



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA

**“GRADO DE EXPOSICIÓN A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DE MUJERES ATENDIDAS
EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR, DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1”**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
MA. ISABEL DE LA SANCHA ORTEGA**

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

**DRA. OLIVIA QUINTANA ÁNGELES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR**

**LIC. JESÚS MÁXIMO VENTURA
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ALICIA CEJA ALADRO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO**

**DR. HORACIO GABRIEL DORANTES PEÑA
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
ASESOR UNIVERSITARIO**

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2011- 2014

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M. C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL ICsA

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCON
CATEDRÁTICO TITULAR Y ASESORA
EN METODOLOGÍA LA INVESTIGACIÓN.

DR. HORACIO GABRIEL DORANTES PEÑA
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD
ASESOR UNIVERSITARIO

POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1
PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS, HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
EN SALUD DELEGACIÓN IMSS HIDALGO

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1 PACHUCA, IMSS HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD H.G.Z. M.F No. 1
IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS

LIC. JESÚS MÁXIMO VENTURA
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. ALICIA CEJA ALADRO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO

R-2013-1201-21

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Asesor Metodológico:

Lic. Jesús Máximo Ventura.

Licenciado en Enfermería.

Estudiante de Maestría en Salud Pública en Bioestadística, por el Instituto Nacional de Salud Pública.

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Matricula: 99133663

Dirección: Pról. Avenida Madero No 405

Col. Nueva Francisco I Madero

Teléfono: 7137833

e-mail: maxjev@hotmail.com

Asesor Clínico:

Dra. Alicia Ceja Aladro

Médico Familiar

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1

Matricula: 99132816

Dirección: Hda. Chavarría 20 Manzana 9 Privadas de San Javier. Pachuca, Hidalgo.

Teléfono: 771 220 78 44

e-mail: alcejaaladro@aol.com

Tesista:

Ma. Isabel de la Sancha Ortega

Residente de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1

Matricula: 99136179

Dirección: Pról. Clavel 205 Fraccionamiento la Morena Tulancingo de Bravo Hidalgo.

Teléfono: 7751297768

e-mail: isa_380@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco a mis padres quienes me hicieron retomar la confianza en mí y emprender este nuevo reto que hoy ha culminado.

Agradezco a mi pequeña familia, mi esposo y mi hijo, por el enorme apoyo en este camino, por su confianza y paciencia. De igual manera les dedico mi trabajo pues son parte fundamental de él.

INDICE

I. RESUMEN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	2
GENERALIDADES.....	2
TIPOS DE VIOLENCIA:.....	4
CONSECUENCIAS EN LA SALUD:.....	5
FACTORES DE EXPOSICIÓN:.....	6
CICLO DE VIOLENCIA:.....	7
PREVENCIÓN:.....	7
ESTUDIOS RELACIONADOS:.....	9
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	11
V. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	12
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
a) Tipo de diseño.....	13
b) Universo de estudio.....	13
c) Criterios de selección:.....	13
d) Definición de las variables.....	14
e) Descripción general del estudio.....	15
f) Tamaño de muestra y muestreo.....	16
g) Análisis estadístico:.....	17
VII. RESULTADOS.....	18
VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	26
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
X. ANEXOS.....	32

I. RESUMEN

TÍTULO: “Grado de Exposición a violencia intrafamiliar, de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar, del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1“

INTRODUCCION: La violencia contra la mujer, en todas sus formas, constituye un fenómeno universal que prevalece en toda la sociedad, sin diferenciar la entidad, cultura, clase social o entorno geográfico, sin embargo la manifestación de violencia puede variar dependiente del contexto económico, social y cultural en que ocurra.

OBJETIVO: Identificar el grado exposición a violencia intrafamiliar de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio trasversal, descriptivo en pacientes femeninas de 15 a 49 años de edad en el área de consulta externa de la unidad de Medicina Familiar del HGZ No.1 Pachuca y se determinó el grado de exposición a violencia intrafamiliar, la muestra fue de 80 mujeres que fueron seleccionadas entre 15 y 49 años de edad que vivían con su pareja sentimental adscritas a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ No1 Pachuca.

RESULTADOS: A la realización de las 79 encuestas encontramos que con respecto al grupo de edad el 40 % de ellas se encontró sin exposición a violencia que pertenecían al grupo de edades de entre 20 a 25 años de edad y 50% con alto grado de exposición. De la misma forma los grupos de entre 31 a 35 años de edad se encontraron un 20 % sin exposición y un 26 % con exposición leve, además de 50% de exposición leve en los grupos de entre 41 a 49 años de edad. Encontrando en el análisis que los grupos con más alto grado de exposición fue el comprendido entre 20 y 25 años y 41 a 49 años de edad. Los grados de violencia intrafamiliar contra la mujer según el cuestionario en esta cohorte de pacientes se mostró con 91% de primer grado, el 6% sin grado de exposición y el 3% con un alto grado de exposición. El tipo de violencia más frecuente fue el emocional con un 27 % seguido violencia económica y física con un 25% y violencia sexual con un 23%.

CONCLUSION: La violencia intrafamiliar en la mujer fue de primer grado en 90% de las pacientes, con violencia en su niñez de 18%, además de trato indiscriminado en la Sociedad de 15%. Demostrando que la violencia se presenta en cualquier nivel socioeconómico, con una variación porcentual mínima. La percepción de violencia fue elevada y ésta se presentó desde su ámbito familiar, comunitario y social, además con un 100% de exposición por antigua pareja en mujeres con alto grado de exposición.

II. MARCO TEÓRICO.

GENERALIDADES

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basada en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.(1)

La NOM-046-SSA2-2005, define la violencia contra las mujeres, como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público. De igual forma define Violencia familiar, el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende: abandono, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato sexual, maltrato económico.(2)

En México, la Ley General de Acceso de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, en el Artículo 7 define a la violencia familiar como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantenga o haya mantenido una relación de hecho.(3)

La violencia contra la mujer es una de las expresiones más graves de discriminación. En 1975, la primera conferencia mundial sobre la mujer, organizada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, tuvo como principal objetivo recordar a la comunidad internacional que la discriminación y violencia contra la mujer seguía siendo un problema en gran parte del mundo.(4)

La OMS en 2009, revela que entre un 15% y 71% de las mujeres habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja. En Latinoamérica se documentaron prevalencias de violencia física durante el último año entre 3 y 27%, mientras que para la violencia sexual las prevalencias fluctúan entre 4 y 47 %.(5) Solo en Argentina en una publicación realizada en el 2008 reporta que al menos 171 mujeres fueron asesinadas en ese año por la violencia de género.(6) Además de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra la

Mujer 2006 (ENVIM 2006), en México, tres de cada diez mujeres (29%) sufren violencia física ocasionada por su pareja, reportando cinco entidades con mayor prevalencia en orden descendente fueron: el Estado de México (45.6%), Nayarit (39.6%), Quintana Roo (39.6%), Durango (37.6%) y Yucatán (36.2%), el estado con menor prevalencia fue, igual que en la encuesta anterior, Aguascalientes (22.8%), cabe mencionar que su prevalencia se incrementó de 9.4% a 22.8%; es decir, poco más del doble.(7)

Según el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) en enero del 2011 reportó que cada 15 minutos una mujer es agredida y cada 35 minutos una pide ayuda, en tanto que el Instituto Nacional de las Mujeres reporta que cada 24 horas mueren seis mexicanas por violencia, cuatro por homicidio y dos por suicidio.(8) En escenario estatal la prevalencia nacional de violencia de pareja actual fue de 33.3%, ocupando el estado de Hidalgo el lugar número 20 con un porcentaje de 31.2% según la última encuesta de violencia contra la mujer, por otro lado el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (INEGI 2012) lo coloca con un porcentaje de 43.0% (9).

En el marco legal se documenta desde 1960 el tema de Violencia doméstica a nivel mundial. Para 1976 se crea el Tribunal Internacional de Delitos contra la Mujer. Posteriormente en mayo de 1979 es promulgada por la ONU la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer. (10)

México se ha sumado a la iniciativa mundial firmando diversos tratados para prevenir y erradicar la violencia; de éstos, la Convención de Belém Do Pará es el más importante hasta ahora, en él se reconoce la declaración americana de los derechos y deberes del hombre y de la declaración universal de los derechos humanos.(11,12,19) En el 2007 el poder ejecutivo publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en que se establece la integración y puesta en marcha del Sistema Nacional de Prevención Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. (12) Posteriormente se desarrolló el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012 (PROIGUALDAD), que establece garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. (13) Este comprende las acciones para prevenir, atender sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, mediante la aplicación de políticas públicas que brinden garantías para su seguridad e integridad física, y a su vez que posibilite un desarrollo igualitario entre mujeres y hombres.(13,14)

A pesar de todo lo anterior a Violencia contra la Mujer sigue siendo un problema de Salud Pública no solo por la gran cantidad de personas que la padecen sino

por las graves consecuencias que conlleva. (15) Para conocer su magnitud como problema social es necesario identificar la violencia doméstica en los servicios de salud, pues las mujeres acuden a estos servicios por un motivo diferente al maltrato. (16)

Es muy importante que los profesionales de la atención primaria se impliquen en la detección precoz de dicho problema de salud y se establezcan circuitos de coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar un servicio integral a este tipo de problemas. (17,18) La violencia, desde una perspectiva general, se puede definir como la acción u omisión innecesaria y destructiva de una persona hacia otra. (19)

TIPOS DE VIOLENCIA:

Los tipos de violencia que se pueden presentar son: física, psicológica, sexual, económica.

Violencia Física. Todo acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar inmovilizar o causar daño a la integridad física de su contraparte.

Violencia Psicológica. Acto u omisiones repetitivas, cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoque en quienes las recibe, deterioro, disminución o afectación a la estructura de su personalidad.

Violencia Sexual. El patrón de conducta consiste en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: negación de las necesidades sexuales, la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño.

Violencia Económica: Forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, las propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte del hombre, por ejemplo dar menos dinero del que el hombre sabe que se necesita, disponer del dinero de la mujer, etc. (18,19)

El Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, reportó que las mujeres más jóvenes tienen mayor propensión a sufrir violencia emocional, económica, física. La violencia sexual no presenta un patrón definido, pero tiende

a exacerbarse entre las mujeres de 30 a 44 años de edad. Las mujeres menores de 25 años tienen tres veces más riesgo de padecer violencia económica que las mayores de 60 años, y el riesgo es casi 50% mayor en comparación con las mujeres de entre 35 y 50 años de edad. Relación similar ocurre en el caso de la violencia física. (19)

CONSECUENCIAS EN LA SALUD:

Pueden ser resultados directos de la violencia o un efecto a largo plazo.

1.- Consecuencias fatales: Muerte, las defunciones por violencia contra la mujer comprenden los asesinatos por honor (cometidos por familiares por razones culturales); el suicidio;(20) el infanticidio femenino (asesinato de niñas lactantes); y las defunciones maternas por abortos inseguros.

2.- Consecuencias en salud física: Lesiones diversas en determinadas partes del cuerpo, que pueden producir discapacidad o deterioro funcional.

3.- Consecuencia en salud sexual y reproductiva: La violencia contra la mujer se asocia a infecciones de transmisión sexual, como VIH/SIDA, embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados, y problemas durante el embarazo, como el aborto espontáneo, peso bajo al nacer y la muerte fetal.

4.-Comportamientos de riesgo: Los abusos sexuales durante la infancia se asocian a tasas más altas de prácticas sexuales de riesgo (precocidad sexual, promiscuidad y relaciones sexuales sin protección), uso de sustancias. Cada uno de esos comportamientos aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud.

5.-Consecuencias en salud social: Aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días saludables.

6.-Consecuencias en salud psíquica: La violencia y los abusos aumentan el riesgo de depresión, trastorno de estrés postraumático, sufrimiento emocional, insomnio y trastornos de los hábitos alimentarios. (20.21) Las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves, entre éstas destacan el estrés postraumático y la depresión (22), elevada frecuencia de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias como alcohol y drogas. Alta frecuencia de problemas de autoestima y desadaptación social. (23,24).

7.- Costos: Los costos socioeconómicos de la violencia contra la mujer son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a

encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos. (25)

Cabe señalar que la exposición a la violencia familiar es un problema grave que puede tener serias repercusiones para los sujetos afectados. Los menores expuestos a violencia familiar son considerados una de la principales víctimas, en primer lugar porque viven en un ambiente de tensión, angustia repetida, con la consiguiente pérdida del sentimiento básico, de seguridad, además de las consecuencias de la exposición y del maltrato directo a violencia familiar inducen negativamente en el bienestar o desarrollo integral de los menores. (26) El estudio sobre la violencia contra niños del Secretario General de las Naciones Unidas 2006, estima que entre 133 y 275 millones de niños de todo el mundo están expuestos a este tipo de violencia cada año. (27)

FACTORES DE EXPOSICIÓN:

Los factores de exposición varían, aunque hay algunos rasgos que hacen más probable la violencia, pueden clasificarse en:

Individuales: La juventud, estatus socioeconómico bajo, historia de maltrato y de uso de sustancias, y en el caso de la violencia de pareja, el tipo de compañero elegido. Los rasgos de la pareja que entrañan riesgo para las mujeres son el consumo de alcohol y drogas, un bajo nivel educativo, una actitud negativa hacia las mujeres, y el hecho de haber presenciado actos de violencia doméstica contra mujeres o de haber sufrido malos tratos de niño.

Familia y parientes: En el seno de las familias, el riesgo de violencia aumenta con los conflictos conyugales, la dominación masculina, las dificultades económicas y las desavenencias familiares. (28)

Comunidad: Dentro de las comunidades, el riesgo es mayor donde hay desigualdad por razón de género o falta cohesión comunitaria o recursos.

Sociedad: A un nivel más general, el riesgo más elevado se da en las sociedades con normas tradicionales sobre el género o con falta de autonomía de las mujeres, allí donde se aplica una legislación restrictiva a la propiedad y la herencia de bienes, y en los casos de desintegración social por conflictos o desastres. (29)

En un estudio publicado en el 2007 denominado “Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos”, reportó que entre los factores que se han asociado con la violencia de pareja se encuentran la baja edad de las mujeres (<40 años), nivel socioeconómico bajo, presenciar o sufrir violencia intrafamiliar

durante la niñez, nivel bajo de escolaridad (44% estudios superiores), estado civil(80.9 % casados), y consumo excesivo de alcohol o drogas por parte de algún miembro de la familia. (30)

CICLO DE VIOLENCIA:

La violencia comprende un ciclo de comportamientos en determinado tiempo.

a) Fase de tensión (ira, provocación, celos) pone de manifiesto la agresividad latente frente a la mujer y existen algunas conductas de agresión verbal y/o física de carácter leve y aislado, con un grado creciente de tensión. (31)

b) Fase de agresión aguda implica descarga sin control de tensiones acumuladas (abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e incluso, uso de armas). La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediatamente después de la agresión a menos que, las lesiones sean tan graves que necesiten ayuda inmediata, en esta etapa las mujeres se aíslan y se niegan a los hechos, tratando de minimizarlos.

C) Fase de reconciliación el abusador puede negar los actos de violencia, pedir perdón y prometer que nunca más repetirá tales acciones con actitud de arrepentimiento. Este ciclo se repite en cada uno de los distintos tipos de violencia. (31,32)

PREVENCIÓN:

Se requiere un mayor trabajo de evaluación para determinar la eficacia de las medidas de prevención de la violencia. Algunas de las intervenciones con resultados más prometedores son el fomento del nivel educativo y las oportunidades de las mujeres y niñas, la mejora de su autoestima y sus aptitudes de negociación, y la reducción de las inequidades por razón de género en las comunidades.

La atención primaria de la salud es el nivel del sistema sanitario accesible a cualquier necesidad y problemas nuevos, ésta requiere de una serie de características, como la accesibilidad, contacto directo y continuidad con las pacientes. (31)

En cualquier especialidad de la salud el objetivo principal es identificar y apoyar mediante la referencia ya sea a trabajo social, defensores de víctimas, hospitales o

grupos de ayuda. Los médicos de primer contacto estamos obligados a identificar este tipo de situaciones. Otras actividades que han sido eficaces son las realizadas con los adolescentes para reducir la violencia; programas de apoyo para los niños que han presenciado actos de violencia de pareja; campañas masivas de educación del público; y medidas de colaboración con hombres y niños para cambiar las actitudes sobre las inequidades por razón de género y la aceptabilidad de la violencia.

La defensa de las víctimas, mayor sensibilización sobre la violencia y sus consecuencias entre los trabajadores sanitarios, y amplio conocimiento de los recursos disponibles para las mujeres maltratadas (como asistencia jurídica, alojamiento y cuidado de los niños) pueden mitigar las consecuencias de la violencia. Es importante la orientación para los miembros y los profesionales de la salud a fin de prevenir la violencia y reforzar las respuestas del sector de la salud a este problema. La colaboración con organismos y organizaciones internacionales para disuadir de ejercer violencia contra la mujer a nivel mundial es igualmente de importancia. (32)

No obstante a pesar de la atención que se presenta a los derechos de la mujer y las actividades realizadas por los servicios de salud se ha observado escaso progreso en la reducción de la violencia contra la mujer. Esto se muestra en una publicación realizada en junio del 2010 que reporta el mayor número de muertes por violencia de género (33).

Todos los estudios coinciden en señalar que los problemas de salud derivados de la violencia doméstica no son reconocidos habitualmente por los profesionales sanitarios. (34) La violencia contra la mujer se considera un problema de salud pública, no solo porque tiene consecuencias sobre la salud de la mujer, sino también porque los servicios sanitarios son los lugares donde más frecuentemente acuden las mujeres en esta situación. (35)

La violencia contra la mujer, destroza vidas, rompe comunidades y detiene el desarrollo, ya que las mujeres somos parte de la sociedad, la violencia ha existido siempre, lo más grave es que nos hemos acostumbrado a ella y la vemos como algo normal.

ESTUDIOS RELACIONADOS:

Al realizar la revisión bibliográfica, se encontró que Mason SM, Wrigth RJ, Gilbert EN, et al, llevaron a cabo un estudio denominado Incidencia de violencia en mujeres con diabetes tipo 2, quienes encontraron en una muestra de 68,376 participantes, el 23% informó vivir violencia física infligida por su pareja, el 11% informó vivir violencia sexual infligida por su pareja, y que el 8% tenía violencia psicológica moderada y <2% reportó violencia psicológica grave. Los cocientes de riesgo (CR) y los Intervalo de Confianza del 95% para el tipo 2 diabetes, ajustado por posibles factores de confusión, fueron 1,18 (1,00 a 1,39) y 1,08 (0.86 a 1,35) más para el episodio de violencia física y sexual respectivamente, y 1.78 (1.21-2.61) para el maltrato psicológico severo, este estudio concluyó que la violencia de pareja esta moderadamente asociada con la incidencia de diabetes tipo 2 y que la violencia psicológica grave puede aumentar considerablemente el riesgo de diabetes tipo 2. (36).

En otro estudio realizado por Ruíz PI, Plaza ola CJ, Vives CC, et al, denominado Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España, se encontró en una muestra de 11,475 mujeres, el 24.8% refirieron haber sufrido violencia de pareja en algún momento, la mayor prevalencia de violencia infligida por la pareja se encontró en Ceuta y Melilla con un 40.2% y la más baja en Cantabria 18%, con una tasa de denuncias por violencia de pareja en cada región ($r=0,398$ $p=0.005$),(37). En un último estudio se encontró que Beynon CE, Gutmanis AI, Tutty LM, et al, realizaron un estudio denominado Por qué los médico y enfermeras preguntan o no preguntan sobre la violencia de pareja: un análisis cualitativo, encontrando en una muestra de 931 encuestados de los cuales 527 eran enfermeras y 238 médicos, reportando que los principales obstáculos para preguntar sobre violencia del compañero intimo fueron la falta de tiempo, la conducta que presenta la mujeres que vive con abuso, la falta de prácticas de formación lenguaje/cultura y la presencia de la pareja al momento del interrogatorio. Los facilitadores más frecuentes fueron la formación, los recursos comunitarios, herramientas profesionales y protocolos políticas, demostrando la necesidad de capacitación expresada en ambos grupos. (38)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra la mujer constituye un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, puede traer importantes repercusiones en la salud, éstas puede ser un resultado directo de la violencia o un efecto a largo plazo de la misma. La mayoría de los problemas de salud física, mental, sexual, reproductiva y de salud materna se deben a la violencia contra la mujer. Pero el problema más importante es que muchas mujeres no buscan ayuda ni informan sobre sus experiencias cuando son víctimas de la violencia.

La falta de acceso a la educación, oportunidades y el bajo estatus social en la comunidad son factores relacionados con la violencia contra la mujer, siendo la violencia de pareja la forma más común de violencia intrafamiliar.

Se ha observado que las mujeres mueren a causa de agresiones por parte de sus parejas en una proporción ocho veces superior a la de los hombres, las mujeres maltratadas no excluye a las mujeres embarazadas, se ha identificado que éstas tienen complicaciones durante el parto y posparto y corren mayor riesgo de tener recién nacidos de bajo peso que las mujeres no maltratadas.

Diversos estudios han mostrado que la violencia contra las mujeres es un problema social de gran magnitud, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad de género, que afecta sistemáticamente a millones de mujeres en todo el mundo.

Son muchas mujeres que acuden a consulta de atención primaria, por síntomas inespecíficos y quejas repetidas que hacen sospechar, a veces, que se les maltrata, sobre todo cuando estos síntomas se producen de forma persistente sin objetivar una causa clínica clara, persistente en el tiempo, cronicidad, con incongruencia entre signos y síntomas, los cuales no se resuelven. Como la mayoría de las mujeres pasan en algún momento de su vida por consulta de medicina familiar; en control de embarazo, parto, posparto, menopausia, o cuidado de las personas mayores, etc. Es muy importante que los médicos de primer nivel estemos sensibilizados y aprovechemos este contacto en nuestro servicio para identificar la exposición a violencia intrafamiliar y realizar una detección precoz, que estemos concientizados hacia las grandes consecuencias que conllevan la exposición a violencia intrafamiliar.

Por lo anterior, se deduce la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de exposición a violencia intrafamiliar de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1?

IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Identificar el grado de exposición a violencia intrafamiliar de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1

Objetivo específico:

- Identificar la edad que se presenta con mayor frecuencia la exposición a violencia intrafamiliar.
- Identificar el estado civil más frecuente en las mujeres participantes.
- Identificar la ocupación más frecuente en las mujeres participantes.
- Identificar el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ MF No. 1
- Identificar el grado de exposición a violencia más frecuente en mujeres atendidas en la consulta eterna de Medicina Familiar del HGZ MF No. 1

V. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis alterna:

El grado de exposición a violencia intrafamiliar de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar HGZ MF No. 1 es mayor en relación a la media nacional reportado en 46.1 %

Hipótesis nula:

El grado de exposición a violencia intrafamiliar de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar HGZ MF No. 1 es menor en relación a la media nacional reportado en 46.1 %

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Tipo de diseño

Encuesta transversal analítica, aplicada en derechohabientes femeninas de 15 a 49 años con pareja heterosexual.

- Observacional: no hay manipulación de las variables estudiadas.
- Transversal: la información se recolecto en una sola medición.
- Prolectiva: porque se recolectaron datos en el presente.
- Descriptivo: porque se describió la prevalencia de cada grado de violencia intrafamiliar en la mujer

b) Universo de estudio

Mujeres de 15 a 49 años de edad que acudieron al servicio de Medicina Familiar del HGZ No. 1 en ambos turnos por cualquier causa con antecedentes personales de tener pareja casada o Unión libre.

c) Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Mujeres derechohabientes adscritas al Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1
- Tener al menos un año de relación con su pareja sentimental al momento del estudio.
- Mujeres entre 15 y 49 años.
- Mujeres de cualquier escolaridad
- Mujeres que acepten participar en el estudio.

Criterio de no inclusión:

- Mujeres que refieran vivir con violencia y se encuentre en tratamiento de cualquier tipo por éste problema.
- Mujeres que tengan múltiples compañeros sentimentales.
- Mujeres que trabajan como servidoras sexuales.

Criterios de eliminación:

- Mujeres que no contesten completamente la encuesta.

d) Definición de las variables

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Dimensiones
GRADO DE EXPOSICION A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	Aspecto que puede ser una amenaza para la posesión o la vida, que determina la gravedad de la violencia.	Grado con que se presente una acción.	Dependiente Cuantitativa	Ordinal	0 - 30 puntos 31 - 60 61 - 90 91 - 120	Sin grado de exposición Primer nivel de exposición. Alto grado de exposición. Exposición peligrosa.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	Posibilidad que tiene un individuo o grupo de población con una característica epidemiológica de persona, lugar y tiempo definido.	Comprende edad, escolaridad, ocupación.	Cualitativa	Ordinal, nominal

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	Constituyen características de tipo de relaciones.	Comprenden nivel socioeconómico, ser testigo de violencia o experiencia de violencia en la infancia, y zona de residencia.	Cualitativa	Nominal
FACTORES DE RIESGO SOCIALES	Constituyen condicionantes económicas, culturales de desestructuración familiar.	Baja autoestima, concepción de roles de género, Impunidad en violencia conyugal.	Cualitativa	Nominal

e) Descripción general del estudio.

1.- En la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar o en consulta de medicina familiar, con las pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

2.- Se les explicó la naturaleza, fines y objetivos del estudio, decidiendo la encuestada si deseaba o no participar en el mismo.

3.- Una vez informada la paciente y con su aceptación de participar en el estudio, se le solicitó que firmaran el formato de consentimiento informado (Anexo 1), de acuerdo con la versión revisada de la declaración del Helsinki y con las leyes y reglamentos locales concernientes a la realización de investigaciones médicas en el país.

4.- Se le hizo saber que cada pregunta tenía varias opciones de respuesta de las cuales el paciente tuvo que escoger la que mejor describía su propia situación y contestar solo una de ellas.

5.- Se le proporcionó la encuesta y lápiz para contestar, la tesista no intervino en las respuestas de la paciente pero estuvo ahí por si surgía alguna duda en cuanto al llenado del formato.

6.- La información que se obtuvo a través de las encuestas aplicadas fue recolectada por el investigador para posteriormente realizar el análisis de datos.

7.-Una vez ordenados los datos, fueron evaluados, de acuerdo a la escala incluida en el cuestionario de la Escala de violencia e índice de severidad.

El instrumento de recolección de datos incluyo tres apartados: El primer apartado sociodemográfico (Anexo 2), el cual obtuvo datos como edad, escolaridad, estado civil y ocupación. Un segundo apartado interrogó sobre factores de exposición como son individuales, familiares, comunitarios y sociales, con preguntas operacionalizadas relacionadas con los objetivos, y un tercer apartado donde se

aplico el instrumento que se utilizó, el cual fue el denominado “Escala de violencia e índice de severidad”, que consto de 20 preguntas con 4 respuestas, que midió con precisión los factores de riesgo a violencia. Fue diseñado por Valdez SR, Híjar MC, Salgado SN, et. al, en el año 2003. Su análisis interno arrojó un Alpha de Cronbach de 0.99, y fue sometido a una ronda de expertos para su validación.

Su interpretación se realizo de la siguiente manera:

0 a 19 puntos	Sin grado de exposición: Existencia de problemas en el hogar que se resuelven sin violencia.
20 a 39 puntos	Primer nivel de exposición: la violencia en la relación está comenzando.
40 a 59 puntos	Alto grado de exposición: en este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal.
60 a 80 puntos	¡Exposición peligrosa! Se debe considerar en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo.

f) Tamaño de muestra y muestreo

Mediante la fórmula para cálculo de poblaciones finitas, con un intervalo de confianza de 0.95 y una precisión del 5 %, tomado del total de las mujeres del universo de estudio constituido por 32, 668 mujeres entre 15 y 49 años de edad que vivan con su pareja sentimental adscritas a la consulta externa de Medicina Familiar de UMF No. 1 Pachuca. La muestra fue obtenida mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

Dónde:

N = total de la población

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (5%)

Por lo tanto:

$$n = \frac{(32,668) (1.96)^2 (0.05) (0.95)}{0.05^2 (32,668-1) + 1.96^2 (0.05) (0.95)}$$

$$n = \frac{(32,668 \times 3.8416) (0.0475)}{0.0025 (32667) + 3.8416 (0.0475)}$$

$$n = \frac{(125,497.38) (0.0475)}{81.6675 + 0.182476}$$

$$n = \frac{5961.1259}{0.0009 (32667) + 0.182476}$$

$$n = \frac{5961.1255}{81.849976}$$

$$n = 73 + 10\% = 80$$

Fueron 79 mujeres que cubrieron los criterios de inclusión y se aplicaron las encuestas en las instalaciones del Hospital General de Zona de Medicina Familiar No 1 en Pachuca Hidalgo, siendo un hospital de segundo nivel de atención régimen ordinario, dos meses posteriores a la autorización del protocolo por el comité de dicho hospital; el muestreo fue no probabilístico.

g) Análisis estadístico:

Se optó por análisis cualitativo mediante números absolutos y frecuencias representados en cuadros y gráficas. Mediante el paquete estadístico 20.0 SPSS.

VII. RESULTADOS

A la realización de las 79 encuestas encontramos que con respecto al grupo de edad el 40 % de ellas se encontró sin exposición a violencia que pertenecían al grupo de edades de entre 20 a 25 años de edad de ese mismo grupo 15% se encontró con exposición leve y 50% con alto grado de exposición respectivamente. De la misma forma los grupos de entre 31 a 35 años de edad se encontraron un 20 % sin exposición y un 26 % con exposición leve, además de 50% de exposición leve en los grupos de entre 41 a 49 años de edad. Encontrando en el análisis que los grupos con más alto grado de exposición fue el comprendido entre 20 y 25 años y 41 a 49 años de edad. Detalles en la gráfica 1.

Dentro de las características sociodemográficas en el primer grado de exposición se identificó a el nivel de escolaridad secundaria con un 33%, estado civil casada con un 57% más, a sí mismo encontramos que el 42% son amas de casa mientras que el alto grado de exposición mostro similitud de exposición en mujeres con secundaria y profesionistas, con un estado civil en unión libre y ocupación ama de casa y jubiladas por igualdad. En mujeres sin exposición en su mayoría profesionistas con un 40% de exposición, casadas y amas de casa. Detalles en el cuadro I.

La escolaridad fue de 33% del primer grado de exposición a la violencia, 40% sin grado de exposición con escolaridad profesional y de 50% de alto grado con misma escolaridad; fuma y/o toma 13% del primer grado de exposición a la violencia; el resto de las características sociodemográficas se pueden observar en el cuadro I.

En el cuadro II se muestra las características de la pareja encontrando que las mujeres sin exposición a violencia sus parejas eran profesionistas 60%, sin habito tabáquico 80% y sin utilizar drogas 100%, además que no presentaron violencia por su pareja anterior. En las pacientes reportadas con primer grado de exposición su pareja tenía la característica de ser empleado, sin fumar ni utilización de droga y sin percepción de violencia anterior. El alto grado de exposición con profesionista y obrero como ocupación de su pareja, con un 100% de violencia por pareja anterior.

De los factores de exposición familiares de las mujeres con violencia en su niñez, se observa 18% en el grupo con primer grado de violencia y la percepción de machismo por padres y hermanos fue de 22% en mismo grupo; el resto se muestra en las gráficas 2 y 3.

De los factores de exposición en la comunidad de violencia intrafamiliar en la mujer se mostro sin trato de igualdad de género en 40% sin violencia, negación igualitaria de géneros a participar fue de 19% de primer grado, negación de participación en actividades de la comunidad con 20% sin violencia, los detalles se observan en la Gráfica 4.

Los factores de exposición sociales para la violencia intrafamiliar en la mujer fueron humillado por ser mujer en 8% en violencia de primer grado, negación de empleo por ser mujer en 20% , sin violencia, y sin trato de igualdad de género en la sociedad con 15% en violencia de primer grado.

Los grados de violencia intrafamiliar contra la mujer según el cuestionario en esta cohorte de pacientes se mostró con 91% de primer grado, el 6% sin grado de exposición y el 3% con un alto grado de exposición. Como se muestra en la gráfica 6.

El tipo de violencia más frecuente fue el emocional con un 27 % seguido violencia económica y física con un 25% y violencia sexual con un 23%. Resultados mostrados en la grafica 7

CUADRO I

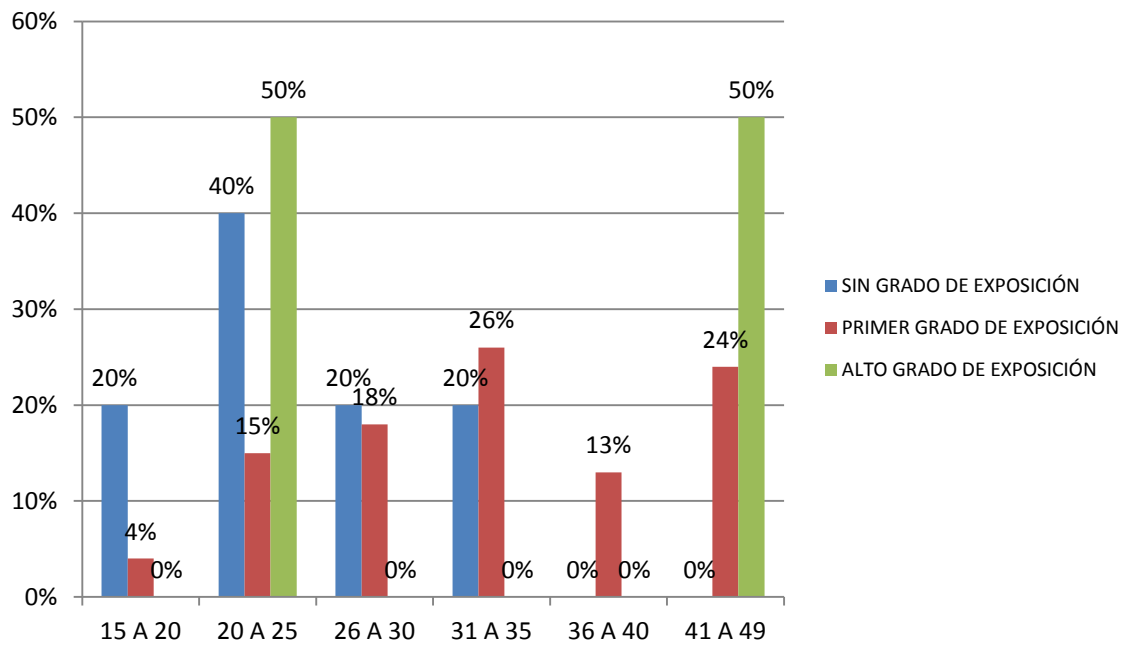
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS GRUPOS DE LOS GRADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA MUJER.

CARACTERISTICAS	SIN GRADO DE EXPOSICION n= 5	PRIMER GRADO DE EXPOSICION n= 72	ALTO GRADO DE EXPOSICION n= 2
ESCOLARIDAD			
SABE LEER Y ESCRIBIR	0%	1% (1)	0%
PRIMARIA COMPLETA	0%	11% (8)	0%
SECUNDARIA	0%	33% (24)	50% (1)
PREPARATORIA	20% (1)	13% (9)	0%
TECNICO	40% (2)	17% (12)	0%
PROFESIONISTA	40% (2)	25% (18)	50% (1)
ESTADO CIVIL			
CASADA	60% (3)	57% (41)	0%
UNION LIBRE	40% (2)	43% (31)	100% (2)
OCUPACION			
AMA DE CASA	60% (3)	42% (30)	50% (1)
EMPLEADA	0%	39% (28)	0%
PROFESIONISTA	20% (1)	15% (11)	0%
JUBILADAS	20% (1)	4% (3)	50% (1)
FUMA/TOMA			
SI	0%	13% (9)	50% (1)
NO	100% (5)	87% (63)	50% (1)
USA DROGAS			
SI	0%	0%	0%
NO	100% (5)	100% (72)	100% (2)

FUENTE: Hoja de datos

GRAFICA 1

GRUPOS DE EDAD DE LOS GRADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA MUJER



FUENTE: Hoja de datos

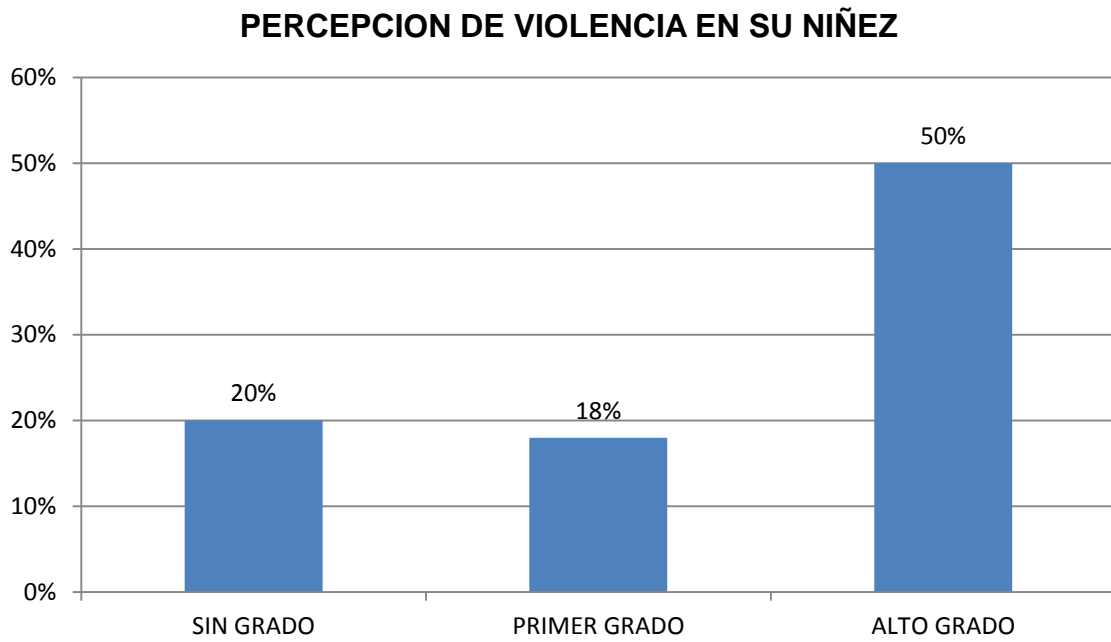
CUADRO II

CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA DE LOS GRUPOS DE LOS GRADOS DE VIOLENCIA INGRAFAMILIAR EN LA MUJER

CARACTERÍSTICAS	SIN GRADO DE EXPOSICION n= 5	PRIMER GRADO DE EXPOSICION n= 72	ALTO GRADO DE EXPOSICION n= 2
OCUPACION DE SU PAREJA			
OBRERO	0%	14% (10)	0%
EMPLEADO	20% (1)	51% (37)	50% (1)
PROFESIONISTA	60% (3)	25% (18)	0%
OTROS	20% (1)	10% (7)	50% (1)
FUMA O TOMA SU PAREJA			
SI	20% (1)	31% (22)	50% (1)
NO	80% (4)	69% (50)	50% (1)
USA DROGAS SU PAREJA			
SI	0%	3% (2)	0%
NO	100% (5)	97% (70)	100% (3)
VIOLENCIA POR SUS PAREJAS ANTERIORES			
SI	0%	18% (12)	100% (2)
NO	100% (2)	82% (60)	0%

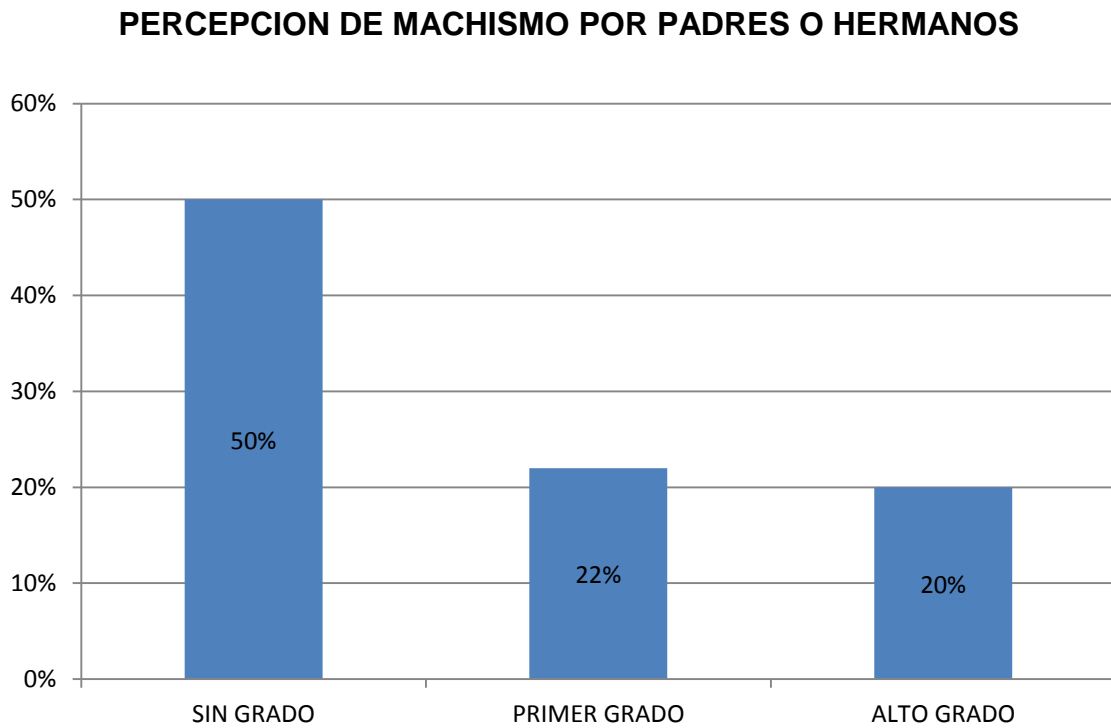
FUENTE: Hoja de datos

GRAFICA 2



FUENTE: Hoja de datos

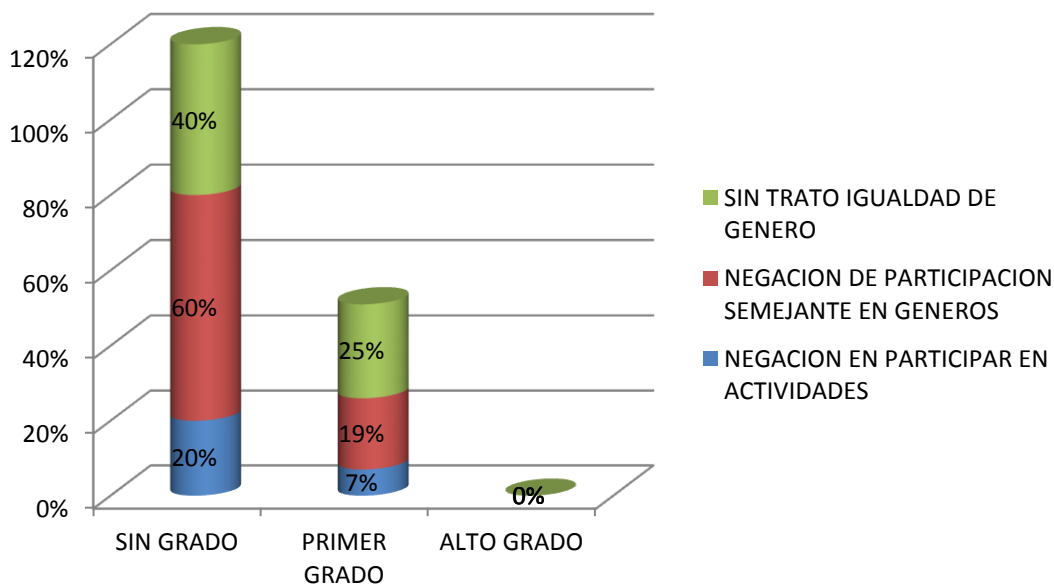
GRAFICA 3



FUENTE: Hoja de datos

GRAFICA 4

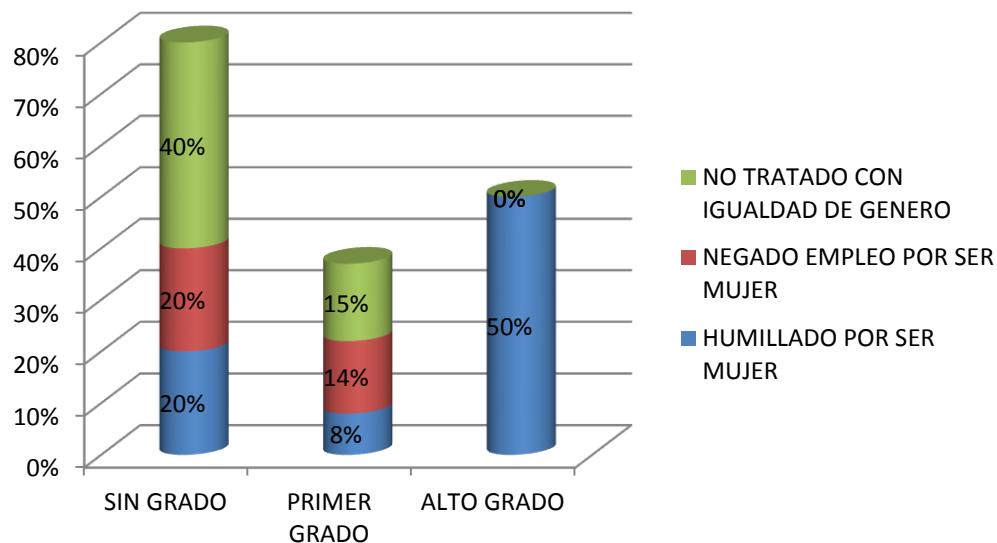
FACTORES DE EXPOSICION EN LA COMUNIDAD DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA MUJER



FUENTE: Hoja de datos

GRAFICA 5

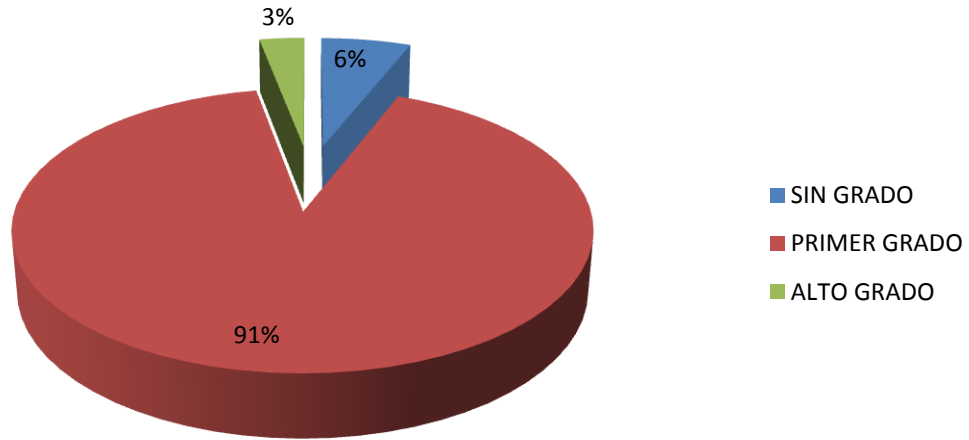
FACTORES DE EXPOSICION SOCIAL DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA MUJER



FUENTE: Hoja de datos

GRAFICA 6

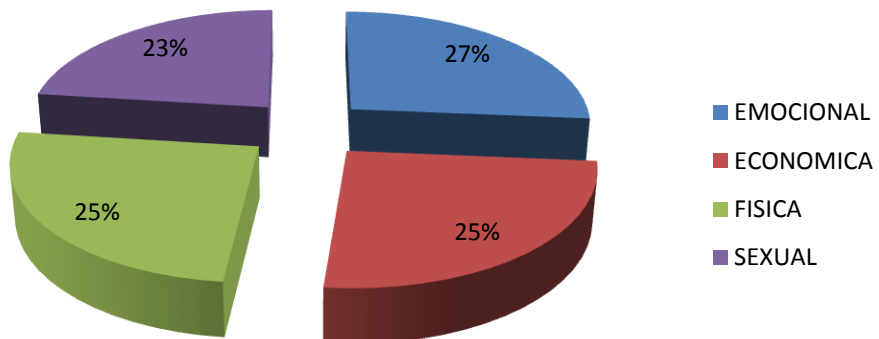
GRADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA MUJER



FUENTE: Hoja de datos

GRAFICA 7

PROMEDIO DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA MUJER



FUENTE: Hoja de datos

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

DISCUSIÓN

En este estudio resulto con mayor elevación de la prevalencia de la violencia intrafamiliar en la mujer, con 94% el doble de la que se reporta a Nivel nacional que es de 46%; sin embargo se menciona que la violencia contra las mujeres no se confina a una cultura, región o país específico, ni a grupos particulares de mujeres en la sociedad. Las raíces de la violencia contra la mujer yacen en la discriminación persistente contra las mujeres. Hasta el 70 por ciento de mujeres experimenta violencia en el transcurso su vida (43). La violencia sufrida en el 18% de las mujeres del grupo con primer grado, refleja la importancia de la relación de pareja, ya que es un parámetro que se puede repetir a través de diversas relaciones como la conyugal, de acuerdo con Ban Ki Moon (2013), el cual menciona que 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 el 38%; a nivel mundial (44). Otros estudios en Uruguay, mostraron que al analizar el fenómeno de la Violencia Doméstica de acuerdo a la edad, se observo que la mayor y menor proporción de mujeres que manifiestan haber vivido un episodio de Violencia Doméstica en el último año se encuentran en los extremos etarios. En este sentido, las mujeres de 15 a 18 años son quienes en mayor proporción declaran haber vivido algún episodio de Violencia Domestica (35,4%), mientras que son las mujeres de 65 años o más quienes en menor proporción declaran lo mismo (22%); que en comparación a nuestro estudio, fue semejante donde se observo la violencia en los grupos etarios de 20 a 25 años y de 41 a 49 (45). En el grupo de violencia de primer grado la escolaridad más representativa fue la secundaria completa con 33% y se mostraron casadas en un 60%, semejante a un estudio realizado en mujeres españolas, donde el 59.3% estaban casadas, el 76,8% tenían pareja y el 88.2% convivían con ella. El 31.5% tenían estudios primarios y el 28.2% universitarios. El 58.1% tenían un trabajo remunerado y el 24.9% son amas de casa. Con datos de violencia que oscilo entre 25% y 40% (46); que sin embargo en el grupo de violencia de primer grado el 39% contaban con trabajo remunerado. La violencia se presento en esta cohorte de pacientes en el grado primero, donde la violencia en la relación está comenzando; y cuyo resultado es similar en mujeres latinas en Estados Unidos donde más de la mitad de las encuestadas en situación de violencia en el último año consideraron que la misma tiene una gravedad de media a alta (47); además la percepción del machismo entre las mujeres con violencia de primer grado se reflejo en 20% similar a la

sufrida en la niñez, donde diversos estudios han documentado que el haber sido víctima de violencia en la niñez se asocia con un mayor consumo de alcohol. En estudios realizados en México, la violencia física durante la niñez, notificada, fue de 42.2%. Solo 7.8% de las mujeres respondieron afirmativamente a la pregunta general de violencia de pareja (48), que sin embargo se investigó en un grupo etario más amplio que nuestro estudio de 15 a 92 años, que quizás puede ser una debilidad de nuestro estudio.

CONCLUSIÓN

En este estudio se logró el objetivo general identificando que el primer grado de exposición a violencia intrafamiliar es el más prevalente con un 91 % y que solo un 3 % de las encuestadas tienen un alto grado de exposición. En el grupo de violencia de primer grado la escolaridad más representativa fue la secundaria completa con 33% y se mostraron casadas en un 60%, semejante a un estudio realizado en mujeres españolas, donde el 59.3% estaban casadas, el 76,8% tenían pareja y el 88.2% convivían con ella. El 31.5% tenían estudios primarios y el 28.2% universitarios. El 58.1% tenían un trabajo remunerado y el 24.9% son amas de casa. Con datos de violencia que oscilo entre 25% y 40%; que sin embargo en el grupo de violencia de primer grado el 39% contaban con trabajo remunerado. Demostrando que la violencia se presenta en cualquier nivel socioeconómico, con una variación porcentual mínima. La percepción de violencia fue elevada y esta se presentó desde su ámbito familiar, comunitario y social, además con un 100% de exposición por antigua pareja en mujeres con alto grado de exposición.

Así, en estas pacientes de nuestro estudio arrojan resultados similares a la literatura médica con algunas diferencias por las razones geográficas, aunque se muestra elevado la prevalencia sobre todos los estudios mencionados, esta es de primer grado, situación que invita a la participación del Médico Familiar para evitar llegar a la violencia peligrosa, tratando de revertir la dinámica familiar y ayudar a estas parejas a encontrar la funcionalidad familiar, los resultados son importantes ya que una intervención a tiempo sanaría esta patología de nuestras familias.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Violencia contra la mujer, noviembre de 2009. Not. Descriptiva No 239
2. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención
3. Ley General de acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2009,1:01-24
4. Rodríguez MA, Vaquero AM, Bertagnolli LA, et al. Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. Atención Primaria, 2011, 43(8)417-425
5. Haper. México, Sin avances legales para abatir la violencia de género. 4 Mayo 2010, UAM Investigación, 2:07.
6. Clarín. La violencia de género provocó 240 muertes en lo que va del año. Día internacional contra la Violencia de Género. 25 nov. 2008
7. Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer. Violencia hacia la mujer y sus consecuencias en salud y en la utilización de servicios de salud, Violencia hacia la mujer en el escenario estatal. 2006. 63-70.44-54
8. Instituto Mexicano de la Juventud. En aumento violencia contra las mujeres. México, D.F enero 2011,1:10-25
9. Dirección de Comunicación Social. Boletín Electrónico Informativo No. 292, 21 Oct 2008
10. Tocci DO, Cáceres AL, Deffit N, et al. Características epidemiológicas de los casos de maltrato a la mujer atendidos en el servicio de medicina forense del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" , 2006-2008, 10:1-5
11. Thoraya AO, Mujer y Violencia. Promesa de igualdad, salud reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas México, 2007,7:1-23
12. Díaz PG. La violencia de género en México: reto del gobierno y de la sociedad. Revista Electrónica del Centro de Estudios de Administración Pública, May 2009, 7,10(Supl) 1-11

13. Instituto Nacional de las Mujeres INMUJER Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. PROIGUALDAD 2008- 2012. Diagnóstico de la situación de las Mujeres en México, Julio 2008, 1: 9- 15
14. Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres. Instituto Nacional de las Mujeres INMUJER Julio 2007, 18: 20-28
15. Boletín SSY 073- 2010. Violencia hacia las Mujeres Problema de Salud Pública. Agosto 2011, 3:1-23.
16. Gómez DO, Vázquez MA, Fernández CA. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. Salud Pública de México, Cuernavaca 2006.v. 48 supl.2
17. Méndez ME, Detección y atención Psicosocial, Precoz de la violencia doméstica contra la Mujer Vulnerable. Asociación Salud y Familia. Barcelona 2008. 6: 2 – 12
18. Sans MI, Sellarés JA. Detección de la violencia de género en atención primaria. Rev. Española de Medicina Legal, vol. Núm. 032010, 36: 9-109
19. Instituto de Servicios y Seguridad del Estado de México y sus Municipios. Prevención de Violencia Intrafamiliar, 2008, 1-28
20. Espinoza GF, Zepeda PV, Bautista HV, et al. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes, Salud Publica Mex. 2010, 52:213-219
21. Romero FM. Violencia y migración al consultorio psiquiátrico. IntraMed, 15 oct. 2008, 38- 42
22. Norton AM. Las Mujeres que sufren violencia luego tienen problemas mentales. Journal of the American Medical Association , 2011, 55-57
23. Sarrión SB. Consecuencias psicológicas de la violencia de género. Clasificado en General , OER Julio de 2010, 32-36
24. Elliott AS, Depold HA. The American Academy of Neurology position statement on abuse and violence, American Academy of Neurology, 2012, 78:433-435

25. Rhodes MD, Levison WI. Interventions for Intimate Partner Violence Against Women. *Clinical Applications*. American Medical Association Downloaded February 8, 2012, vol. 289 No. 5, 559(supl) 601-605
26. Abad J, Pereda N, Guilera G. La Exposición de los menores españoles a la violencia familiar. *Instituto Andaluz interuniversitario de Criminología, Boletín Criminológico* No 131, nov. 2011, 2:2-4
27. Jiménez B, Menores Expuestos a Violencia contra la Pareja. *Clínica y salud* vol 20, No 3, 2009, 261-272
28. Ferrer PV, Bosch FE, Ramis PM. et al. La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema* 2006 vol. 18, no.3, 15, 4: 359-366
29. Ferrer RA, Figuera ES, Cárdenas MH, et al. La violencia es un fenómeno sociocultural y patológico, *Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría*, 2009, 2:1-5
30. Ortega PA, Mudgal JA, Flores PI, et al. Determinantes de Violencia de pareja en trabajadoras del IMSS, Morelos. *Salud Publica Mex* 2007, 49; 357-366
31. Flores-Vivanco AP. Violencia doméstica, una alternativa de intervención con la víctima. *Universidad Nacional Autónoma de México*. Marzo 2011. Vol 14
32. Alonso GE. Mujeres víctimas de Violencia Doméstica con trastornos de estrés postraumático, *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico*. Madrid, 2007, 84, 5: 669-773
33. Ortega PO. Record de muertes por violencia de género desde que nació Igualdad, *Sociedad*, 2010, 387-478
34. Valdez SR, Ruiz RM. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública Mex*. 2009, 51: 505-511
35. Beck BM. Domestic Violence, *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*, 2010, 10: 1125, 1132
36. Mason SM, Wright RJ, Hilbert EN, et al. Intimate Partner Violence and Incidence of Type 2 Diabetes in Women, *Diabetes Care*, 2012, 1-2
37. Ruiz PI, Plazaola CJ, Vives CC, et al. Geographical variability in violence against women in Spain, *GacSanit*, 2010 24(2): 128-35

38. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, et. al. Why physicians and nurses ask(or don't) about partner violence: a qualitative analysis, BMC Public Health. 2012, 21; 12:473
39. Valdez SR, Medina MC, Rivera RI et al. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex. 2006;48, 2:S221-S231
40. Castro RF, Riquer MD. Marco conceptual de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, INEGI, 2006, 8: 1-12
41. Manual Operativo. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Cap 7. Consejería especializada: Evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal. 75: 6 (supl)129- 138
42. Anahuac VD. Estadísticas Mundiales sobre violencia de género. Red Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2011, 3:10-16.
43. UN Department of Public Information, DPI/2546C, November 2009.
44. Ban Ki-Moon. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013, 1.
45. González-Mora F., Romano S., Toledo A. Principales resultados de la encuesta sobre prevalencia de violencia domestica en mujeres usuarias de los servicios de salud. Uruguay 2009.
46. Ruiz-Pérez I, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac Sanit. 2010. doi:10.1016/j.gaceta.2009.10.014
47. María José Zarza González y María Xesús Froján Parga. Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. Anales de psicología 2005, vol. 21, nº 1 (junio).
48. Straus MA, Kantor GK. Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. Adolescence 29.1994 ;(115): 543-561.
49. Gustavo Olaiz-Fernández, Rosalba Rojas, Rosario Valdez, Aurora Franco, Oswaldo Palma Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. Salud pública de México, ISSN 0036-3634, Vol. 48, Nº. 2, 2006, págs. 232-238 01/2006.

X. ANEXOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del Estudio: Grado de exposición a violencia intrafamiliar, de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar, del Hospital General de Zona y Medicina Familiar no. 1

Lugar y fecha: Pachuca de Soto, Hgo., a _____ del mes de _____ de _____.

Número de registro: R-2013-1201-21

Justificación y objetivo del estudio: En esta investigación se identificará el grado de exposición a violencia intrafamiliar de mujeres atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1.

Procedimientos: Se aplicará un cuestionario en el que proporcionará datos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, Y responder a preguntas específicas sobre violencia psicológica, económica, física y sexual contra la mujer.

Posibles riesgos y molestias: Esta encuesta que se aplicará consta en una serie de preguntas que consisten en cuestionar acerca de su vida familiar y personal relacionadas con violencia, por lo que si puede causar algún tipo de molestia emocional.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Al participar ayudará a identificar problemas de violencia en la mujer.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al concluir la investigación tendrá derecho de conocer los resultados y los podrá preguntar al investigador responsable.

Participación o retiro: Su participación es voluntaria, y no afectará la atención médica que recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Privacidad y confidencialidad: La información que usted proporciona será manejada de forma confidencial.

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

Investigador responsable: Dra. Alicia Ceja Aladro Teléfono: 771 220 78 44

Colaboradores: Lic. Máximo Ventura Jesús. Tel: 7137833

Dra. Ma. Isabel de la Sancha Ortega. Tel: 775 129 77 68

Comisión de ética e investigación de la CNIC del IMSS: av. Cuauhtémoc 330 4 to. Piso bloque B de la unidad de congresos, colonia doctores. México DF., CP 06720, teléfono (55) 56 27 69 00 ext. 21230, correo electrónico: comisión Ética imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dra. Ma. Isabel de la Sancha Ortega Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

**INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR GRADO DE EXPOSICION
A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.**

I.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

<p align="center">Edad:</p> <p>() 15-20 () 31-35 () 21-25 () 36-40 () 26-30 () 41-49</p>	<p align="center">Escolaridad:</p> <p>() Sabe leer y escribir () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria completa () Técnico () Preparatoria () Profesional</p>	<p align="center">Estado Civil:</p> <p>Casada () Unión libre ()</p>	<p align="center">Ocupación:</p> <p>() Ama de casa () Empleada () Profesionista () Otros</p>
---	--	--	---

II.- FACTORES DE EXPOSICIÓN:

INDIVIDUALES	FAMILIARES	COMUNITARIOS	SOCIALES
<p>-Fuma y/o toma:</p> <p>() si () no ¿Cuántos cigarros? _____ ¿Cuántas veces toma a la semana? _____</p> <p>-Utiliza drogas. () si () no</p> <p>-Ocupación de su pareja:</p> <p>() Obrero () Empleado () Profesionista () Otros.</p> <p>-Fuma y/o toma su pareja:</p> <p>() si () no ¿Cuántos cigarros? _____ ¿Cuántas veces toma a la semana? _____</p> <p>-Utiliza drogas su pareja. () si () no</p> <p>-¿Ha sufrido violencia por parte de su pareja anterior (es)? (incluye noviazgos)</p> <p>() si () no</p>	<p>-Percibió violencia en su familia durante su niñez: Si () no ()</p> <p>-Identifico en algún momento conducta machista por parte de Padre y/o hermanos.</p> <p>Si () no ()</p> <p>-</p>	<p>-Se le ha negado el derecho de participar en algunas actividades comunitarias por el hecho de ser mujer. Si () no ()</p> <p>-En su comunidad la participación de la mujer es igual a la de los hombres. Si () no ()</p> <p>-En su comunidad se le trata de la misma forma a hombres que a mujeres. Si () no ()</p>	<p>-Alguna vez se le ha humillado por el hecho de ser mujer. Si () no ()</p> <p>-Se le ha negado algún empleo por ser mujer. Si () no ()</p> <p>-Considera que se le ha tratado con igualdad de género: Si () no ()</p>

Las siguientes preguntas buscan indagar sobre la Violencia que han sufrido las Mujeres, así como su percepción de la Severidad de las diferentes formas de Violencia.

Marque con una X según sea el caso.

Durante los últimos 12 meses su pareja:	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿La insulta?				
2. ¿La rebaja o menosprecia?				
3. ¿Le dice cosas como que está poco atractiva o fea?				
4. ¿Le hizo sentir miedo de él?				
5. ¿La amenazó con matarse a sí mismo?				
6. ¿Se puso a destruir algunas de sus cosas?				
7. ¿Se opone a que trabaje o estudie?				
8. ¿Le ha controlado con no darle dinero o quitárselo?				
9. ¿le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?				
10. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?				
11. ¿La ha encerrado bajo llave?				
12. ¿Se puso a golpear o a patear la pared o algún mueble?				
13. ¿La amenazó con golpearla?				
14. ¿La ha empujado a propósito?				
15. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?				
16. ¿usa la fuerza física para tener relaciones con usted contra su voluntad?				
17. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no esté dispuesta?				
18. ¿La amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él?				
19. ¿La obliga a tener sexo oral en contra de su voluntad?				
20. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?				

Firma del paciente

Nombre y firma del investigador.

