



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA 2012-2015

**PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES
CON CANCER DE MAMA DE LA UMAE ONCOLOGIA CMNSXXI**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
EPIDEMIOLOGIA**

PRESENTA

DRA. ORALIA CRUZ VASQUEZ

ASESORES

DRA. YAZMIN LIZETH MARTINEZ SANCHEZ

Epidemióloga

Adscrita a la Jefatura de la División de Epidemiología en la UMAE Oncología
CMNSXXI

DR. ALFREDO ANGEL MONJARDIN PEREZ

Médico Psiquiatra

Adscrito a la UMAE Oncología CMNSXXI.

México, D.F.

2015

Dra. Yazmin Lizeth Martínez Sánchez

Asesor

Especialista en Epidemiología adscrito a la Jefatura de la División de
Epidemiología en la UMAE Oncología CMNSXXI

Vo.Bo.

Dr. Alfredo Ángel Monjardín Pérez

Asesor

Especialista en Psiquiatría adscrito a la UMAE Oncología CMNSXXI.

Vo.Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cázares

Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología de la
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

Vo.Bo.

En memoria de:

Mi madre en su admirable lucha contra el cáncer, que desde el cielo nunca ha fallado en su promesa de protegerme y que siempre será mi ejemplo a seguir.

ÍNDICE.

1.- Resumen.....	5
2.- Marco teórico.....	7
3.- Antecedentes.....	10
4.- Planteamiento del problema.....	14
5.- Justificación.....	15
6.- Objetivo.....	16
7.- Hipótesis.....	16
8.- Material y método.....	16
9.- Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	17
10.- Consideraciones éticas.....	27
11.- Plan general.....	28
12.- Recursos humanos.....	28
13.- Resultados	29
14.- Discusión.....	32
15.- Conclusiones.....	34
16.- Referencias Bibliográficas.....	35
17.- Anexos.....	55

1.- RESUMEN

Título: Prevalencia y determinantes de violencia de pareja en mujeres con cáncer de mama de la UMAE Oncología CMNSXXI

Marco Teórico: El cáncer de mama (cama) es el primer cáncer en América en cuanto a casos nuevos y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en mujeres. Muchas pacientes se vuelven más frágiles y débiles, conforme su enfermedad y los tratamientos progresan, lo que las hace más dependientes de sus cuidadores. Por lo tanto, estas mujeres pueden compartir factores de riesgo para el abuso y la negligencia física y psicológica. Aunque mucho se ha escrito acerca de la violencia doméstica en la atención primaria y de emergencia, muy poco se ha documentado en el entorno oncológico.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los determinantes de violencia de pareja en mujeres con cama de la UMAE Oncología de CMNSXXI

Material y método: Estudio transversal, que incluyó mujeres derechohabientes del IMSS, residentes del DF de 35 a 70 años de edad con más de 1 año de diagnóstico confirmatorio de cualquier tipo histológico de cama en cualquier estadio de la enfermedad, que se encontraran en seguimiento en consulta externa del hospital de oncología. Mediante el listado de paciente se seleccionaron en forma aleatoria sistemática, y se realizaron las entrevistas en total privacidad. Se realizó un análisis univariado, bivariado, utilizando un nivel de confianza del 95% (IC_{95%}), valor de $p < 0.05$, para variables cualitativas se utilizó χ^2 . Se estimó la Razón de Momios para Prevalencia (RMP) y análisis multivariado.

Resultados: El tamaño final de la muestra fue de 421 mujeres con cama, no hubo pérdidas y la tasa de respuesta fue del 100%. La mediana de edad de la mujer fue de 52 años, 63% fueron originarias del D.F., 86% de religión católica, 20.9% refirió tener licenciatura completa, 69.6% refirieron ser casadas. La mediana de edad del esposo o pareja fue de 53 años, 35.4% refirieron licenciatura completa, 16.4% refirieron consumo de alcohol con riesgo. El estrato socioeconómico medio se presentó en el 61.3% de las familias. La prevalencia de violencia en algún momento de su relación de pareja fue de 37.8% de las mujeres, emocional 29.7%, física 24.9%, económica 23%, sexual 14.5%. La violencia se presentó después del diagnóstico de cáncer en 9% de los casos, en quienes fueron abandonadas el 15.8% y 10.5% percibieron que la violencia aumentaba conforme progresaba la enfermedad. A nivel general tener poca autonomía registró RMP 4.77 (IC_{95%} 1.82-12.47, $p=0.001$). La poca tendencia a la equidad presentó RMP 2.47 (IC_{95%} 1.33-4.58, $p=0.004$). Insultos u ofensas seguidas durante la niñez RMP 2.75, (IC_{95%} 0.70- 4.46, $p < 0.001$). Haber tenido esposo o pareja maltratado o golpeado en la

niñez RMP 3.86 (IC_{95%} 2.52- 5.92, $p<0.001$). El estrato socioeconómico bajo presentó RMP 2.16 (IC_{95%} 1.07- 4.34, $p=0.03$). El consumo de alcohol con riesgo por parte del esposo o pareja presentó RMPa 8.81 (IC_{95%} 4.59-16.89, $p= <0.001$). El tener poca tendencia a la equidad de género presentó RMPa 2.29 (IC_{95%} 1.15 – 4.56, $p=0.017$). Tener poca autonomía registró RMPa 3.67 (IC_{95%} 1.27-10.56, $p=0.16$).

Conclusiones: La violencia de pareja constituye un tema de fundamental importancia en la agenda social. Los resultados constituyen importantes insumos para dimensionar esta problemática en la población oncológica y con ello se busca apoyar el diseño de estrategias de atención y prevención de la misma. Asimismo, con esta información se busca impulsar la investigación sobre el tema, a través de la conformación de marcos teórico-conceptuales que ubiquen y precisen de mejor manera a la violencia en el ámbito familiar.

2.-MARCO TEORICO

El cáncer de mama, es una enfermedad crónica, caracterizada por un crecimiento anormal y proliferación maligna de células epiteliales que revisten los conductos y lobulillos de la glándula mamaria y con capacidad de diseminación ¹.

Con más de 300,000 nuevos casos y más de 80,000 muertes, el cáncer de mama es el primer cáncer en América en cuanto a casos nuevos y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en mujeres ².

En América Latina y el Caribe, 25% de los nuevos casos de cáncer y 14% de las muertes por cáncer son debidas al cáncer de mama. En Norte América, el 27% de los nuevos casos y el 15% de las muertes por cáncer en las mujeres son a consecuencia del cáncer de mama ².

De acuerdo a predicciones basadas en el crecimiento poblacional, se estima que en el año 2030 se presentarán más de 500,000 nuevos casos y más de 100,000 muertes por cáncer de mama. El incremento en número de nuevos casos y muertes será casi el doble en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América ².

En los Estados Unidos el número estimado de casos nuevos y muertes por cáncer de mama en 2013 fueron: 232 340 nuevos casos y 39 620 muertes ².

En México, la tasa de incidencia es de 27.2 por cada 100,000 mujeres, y la tasa de mortalidad es de 10.1 por cada 100,000 mujeres ². En el 2012 el cáncer de mama ocupó el tercer lugar como causa de defunciones hospitalarias con el 1.7% a nivel nacional ³.

En el IMSS el total Nacional de defunciones por cáncer mama en el 2012, fue de 1452 casos; 806 en el grupo de edad de 20-59 años y 625 en el grupo de >60 años ⁴.

La tasa de incidencia por cáncer de mama en el 2010 fue de 21 x 100,000 derecho habientes ≥ 25 años adscritos a médico familiar y la tasa de mortalidad ajustada por edad a nivel nacional fue de 9.43 x 100,000 derechohabientes de 25 y más, siendo el grupo mayormente afectado el de edades comprendidas entre los 50 y 59 años ⁵.

El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. El cáncer afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma. Durante la larga trayectoria de la

enfermedad, muchas familias pasan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, desesperanza, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. La confrontación de esta experiencia (diagnóstico de cáncer y/o su reaparición) crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora. Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación y pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia, siendo las relaciones débiles quienes experimentan más inestabilidad ^{6,7}.

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar. La naturaleza exacta de estas demandas varía dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, del grado y tipo de incapacidad (sensorial, motora o cognitiva) percepción interna o externa de la deformación (cirugías, mastectomía, colostomía), de la severidad en el pronóstico de vida, del curso de la enfermedad crónica, de los protocolos de tratamiento químico y sus efectos secundarios, y del dolor y síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad ⁶.

Se acepta que el sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental. Inversamente, cuando tal apoyo no es disponible o retenido, la situación del paciente es visiblemente deteriorada. Pacientes con sentido vívido de la importancia de sus relaciones familiares y sociales experimentan menos trastornos mentales, mayor autoestima y un mayor sentido de la eficacia en su propia habilidad de funcionamiento ⁶.

Los estudios realizados con parejas, cuando uno de cuyos miembros sufre de cáncer, describen un aumento de las expresiones de afecto entre ellos, al mismo tiempo que surgen problemas causados por el estrés que la enfermedad les ocasiona. "Este acercamiento es de tipo conductual o instrumental, mientras que a la vez se produce un alejamiento de tipo afectivo o intrapsíquico; lo que se debe a que el hecho de que el conyugue sano tiene la necesidad de apartarse afectivamente poco a poco de su pareja. Este es un mecanismo de defensa que busca preservar la fuerza que requiere para apoyar a la pareja enferma. Por otra parte, desde un punto de vista conductual se puede considerar que aun cuando el conyugue sano siente la responsabilidad de hacerse cargo del "enfermo", de brindarle todo el cariño y protección necesarios, al mismo tiempo advierte el deseo de huir, de tomar distancia pues este ser tan querido probablemente morirá y lo

dejará, y él no quiere sufrir. Así comienza a alejarse afectivamente con el fin de protegerse a sí mismo, pues de ésta manera -piensa- sufrirá menos cuando la muerte finalmente los separe ^{8,9}.

2.1.-PRESENTACION DE VIOLENCIA

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada ¹⁰.

La Norma Oficial Mexicana sobre la Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (NOM 190 SSA 1- 1999), considera como violencia familiar: al acto de omisión único o repetitivo, consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual, abandono o explotación, cometido por un miembro de la familia —en función del sexo, edad o condición física— en contra de otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra ¹¹.

Como bien conocemos la violencia doméstica de tipo físico y psicológico, son en la mayoría de las veces perpetradas por su pareja, y son una de las formas más frecuentes de violencia ejercida contra la mujer, además aunada a la violencia sexual, hace parte de aquellas expresiones de sometimiento que por presentarse en el ámbito privado son con frecuencia invisibles para la sociedad ¹².

Muchas mujeres de todas las edades identifican a sus parejas como las más importantes fuentes de apoyo en el diagnóstico, evolución y tratamiento del cáncer, sin embargo no todas las parejas responden positivamente ante esto, ejemplos de respuestas asociadas de no apoyo van desde la crítica, a la violencia de pareja, lo que nos lleva a estrés y mala adaptación ante el cáncer. Las mujeres sin un soporte emocional por parte de su pareja experimentan un aumento de la percepción de amenaza ante al cáncer o un retraso en el tratamiento, secundario a la violencia doméstica, que en ocasiones influye en la toma de decisiones debido al abuso de poder y el control por parte de la pareja. Aunque sólo, tal control no puede determinar el comportamiento, pero este es un factor contribuyente ^{13,14, 15}.

Casi la mitad de las mujeres con cáncer de mama informan cambios en las relaciones con sus parejas, algunos cambios en el estado de salud, y la discapacidad física, parecen hacer que las mujeres sean más vulnerables a los abusos y lesiones ¹³.

Muchas pacientes con cáncer se vuelven más frágiles y débiles, conforme su enfermedad y los tratamientos progresan lo que las hace, más dependientes de sus cuidadores. Por lo tanto, estas personas pueden compartir factores de riesgo para el abuso y la negligencia física y psicológica. Las pacientes de cáncer también están en riesgo de aislamiento social debido a los cambios estéticos como la pérdida de cabello, pérdida de peso entre otros relacionados con la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía, y el propio tumor, así como los efectos del tratamiento sobre el funcionamiento físico ^{16,17}.

Desde el punto de vista sexual el diagnóstico de cáncer también puede repercutir en el comportamiento de la mujer, ocasionando alteraciones como: resequedad vaginal, pérdida de interés y excitación sexual, lo cual no siempre es comprendido por sus parejas ^{18,19}.

Algunos factores de riesgo para el abuso en la mujer han sido identificados, y que incluyen el tener compañeros sentimentales que abusan del alcohol o de las drogas, no tener trabajo, o tener un nivel educativo inferior. No hay un "típico" fenotipo de abusador. Los abusadores tienden a aparecer apropiados en situaciones sociales, pero ser controladores en casa ¹⁴. Otro signo de potencial presencia de violencia es la observación de la pareja que aparenta ser sobreprotector, con control o intervención dominante durante la evaluación médica y se niegan a dejar a las pacientes a solas con los proveedores de salud durante las evaluaciones clínicas. También las pacientes pueden parecer demasiado ansiosas mientras están siendo evaluadas ²⁰.

Los individuos maltratados sufren más síntomas físicos que aquellos de los que no se abusa. Las víctimas apuntan más alto en las pruebas para la depresión, la somatización y la baja autoestima, además, tienen más probabilidades de haber intentado un suicidio ^{16,21}.

Los procesos que en la bibliografía se han asociado con la violencia intrafamiliar van desde problemas más visibles e inmediatos como son lesiones (cortes, hematomas y pérdida de audición entre otras) hasta problemas de salud a más largo plazo como son cefaleas crónicas, enfermedades de transmisión sexual o trastornos psiquiátricos como la depresión clínica ^{16,22, 23,24}.

3.- ANTECEDENTES

Las estimaciones más precisas de la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual en entornos sin conflictos son las proporcionadas por encuestas poblacionales basadas en el testimonio de las víctimas. En un estudio de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer (WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women) realizado

en 10 países, en su mayoría en desarrollo, se observó que en las mujeres de 15 a 49 años: 15% de ellas en el Japón y 70% en Etiopía y el Perú referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja, entre un 0,3%, y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja. Después de cumplidos 15 años; la primera experiencia sexual había sido forzada en muchos casos (17% en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural, y 30% en zonas rurales de Bangladesh) ^{8,25}.

En México, al igual que en otros países del mundo, se han realizado estudios previos específicamente sobre violencia de pareja y familiar en población general, los cuales a partir de análisis cuantitativos han arrojado prevalencias que fluctúan entre el 28 y 72%. A nivel nacional los antecedentes ante el tema en población general son: *ENVIF* (Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar) *ENSARE* (Encuesta de Salud Reproductiva), *la ENVIM* (Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres): 33.3% de las mujeres encuestadas respondieron haber experimentado una relación violenta; la pareja (79.5%) fue el principal agresor de la mujer, 37.6% reportó que este tipo de violencia sucedía muchas veces. *ENDIREH* (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares): 46.1% sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal. El porcentaje fluctúa entre 56.9% en el Estado de México y 29.8% en Chiapas. El 42.4%, declaró haber recibido agresiones emocionales en algún momento de su actual o última relación que afectan su salud mental y psicológica, 13.5% de estas mujeres, confesó haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocaron daños permanentes o temporales ^{26, 27, 28, 29}.

En relación a la literatura médica reciente sobre la violencia doméstica y cáncer ha sido poco estudiada; sin embargo se cuenta con las siguientes aportaciones en los cuales hay una amplia discrepancia en los resultados.

Con el objetivo de estimar la prevalencia de victimización de las mujeres con cáncer y examinar asociaciones con la demografía, la detección del cáncer y la etapa de cáncer. Modesitt et al, realizaron un estudio transversal en la clínica de ginecología oncológica y mamaria del Centro de Cáncer Markey de la Universidad de Kentucky, del 2004 al 2005, en 101 mujeres con cáncer de mama, cervical, de endometrio o cáncer de ovario quienes fueron entrevistadas para recoger datos demográficos, historial de detección del cáncer, acceso a la atención, e historia de violencia. Evidenciando una prevalencia de antecedentes de violencia de 48,5% (49/101 mujeres), y dentro de ese grupo, 46.9% (23/49) tuvo antecedente de violencia infantil, el 75.5% (37/49) presentó la violencia en la edad adulta actual y el 55% (27/49) informó violencia sexual. Las mujeres con un antecedente de violencia difería significativamente de las mujeres sin el antecedente, en cuanto a

que eran más jóvenes ($P > 0.031$), más a menudo divorciadas ($P > 0.012$), mayor exposición al humo ($P > 0.010$), más a menudo carecían de seguro comercial ($P > 0.036$), y tenía la etapa más avanzada de la enfermedad ($P > 0.013$), pero no hubo diferencias en cuanto a raza, tipo de cáncer, el nivel de alcohol o drogas, educación o cumplimiento de la detección del cáncer. El análisis multivariado reveló significancia en las mujeres con una historia de violencia, quienes tuvieron 2.6 veces mayor riesgo de diagnóstico en etapas posteriores de la enfermedad (IC95% de 1.03 a 6.59) ³⁰.

Owen-Smith *et al* en un estudio realizado por la división de Ginecología Oncológica del Hospital General de Massachusetts en julio 2002, realizó un tamizaje para la detección de violencia doméstica, el cual se aplicó por el personal de enfermería cada 3 meses, posteriormente se hizo una revisión retrospectiva de los registros de evaluación de violencia. Se clasificó en dos grupos T1 en los primeros 6 meses, T2 los siguientes 6 meses. La muestra estuvo conformada por 204 mujeres, 44% del rango de edad 50-69 años, 49% casadas y 32% solteras, 121 (59%) tenían diagnóstico de cáncer, el tipo más frecuente de cáncer fue de ovario (48%) de éstas el 43% fueron diagnosticadas en el estadio III o IV. La mayoría de los expedientes revisados tenían un formato de tamizaje, pero solo 7% ($n=15$) tenían todos los formatos de seguimiento y de estos 12% tenían violencia doméstica documentada. Además habían presentado más visitas a la clínica durante el periodo de estudio ($p=0.03$) ³¹.

Canady *et al* con el apoyo del departamento de Psicología de la Universidad de Houston, realizaron un estudio de casos y controles en donde incluyeron a 206 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama (SCM) pareado con 206 mujeres del grupo control que nunca hubieran tenido ningún tipo de cáncer, todas >30 años. Las participantes fueron contactadas vía telefónica para invitarlas a participar, previo consentimiento informado en algunas se auto aplicó el cuestionario el cual fue enviado vía postal o vía mail, otras fueron entrevistadas frente a frente, todas recibieron una remuneración económica al participar en el estudio. El cuestionario contenía información relacionada a datos demográficos, abuso físico, abuso psicológico, ambos rubros en las pacientes oncológicas fueron preguntados bajo su percepción, antes, durante el tratamiento del cáncer o en las últimas fechas posteriores al cáncer. El rango de edad de las SCM fue de 34 a 81 años, mediana 54.38, blancas (49.76%), afroamericanas (41.55%), hispanas (8.21%), con leve diferencia porcentual con las del grupo control. Se realizó un análisis MANOVA para comparar el reporte retrospectivo de los dos grupos. Aunque el abuso físico y psicológico fue bajo en ambos grupos, los resultados indican que los dos grupos reportaron diferentes patrones, de abuso físico $F(2,297)=4.42$ $p < 0.0129$, pero no de psicológico $F(2,299)=0.35$, $p < .7023$ de abuso a través del tiempo. El grupo de

SCM presentó menor puntaje que el grupo control para el reporte de abuso y no se reportan cambios significativos en la frecuencia de abuso después del diagnóstico ³².

Cesario *et al*/ bajo la revisión de la Universidad de Mujeres de Texas; realizaron un estudio de cohorte prospectiva de siete años de seguimiento, con el objetivo de investigar los efectos de la violencia de pareja hacia las mujeres, en el funcionamiento y los resultados de salud, incluyendo la incidencia del diagnóstico de cáncer. Las participantes fueron ingresadas de albergues o instituciones de justicia del área metropolitana de Houston, se investigaron datos demográficos y se contactó cada cuatro meses durante 7 años. El total de participantes fue de 300 mujeres, durante el primer año de seguimiento; a 8 de ellas se les diagnosticó cáncer, 6 con ca cervical, 1 ca de tiroides, 1 ca de piel, de estas mismas el rango de edad fue de 24-42 años (Mediana=33.71 años, SD =4.92), La incidencia de cáncer cervical en esta población joven de estudio es de 6 casos por 300 mujeres (2%) ³³.

Otro estudio realizado en Estados Unidos basado en la cohorte del Estudio de la Salud de las Mujeres Negras, con el objetivo de evaluar si el abuso físico y sexual durante la vida se encontraba asociado a una mayor incidencia de cáncer de mama, Wise *et al* realizaron un seguimiento por medio de cuestionarios enviados por correo electrónico cada 2 años, que incluía preguntas en relación a antecedente de haber sido víctimas de abuso, incluyendo la exposición en la niñez, adolescencia y en la edad adulta, adicionalmente se preguntó con qué frecuencia los participantes se sentían en peligro, físico o sexual, en cada uno de los siguientes lugares: en casa, el vecindario, la escuela o el trabajo. A las mujeres incidentes de cáncer de mama se les solicitó permiso por escrito para revisar su expediente médico. Las mujeres contribuían personas-año desde el inicio del seguimiento (1 de marzo de 1995), hasta el diagnóstico de cáncer de mama, pérdida durante el seguimiento, muerte, o al final del seguimiento (01 de marzo 2009), lo que ocurriera primero. Analizado por medio de regresión de Cox. 48% de las mujeres informaron haber sufrido abusos en la infancia, el 37% en la adolescencia, y 40% en la edad adulta. Durante los 462,432 años-persona de seguimiento, hubo 1,064 casos nuevos de cáncer de mama. No hubo asociaciones entre las víctimas del maltrato en la infancia o en la adolescencia y cáncer de mama. Se encontró asociación entre el abuso en la edad adulta y el cáncer de mama RR=1.18 (IC95%=1.03-1.34). El RR de solo abuso físico, 1.28 (CI95% = 1.09-1.49) solo abuso sexual 0.96 (IC95% = 0.76 a 1.20), y tanto abuso físico como sexual 1.22 (IC95% = 1.00 a 1.49) ³⁴.

Con el propósito de describir la experiencia de las mujeres mayores de 55 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama con o sin apoyo de su pareja, Sawin realizó un estudio descriptivo, a través de una encuesta desarrollada por el centro de Salud rural de investigación de la Universidad de Virginia, la cual recopiló información relacionada a datos demográficos, raza, educación, fuentes de seguro, la distancia al centro de salud y descripciones del tipo de vivienda. Las participantes fueron reclutadas a través de anuncios en periódicos y a través de la base del datos del centro de salud, por medio de cartas y vía telefónica, bajo un muestreo a conveniencia participaron 9 mujeres que fueron seleccionados bajo los criterios de: hablaran inglés, y que hayan tenido una relación difícil de pareja en el momento del diagnóstico de cáncer de mama y/o tratamiento, presentaran una puntuación de al menos 23 en el examen del estado mental, posteriormente las participantes completaron el cuestionario, el cual incluía la escala de maltrato en la mujer, esta escala midió la vulnerabilidad psicológica que sufren las mujeres maltratadas especialmente en el área de la salud mental, la ansiedad y depresión. Las participantes a causa de su difícil relación de pareja, destacaron diferentes aspectos de su experiencia con el cáncer. La tensión financiera, que se extendió a las relaciones generales con su pareja, las necesidades de conducir un vehículo se convirtieron en otra forma en que la pareja podría manipular a la mujer y hacer que sea más dependiente ³⁵.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Con más de 300,000 nuevos casos y más de 80,000 muertes, el cáncer de mama es el primer cáncer en América en cuanto a casos nuevos y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en mujeres ².

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los gobiernos y responsables de la formulación de políticas, consideraba la violencia contra la mujer como un problema social de importancia relativamente menor, sobre todo en lo que se refiere a la violencia “doméstica” infligida por el marido o la pareja. Sin embargo, desde la década de los noventa, los esfuerzos emprendidos por las organizaciones de mujeres, expertos y algunos gobiernos comprometidos con esta cuestión han supuesto una profunda transformación de la sensibilización pública con respecto a este problema. Así pues, actualmente es una cuestión ampliamente reconocida que dicha violencia constituye un grave problema de violación de derechos humanos y salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad ²⁵.

En México, al igual que en otros países del mundo, se han realizado estudios previos específicamente sobre violencia de pareja y familiar en población general, los cuales a partir de análisis cuantitativos han arrojado prevalencias que fluctúan

entre el 28 y 72%. El 38% de los años de vida saludable (AVISA) perdidos entre las mujeres se debe a la violencia que se ejerce en su contra, y este problema ocupa el tercer lugar de importancia entre el total de problemas de salud que afectan a la mujer en edad fértil ²⁸. Sin embargo aunque mucho se ha escrito acerca de la violencia de pareja y familiar en la atención primaria y de emergencia, muy poco se ha documentado en el entorno oncológico en población mexicana.

Las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja, la laboral y social.

Muchos pacientes con cáncer se vuelven más frágiles y débiles, por lo tanto, más dependientes de sus cuidadores conforme su enfermedad y los tratamientos progresan, esto puede hacer que las mujeres sean más vulnerables a los abusos y lesiones.

Por consiguiente, dichas mujeres pueden compartir factores de riesgo para la negligencia física y psicológica a corto y largo plazo, con un elevado costo económico y social.

4.1-PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es la prevalencia y determinantes de violencia de pareja en mujeres con cáncer de mama de la UMAE Oncología de CMNSXXI?

5.-JUSTIFICACION:

Los resultados obtenidos de este estudio impulsarán el enfoque del personal de salud para prestar más atención en este grupo de población vulnerable, destacando la necesidad de estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama que incluyan elementos de intervención clínico-psicológicos.

A nivel institucional el presente estudio ayudará a identificar la magnitud de este problema para que el médico no sea la única vía para detectar a las paciente, es decir la capacitación y participación del equipo multidisciplinario; conformado por trabajadores sociales, enfermeras y profesionales de salud mental será imprescindible, ya que estos, en un clima de confianza y escucha, podrán comenzar su intervención ofreciendo a la mujer apoyo y seguimiento en la toma de decisiones para identificar y cambiar su situación, reduciendo los niveles de ansiedad, depresión u otras alteraciones en la recuperación de las pacientes.

Por otro lado se concientizará y sensibilizará a la familia y a la población en relación al gran impacto que la violencia intrafamiliar ocasiona a la calidad de vida

de las pacientes oncológicas además de pretender fomentar el cambio, motivando a los tomadores de decisiones y programadores a diseñar y aplicar estrategias con base en evidencia científica para prevenir y responder a la violencia contra las mujeres oncológicas.

Además los resultados del estudio serán la base para futuras investigaciones en población mexicana.

6.-OBJETIVOS:

Objetivo General: Determinar la prevalencia y determinantes de violencia de pareja en mujeres con cáncer de mama de la UMAE Oncología de CMNSXXI

Objetivos Específicos:

Determinar la prevalencia de violencia emocional

Determinar la prevalencia de violencia económica

Determinar la prevalencia de violencia física

Determinar la prevalencia de violencia sexual

Determinar el grado de violencia

Determinar la prevalencia de antecedente de violencia en la niñez de la paciente

Determinar la prevalencia de alcoholismo en la pareja.

Determinar la prevalencia de abandono posterior al diagnóstico de cáncer.

Determinar la prevalencia de perspectiva y equidad de género

7.-HIPOTESIS: La violencia de pareja en la mujer con cáncer de mama de la UMAE Oncología de CMNSXXI alcanza prevalencias mayores de 37%.

8.-MATERIAL Y METODOS

Tipo de diseño: No experimental tipo transversal

Periodo de estudio: Marzo 2014 - febrero 2015

Población de estudio: Mujeres con cáncer de mama de la UMAE oncología de CMNSXXI

Criterios de selección

- A) Inclusión:** Mujeres derechohabientes usuarias del IMSS residentes del DF de 35 a 70 años de edad con más de 1 año de diagnóstico confirmatorio de cualquier tipo histológico de cáncer de mama en cualquier estadio de la enfermedad, que se encuentren en seguimiento en consulta externa del hospital de oncología CMNSXXI.
- B) Exclusión:** Mujeres con deterioro neurológico, mujeres que cuenten con alguna limitación para contestar por sí solas, mujeres que asistan acompañadas por su esposo, compañero u otra persona mayor de edad y que dicho acompañante se rehúse a dejar sola a la mujer seleccionada al momento de la entrevista.

Muestra: 393

Considerando confianza= 95% = 1.96^2

Prevalencia probable (37%)= p

Amplitud del intervalo (precisión) (0.05)= I^2

Proporción esperada de pérdidas= 10%

$$n = \frac{1.96^2 p(1-p)}{I^2} = 358 + 10\% \text{ perdidas} = 393$$

Muestreo: Probabilístico sistemático (cada 3 pacientes del listado de citadas al área de consulta externa de oncología de mama de la UMAE CMNSXXI (Formato 4-30-6)

9.-PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO.

La información será capturada y procesada con el programa estadístico SPSS versión 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

Se realizará un análisis univariado, mediante el cálculo de frecuencias simples para variables de tipo cualitativo y medidas de tendencia central (Media, mediana, desviación estándar). En el análisis bivariado, se utilizaron pruebas de hipótesis en dos grupos, utilizando un nivel de confianza del 95% (IC_{95%}), $p < 0.05$. Para variables cualitativas se utilizó X^2 . Como medida de asociación se estimó la Razón de Momios para prevalencia e IC_{95%}. Análisis multivariado por medio de Regresión logística no condicional.

9.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable: VIOLENCIA DE PAREJA

Tipo: Dependiente

Definición: Acto u omisión único o repetitivo, cometido por la pareja o esposo, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o económico.

Operacionalización: Se realizara una entrevista directa a cada participante en busca de cualquier forma de violencia.

Utilizando el cuestionario de la *encoprevenimss* apartado perspectiva de género y violencia de pareja. (Anexo 2)

VIOLENCIA EMOCIONAL Se interrogará directamente a la paciente (E1-E8)

VIOLENCIA FISICA Se interrogará directamente a la paciente (F1-F10)

VIOLENCIA ECONOMICA Se interrogará directamente a la paciente (G1-G4)

VIOLENCIA SEXUAL Se interrogará directamente a la paciente (H1-H3)

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Ordinal

Indicador: Ninguna vez, Una vez, Varias veces. Recodificación: 1 y 2=SI, 0= NO

Para violencia general: 1-24 pts= violencia leve, 25-48 pts= violencia grave

Variable: CANCER DE MAMA

Tipo: Independiente

Definición: Crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse.

Operacionalización: Se examinara el expediente clínico de la paciente, para corroborar el diagnostico histopatológico.

Naturaleza: Categórica **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-Si 2.-No

Variable: TIEMPO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CANCER

Tipo: Independiente

Definición: Tiempo en años transcurridos desde el diagnóstico de cáncer a la fecha actual.

Operacionalización: Se examinara el expediente clínico de la paciente.

Naturaleza: Cuantitativa **Escala:** Interval

Indicador: 1.-Entre 1 y 4 años 2.-Entre >4 y <7 años 3.-Más de 7 años

Variable: EDAD

Tipo: Independiente

Definición: Años cumplidos de una persona, desde el nacimiento hasta la actualidad

Operacionalización: Se interrogará edad, así como fecha de nacimiento para corroborar certeza

Naturaleza: Cuantitativa Discreta **Escala:** Razón

Indicador: Años

Variable: LUGAR DE NACIMIETO

Tipo: Independiente

Definición: Localización geográfica de nacimiento

Operacionalización: Se interroga directamente a la paciente ¿En dónde nació?

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal **Indicador:** Estado

Variable: RELIGION

Tipo: Independiente

Definición: Conjunto de creencias o dogma acerca de la divinidad.

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente si profesa alguna religión

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-Católica 2.-Cristiana 3.-Testigo de Jehová 4.-Evangélica 5.-Mormón
Otra

Variable: NIVEL DE ESCOLARIDAD

Tipo: Independiente

Definición: Grado máximo de estudios alcanzados al momento de la encuesta.

Operacionalización: Ultimo grado de estudios alcanzado.

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Ordinal

Indicador: 1.-Sin instrucción, 2.-Primaria completa, 3.-Primaria incompleta,
4.-Sec. Incompleta, 5.-Sec. Completa, 6.-Carrera comercial,7.-Carrera técnica
8.Preparatoria incompleta 9.-Prepa. completa 10.Licenciatura incompleta
11.Licenciatura completa 12.-Diplomado o Maestría 13.-Doctorado.

Variable: OCUPACION

Tipo: Independiente

Definición: Labores desempeñadas con o sin remuneración

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-Labores del hogar 2.-Empleada 3.-Profesionista 4.-Obrera 5.-
Estudiante 6.-Otra

Variable: ESTADO CIVIL

Tipo: Independiente

Definición: Condición jurídica relacionada con los derechos y deberes civiles.

Operacionalización: Se interrogara directamente a la paciente

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-Casado 2.-Union libre 3.-Separada 4.-Divorciada 5.-Viuda 6.-Soltera

Variable: TIEMPO DE RELACION

Tipo: Independiente

Definición: Años desde la unión o casamiento de la pareja hasta la fecha actual

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente

¿Cuántos meses o años tiene usted casada o viviendo en unión libre?

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Interval

Indicador: 1.-< 12 meses, 2.-Entre 1 -5 años,3.-Entre 6-10 años.
4.->10 años

Variable: CONTRATO MATRIMONIAL

Tipo: Independiente

Definición: Acuerdo de voluntades entre dos personas de diferente sexo, por medio del cual se crean o se transfieren derechos y obligaciones que se traducen en la conformación de una sociedad que adopta una específica forma de administrar el patrimonio de dicha unión

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente el tipo de contrato matrimonial

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-Bienes separados 2.-Bienes mancomunados

Variable: EDAD DE LA PAREJA

Tipo: Independiente

Definición: Años cumplidos de una persona, desde el nacimiento hasta la actualidad

Operacionalización: Se interrogará la edad en años cumplidos del esposo o pareja.

Naturaleza: Cuantitativa discreta **Escala:** Razón **Indicador:** Años

Variable: TIEMPO DE SEPARACION, DIVORCIO / VIUDEZ

Tipo: Independiente

Definición: Años desde la separación, divorcio o viudez de la pareja

Operacionalización: Se interrogará el tiempo en años que tiende de separada divorciada o viuda

Naturaleza: Cuantitativa discreta **Escala:** Razón **Indicador:** Años

Variable: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA PAREJA

Tipo: Independiente

Definición: Grado máximo de estudios alcanzados al momento de la encuesta

Operacionalización: Ultimo grado de estudios alcanzado la pareja de la participante

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Ordinal

Indicador: 1.-Sin instrucción 2.-Primaria completa 3.-Primaria incompleta 4.-Secundaria incompleta 5.-Secundaria completa 6.-Carrera comercial 7.-Carrera técnica 8.-Preparatoria incompleta 9.-Preparatoria completa

10.Licenciatura incompleta 11.Licenciatura completa 12.-Diplomado o Maestría 13.-Doctorado

Variable: OCUPACION DE LA PAREJA

Tipo: Independiente

Definición: Labores desempeñadas con o sin remuneración

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-Labores del hogar, 2.-Empleado, 3.-Profesionista, 4.-Obrero
5.-Estudiante, 6.-Otra

Variable: ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Tipo: Independiente

Definición: Nivel con el cual se mide el poder adquisitivo para gastar en productos y servicios

Operacionalización: Construido por los indicadores del test AMAI 10x6, el cual evalúa tecnología, y entretenimiento, infraestructura práctica, infraestructura sanitaria, infraestructura básica, capital humano.

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Ordinal

Indicador: Se categoriza en estrato bajo (60-101pts), medio (102-191pts) y alto (192 y más)

Variable: PERSPECTIVA DE GENERO

Tipo: Independiente

Definición: Forma de pensamiento respecto al conjunto de diferencias sociales y culturales asignadas a las personas en función de su sexo.

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente en las preguntas.C1,C2,C3,C4,C5,C6,C7,C8,C9,C10,C11,C12,C13,C14.

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: Preguntas:C1-C10, A) De acuerdo=0 ptos, B)Desacuerdo=1 ptos
Preguntas C11-C14 A) De acuerdo=1 B) Desacuerdo= 0 puntos.

Recodificación: 0-9 ptos = poco tendiente a la equidad/ 10-14 Muy tendiente a la equidad

Variable: GRADO DE AUTONOMIA DE LA MUJER

Tipo: Independiente

Definición: Grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de otros

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente en las preguntas. D1,D2,D2,D3,D4,D5,D6,D7,D8,D9,D10

Cuando era niña ¿alguna persona con las que vivía la golpeaba?

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-De vez en cuando, 2.-Seguido, 3.-No

Variable: ANTECEDENTE DE MADRE O MADRASTRA GOLPEADA POR SU PADRE O ALGUNA PAREJA

Tipo: Independiente

Definición: Madre o madrastra de la mujer, que presentó maltrato, o golpes por su esposo u otra pareja que haya tenido.

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente ¿Su mamá fue maltratada o golpeada por el papá de usted o por alguna otra pareja que haya tenido ella?

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-SI, 2.-NO

Variable: PAREJA MALTRATADA O GOLPEADA

Tipo: Independiente

Definición: Antecedente de maltrato o golpes en la pareja de la mujer

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente ¿Su actual esposo o pareja fue un niño maltratado o golpeado?

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-SI, 2.-NO

Variable: SUEGRA MALTRATADA POR SU ESPOSO U OTRA PAREJA

Tipo: Independiente

Definición: Suegra de la mujer, que presentó maltrato por su esposo u otra pareja que haya tenido.

Operacionalización: Se interrogará directamente a la paciente ¿Su suegra actual fue maltratada por su suegro o por alguna otra pareja que haya tenido ella

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Nominal

Indicador: 1.-SI 2.-NO

Variable: ALCOHOLISMO

Tipo: Independiente

Definición: Trastorno crónico de la conducta que se manifiesta por repetidas ingestas de alcohol excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad que interfiere en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor.

Operacionalización: Se realizara el cuestionario AUDIT

Naturaleza: Cualitativa **Escala:** Ordinal

Indicador: Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo. Entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial. 20 puntos o más: dependencia.

10.-CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título II, Capítulo 1, Artículo 17, fracción II, es considerada Investigación con riesgo mayor al mínimo ³⁶.

Investigación con riesgo mayor al mínimo en población vulnerable:

Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Este protocolo de investigación se ajustó a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano: Declaración de Helsinki de la AMM 2013 ³⁷.

Previo al inicio de las entrevistas la paciente estuvo de acuerdo y firmó el consentimiento informado. (Anexo 2)

Los riesgos a los cuales se podían exponer las participantes fueron de tipo emotivo, ya que la entrevista constó de preguntas que pudieron sensibilizar o alterar su estado de ánimo, y pudieron revivir situaciones previas de estrés.

El beneficio que obtuvo al finalizar el estudio fue el aprendizaje y reconocimiento de las diferentes formas en que se presenta la violencia, sus repercusiones en la familia y en la evolución de la enfermedad, además se reafirmó el conocimiento de las instancias con que cuenta el instituto para proporcionarle el apoyo.

Con los resultados obtenidos del estudio se espera concientizar y sensibilizar a la familia y a la población en relación al gran impacto que la violencia intrafamiliar ocasiona a la calidad de vida de las pacientes oncológicas.

Privacidad y confidencialidad: La invitación para participar en el estudio y aplicación de la entrevista fue en forma privada y personal, en un área asignada y habilitada de la División de Epidemiología de la UMAE. No se registró el nombre, ni el número de seguridad social de las participantes, las entrevistas y la información personal que nos proporcionaron fue capturada y resguardada cuidadosamente en la Jefatura de epidemiología del CMNSXXI de manera confidencial, y únicamente fue utilizada para los fines de este estudio.

Al finalizar la entrevista, las pacientes oncológicas identificadas con violencia fueron orientadas y referidas a recibir apoyo al servicio de psiquiatría del mismo Hospital de Oncología CMNSXXI, con el Dr. Alfredo Ángel Monjardín Pérez médico especialista en psiquiatría. A todas las participantes se les hizo entrega de un tríptico de contenido informativo en relación a los diferentes tipos de violencia intrafamiliar; así como un directorio telefónico de las instituciones a las cuales puede acudir a solicitar ayuda en caso necesario.

Todas las participantes tuvieron la libertad de realizar cualquier tipo de pregunta relacionada con el estudio y decidir no responder las preguntas que no desearan o no continuar con la entrevista y abandonar el estudio sin que afectase la atención médica del Instituto.

11.-PLAN GENERAL.

Búsqueda de participantes mediante el listado de pacientes citadas al área de consulta externa de oncología de mama de la UMAE CMNSXXI (Formato 4-30-6), una vez identificados, se verificó la disponibilidad del expediente para corroborar el diagnóstico.

Mediante muestreo aleatorio sistemático, se seleccionó a las pacientes a quienes se les explicó el objetivo del estudio y se invitó a participar en él. Previo consentimiento de éste, se procedió a la aplicación de la entrevista.

Al finalizar la entrevista a todas las participantes se les hizo entrega de un tríptico de contenido informativo en relación a los diferentes tipos de violencia intrafamiliar; así como un directorio telefónico de las instituciones a las cuales puede acudir a solicitar ayuda en caso necesario.(Anexo 4)

En caso de detección de violencia intrafamiliar fueron referidas personalmente al servicio de psiquiatría de oncología CMNSXXI.

12.-RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS: El equipo de trabajo, estuvo conformado por 3 integrantes: Dra. Cruz médico epidemiólogo en formación, se encargó de la redacción y captura de la información para su posterior análisis.

Dra. Martínez: Jefe de la División de Epidemiología en la UMAE, Responsable del programa de Cáncer Cervicouterino y de mama en la misma unidad, quien se encargó de la supervisión de la elaboración del protocolo de investigación,

además de gestionar las facilidades para llevar a cabo la investigación en el Hospital de Oncología de CMNSXXI, supervisó que las entrevistas se realizaran en forma adecuada

Dr. Monjardín: especialista en psiquiatría, experto en el tema de codependencia y violencia intrafamiliar, se encargó de intervenir en la adecuada redacción de los antecedentes así como la plausibilidad de los datos, y de atender a las pacientes identificadas con violencia de pareja en la UMAE Oncología.

RECURSOS FISICOS: Las entrevistas fueron realizadas en total privacidad en las instalaciones de la UMAE Oncología en un espacio habilitado, para crear un ambiente de confidencialidad con la entrevistada.

MATERIALES: Dos computadoras de escritorio, una impresora láser, tres paquetes de hojas tamaño carta, 4 bolígrafos.

FINANCIAMIENTO: Será cubierto en su totalidad por los investigadores.

13.-RESULTADOS

El tamaño final de la muestra fue de 421 mujeres con cáncer de mama, no hubo pérdidas y la tasa de respuesta fue del 100%. La mediana de edad de la mujer fue de 52 años (mínimo 35 - máximo 70), rango intercuartil P₂₅: 46 años, P₅₀: 52 años, P₇₅: 59 años (Tabla 1).

En lo que respecta a las características sociodemográficas de las mujeres: 266 (63%) de las participantes fueron originarias del D.F., seguido del Estado de México 32 (8%) (Tabla 2). La delegación actual de residencia con mayor frecuencia fue Iztapalapa con 93 casos (22.1%), en segundo lugar se encontró la delegación Benito Juárez con 46 casos (10.9%) (Tabla 3). En relación a la clínica de medicina familiar de procedencia de las pacientes 46 (10.9%) eran adscritas a la UMF 31. La religión más frecuentemente identificada en la población fue la católica con 362 casos (86%), en segundo término se encontraron las de preferencia cristiana 31 casos (7.4%) (Tabla 4).

La escolaridad de la mujer fue prevalentemente licenciatura completa con 88 casos (20.9%), seguida de primaria completa con 51 casos (12.1%) (Grafica 1). En cuanto a la ocupación actual de la mujer, la mayoría se dedican a las labores del hogar 208 (49.4%), profesionistas 89 (21.1%) (Grafico 2). El estado civil con más frecuencia registrado fue estar casada con 293 casos (69.6%), separadas 42 (10%) (Tabla 5). El tipo de contrato matrimonial que prevaleció fue bienes mancomunados 254 (60.3%) y bienes separados 100 (23.8%) (Grafica 3).

En relación a la pareja, La mediana de edad fue de 53 años, (mínimo 29 – máximo 85), rango intercuartil P₂₅: 47.5 años, P₅₀: 53 años, P₇₅: 61 años (Tabla 6). El principal nivel de escolaridad registrado fue licenciatura completa con 149 casos (35.4%), seguido de secundaria completa 75 (17.8%) (Grafica 4). La ocupación de la pareja: profesionistas 157 (37.3%), empleados 118 (28%). En relación al consumo de alcohol por parte de la pareja: consumo sin riesgo 352 (83%) y consumo con riesgo 69 (16.4%), Toxicomanías se presentaron en 5 parejas (1.2%) (Tabla 8).

Referente al estrato socioeconómico a nivel familiar por el Índice AMAI 10.6, se otorgaron diferentes puntuaciones para posteriormente formar 3 estratos (bajo, medio, alto): medio (61.3%), alto 117 (27.8%) y bajo 46 (10.9%) (Grafica 5).

En lo que respecta a la violencia de pareja la prevalencia fue de 37.8 x cada 100 mujeres con cáncer de mama en algún momento de su relación. (Grafica 6.) La violencia se dividió en leve (113 casos, 26.8%) y grave (46 casos, 10.9 %). Violencia emocional se identificó en 125 mujeres (29.7%), física 105 (24.9%), económica 98 (23%), sexual 61 (14.5%) (Grafica 7).

El 64.7% de las mujeres con tendencia a la equidad refirieron no haber presentado violencia, y el 57% de las mujeres con poca tendencia a la equidad han presentado violencia (Tabla 10). En la codificación de autonomía de la mujer; el ser muy autónoma se presentó en el 64.2% de las mujeres sin violencia, ser poco autónoma en el 72.7% de las mujeres con violencia (Tabla 12).

Al clasificar la violencia por estrato: en el estrato alto se presentaron 31.6% de mujeres con violencia, en el estrato medio el 38.4%, y en el estrato bajo el 50%. (Tabla 13).

Al hacer una comparación de violencia por nivel educativo, la violencia de pareja hacia la mujer se presentó en el 33% cuando el nivel educativo de la mujer fue mayor al del hombre y de 41% cuando el nivel educativo de la mujer era igual al del hombre (Gráfica 8).

Por estado civil en las casadas la violencia se presentó en 83 casos (28.3%), las separadas 33 (78.6%), y en 18 (78.3%, $p < 0.001$) de las divorciadas, (Gráfica 9). A nivel general refirieron haber sufrido separación o divorcio 7 mujeres con cáncer (1.7%) con y sin violencia.

Al interrogar los antecedentes familiares de violencia, los insultos u ofensas entre familiares durante la niñez se presentaba en forma seguido en el 47.4% de las mujeres violentadas. Los golpes en forma seguido en la niñez se presentaron en el 55.7% de las mujeres con violencia. Tener o haber tenido un esposo o pareja

maltratado o golpeado en la niñez se presentó en el 56.7% de las mujeres violentadas. (Tabla 14)

Refirieron que la violencia se había presentado desde antes del diagnóstico de cáncer de mama 121 mujeres (28.7%) y después del diagnóstico de cáncer 38 casos (9%) (Tabla 15). Al dividir por tipo de violencia presentada después del cáncer: Tipo emocional con 83 casos (68.6%), física 63 (52.1%), económica 62 (51.2%), sexual 41 (33.9%). De las mujeres violentadas después del diagnóstico de cáncer fueron abandonadas 6 (15.8%), 4 (10.5%) percibieron que la violencia aumentaba conforme progresaba la enfermedad (Figura 1)

En relación al tratamiento 17 (44.7%) de las violentadas después del cáncer se habían sometido a radioterapia, quimioterapia, mastectomía (Tabla 16). 14 (36.8%) de ellas percibían que el principal apoyo ante la enfermedad era de parte de los hijos (Tabla 17), en cuanto al tiempo con el diagnóstico de cáncer 18 (47.4%) de las mujeres violentadas después del cáncer contaban entre 1-4 años en seguimiento $p=0.032$ (Tabla 18). En lo que respecta al estrato socioeconómico: 22 casos (57.9%, $p=0.022$) fueron del estrato medio (Tabla 19) y 9 (23.7%, $p=0.80.2$) de sus parejas tenían licenciatura (Tabla 20).

ANALISIS BIVARIADO.

Como medida de asociación se sacaron razones de momios para prevalencia en donde: tener poca autonomía registró RMP 4.774 (IC_{95%} 1.827-12.472, $p=0.001$), tomando como referencia la presencia de autonomía de la mujer. (Tabla 21). La poca tendencia a la equidad presento RMP 2.475 (IC_{95%} 1.337-4.582, $p=0.004$), tomando como valor de referencia las mujeres con tendencia a la equidad (Tabla 22).

En cuanto a los antecedentes familiares de violencia (Tabla 23):

Haber presentado insultos entre familiares durante la niñez en forma seguida presentó RMP 1.74 (IC_{95%}1.137-2.684, $p=0.011$), tomando como referencia no haber insultos ni ofensas entre familiares durante la niñez

Insultos u ofensas seguido durante la niñez, RMP 2.75, (IC_{95%} 0.701-4.467, $p=<0.001$), tomando como referencia no haber tenido insultos u ofensas.

Golpes en forma seguida durante la niñez presentó RMP 2.74 (IC_{95%} 1.680-4.407, $p=<0.001$), tomando como referencia no haber presentado golpes durante la niñez.

Haber tenido madre maltratada o golpeada por su padre o pareja presento RMP 1.94 (IC_{95%} 1.295-2.909, $p=0.001$), tomando como referencia el no haber tenido una madre maltratada por su pareja.

Haber tenido esposo o pareja maltratado o golpeado en la niñez, se identificó RMP 3.86, (IC_{95%} 2.521-5.921, $p<0.001$) y haber tenido una suegra violentada RMP 3.31, (IC_{95%} 2.160-5.094, $p<0.001$).

El estrato socioeconómico bajo presentó RMP 2.162 (IC_{95%} 1.077-4.341, $p=0.03$), tomando como referencia el estrato socioeconómico alto (Tabla 24).

El consumo de alcohol con riesgo presentó RMP 9.3 (IC_{95%} 4.99- 17.5, $p=0.001$), tomando como referencia el consumo sin riesgo (Tabla 25).

ANALISIS MULTIVARIADO.

Se calculó un modelo de regresión logística no condicional, utilizando las variables que mejor explicaron el riesgo de violencia de pareja en el análisis bivariado, mas variables confusoras, ajustándose por las variables: consumo de alcohol, nivel educativo de la paciente, nivel educativo del esposo, perspectiva de género, autonomía de la mujer, estrato socioeconómico. El consumo de alcohol con riesgo por parte del esposo o pareja presentó RMPa 8.810 (IC_{95%} 4.593-16.896, $p<0.001$). El tener poca tendencia a la equidad de género presentó RMPa 2.299 (IC_{95%} 1.159 – 4.560, $p=0.017$). Tener poca autonomía registró RMPa 3.677 (IC_{95%} 1.279-10.569, $p=0.16$). (Tabla 26).

14.-DISCUSION

La violencia es un problema de salud pública de alcance global. En el caso de las mujeres la violencia de pareja tiene una importancia especial tanto por su frecuencia como por la carga de enfermedad que provoca.

En nuestro estudio la prevalencia de violencia fue de 37.8%, con esto se destaca la amplia uniformidad en los resultados comparado con el estudio de Modesitt, en población norteamericana con cáncer, en donde identificaron una prevalencia de violencia de 37%. Con la uniformidad de los resultados se va a favor de la validez y de una asociación constante entre la violencia y determinados problemas sociodemográficos, sin embargo al comparar nuestros resultados con las encuestas nacionales en población general no se identificaron diferencias porcentuales.

Con la finalidad de dilucidar las características, y causas de la violencia de pareja, se descubrió que dicha violencia la puede padecer cualquier mujer y de cualquier condición social.

Sin embargo, conforme más bajo es el estrato mayor es el riesgo de presentar el evento, como se puede apreciar en la tabla 23, en donde los riesgos son inversamente proporcionales, lo cual es muy consistente con lo ya reportado a nivel nacional e internacional.

Las raíces de la violencia contra la mujer yacen en la discriminación persistente hacia las mujeres y de la percepción de la misma. Las concepciones dominantes de género en la sociedad en su conjunto tienden a perpetuar un vínculo de inequidad conyugal. Dentro de los factores de riesgo para la violencia en la mujer, la poca tendencia a la equidad de género presentó dos veces más riesgo de presentar violencia comparada con quienes eran tendientes a la equidad, con intervalos precisos, al igual que la poca autonomía, teniendo estos últimos intervalos un poco más amplios pero con dirección hacia el riesgo.

A diferencia de estudios previos en donde únicamente se identificó la prevalencia de antecedente de violencia en la niñez, en nuestro estudio, en todas las variables independientes de antecedentes de violencia, se realizó RMP, obteniendo riesgo de hasta 3 veces más de presentar violencia de pareja en comparación al grupo de referencia con intervalos precisos, valores de p significativos. Y con estos datos, se recalca la cadena de transmisión de estos patrones a lo largo de las generaciones

La mayoría de los trabajos publicados hacen referencia a la violencia física, ya que es la de mayor visibilidad y más fácil de cuantificar. No obstante, la violencia psicológica fue la que se identificó con mayor frecuencia en nuestra población alcanzando casi el 30%, datos menores a los identificados en la ENDIREH 2011 en población general.

En lo que respecta al abandono por parte de su pareja en mujeres con cama se identificó en 1.7% de las participantes con o sin violencia, nuestros resultados coinciden con los encontrados por Dorval et al, en un estudio de cohorte realizado en mujeres con cama titulado "estabilidad conyugal después del cáncer de mama", en donde la prevalencia de abandono fue de 1.6% ³⁸.

A nivel general el 43.5% de las mujeres identificaron a sus parejas como las más importantes fuentes de apoyo en el diagnóstico, evolución y tratamiento del cáncer, tal como lo señala O'Mahoney J et al.

15.- CONCLUSIONES

La violencia de pareja constituye un tema de fundamental importancia en la agenda social; sin embargo, su medición se dificulta ya que lo sensible del tema, la vergüenza, la culpa y la creencia de que es un asunto privado, lleva a la población a mostrar renuencia o a minimizar la magnitud del fenómeno.

Los resultados constituyen importantes insumos para dimensionar esta problemática en la población oncológica y con ello se busca apoyar el diseño de estrategias de atención y prevención de la misma. Asimismo, con esta información se busca impulsar la investigación sobre el tema, a través de la conformación de marcos teórico-conceptuales que ubiquen y precisen de mejor manera a la violencia en el ámbito familiar.

Esto significa la necesidad de adoptar una postura activa respecto a la detección del maltrato.

Este estudio está limitado por su diseño transversal, que no permite la causalidad que se infiere entre violencia de pareja y cada una de las variables de resultado.

Limitaciones del estudio no se evaluó el grado de depresión de las pacientes violentadas para evaluar la trascendencia de la violencia, así como las repercusiones físicas y visitas médicas originadas del inadecuado comportamiento de pareja.

16.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- IMSS. Prevención y Diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención 2008. Guía de referencia rápida.
- 2.- OPS. Cáncer de mama en las Américas. 2013, 520 [Consultado el 24 noviembre 2013] con el buscador google. Disponible en www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task
- 3.- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Boletín de información estadística [Consultado el 10 de enero 2014] con el buscador google. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
- 4.- Estadísticas de Salud, reporte de mortalidad 2012 del IMSS, [Consultado el 11 de enero 2014] con el buscador google. Disponible en <http://201.144.108.20/imssdigital/conoce/estadisticas/Pages/reportemort2012.aspx>
- 5.- IMSS. Boletín epidemiológico 2010. [Consultado el 11 de octubre 2013] con el buscador google. Disponible en <http://11.33.41.38:90/portal/>.
- 6.- L. Baider. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2003; 3: 505-520
- 7.- O'Mahoney J, Carrol R. The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 1997; 4: 397-415
- 8.-Velasco M, Sinibaldi J. Manejo del enfermo crónico y su familia. 1º Ed. 2001. Manual Moderno.
- 9.-Swensen C, Fuller S. Expression of Love, Marriage Problems, Commitment, and Anticipatory Grief in the Marriages of Cancer Patients. *Journal of Marriage and the Family* 1992; 54: p 191-96.
- 10.-Violencia contra la mujer, Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer, Nota descriptiva N.º 239 Noviembre de 2012, [Consultado el 16 octubre 2013] con el buscador google. Disponible en www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs239/es/ - 35k)
- 11.-Norma Oficial Mexicana NOM 190 SSA 1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México 8 de marzo del 2000.

- 12.-Lafaurie - Villamil M. The commitment of obstetrics and gynecology: following the detection of violence against women and its prevention. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2008; 59: 8-9
- 13.-Metzler E, Laughon K, Parker B, et al. Breast cancer in the context of intimate partner violence: A qualitative study. *Oncology nursing forum* 2009; 36: 686-692
- 14.-Martino M, Balar A, Cragun J, Hoffman M. Delay in treatment of invasive cervical cancer due to intimate partner violence. *Gynecologic oncology* 2005; 99: 507-509.
- 15.- Northouse L, Templin T, Mood D. Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of behavioral medicine* 2001; 24: 115 -136.
- 16-Schmidt N, Woods T, Stewart J. Domestic violence against women with cancer: examples and review of the literature. *J Support Oncol* 2006; 4: 24-8.
- 17.-Ganz P, Coscarelli A, Fred C, et al. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast cancer research and treatment* 1996; 38: 183 - 199.
- 18.- Burwell S, Case L, Kaelin C, et al. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery." *Journal of Clinical Oncology* 2006; 24: 2815-2821.
- 19.- Taylor-Brown J, Kilpatrick M, Maunsell E, Dorval M. Partner abandonment of women with breast cancer: Myth or reality?. *Cancer practice* 2000; 8: 160-164.
- 20.- Mick J. Identifying Signs and Symptoms of Intimate Partner Violence in an Oncology Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2006; 10: 509-513
- 21.- Peña Collado S, Villanueva Egan L. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73: 250-60.
- 22.- Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención primaria* 2004; 34: 117-124.
- 23.-Johnson J. K, John R, Humera A, et al. The prevalence of emotional abuse in gynecology patients and its association with gynecological symptoms. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2007; 133: 95-99.
- 24.-Sethi D, Watts S, Zwi A, et al. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emergency medicine journal* 2004; 21:180-184.

25.-Estudio multipais de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. OMS 2005

26.-Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar ENVIF.http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2000/Abril/cp_37.pdf

27.-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Instituto Nacional de Salud Pública.

28.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Cuernavaca, México, 2006.

29.- INEGI, Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares ENDIREH 2011. Marco conceptual.2012

30.- Modesitt S, Gambrell A, Cottrill H, et al. Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial, or ovarian cancer. *Obstetrics and Gynecology* - New York 2006; 107: 1330-1336.

31.- Smith A, Hathaway J, Roche M, Gioiella M, et al Screening for Domestic Violence in an Oncology Clinic: Barriers and Potential Solutions. *Oncology nursing forum*. Oncology Nursing Society 2008; 35: 625-633.

32.- Canady B.E, Naus M.J, Babcock J.C. Physical and Psychological Abuse in Breast Cancer Survivors and Cancer-Free Women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2010; 28:351–360

33.- Cesario S, McFarlane J, Nava A, Gilroy H, et al. Linking. Cancer and Intimate Partner Violence: The Importance of Screening Women in the Oncology Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2014; 18:65-73

34.- Wise, Lauren A, et al. Abuse victimization and risk of breast cancer in the Black Women's Health Study. *Cancer Causes & Control* 2011; 22: 659-669.

35.- Sawin. My husband would not help me, so I was driving over there" older rural women experiencing breast cancer with a non-supportive intimate partner. *Rural Remote Health* 2010; 10: 1536

36.- Agenda de Salud 2010. Editorial ISEF, Año 2010, 2010ª Edición.

37.-World Medical Association. Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human, JAMA. Published online 2013.

38.- Dorval M, Maunsell E, Taylor-Brown J, Kilpatrick M. Marital stability after breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999; 91: 54-59

Tabla 1.

Medidas de tendencia central y dispersión de la edad de la mujer con cama

Mediana	52.00	
Moda	46	
Desviación Estándar	8.698	
Varianza	75.650	
Mínimo	35	
Máximo	70	
Percentiles	25	46.00
	50	52.00
	75	59.00

Prueba de Normalidad de Kolmogorov Smirnov

Tabla 2.

Lugar de nacimiento de la mujer		
Estado	Frecuencia	Porcentaje
D.F.	266	63%
Edo. Mex.	32	8%
Hidalgo	21	5%
Guerrero	16	4%
Puebla	13	3%
Oaxaca	10	2%
Michoacán	9	2%
Guanajuato	9	2%
Veracruz	9	2%
Guadalajara	6	1%
Otros	30	7%
Total	421	100%

Tabla 3.

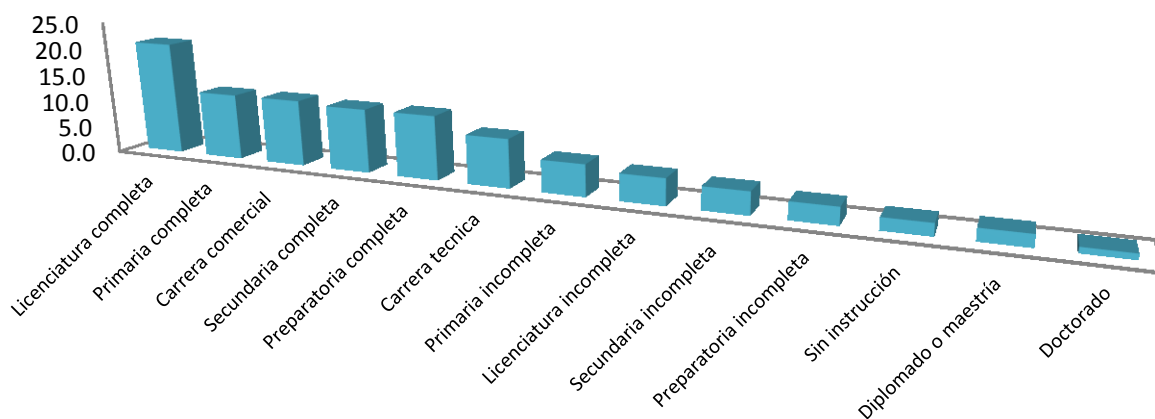
Delegación actual de residencia		
Delegación	Frecuencia	Porcentaje
Iztapalapa	93	22.1%
Benito Juárez	46	10.9%
Coyoacán	45	10.7%
Cuauhtémoc	36	8.6%
Álvaro Obregón	30	7.1%
Tlalpan	28	6.7%
Iztacalco	26	6.2%
Venustiano Carranza	20	4.8%
Azcapotzalco	18	4.3%
Tláhuac	17	4.0%
Magdalena Contreras	14	3.3%
Xochimilco	14	3.3%
Gustavo A Madero	14	3.3%
Miguel Hidalgo	10	2.4%
Cuajimalpa	8	1.9%
Milpa Alta	2	.5%
Total	421	100%

Tabla 4.

Religión de la mujer		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Católica	362	86.%
Cristiana	31	7.4%
Testigo de Jehová	7	1.7%
Otra	7	1.7%
Ninguna	7	1.7%
Evangélica	5	1.2%
Mormón	2	.5%
Total	421	100%

Escolaridad de la mujer con cama

Grafica 1.



Ocupación de la mujer

Grafica 2.

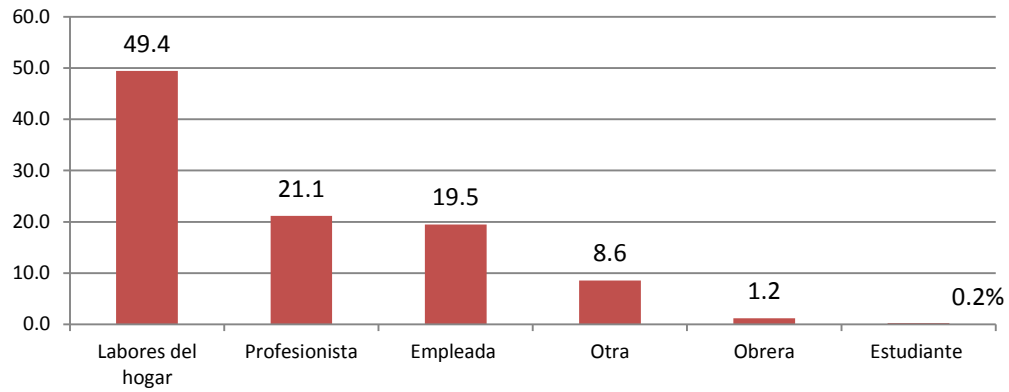


Tabla 5.

Estado civil		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Casada	293	69.6%
Separada	42	10.0%
Unión libre	36	8.6%
Viuda	27	6.4%
Divorciada	23	5.5%
Total	421	100%

Grafica 3.

Tipo de contrato matrimonial

- Bienes mancomunados
- Bienes separados
- Union libre
- No sabe

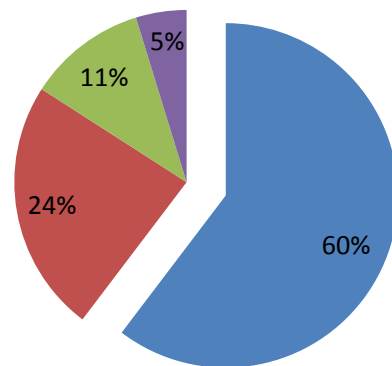


Tabla 6.

Medidas de tendencia central y dispersión de la edad de la pareja o esposo

Mediana	53.00	
Moda	50	
Desviación Estándar.	10.284	
Varianza	105.768	
Mínimo	29	
Máximo	85	
Percentiles	25	47.50
	50	53.00
	75	61.00

Grafica 4.

Escolaridad del esposo o pareja

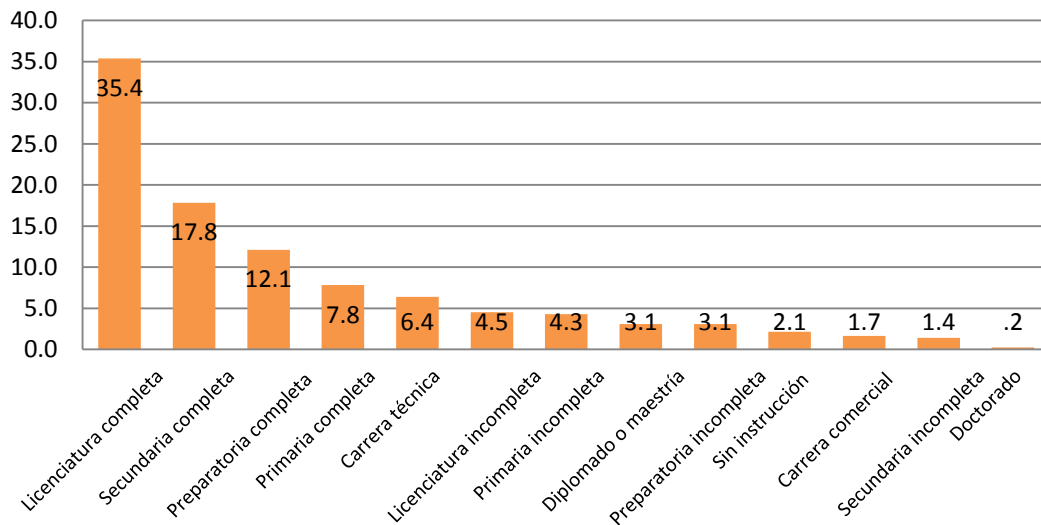


Tabla 7.

Ocupación de la pareja o esposo		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	157	37.3%
Empleado	118	28.0%
Otra	93	22.1%
Obrero	44	10.5%
Labores del hogar	9	2.1%
Total	421	100%

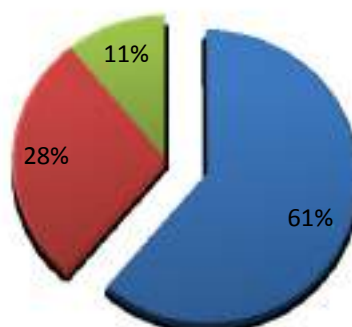
Tabla 8. **Consumo de alcohol y toxicomanías**

Consumo de alcohol en la pareja	Frecuencia	Porcentaje	Toxicomanías	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	352	83.6	Ausente	416	98.8%
Con riesgo	69	16.4	Presente	5	1.2%
Total	421	100	Total	421	100

Grafica 5.

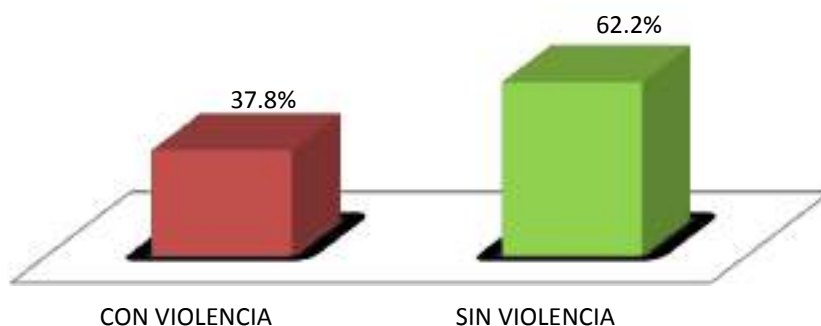
Estrato Socioeconómico

■ MEDIO ■ ALTO ■ BAJO



Grafica 6.

Prevalencia de violencia de pareja en mujeres con cama



Grafica 7.

Prevalencia por tipo de violencia

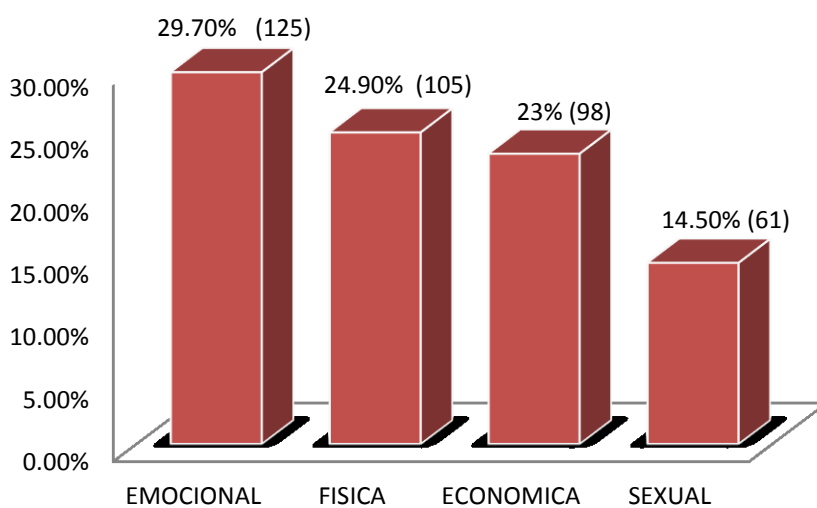


Tabla 9.

Tendencia a la perspectiva de genero					
Preguntas realizadas	Respuesta	Con violencia	Sin violencia	<i>p</i>	χ^2
C1.-Una buena mujer se debe dedicar a las tareas del hogar	Acuerdo	59 (40.1%)	88 (59.9%)	0.463	0.539
	Desacuerdo	100 (36.5%)	174 (63.5%)		
C2.-Los puestos de dirección de las empresas deben ser ocupados por varones	Acuerdo	9 (60%)	6 (40%)	0.071	3.271
	Desacuerdo	150 (36.9%)	256 (63.1%)		
C3.-Los varones deben ganar más que las mujeres aunque hagan lo mismo	Acuerdo	5 (62.5%)	3 (37.5%)	0.147	2.122
	Desacuerdo	154 (37.3%)	259 (32.7%)		
C4.-Una buena esposa debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene	Acuerdo	13 (43.3%)	17 (56.7%)	0.514	0.426
	Desacuerdo	146 (37.3%)	245 (62.7%)		
C5.-Las mujeres deben ser las cuidadoras de los hijos	Acuerdo	39 (45.9%)	46 (54.1%)	0.084	2.984
	Desacuerdo	120 (35.7%)	216 (64.3%)		
C6.-La mayor responsabilidad económica del hogar debe recaer en los varones	Acuerdo	42 (55.3%)	34 (44.7%)	0.001	12.076
	Desacuerdo	117 (33.9%)	228 (66.1%)		
C7.-Es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo	Acuerdo	8 (42.1%)	11 (57.9%)	0.69	0.159
	Desacuerdo	151 (37.6%)	251 (62.4%)		
C8.-Los varones tienen mayores necesidades sexuales que las mujeres	Acuerdo	78 (44.8%)	96 (55.2%)	0.012	.629
	Desacuerdo	81 (32.8%)	166 (67.2%)		
C9.-Cuando la mujer no cumple con sus obligaciones, el marido tiene derecho	Acuerdo	4 (30.8%)	9 (69.2%)	0.597	.279
	Desacuerdo	155 (38%)	253 (69.2%)		
C10.-Los varones son más capaces que las mujeres para realizar estudios científicos	Acuerdo	1 (33.3%)	2 (66.7%)	0.874	.025
	Desacuerdo	158 (37.8%)	260 (62.2%)		
C11.-Las mujeres tienen el derecho a defenderse y denunciar cualquier	Acuerdo	150 (36.8%)	258 (63.2%)	0.017	5.65
	Desacuerdo	9 (69.2%)	4 (30.8%)		
C12.-Las mujeres tienen la posibilidad de decidir sobre su propia vida	Acuerdo	151 (36.8%)	259 (63.2%)	0.015	5.874
	Desacuerdo	8 (72.7%)	3 (27.3%)		
C13.-Las mujeres y los hombres tienen la misma libertad	Acuerdo	136 (36.5%)	237 (63.5%)	0.123	2.374
	Desacuerdo	23 (47.9%)	25 (52.1%)		
C14.-Las mujeres y los varones tienen los mismos derechos para tomar sus	Acuerdo	147 (36.4%)	257 (63.6%)	0.004	8.11
	Desacuerdo	12 (70.6%)	5 (29.4%)		

Tabla 10.

Codificación de tendencia a la perspectiva de genero				
Tipo	Con violencia	Sin violencia	p	X²
Tendiente a la equidad	132 (35.3%)	242 (64.7%)	.003	8.718
Poco tendiente a la equidad	27 (57.4%)	20 (42.6%)		
Total	159 (37.8%)	262 (62.2%)		

Tabla 11.

Autonomía de la mujer					
Preguntas realizadas	Con violencia	Sin violencia	Total	valor de p	X²
Si usted puede salir sola?					
Solo su pareja	17 (85%)	3 (15%)	20	<0.001	19.9
Ambos	40 (34.5%)	76 (65.5%)	116		
Solo usted	102 (35.8%)	183 (64.2%)	285		
si puede trabajar o estudiar?					
Solo su pareja	18 (85.7%)	3 (14.3%)	21	<0.001	22.2
Ambos	29 (30.5%)	66 (69.5%)	95		
Solo usted	112 (36.7%)	193 (63.3%)	305		
Si se usan anticonceptivos?					
No aplica	8 (57.1%)	6 (42.9%)	14	<0.001	29.0
Solo su pareja	13 (76.5%)	4 (23.5%)	17		
Ambos	48 (25.5%)	140 (74.5%)	188		
Solo usted	159 (44.6%)	262 (55.4%)	421		
En la distribución del tiempo libre?					
Solo su pareja	21 (80.8%)	5 (19.2%)	26	<0.001	27.93
Ambos	81 (30.7%)	183 (69.3%)	264		
Solo usted	57 (43.5%)	74 (56.5%)	131		
En la distribución de los gastos diarios del hogar?					
Otra persona	1 (100%)	0 (0%)	1	<0.001	22.9
Solo su pareja	26 (56.5%)	20 (43.5%)	46		
Ambos	69 (28.5%)	173 (71.5%)	242		
Solo usted	63 (47.7%)	69 (52.3%)	132		
Respecto al cuidado y crianza					

de los hijos?					
No aplica	0 (0%)	5 (100%)	5	<0.001	38.47
Solo su pareja	10 (76.9%)	3 (23.1%)	13		
Ambos	85 (29.2%)	206 (70.8%)	291		
Solo usted	64 (57.1%)	48 (42.9%)	112		
Si puede participar en actividades comunitarias o sociales?					
Solo su pareja	17 (85%)	3 (15%)	20	<0.001	19.95
Ambos	45 (36%)	80 (64%)	125		
Solo usted	97 (34.1%)	179 (64.9%)	276		
Si puede comprar cosas personales?					
Otra persona	1 (100%)	0 (0%)	1	0.002	15.30
Solo su pareja	10 (90.9%)	1 (9.1%)	11		
Ambos	10 (37%)	17 (63%)	27		
Solo usted	138 (36.1%)	244 (63.9%)	382		
Cuándo tener relaciones sexuales?					
Solo su pareja	20 (66.7%)	10 (33.3%)	30	0.001	13.8
Ambos	97 (33.3%)	194 (66.7%)	291		
Solo usted	42 (42%)	58 (58%)	100		
En relación con los permisos de los hijos e hijas?					
No aplica	0 (0%)	5 (100%)	5		35.1
Otra persona	1 (100%)	0 (0%)	1		
Solo su pareja	19 (76%)	6 (24%)	25		
Ambos	93 (30.7%)	210 (69.3%)	303		
Solo usted	46 (52.9%)	41 (41.7%)	87		

Tabla 12.

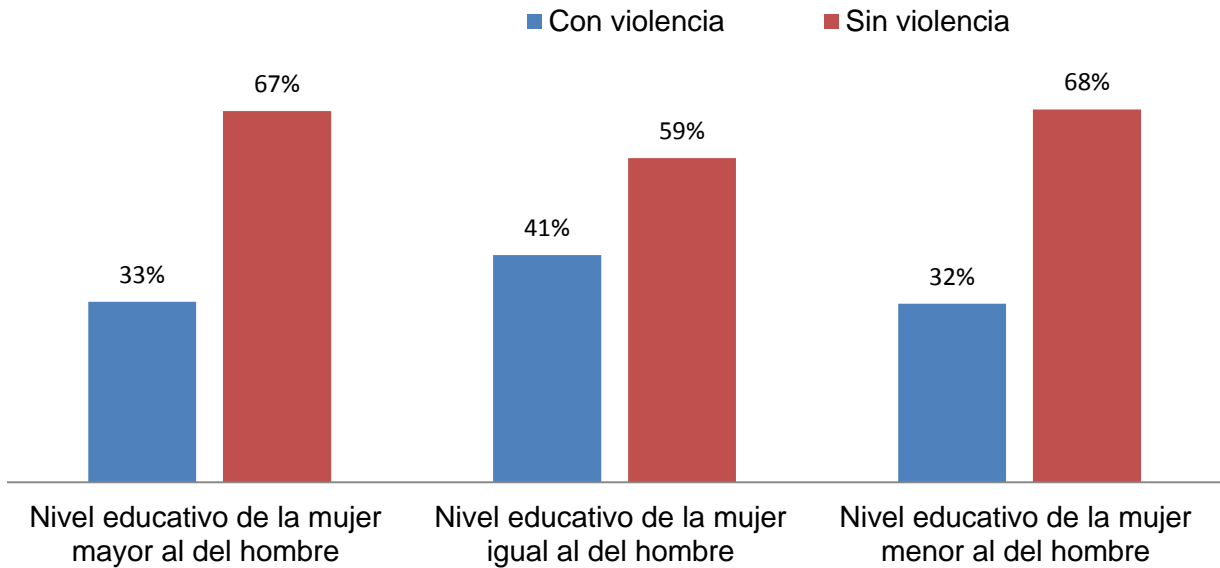
Codificación de autonomía de la mujer				
Nivel de autonomía	Con violencia	Sin violencia	<i>p</i>	χ^2
Muy autónoma	143 (35.8%)	256 (64.2%)	.001	12.071
Poco autónoma	16 (72.7%)	6 (27.3%)		
Total	159 (37.8%)	262 (62.2%)		

Estrato socioeconómico y violencia Tabla 13.

Estrato	Con violencia	Sin violencia	Total
Alto	37 (31.6%)	80 (68.4%)	117
Medio	99 (38.4%)	159 (61.6%)	258
Bajo	23 (50%)	23 (50%)	46
Total	159	262	

Gráfica 8

Compración de violencia por nivel educativo



Gráfica 9 **Violencia y estado civil**



Tabla 14.

Antecedentes familiares de violencia

Variables		Con violencia	Sin violencia	Total
Insultos u ofensas entre familiares durante la niñez	No había	85 (34%)	165 (66%)	250
	De vez en cuando	11 (28.9%)	27 (71.1%)	38
	seguido	63 (47.4%)	70 (52.6%)	133
Insultos u ofensas durante la niñez	No había	77 (31.3%)	169 (68.7%)	246
	De vez en cuando	28 (35.9%)	50 (64.1%)	78
	Seguido	54 (55.7%)	43 (44.3%)	97
Golpes en la niñez	No había	78 (31.6%)	169 (68.4%)	247
	De vez en cuando	27 (35.1%)	50 (64.9%)	77
	Seguido	54 (55.7%)	43 (44.3%)	97
Madre maltratada o golpeada por su padre o pareja	NO	79 (31.3%)	173 (68.7%)	252
	SI	78 (47%)	88 (53%)	166
Esposo o pareja maltratado o golpeado en la niñez	NO	66 (25.3%)	195 (74.7%)	261
	SI	85 (56.7%)	65 (43.3%)	150
Suegra violentada	NO	58 (25.4%)	170 (74.6%)	228
	SI	86 (53.1%)	76 (46.9%)	162

Tabla 15.

Presencia de la violencia y el cáncer		
	SI	NO
Violencia antes del cáncer	121 (28.7%)	300 (71.3%)
Violencia después del cáncer	38(9%)	383 (91%)

Figura 1

Prevalencia de violencia en pacientes con cáncer de mama

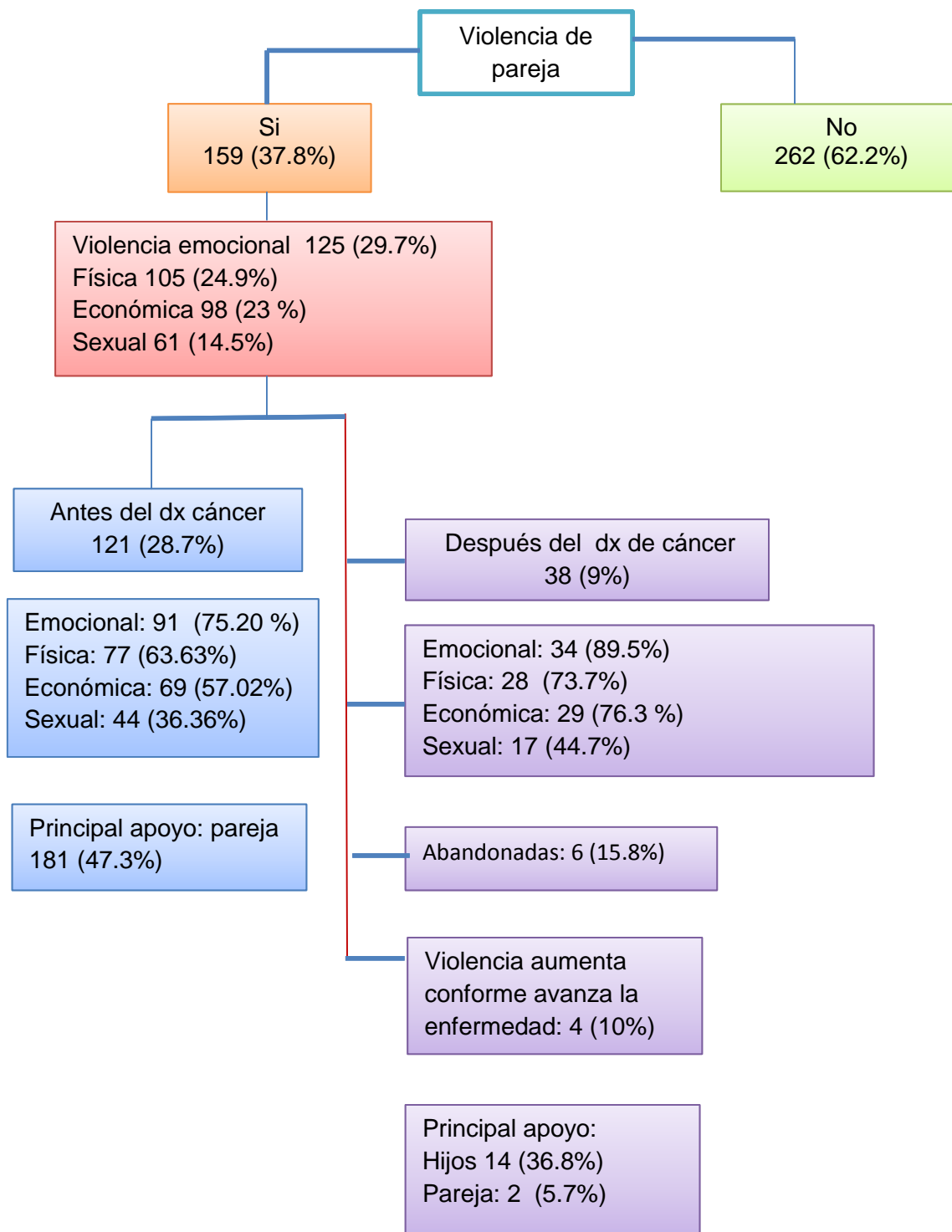


Tabla 16.
Tipo de tratamiento oncológica de las pacientes violentadas después del diagnóstico

Tratamiento	Violencia después del dx de cáncer		total	p
	si	no		
Quimioterapia	9 (23.7%)	86 (22.5%)	95 (22.6%)	0.817
Radioterapia	0 (0.0%)	9 (2.3%)	9 (2.1%)	
Quimioterapia y Radioterapia	2 (5.3%)	27 (7.0%)	29 (6.9%)	
Mastectomía	6 (15.8%)	59 (15.4%)	65 (15.34%)	
Quimioterapia y Mastectomía	4 (10.5%)	57 (14.9%)	61 (14.5%)	
Radioterapia y Mastectomía	0 (0.0%)	7 (1.8%)	7 (1.7%)	
Quimioterapia, radioterapia, Mastectomía	17 (44.7%)	138 (36%)	155 (36.8%)	
total	38 (100%)	383 (100%)	421 (100%)	

Tabla 17
Principal apoyo ante el cáncer

Persona	Después del dx de cáncer		Total	p
	Si violentadas	No violentadas		
mama	4 (10.5%)	39 (10.2%)	43 (10.2%)	<0.001
suegra	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.2%)	
amigos	2 (5.3%)	3 (0.8%)	5 (1.2%)	
vecinos	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.2%)	
papa	3 (7.9%)	2 (0.5%)	5 (1.2%)	
pareja	2 (5.3%)	181 (47.3%)	183 (43.5%)	
hijos	14 (36.8%)	117 (30.5%)	131 (31.1%)	
tios	0 (0.0%)	2 (0.5%)	2 (0.5%)	
hermanos	8 (21.1%)	36 (9.4%)	44 (10.5%)	
nadie	5 (13.2%)	1 (0.3%)	6 (1.4%)	
total	38 (100%)	383 (100%)	421 (100%)	

Tabla 18.

Violencia y tiempo en tratamiento por cáncer				
Periodos	Violencia después del dx cáncer		Total	p
	Si	No		
de 1 a 4 años	18 (47.4%)	261 (68.1%)	279 (66.3%)	0.032
>4 o < 7 años	11 (28.9%)	62 (16.2%)	73 (17.3%)	
mas de 7 años	9 (23.7%)	60 (15.7%)	69 (16.4%)	
total	38 (100%)	383 (100%)	421 (100%)	

Tabla 19.

Violencia y estrato socioeconómico				
Estrato	Violencia después del cáncer		Total	p
	si	no		
Alto	7 (18.4%)	110 (28.7%)	117 (27.8%)	0.022
Medio	22 (57.9%)	236 (61.6%)	258 (61.3%)	
Bajo	9 (23.7%)	37 (9.7%)	46 (10.9%)	
Total	38 (100%)	383 (100%)	421 (100%)	

Tabla 20.

Violencia y escolaridad de la pareja				
Escolaridad	Violencia después del dx de cáncer		Total	p
	si	no		
Sin instrucción	1 (2.6%)	8 (2.1%)	9 (2.1%)	0.802
Licenciatura incompleta	2 (5.3%)	17 (4.4%)	19 (4.5%)	
Licenciatura completa	9 (23.7%)	140 (36.6%)	149 (35.4%)	
Diplomado o maestria	1 (2.6%)	12 (3.1%)	13 (3.1%)	
Doctorado	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.2%)	
Primaria completa	6 (15.8%)	27 (7.0%)	33 (7.8%)	
Primaria incompleta	2 (5.3%)	16 (4.2%)	18 (4.3%)	
Secundaria incompleta	0 (0.0%)	6 (1.6%)	6 (1.4%)	
Secundaria completa	7 (18.4%)	68 (17.8%)	75 (17.8%)	
Carrera comercial	0 (0.0%)	7 (1.8%)	7 (1.7%)	
Carrera tecnica	4 (10.5%)	23 (6.0%)	27 (6.4%)	
Preparatoria incompleta	1 (2.6%)	12 (3.1%)	13 (3.1%)	
Preparatoria completa	5 (13.2%)	46 (12%)	51 (12.1%)	
Total	38 (100%)	383 (100%)	421 (100%)	

Tabla 21.

Análisis bivariado de autonomía de la mujer			
Variable	RMP	IC 95%	p
Muy autónoma	1	Referencia	
Poco autónoma	4.774	(1.827-12.472)	0.001

Tabla 22.

Análisis bivariado de la tendencia de la perspectiva de genero			
Variable	RMp	IC 95%	p
Tendiente a la equidad	1	Referencia	
Poco tendiente a la equidad	2.475	(1.337-4.582)	0.004

Tabla 23.

Análisis bivariado de antecedentes familiares de violencia				
Variables		RMp	IC95%	p
Insultos u ofensas entre familiares durante la niñez	No había	1	Referencia	
	De vez en cuando	0.79	(0.374-1.671)	0.539
	seguido	1.74	(1.137-2.684)	0.011
Insultos u ofensas durante la niñez	No había	1	Referencia	p
	De vez en cuando	1.22	(0.720-2.009)	0.45
	Seguido	2.75	(1.701-4.467)	<0.001
Golpes en la niñez	No había	1	Referencia	p
	De vez en cuando	1.17	(.682-2.007)	0.568
	Seguido	2.72	(1.680-4.407)	<0.001
Madre maltratada o golpeada por su padre o pareja	NO	1	Referencia	
	SI	1.94	(1.295-2.909)	0.001
Esposo o pareja maltratado o golpeado en la niñez	NO	1	Referencia	p
	SI	3.86	(2.521-5.921)	<0.001
Suegra violentada	NO	1	Referencia	p
	SI	3.31	(2.160-5.094)	<0.001

Tabla 24.

Análisis bivariado de estrato socioeconómico			
Variable	RMp	IC 95%	<i>p</i>
Alto	1	Referencia	
Medio	1.346	(0.847-2.140)	0.209
Bajo	2.162	(1.077-4.341)	0.03
Total			

Tabla 25.

Análisis bivariado de consumo de alcohol			
Variable	RMp	IC95%	<i>p</i>
Consumo sin riesgo	1	Referencia	
Consumo de riesgo	9.368	(4.99-17.5)	<0.001
Total			

Tabla 26.

Análisis multivariado			
Variables	RMPa	IC95%	<i>p</i>
Alcoholismo en la pareja	8.810	(4.59-16.89)	.000
Nivel educativo	.970	(0.68-1.38)	.867
Nivel educativo esposo	.977	(0.69-1.37)	.894
Perspectiva de género	2.299	(1.15-4.56)	.017
Autonomía de la mujer	3.677	(1.27-10.56)	.016
Estrato económico	.778	(0.48-1.25)	.304
Constante	.066		.007

a. variable(s) introducida(s) : alcoholismo en la pareja, nivel educativo de la mujer, nivel educativo del esposo, perspectiva de género, autonomía de la mujer, estrato socioeconómico.

CRONOGRAMA DE RESULTADOS (ANEXO 1)

ACTIVIDADES	2013	2014												2015		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
ELABORACION DE PROTOCOLO																
EVALUACION POR PARTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACION																
CORRECCIONES AL PROTOCOLO																
AUTORIZACION POR PARTE DEL COMITÉ.																
PILOTEO DEL INSTRUMENTO																
INICIAR RECLUAMIENTO DE PACIENTE Y TAMAÑO DE MUESTRA																
REGISTRO DE INFORMACIÓN EN SISTEMA DE COMPUTO																
RESULTADOS																
ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION																
PRESENTACION DE RESULTADOS Y ELABORACION DEL INFORME FINAL																



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Coordinación de Investigación en Salud
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de Consentimiento Informado para participar en protocolos de investigación.

Nombre del estudio: **PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGIA CMNSXXI**

Lugar: _____

Fecha ___/___/___/ (día-mes-año)

Número de registro: **R-2014-360218**

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia y factores determinantes de violencia de pareja en mujeres con cáncer de mama de la UMAE Oncología del CMNSXXI en el periodo marzo 2014 – febrero 2015.

Justificación: Los resultados obtenidos de este estudio impulsarán el enfoque del personal de salud para prestar más atención en este grupo de población vulnerable, destacando la necesidad de estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama que incluyan elementos de atención clínico-psicológicos.

Por favor lea la información que le proporcionamos y haga las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar.

Se le pedirá a usted que responda un cuestionario para conocer sus datos personales así como para identificar violencia intrafamiliar.

Los **riesgos** a los cuales se puede exponer son de tipo emotivo, ya que la entrevista consta de preguntas que pueden sensibilizar o alterar su estado de ánimo, y pudieran revivir situaciones previas de estrés.

El **beneficio** que obtendrá al finalizar el estudio será el aprendizaje y reconocimiento de las diferentes formas en que se presenta la violencia, sus repercusiones en la familia y en la evolución de la enfermedad, además se reafirmará el conocimiento de las instancias con que cuenta el instituto para proporcionarle el apoyo.

Con los resultados obtenidos del estudio se espera concientizar y sensibilizar a la familia y a la población en relación al gran impacto que la violencia intrafamiliar ocasiona a la calidad de vida de las pacientes oncológicas.

Al finalizar la entrevista, las pacientes oncológicas identificadas con violencia serán orientadas y referidas a recibir apoyo al servicio de psiquiatría del mismo Hospital de Oncología CMNSXXI, con el Dr. Alfredo Ángel Monjardín Pérez médico especialista en psiquiatría. A todas las participantes se les hará entrega de un tríptico de contenido informativo en relación a los diferentes tipos de violencia intrafamiliar; así como un directorio telefónico de las instituciones a las cuales puede acudir a solicitar ayuda en caso necesario.

Usted tiene la libertad de realizar cualquier tipo de pregunta relacionada con el estudio y decidir no responder las preguntas que no desee o no continuar con la entrevista y abandonar el estudio sin que afecte la atención médica del Instituto. No recibirá ningún pago por su participación ni implicará gasto alguno para usted.

Privacidad y confidencialidad: La invitación para participar en el estudio y aplicación de la entrevista será en forma privada y personal, en un área asignada y habilitada de la División de Epidemiología de la UMAE. No se registrará el nombre, ni el número de seguridad social de las participantes, las entrevistas y la información personal que nos proporcionen será capturada y resguardada cuidadosamente en la Jefatura de epidemiología del CMNSXXI de manera confidencial, y únicamente será utilizada para los fines de este estudio. Nos comprometemos a no identificar a la participante en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio.

Si tiene preguntas o quiere aclarar alguna duda sobre el estudio, puede comunicarse de 8:00 a 16:00 horas, con la: Dra. Oralia Cruz Vásquez. Residente de tercer año de Epidemiología, adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Teléfono: 5524013381.

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.

Declaración de consentimiento informado: Se me ha explicado con claridad en qué consiste el estudio que se llevara a cabo, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este documento.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas, a su vez se me entregó una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Nombre y firma o huella del participante

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

(ANEXO 3) INSTRUMENTO DE MEDICION



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS
CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS.
PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES CON CANCER DE
MAMA DE LA UMAE ONCOLOGIA CMNSXXI



Con el propósito de conocer más acerca de la violencia en contra de la mujer se le solicita su colaboración en el presente cuestionario. Recuerde que toda la información que proporcione será analizada en forma confidencial y para uso exclusivo de este estudio. De antemano agradeceré su cooperación para contestar dicho cuestionario.

FOLIO _____ FECHA _____ UMF _____ TURNO: (matutino) (vespertino)

A) FICHA DE IDENTIFICACION	B) DATOS SOCIOECONÓMICOS (AMAI 10X6)
<p>A1.- ¿Cuál es su edad en años cumplidos? () Fecha de nacimiento _____ (día/mes/año)</p> <p>A2.- ¿En dónde nació? _____</p> <p>A3.- ¿En dónde vive actualmente? _____</p> <p>A4.- ¿Cuál es su religión? 1.-Católica () 2.-Cristian () 3.- Testigo de Jehová() 4.-Evangélica() 5.- Mormón () 6.- Otra: _____</p> <p>A5.-Grado de estudios que usted completó: 1.-Sin instrucción () 2.-Primaria completa () 3.-Primaria incompleta () 4.-Secundaria incompleta () 5.-Secundaria completa () 6.-Carrera comercial () 7.-Carrera técnica () 8.- Preparatoria incompleta () 9.-Preparatoria completa () 10.- Licenciatura incompleta () 11.-Licenciatura completa () 12.-Diplomado o Maestría () 13.-Doctorado ()</p> <p>A6.-Ocupación: 1.-Labores del hogar () 2.-Empleada () 3.-Profesionista () 4.-Obrera () 5.-Estudiante () 6.-Otra ()</p> <p>A7.- ¿Cuál es su estado civil actual? _____ 1.-Casada () 4.-Viuda () 2.-Divorciada () 5.-Se parada () 3.-Unión libre () 6.- Soltera ()</p> <p>A8.- ¿Cuántos meses o años tiene usted casada, o viviendo en unión libre? 1.-Menos de 12 meses () 2.-Entre 1-5 años () 3.-Entre 6-10 años. () 4.-Más de 10 años ()</p> <p>A9.- ¿Qué tipo de contrato matrimonial tiene? Es decir, usted está casada por: 1.- Bienes separados () 2.-Bienes mancomunados()</p> <p>A10.-¿Cuál es la edad en años cumplidos de su esposo o pareja? _____</p> <p>A11.-Si es divorciada, separada o viuda, anote cuantos años tiene así : _____ años</p> <p>A12.-Grado de estudios que su pareja completó: 1.-Sin instrucción () 2.-Primaria completa () 3.-Primaria incompleta () 4.-Secundaria incompleta () 5.-Secundaria completa () 6.-Carrera comercial () 7.-Carrera técnica () 8.- Preparatoria incompleta () 9.-Preparatoria completa () 10.- Licenciatura incompleta () 11.-Licenciatura completa () 12.-Diplomado o Maestría () 13.-Doctorado ()</p> <p>A13.-Ocupación de su pareja:1.-Labores del hogar () 2.- Empleado () 3.-Profesionista () 4.-Obrero () 5.-Estudiante () 6.-Otra ()</p>	<p>B1.- ¿Con cuántos cuartos, piezas o habitaciones cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zote huelas. 1.- () 1-4 2.- () 5-6 3.- () 7 o más.</p> <p>B2.- ¿En el hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños? 1.- SI TIENE () 2.-NO TIENE ()</p> <p>B3.- ¿Cuenta con automóvil y si es así cuantos tiene? No tiene () 1 () 2 () 3 () 4 o más ()</p> <p>B4.-Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda? 1.-[< 6 Focos] () 2.- [6-10 Focos] () 3.- [11-15 Focos] () 4.- [16-20 Focos] () 5.- [21 o más] ()</p> <p>B5.- ¿El piso de su hogar es predominantemente de? 1.-Tierra () 2.-Cemento u otro tipo de acabado ()</p> <p>B6.- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar? No tiene () 1 () 2 () 3 () 4 o más ()</p> <p>B7.- ¿Cuántas televisiones a color funcionado tienen en este hogar? No tiene () 1 () 2 () 3 () 4 o más ()</p> <p>B8.- ¿Cuantas computadoras personales, ya sea de escritorio o laptop, tiene funcionando en este hogar? No tiene () 1 () 2 () 3 () 4 o más ()</p> <p>B9.- ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica? 1.-NO TIENE () 2.- SI TIENE ()</p> <p>B10.-Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? 1.-Sin instrucción () 2.-Primaria completa () 3.-Primaria incompleta () 4.-Secundaria incompleta () 5.-Secundaria completa () 6.-Carrera comercial () 7.-Carrera técnica () 8.- Preparatoria incompleta () 9.-Preparatoria completa () 10.- Licenciatura incompleta () 11.-Licenciatura completa () 12.-Diplomado o Maestría () 13.-Doctorado ()</p>

C) PERSPECTIVA DE GENERO		
A continuación voy hacer algunas afirmaciones, para contestar sólo indique si está de acuerdo o no está de acuerdo:	A) ACUERDO	B)DESACUERDO
C1.-Una buena mujer se debe dedicar a las tareas del hogar	[]	[]
C2.-Los puestos de dirección de las empresas deben ser ocupados por varones	[]	[]
C3.-Los varones deben ganar más que las mujeres aunque hagan lo mismo	[]	[]
C4.-Una buena esposa debe obedecer a su esposo en todo lo que él ordene	[]	[]
C5.-Las mujeres deben ser las cuidadoras de los hijos	[]	[]
C6.-La mayor responsabilidad económica del hogar debe recaer en los varones	[]	[]
C7.-Es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera	[]	[]
C8.-Los varones tienen mayores necesidades sexuales que las mujeres	[]	[]
C9.-Cuando la mujer no cumple con sus obligaciones, el marido tiene derecho a pegarle	[]	[]
C10.-Los varones son más capaces que las mujeres para realizar estudios científicos	[]	[]
C11.-Las mujeres tienen el derecho a defenderse y denunciar cualquier maltrato o agresión por parte de su pareja	[]	[]
C12.-Las mujeres tienen la posibilidad de decidir sobre su propia vida	[]	[]
C13.-Las mujeres y los hombres tienen la misma libertad	[]	[]
C14.-Las mujeres y los varones tienen los mismos derechos para tomar sus Decisiones	[]	[]

Ahora señale quien decide la mayor parte de las veces en su relación de pareja					
D) GRADO DE AUTONOMIA DE LA MUJER	A) Solo Ud.	B) Solo su esposo o la pareja	C) Ambos	D) Otras personas	E) No aplica
D1.-Si usted puede salir sola?	[]	[]	[]	[]	[]
D2.-Si puede trabajar o estudiar?	[]	[]	[]	[]	[]
D3.-Si se usan anticonceptivos?	[]	[]	[]	[]	[]
D4.-En la distribución del tiempo libre?	[]	[]	[]	[]	[]
D5.-En la distribución de los gastos diarios del hogar?	[]	[]	[]	[]	[]
D6.-Respecto al cuidado y crianza de los hijos?	[]	[]	[]	[]	[]
D7.-Si puede participar en actividades comunitarias o sociales?	[]	[]	[]	[]	[]
D8.-Si puede comprar cosas personales?	[]	[]	[]	[]	[]
D9.-Cuándo tener relaciones sexuales?	[]	[]	[]	[]	[]
D10.-En relación con los permisos de los hijos e hijas?	[]	[]	[]	[]	[]

Ahora le voy a preguntar si ha vivido algunas situaciones difíciles con su pareja de 12 meses a la fecha.

E) VIOLENCIA EMOCIONAL			
E1.-le ha gritado?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
E2.-la ha ofendido, humillado o avergonzado?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
E3.-la ha ignorado, no la ha tomado en cuenta o no le ha brindado cariño?...	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
E4.-le ha dejado de hablar?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
E5.-le ha hecho sentir miedo?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
E6.-Le han encerrado o prohibido salir o que los visiten?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
E7.-la ha amenazado con pegarle?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
E8.-la ha amenazado con alguna arma (cuchillo, pistola, rifle o navaja)?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F) VIOLENCIA FISICA			
F1.-ha intentado golpearla?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F2.-la ha pateado?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F3.-la ha amarrado?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F4.-la ha mordido?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F5.-la ha aventado o jalado el pelo?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F6.-le ha aventado algún objeto?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F7.-la ha golpeado con las manos o con algún objeto?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F8.-la ha tratado de ahorcar o asfixiar?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F9.-la ha encerrado o prohibido salir o que la visiten?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
F10.-la ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
G) VIOLENCIA ECONOMICA			
G1.-Le ha reclamado como gasta el dinero?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
G2.-Aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
G3.-no ha cumplido con dar el gasto o amenazado con no darlo?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
G4.-se ha gastado el dinero que se necesita para la casa?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
H) VIOLENCIA SEXUAL			
H1.-le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
H2.-Cuando tienen relaciones sexuales le ha obligado a hacer cosas que usted no quiere o no le gustan?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]
H3.-ha usado su fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales?.....	Una vez []	Varias veces []	Ninguna vez[]

I) ANTECEDENTE DE VIOLENCIA DE GENERO	
I.1.-Cuando era niña ¿Las personas con las que vivía se insultaban u ofendían	De vez en cuando [] Seguido [] No había insultos ni ofensas []
I.2.-Cuando era niña ¿alguna personas con las que vivía	la ofendían o insultaban ... De vez en cuando [] Seguido [] No[] la golpeaban De vez en cuando [] Seguido [] No[]
I.3.- ¿Su mamá fue maltratada o golpeada por el papá de usted o por alguna otra pareja que haya tenido ella?	SI [] NO[]
I.4.- ¿Su actual esposo o pareja fue un niño maltratado o golpeado?	SI [] NO[]
I.5.- ¿Su suegra actual fue maltratada por su suegro o por alguna otra pareja que haya tenido ella?	SI [] NO[]
J) ALCOHOLISMO EN LA PAREJA (ESCALA AUDIT)	K) CANCER DE MAMA
J1.-¿Con qué frecuencia su esposo consumes bebidas alcohólicas? 1).-Nunca 2).-Una o menos veces al mes 3).-2-4 veces al mes 4).-2 o 3 veces a la semanas 5).-4 o más veces a la semana	K1.-Tiene cáncer de mama confirmado por estudio histopatológico? 1.- SI () 2.- NO() K2.-Fecha de diagnóstico de cáncer? _____ (mes/año) K3.-Tipo de tratamiento para cáncer de mama. 1.-Quimioterapia () 2.-Radioterapia () 3.-Quimioterapia y Radioterapia () 4.-Mastectomia ()
J2.- ¿Cuantas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe? 1).-1 ó 2 2).-3 ó 4 3).-5 ó 6 4).-7 a 9 5).-10 o más	K4.-Cuanto tiempo tiene en tratamiento por cáncer de mama? 1.-Entre 1 y 4 años () 2.-Entre >4 y <7 () 3.-Más de 7 años ()
J3.- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? 1).-Nunca 2).-Menos de una vez/mes 3).-Mensualmente 4).-Semanalmente 5).-A diario o casi a diario	K5.-Ud. era violentada por algún miembro de su familia desde antes del diagnóstico de cáncer? 1.-SI () 2.- NO()
J4.-¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? 1).-Nunca 2).-Menos de una vez/mes 3).-Mensualmente 4).-Semanalmente 5).-A diario o casi a diario	A partir del diagnóstico de cáncer de mama: K6.-Considera que ha percibido mayor violencia a su persona por algún miembro de la familia? 1.-SI () 2.- NO() (MEJORO)
J5.- ¿Con qué frecuencia, en el consumo del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido? 1).-Nunca 2).-Menos de una vez/mes 3).-Mensualmente 4).-Semanalmente 5).-A diario o casi a diario	K7.-Considera que la violencia ha aumentado conforme evoluciona la enfermedad? 1.-SI () 2.-NO() (MEJORO)
J6.- ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? 1).-Nunca 2).-Menos de una vez/mes 3).-Mensualmente 4).-Semanalmente 5).-A diario o casi a diario	K8.-Fue abandonada por su pareja 1.(SI) 2.- (NO) K9.-Quien es el miembro de la familia de quien más ha recibido apoyo a partir del diagnóstico de cáncer? 1.-Mama () 2.-Papa () 3.-Esposo () 4.-Hijos () 5.-Tíos () 6.-Sobrinos () Otros: _____
J7.- ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? 1).-Nunca 2).-Menos de una vez/mes 3).-Mensualmente 4).-Semanalmente 5).-A diario o casi a diario	
J8.- ¿Con que frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? 1).-Nunca 2).-Menos de una vez/mes 3).-Mensualmente 4).-Semanalmente 5).-A diario o casi a diario	
J9.-El o alguna otra persona ¿Ha resultado herida porque ha bebido? 1).-No 2).-Si, pero no en el curso del último año 3).-Si, en el último año	
J10 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol o le han sugerido que deje de beber? 1).-No 2).-Si, pero no en el curso del último año 3).-Si, en el último año	

(Anexo 4) VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia contra la mujer es "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

Se conciben cuatro diferentes tipos de violencia al interior de un hogar: física, emocional, sexual y económica, cada una tiene connotaciones particulares y ninguna es menos importante que la otra.

Se ha mostrado que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más enfermedades de carácter físico que las que no son víctimas de tal violencia. Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden ocasionar problemas de salud crónicos.

La violencia en la infancia ha sido identificada como uno de los predictores más importantes para sufrir otras experiencias de violencia en la vida adulta, la variable violencia infantil está asociada significativamente a la violencia de pareja actual.

Actualmente existe la Ley general de Acceso de las mujeres



a una Vida Libre de Violencia, de la cual se desprende la Norma Oficial Mexicana 190 para la Atención Médica de la Violencia Familiar, y posteriormente la Norma Oficial Mexicana 046 de los Criterios para la Atención Médica de Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, misma que especifica más claramente la violencia en contra de la Mujer, así como su abordaje en general y las cuales puedes consultar vía internet.

Para combatir la violencia y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar relaciones de equidad entre las personas, mediante la construcción de una cultura basada en el reconocimiento y respeto de los derechos humanos. Se deben tomar algunas medidas para establecer relaciones familiares basadas en el respeto, la comunicación, la igualdad y el amor que ayuden a disminuir la posibilidad de que se presenten actos violentos al interior de la familia.

Actualmente existen instituciones públicas a las cuales puedes acudir para atención integral de la violencia que se

está ejerciendo a tu persona o alguna familiar o conocida tuya. En estas instituciones se brinda orientación e información, apoyo psicológico, de trabajo social y de tipo legal.



Directorio Nacional

Vida sin violencia Tel: 01800 911 25 11 –Servicio gratuito las 24 hrs.

Centro de Atención a la violencia intrafamiliar (CAVI)

Tel 53 45 55 98. Dirección Gral. Gabriel Hernández esq. Dr Lavista planta baja Num. 56 Col Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, CP 06720
cavi@pgjdf.gb.mx

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Tel 55122836
Atención psicológica y jurídica en 16 unidades.

Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.(CONAVIM) Paseo de la

reforma núm. 99. Col. Tabacalera, Del Cuauhtémoc, CP 06030 México DF, Tel 5728-7300

Unidad de Atención y Prevención de la violencia Familiar (UAPVIF) Delegación Iztapalapa. Tel 56852546

Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas (FEVIMTRA) Río Elba 17, a dos cuadras de Reforma, atrás de la Torre Mayor, cerca de metro Chapultepec y Sevilla. Tel 53462516.

Instituto de la Mujer del DF. Tacuba 76. Col. Centro. Deleg. Cuauhtémoc Mtra. Martha Michel Camarena Directora General. Tels 55122836/55122831/55122808

Promujer: Tel 44304391. Orientación psicológica y legal, gratuita y confidencial.

Centro de ayuda para la mujer: 52601719

Centro de Terapia y Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales. Tel 52009632

Coordinación del sistema de Unidades del Instituto de las mujeres en cada delegación del distrito Federal.

Tacuba 76, 3er piso, Col Centro Tel 55122831 55122808
Servicio gratuito

La **UNAM** ofrece diferentes servicios de psicología a bajo costo en sus instalaciones de: Ciudad Universitaria, Departamento de psiquiatría y salud mental. Tel 56232128 5623-2129

LOCATEL: 56581111

Emergencias SSP-DF 066

