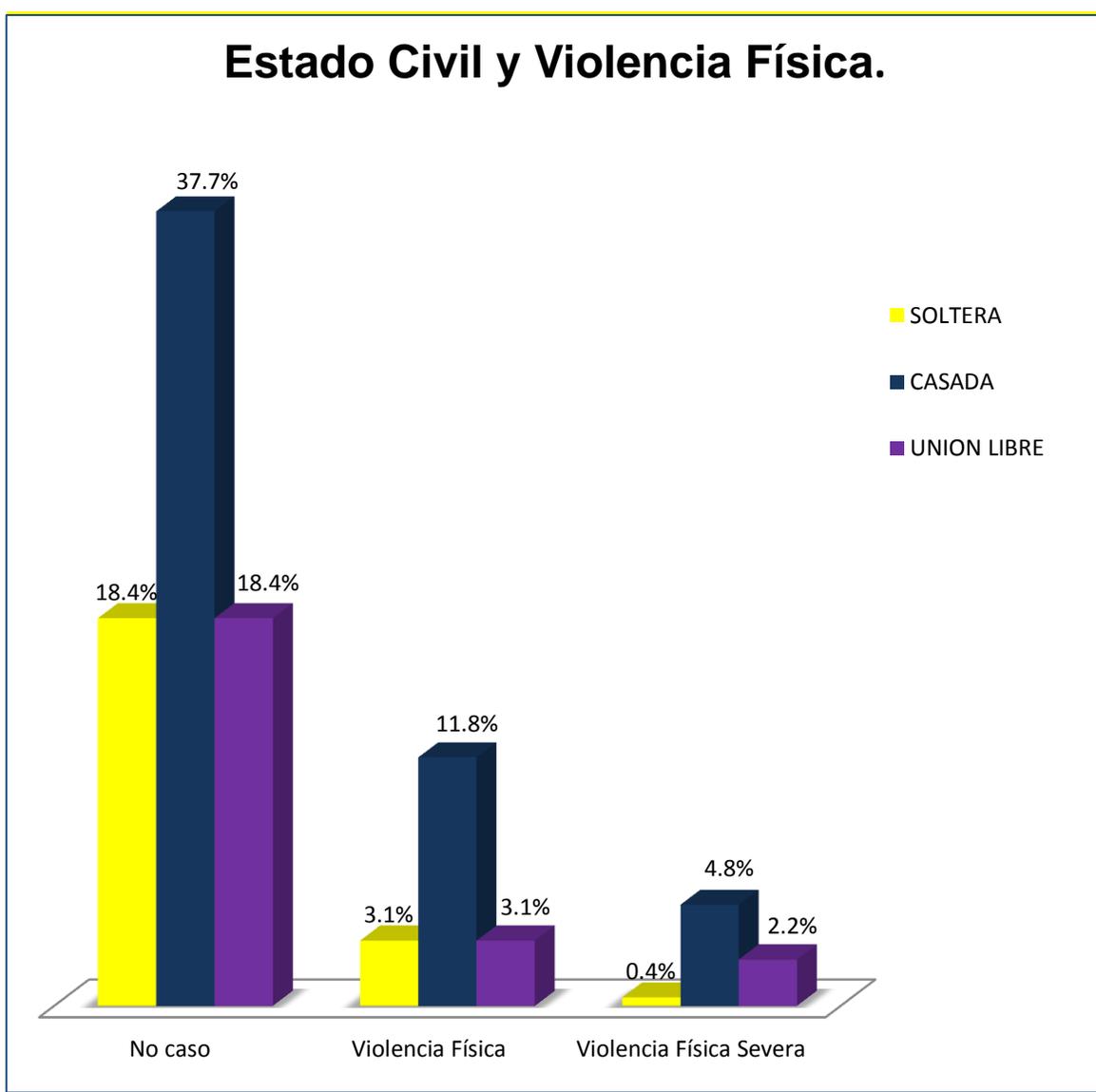
Estado Civil	No caso		Violencia Sexual		Violencia Sexual Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SOLTERA	44	19.3	4	1.8	2	0.9	50	21.9
CASADA	98	43	17	7.5	9	3.9	124	54.4
UNION LIBRE	46	20.2	6	2.6	2	0.9	54	23.7
Total	188	82.5	27	11.8	13	5.7	228	100



GRÁFICA 14. ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA SEXUAL.

TABLA 15. ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA FÍSICA.

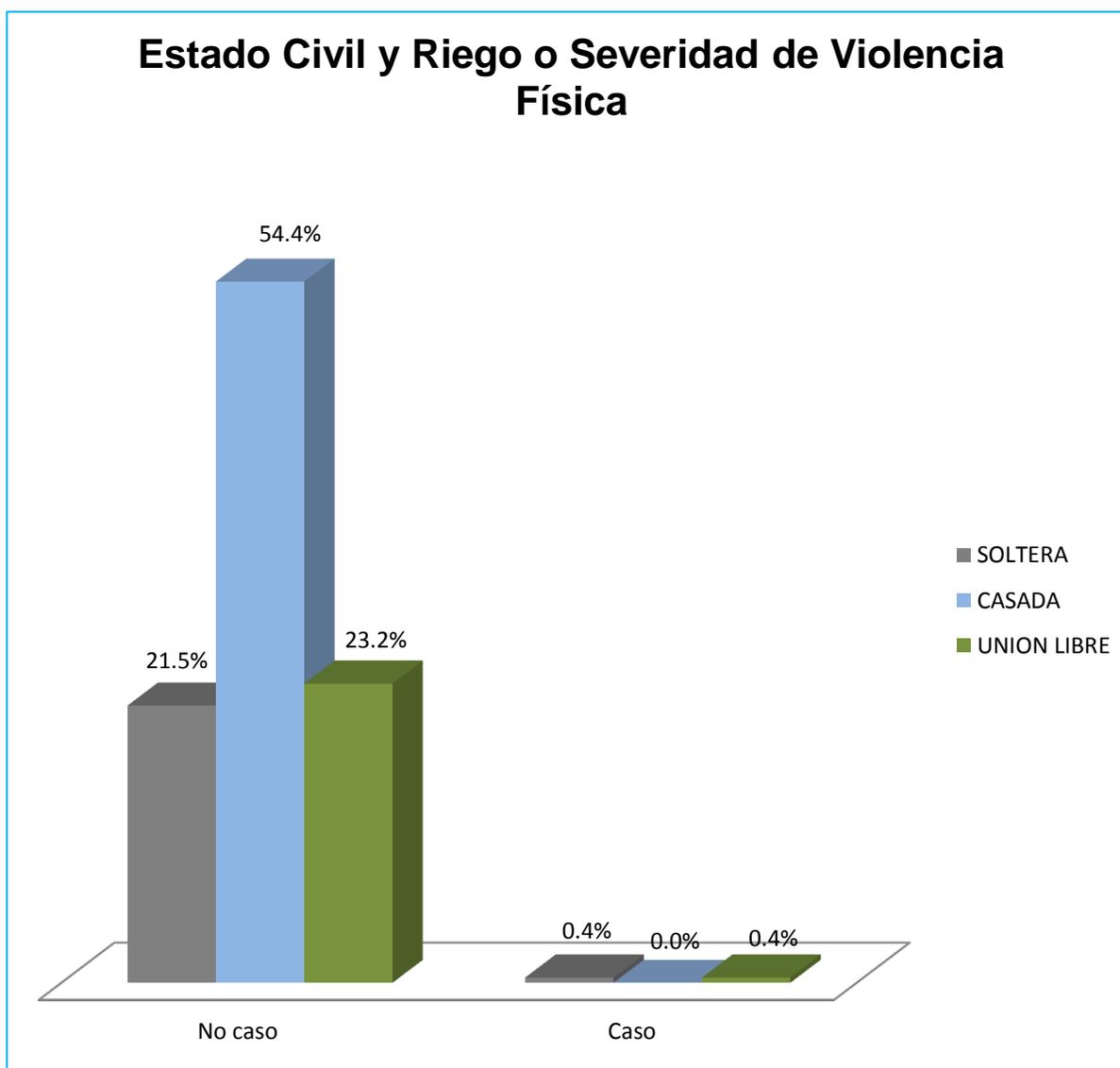
Estado Civil	No caso		Violencia Física		Violencia Física Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SOLTERA	42	18.4	7	3.1	1	0.4	50	21.9
CASADA	86	37.7	27	11.8	11	4.8	124	54.4
UNION LIBRE	42	18.4	7	3.1	5	2.2	54	23.7
Total	170	76.4	41	18	17	7.5	228	100



GRÁFICA 15. ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 16. ESTADO CIVIL Y RIESGO O SEVRIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

Estado Civil	No caso		Caso		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SOLTERA	49	21.5	1	0.4	50	21.9
CASADA	124	54.4	0	0	124	54.4
UNION LIBRE	53	23.2	1	0.4	54	23.7
TOTAL.	226	99.1	2	0.8	228	100



GRÁFICA 16. ESTADO CIVIL Y RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 17. OCUPACIÓN Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

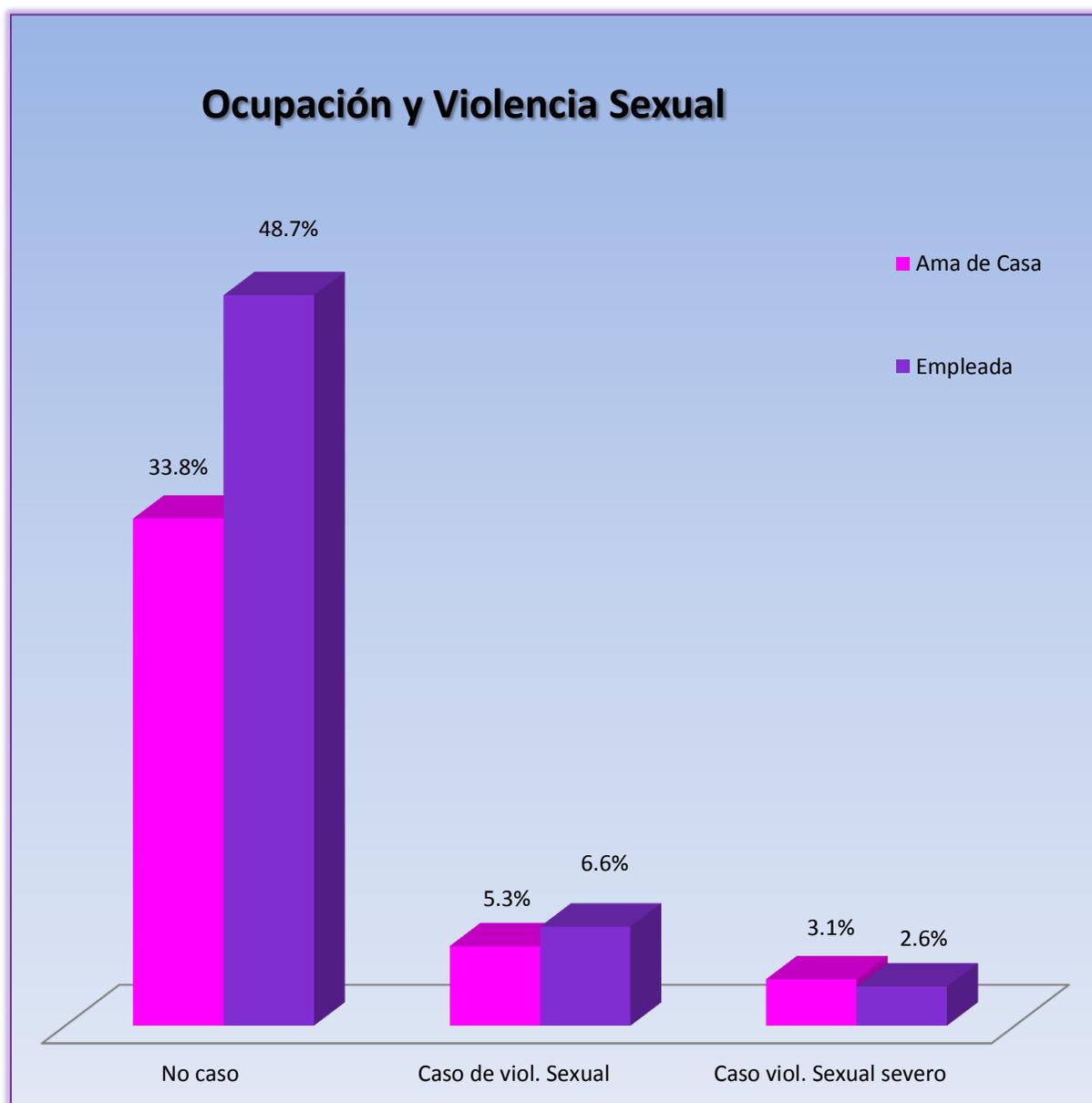
Ocupación	No caso		Violencia Psicológica		Violencia Psicológica Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ama de Casa	43	18.9	44	19.3	9	3.9	96	42.1
Empleada	64	28.1	57	25	11	4.8	132	57.9
Total	107	46.9	101	44.3	20	8.8	228	100



GRÁFICA 17. OCUPACIÓN Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

TABLA 18. OCUPACIÓN Y VIOLENCIA SEXUAL.

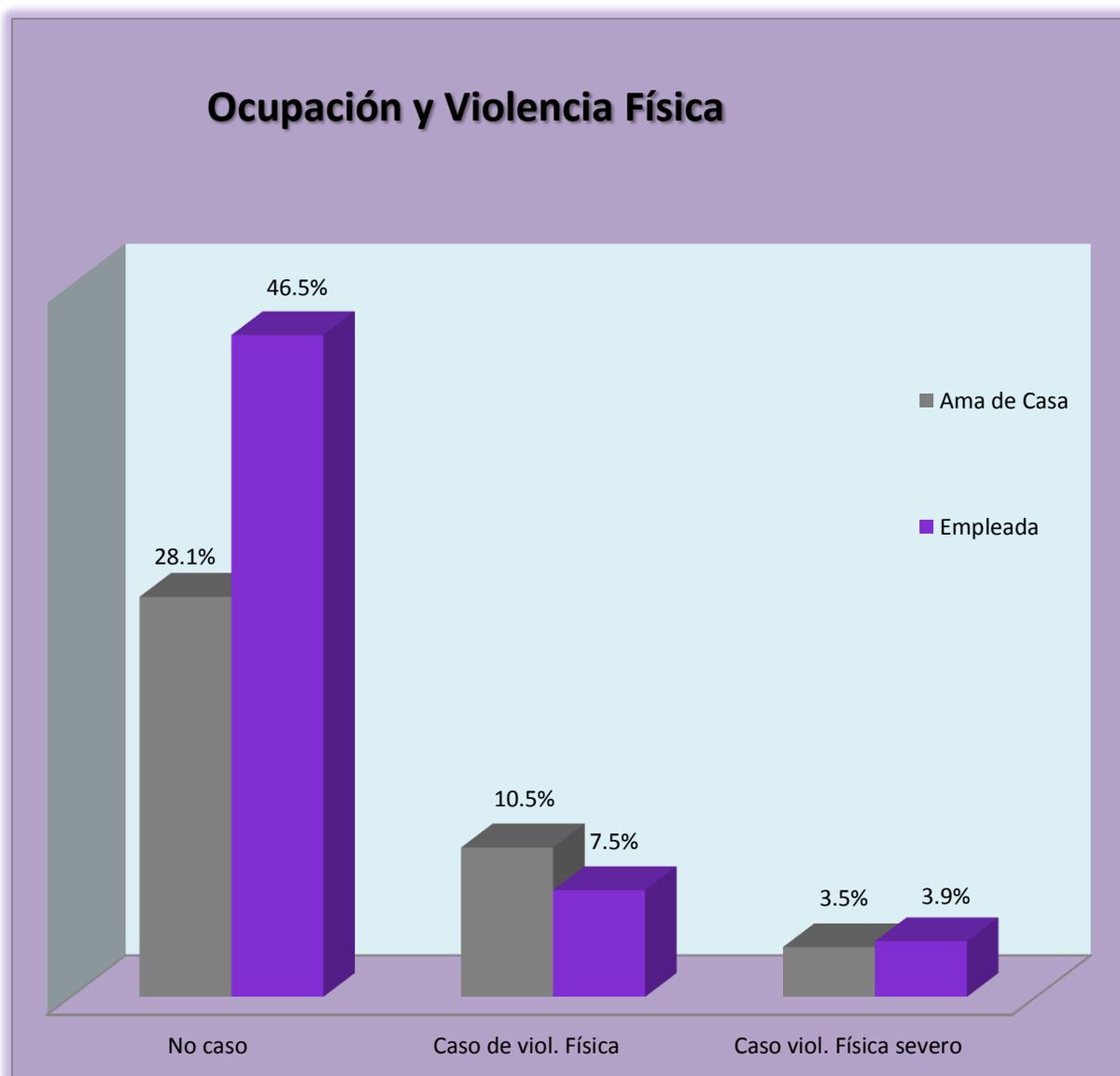
Ocupación	No caso		Violencia Sexual		Violencia sexual severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ama de Casa	77	33.8	12	5.3	7	3.1	96	42.1
Empleada	111	48.7	15	6.6	6	2.6	132	57.9
Total	188	82.5	27	11.8	13	5.7	228	100



GRÁFICA 18. OCUPACIÓN Y VIOLENCIA SEXUAL.

TABLA 19. OCUPACIÓN Y VIOLENCIA FÍSICA.

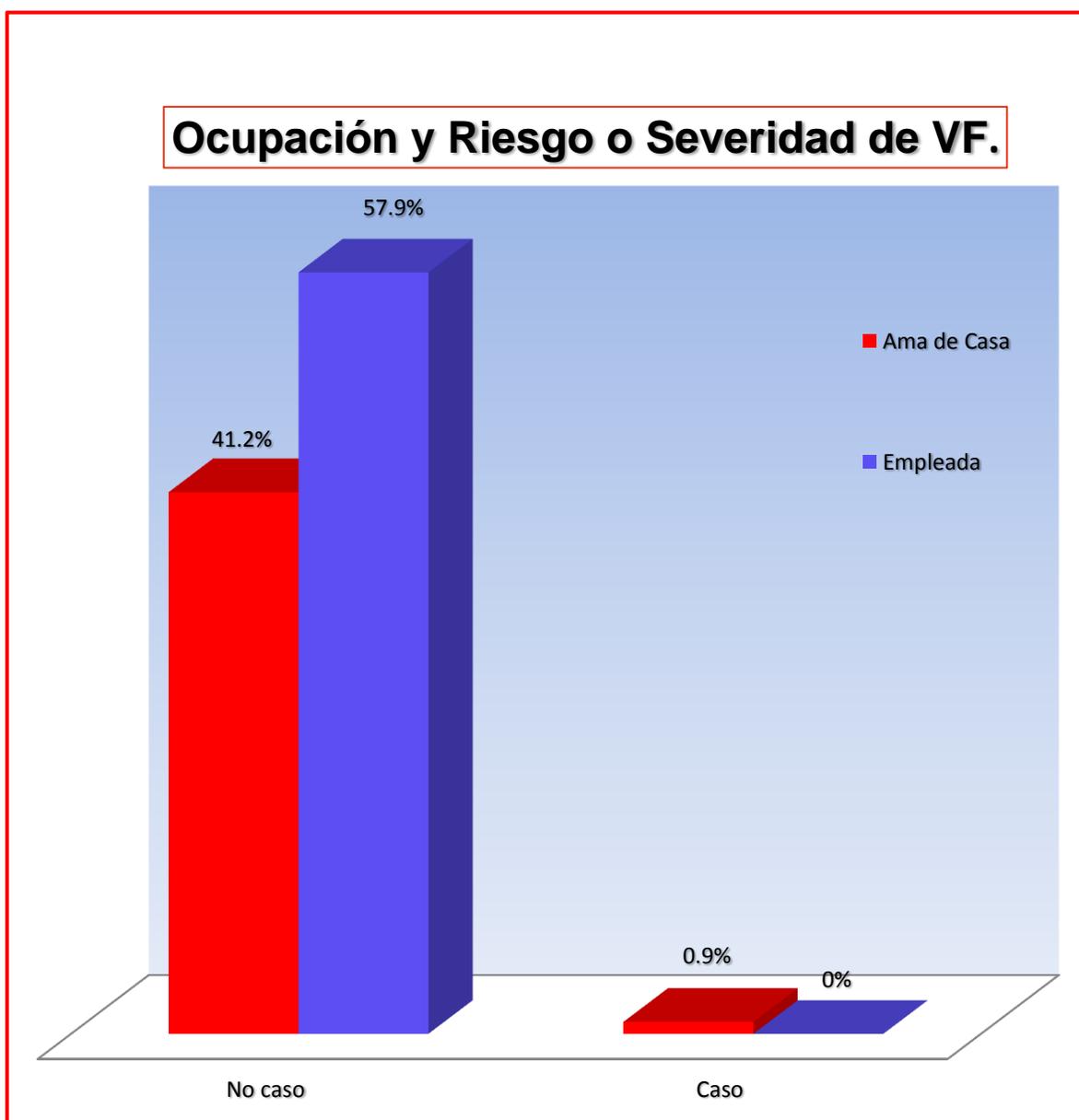
Ocupación	No caso		Violencia Física		Violencia Física severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ama de Casa	64	28.1	24	10.5	8	3.5	96	42.1
Empleada	106	46.5	17	7.5	9	3.9	132	57.9
Total	170	74.6	41	18	17	7.5	228	100



GRÁFICA 19. OCUPACIÓN Y VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 20. OCUPACIÓN Y RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

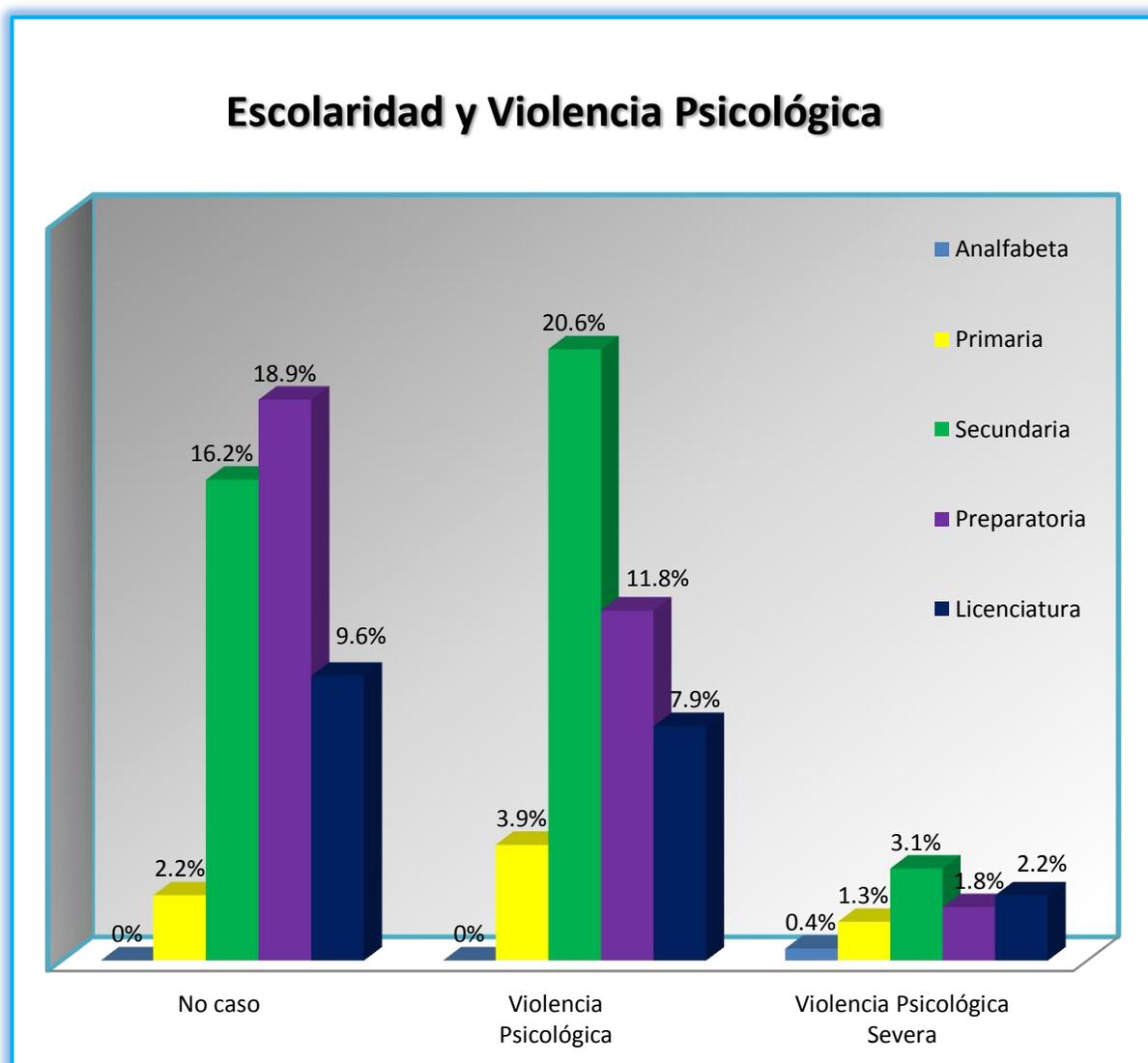
Ocupación	No caso		Caso		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ama de Casa	94	41.2	2	0.9	96	42.1
Empleada	132	57.9	0	0	132	57.9
Total	226	99.1	2	0.9	228	100



GRÁFICA 20. OCUPACIÓN Y RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 21. ESCOLARIDAD Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

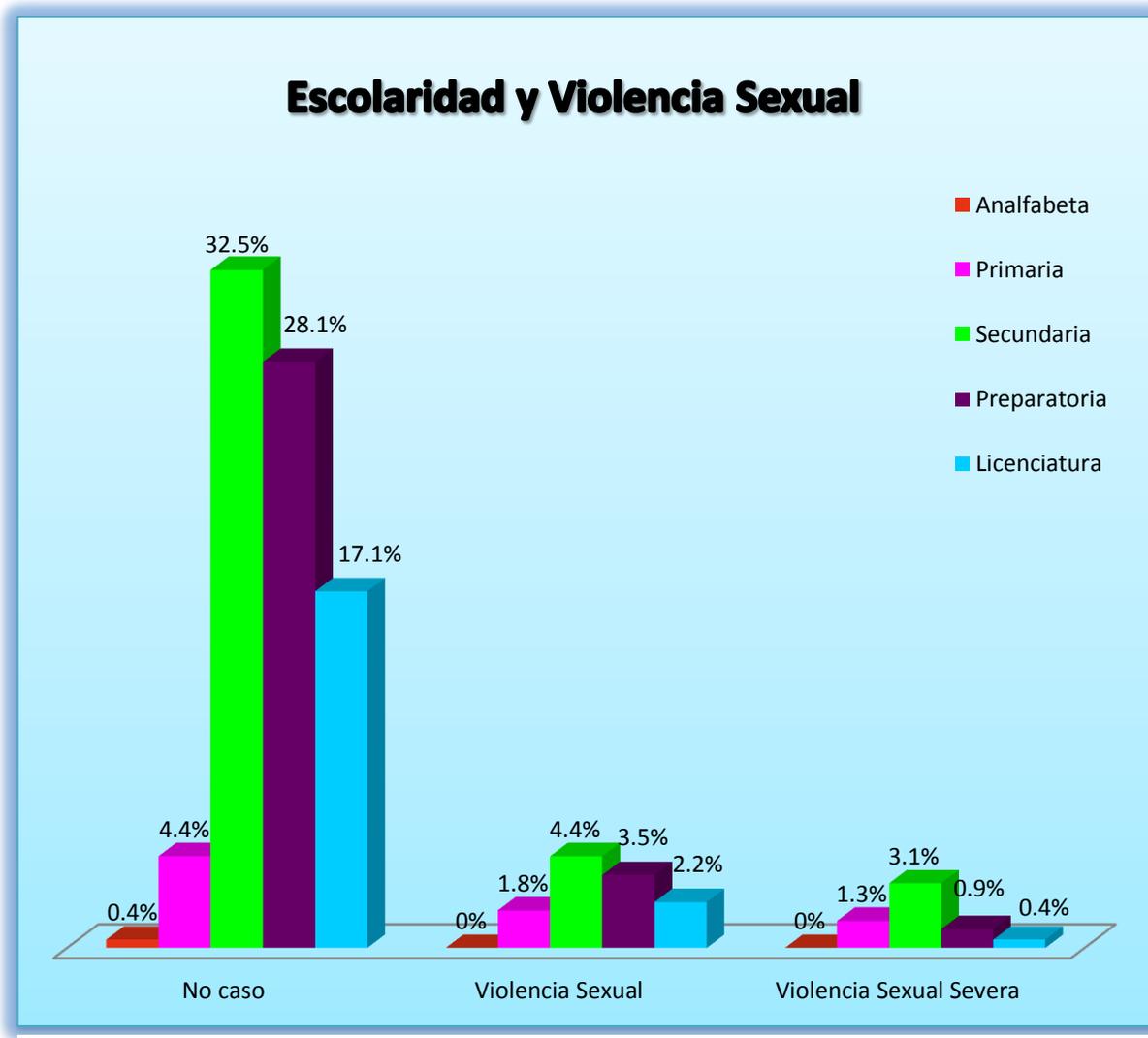
Escolaridad	No caso		Violencia Psicológica		Violencia Psicológica Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4
Primaria	5	2.2	9	3.9	3	1.3	17	7.5
Secundaria	37	16.2	47	20.6	7	3.1	91	39.9
Preparatoria	43	18.9	27	11.8	4	1.8	74	32.5
Licenciatura	22	9.6	18	7.9	5	2.2	45	19.7
Total	107	46.9	101	44.3	20	8.8	228	100



GRÁFICA 21. ESCOLARIDAD Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

TABLA 22. ESCOLARIDAD Y VIOLENCIA SEXUAL.

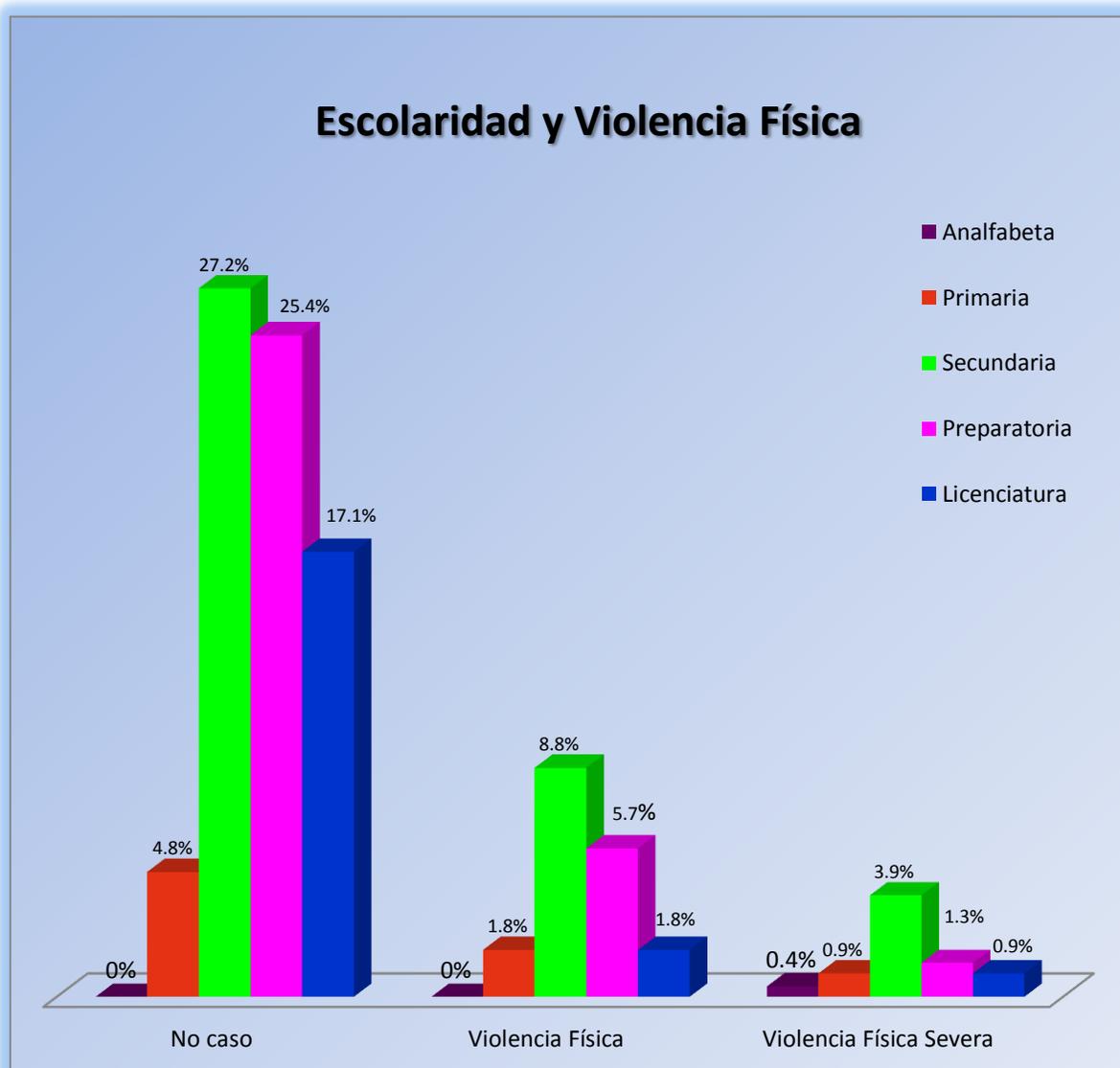
Ocupación	No caso		Violencia Sexual		Violencia Sexual severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	1	0.4	0	0	0	0	1	0.4
Primaria	10	4.4	4	1.8	3	1.3	17	7.5
Secundaria	74	32.5	10	4.4	7	3.1	91	39.9
Preparatoria	64	28.1	8	3.5	2	0.9	74	32.5
Licenciatura	39	17.1	5	2.2	1	0.4	45	19.7
Total	188	82.5	27	11.8	13	5.7	228	100



GRÁFICA 22. ESCOLARIDAD Y VIOLENCIA SEXUAL.

TABLA 23. ESCOLARIDAD Y VIOLENCIA FÍSICA.

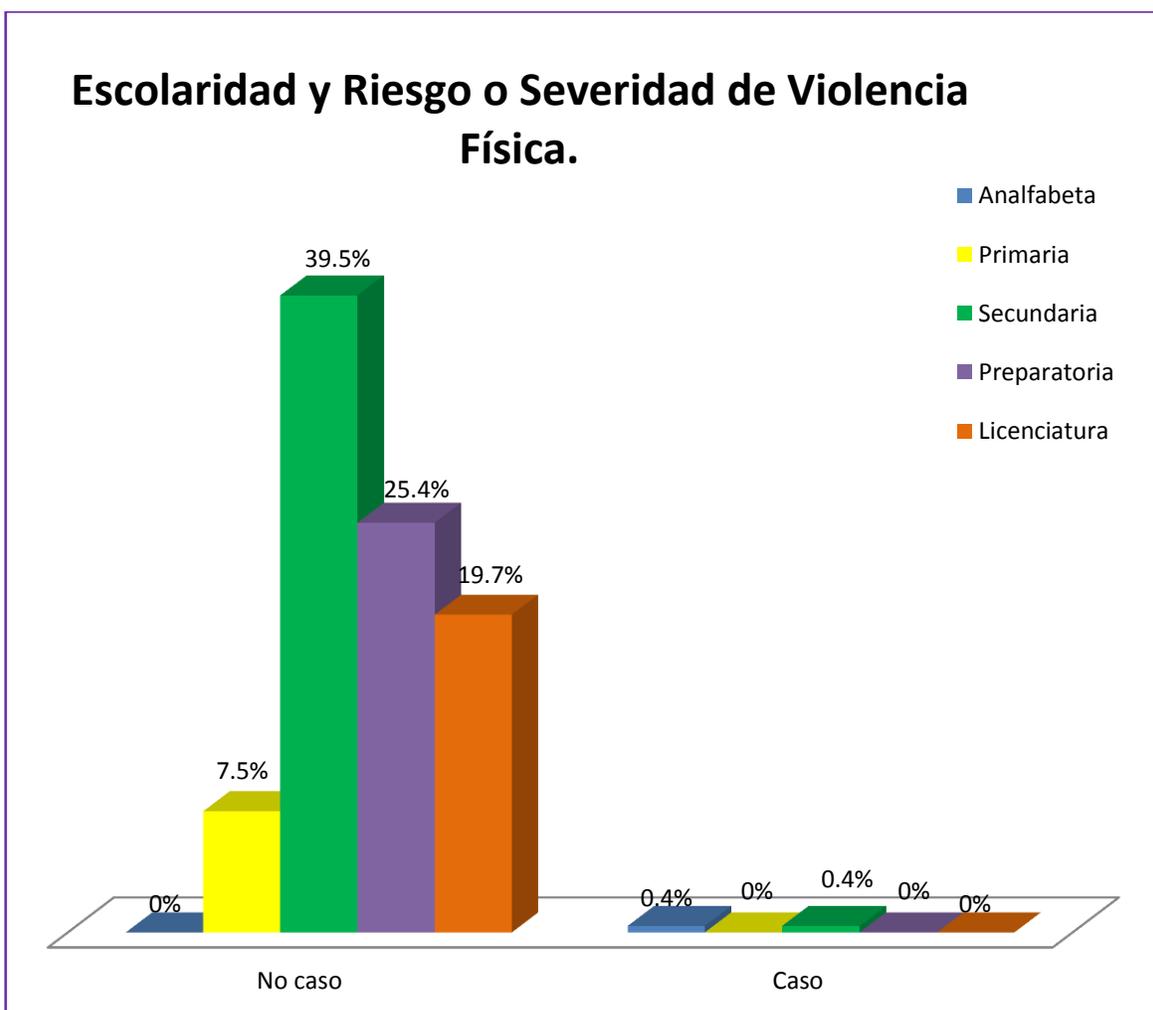
Escolaridad	No caso		Caso Violencia Física		Violencia Física Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4
Primaria	11	4.8	4	1.8	2	0.9	17	7.5
Secundaria	62	27.2	20	8.8	9	3.9	91	39.9
Preparatoria	58	25.4	13	5.7	3	1.3	74	32.5
Licenciatura	39	17.1	4	1.8	2	0.9	45	19.7
Total	170	74.6	41	18	20	7.5	228	100



GRÁFICA 23. ESCOLARIDAD Y VIOLENCIA FÍSICA.

TABLA 24.ESCOLARIDAD Y RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

Escolaridad	No caso		Caso		Total	
	Frecuencia	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	0	0	1	0.4	1	0.4
Primaria	17	7.5	0	0	17	7.5
Secundaria	90	39.5	1	0.4	91	39.9
Preparatoria	74	32.5	0	0	74	32.5
Licenciatura	45	19.7	0	0	45	19.7
Total	226	99.2	2	0.8	228	100



Gráfica 24. ESCOLARIDAD Y RIESGO O SEVERIDAD DE VIOLENCIA FÍSICA.

DISCUSIONES:

ENDIREH (Encuesta Nacional Dinámica Relaciones Humanas) 2011 reportó en los rubros respecto a ocupación y tipo de violencia que 44.6% de las mujeres pertenecientes a la población económicamente activa declararon haber sufrido al menos un incidente de violencia de parte de su pareja en el último año, 2.7 puntos porcentuales más que las mujeres no económicamente activas. En nuestro estudio lo observado fue que de la misma manera tanto la violencia psicológica (25%) sexual (6.6%) y violencia física severa (3.9%) fueron más frecuentes en mujeres empleadas que en mujeres dedicadas a labores exclusivas del hogar por lo que se puede enunciar que las mujeres que trabajan fuera del hogar podrían ser percibidas por sus parejas con mayor grado de autonomía, situación que daría lugar a una mayor proclividad de parte de algunos hombres a recurrir a alguna forma de violencia para afianzar su dominio.

Belén Zorrilla y cols. (2009) “Violencia de pareja hacia las mujeres: prevalencia, impacto en salud y utilización de los servicios en la comunidad de Madrid.” Según los resultados de la encuesta llevada a cabo a mujeres entre 18 y 70 años, referente a la edad se observó que las mujeres jóvenes en edad comprendida entre 18 y 24 años tenían más riesgo de violencia física. En nuestro estudio lo identificado fue que la violencia física (18% del total encuestado) respecto a la edad se presentó con mayor frecuencia en mujeres con un rango de edad de 31 a 45 años (8.3%) posiblemente estas diferencias son debidas a que en nuestro estudio la mayor parte de la población entrevistada se encontraba en edad comprendida entre 31 a 45 años (43% del total encuestado) así como diferencias en el instrumento utilizado; debemos tomar en cuenta que el caso de Madrid plantea una relación inversa entre la violencia física y la edad a razón de que el motivo de la unión de dos personas jóvenes pudiera haberse coercionado por embarazos no deseados o usos y costumbres de la región.

El estudio ENVIM (2006) (Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres) mostró que a nivel nacional 28.5 % mujeres sufrían Violencia Psicológica, nuestro estudio reportó que 44.3% de las mujeres sufre esta forma de violencia, posiblemente nuestro estudio reportó mayores índices de violencia psicológica porque en la actualidad gracias a los medios de comunicación y programas establecidos para la prevención y erradicación de la violencia hacia las mujeres se ha dado a conocer de forma abierta que las humillaciones e insultos por parte de la pareja no deben ser considerados “normales” en una relación, nuestro estudio únicamente se llevó a cabo en una población urbana lo que da mayor apertura a las mujeres de contestar la encuesta sin temor.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) 2013. En su informe demuestra que los 3 países africanos analizados (Namibia, Tanzania, Etiopia) presentaron altos porcentajes de violencia sexual (17%, 23%,59% respectivamente) de los casos de estudio. Por su parte Bangladesh presentó una fuerte tendencia a la violencia sexual (37%), contrastado particularmente con Serbia (6%). En nuestro estudio los resultados muestran que hay una incidencia de 11.8% de violencia sexual, de esto, el panorama que intuimos es que los países más desarrollados contraponen de manera significativa sus resultados al de los países no desarrollados e incluso a los que están en vías de desarrollo como es el caso de México, contemplando que en los países en vías de desarrollo prevalece la desigualdad social, aumenta la pobreza, el desempleo y por lo tanto disminuye el nivel de vida , podemos encontrar nuevamente una tendencia inversa entre países desarrollados y violencia sexual.

Ofelia Álvarez y Cols. (2005) Caracas Venezuela. “Boletín en cifras: Violencia contra las mujeres” con una muestra representativa de 8,520 mujeres reportó que 42.7% de las entrevistadas sufrió violencia psicológica; Lo analizado en nuestro estudio es que 44.3% de las participantes padecía este tipo de violencia y que como podemos observar son cifras muy semejantes en ambos en estudios, esto podría explicarse desde factores culturales similares, educativos, sociales, densidad demográfica y económica afín entre ambos países.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) “Informe 2013” reveló que entre el 10% y el 27% de las mujeres en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y Perú reportaron haber sufrido violencia sexual en algún momento de sus vidas cometida por su pareja; Nuestro estudio reportó que 11.8% de las entrevistadas padece esta misma forma de violencia, claramente observamos que nuestro estudio presenta las mismas tendencias, ajustándose a los parámetros observados en América Latina.

Algunas limitantes de nuestro estudio es que no se evaluó violencia económica ya que el instrumento utilizado no validó ítems para este tipo de violencia. Estrato socioeconómico, antecedente de violencia en la infancia, stress laboral, presencia de alcoholismo en la pareja o alguna otra toxicomanía, son considerados como factores de riesgo importantes para sufrir violencia de pareja y deben ser considerados en estudios futuros para mejorar las investigaciones. Las limitantes operativas percibidas en el presente estudio, es que no se contó con el espacio físico adecuado para realizar la encuesta a las pacientes, lo ideal es que se realice en un espacio de privacidad donde la mujer se sienta cómoda y en confianza para responder el cuestionario, sin embargo la encuesta se realizó mientras las mujeres esperaban atención médica o en el área de hospitalización por lo que con frecuencia estaban acompañadas de algún familiar y posiblemente no se encontraban en un ambiente cómodo para contestar el cuestionario.

Dentro de los pilares de medicina Familiar es importante en el enfoque administrativo, la creación de nuevos programas dirigidos al personal de salud para identificar oportunamente casos de violencia de pareja que pone en riesgo a la mujer y la familia misma, repercutiendo en el estado de salud físico y psicológico de las víctimas, que tiene efecto en la calidad de vida y en la utilización de servicios de salud.

En el ámbito educativo es importante que desde la educación de pregrado a los médicos en formación se les instruya para la identificación oportuna de este importante problema de salud pública y no sólo en la identificación de enfermedades por sí mismas sin prestar atención a las causas psicosociales subyacentes.

En el campo asistencial es trascendente que tanto médicos familiares , generales, y todo aquel personal sanitario que este en contacto con mujeres víctimas de violencia tengan las herramientas para prevenir, identificar y tratar los casos de violencia de pareja sin temor a no saber abordar la problemática; se debe recordar que el manejo es multidisciplinario, no dejando de lado que la relación médico paciente es imprescindible para crear un ambiente de confianza donde la mujer pueda expresar su problemática.

En el contexto de Investigación es importante que se continúen con estudios de investigación para delimitar de mejor manera esta problemática social y así se brinden más herramientas, no sólo al personal de salud sino a la sociedad en general.

CONCLUSIONES.

En el presente trabajo se estudió un total de 228 pacientes, mujeres en su totalidad, la media de edad fue de 34.1 años, donde la mayor frecuencia por rango de edad fue de 31-45 años (43%), el mayor porcentaje para el rubro de ocupación fue de 57.9% empleadas, para estado civil predominó las mujeres casadas 54.4% y en escolaridad el 39.9% cursaron secundaria.

En nuestra investigación se encontró que 44.3% de las mujeres presentaron violencia psicológica y 8.8% violencia psicológica severa, respecto a violencia sexual se analizó que 11.8% presentó violencia sexual y 5.7% violencia sexual severa, en lo correspondiente a violencia física se pudo observar que 18% del total de entrevistadas reportó violencia física y 7.5% violencia física severa. En el apartado de severidad de violencia física con riesgo para la vida, observamos que 0.9% de las mujeres presentaron este tipo de violencia.

Comparando el tipo de Violencia con respecto a la Edad encontramos mayor frecuencia de los 3 tipos de violencia (psicológica, sexual y física) en las mujeres con edad comprendida entre 31-45 años, el 20.2% presentan violencia psicológica y 3.5% violencia psicológica severa, respecto a violencia sexual 4.8% presento casos no severo de violencia sexual y 3.1% caso severo de este mismo tipo de violencia referente a violencia física 8.3% fueron casos positivos y 4.8% reportó violencia física severa.

Al asociar estado civil con tipos de violencia encontramos que tanto la violencia psicológica, sexual y física se presentaron en mayor porcentaje en mujeres con estado civil casadas, 22.4%, 7.5% y 11.8% respectivamente, no obstante cabe mencionar que en el caso de la violencia física severa con riesgo para la vida se observó que los casos positivos ocurrieron en mujeres solteras 0.4% y en unión libre 0.4% del total que fue 0.8%.

En lo correspondiente a ocupación y tipos de violencia pudimos observar que respecto a violencia psicológica encontramos mayor frecuencia en mujeres empleadas, siendo esto del 25% positivo a violencia psicológica y 4.8% a violencia psicológica severa, referente a violencia sexual igualmente se reportó mayor porcentaje en mujeres empleadas, sin embargo los casos de violencia sexual severa se encontraron en mayor número en mujeres dedicadas a labores exclusivas del hogar, no así ocurrió en los casos de violencia física, en los que se reportó mayor porcentaje en mujeres amas de casa 10.5%, pero en el caso de violencia física severa el mayor número se encontró en mujeres empleadas; En la dimensión de ocupación y violencia física severa el total 0.9% de los casos positivos reportados estuvieron presentes en mujeres dedicadas a labores exclusivas del hogar.

Observando los casos de violencia con respecto a la escolaridad pudimos analizar que todos los tipos estudiados de violencia se presentaron en mayor porcentaje en mujeres con escolaridad secundaria, siendo la violencia psicológica 20.6%, psicológica severa 3.1% violencia sexual 4.4%, sexual severa 3.1%, violencia física 8.8%, física severa 3.9%.

Con los resultados obtenidos se alcanzaron los objetivos planteados (Identificar violencia de pareja en mujeres adultas), aceptándose así la hipótesis alterna debido a que tras el desarrollo de la investigación encontramos que si existe violencia de pareja en las mujeres adultas derechohabientes del HGZ/UMF8 y que el tipo de violencia más encontrado fue la Violencia Psicológica, descartando la hipótesis nula.

Consideramos importante continuar con estudios que identifiquen violencia de pareja y así mismo los factores de riesgo asociados a la misma, para de esta manera implementar estrategias para beneficio de las mujeres, la familia y buscando la colaboración de los ámbitos comunitarios, nacional e internacional procurando la atención de las necesidades de las víctimas y el aumento de las sanciones para los agresores. Es vital se involucre a niños, jóvenes y que la atención se centre en cambiar las normas comunitarias y sociales. Los adelantos logrados en cada una de estas áreas serán la clave para lograr reducciones en los casos de violencia en la pareja en todo el mundo.

El personal de salud sólo somos un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema de la violencia de pareja, pero eso no nos exime de la parte de responsabilidad que nos concierne, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, tratamiento, apoyo y seguimiento de las víctimas. En el abordaje de la violencia de pareja es especialmente importante saber que es un problema multidimensional y que nuestra actuación sólo será efectiva si trabajamos coordinados con los muchos profesionales e instituciones que tienen un papel en el problema.

Es importante recalcar la trascendencia que en nuestro país ocupa la educación ya que dentro de los grupos más vulnerables se puede identificar que es el bajo nivel de escolaridad lo que puede coadyuvar a que una mujer sufra o tolere violencia de pareja. Es bien sabido que este tipo de problema social abarca todos los estratos socioeconómicos y culturales no obstante un grupo de vulnerabilidad es el bajo nivel educativo por lo que debemos trabajar en promover la educación y los valores de las personas.

La recomendación es la realización de un instrumento de evaluación donde además de medir violencia física, psicológica, sexual y económica se evalúe estrato socioeconómico, antecedente de violencia en la infancia por parte de la mujer y su pareja, toxicomanías y estrés laboral, de esta forma se podría hacer una evaluación integral del problema de violencia en la pareja identificando los factores de riesgo más importantes y así lograr un abordaje integral.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- WHO Global Consultation on violence and Health. Violence: public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud ,1996 Disponible en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.
- 2.- Fernández M,Herrero S. Velázquez F, Buitrago R. Ciurana M, García C, Franco M, Violencia en la pareja: papel del médico de familia Aten Primaria 2003, 32(7): 425-433
- 3.- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación, primera sección 16 de abril de 2009. pp. 27-41.
- 4.- Valdez S, Ruiz R, Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? Salud Pública. Mex.2009; 51: 505-511.
- 5.-Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. JAMA 1992; 267(23): 3190-3.
- 6.- Ramírez JC, Uribe G. Mujer y Violencia: un hecho cotidiano. Salud Pública Méx. 1993; 35:148-160
- 5.- Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe 2013. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es.
- 6.-Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012 Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las Mujeres Qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra. Disponible en: [who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa)
- 7- . Heise L. Violencia de género: una epidemia global. Salud Pública 1994;10;135-145.
- 8.-Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. JAMA 1992; 267(23):3157-3160.
- 9.- Valdez-Santiago R, Sanín A, La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Publica Mex. 1996; 38(5):352-62
- 10.- Encuesta nacional de violencia intrafamiliar. ENVIM 2006. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.
- 11.-Programa integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Disponible en: www.conavim.gob.mx/.../programaipasevcm.final21-jun-2012
- 12.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington. 2002; p:96-131. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20120620/es/
- 13.- Agoff C, Rajsbaum M, Herrera C, Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México.Instituto Nacional de Salud Pública 2006.

- 14.- Ávila-Burgos L , Valdez R, Híjar MC, Juárez C, Olaiz G, Del Río A. Factors Associated with Severity of Intimate Partner Abuse in Mexico: Results of the First National Survey of Violence Against Women. 2008.
- 15.- Centers for Disease Control and Prevention. HIV among women. 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/index.htm>. Accessed August 9, 2012.
- 16.-Dutton D. The domestic assault of women. Vancouver (BC): University of British Columbia Press; 1995.
- 17.- 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 Mex. 2006; 48 supl 2:S239-49.
- 18.-Cambell J, Poland M, Waller J, et al. Correlates of battering during pregnancy. Res Nurs Health 1992;15:219–26.
- 19.-Klap R, Tang L, Wells K, et al. Screening for domestic violence among adult women in United States. J Gen Intern Med 2007;22(5):579–84.
- 20.- Julianne S. Toohey, Domestic Violence and Rape. Med Clin. Am 92 (2008) 1239–1252 Division of Maternal Fetal Medicine, University of California, Irvine Medical Center. Elsevier; 2008
- 21.- Adam J, Amy C. Denham M, Intimate Partner Violence. Prim Care Clin. 36 (2009) 167–179. Elsevier 2009.
- 22 . Programa integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres gobierno federal. Disponible en: www.conavim.gob.mx/.../Programalpasevcm%20FINAL21-jun-2012
- 23.- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención de Belém do Pará y su Estatuto de Mecanismo de Seguimiento. México: Secretaría de Relaciones Exteriores: UNIFEM: PNUD 2006.
- 24.- Herrero Velázquez S, Fernández A, Iríbar D, Prevención terciaria de la violencia doméstica actuaciones ante un caso de malos tratos: Rev. Clin. Electrónica en Aten. Primaria. 2007;12. Disponible en: www.catedramfamiliauab.com/
- 25.- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación, primera sección 16 de abril de 2009. pp. 27-41.
- 26.- Rosario Valdés Santiago. Martha C y cols. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Instituto nacional de salud pública. Cuernavaca Morelos. Agosto 2005.

ANEXOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Identificación de violencia de pareja en mujeres adultas del HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto flores izquierdo".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México DF. Diciembre 2013.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar mujeres de 18 a 59 años de edad que sufren violencia de pareja en el HGZ/UMF #8" Dr. Gilberto Flores Izquierdo" La violencia en la pareja es una de las formas de violencia doméstica y con frecuencia, es sinónimo de maltrato a la mujer. Es un problema de salud de primer orden con graves repercusiones en la salud física y mental de las víctimas y así ha sido reconocido por las principales organizaciones internacionales en salud. Se aplicará una encuesta de forma directa que consta de 19 ítems.
Procedimientos:	No existen.
Posibles riesgos y molestias:	Identificar si existe violencia de pareja en mujeres de 18 a 59 años de edad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Protocolo descriptivo no hay intervención de variables por lo tanto se informará en caso de situación relevante.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se podrá retirar del estudio en caso en cualquier momento en que se considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo.
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Se ha dado seguridad de que no se me identificará en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico(si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes(si aplica): NO APLICA.

Beneficios al término del estudio: NO APLICA.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR. ESPINOZA ANRRUBIO GILBERTO.

Colaboradores: DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE TESIS:
 IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES ADULTAS DEL HGZ/UMF#8 "Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
2012-2013

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X	X							
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X	X				
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA										X		
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACION												X

2013-2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: DRA. ANDREA NALLELY CUEVAS ORTEGA.

ITEMS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

Escala de violencia e índice de severidad para medir violencia de pareja en mujeres mexicanas.

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

