



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

UNIDAD DE SALUD PUBLICA

COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

CURSO DE ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA

**“PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DIRIGIDA CONTRA LA MUJER Y FACTORES ASOCIADOS EN USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.31 DE IZTAPALAPA, D.F.”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

**PRESENTA:**

**DRA. TANIA BERENICE GUTIERREZ RIOS**

*Asesores:*

**Dr. Benjamín Acosta Cázares**

Médico Epidemiólogo, Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias, IMSS.

**Lic. en Sociología Alma Gloria Nájera Ahumada**

Jefa del Departamento de Género y Violencia, Coordinación de Programas Integrados de Salud, IMSS.



México D.F., Febrero de 2012.

---

**Dr. Benjamín Acosta Cázares**

**Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología**

---

**Dra. Hayanín Cortés García**

**Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Epidemiología**

---

**Dr. Benjamín Acosta Cázares**

**Asesor de la Tesis**

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

### *A Dios.*

Por haberme permitido concluir esta importante etapa de mi vida profesional, otorgarme salud para lograr este objetivo y muchas bendiciones a lo largo de estos 3 años.

### *A mis Padres y Hermanos.*

Por el incondicional y valioso apoyo brindado en todo momento, por creer en mí y por esa constante motivación para ver alcanzada hoy mi meta. Los amo con todo mi corazón.

### *A mis Tíos y Primos.*

Por el estímulo que representan día a día para lograr nuevos objetivos por más complicados que parezcan y externarme su amor y cariño siempre.

### *A mis Amistades.*

Por permitirme conocerles, por aprender algo nuevo y bueno con ellos y por cada una de sus oraciones que alimentaron mi caminar en este transcurso.

### *A mis Profesores y Asesores de Tesis.*

Gracias por su tiempo, apoyo y conocimientos transmitidos en el desarrollo de mi formación de especialidad y durante la elaboración de éste trabajo que representa la culminación de muchos sacrificios y esfuerzo.

Y gracias, a todas aquellas personas que sin esperar nada a cambio, contribuyeron con algún “granito de arena” para la realización de este importante proyecto académico en mi vida...

***Gracias!!!***



---

## CONTENIDO:

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Resumen.....                    | 4  |
| Introducción.....               | 6  |
| Antecedentes.....               | 9  |
| Planteamiento del Problema..... | 14 |
| Justificación.....              | 17 |
| Objetivos.....                  | 18 |
| Hipótesis.....                  | 19 |
| Material y Método.....          | 20 |
| Análisis Estadístico.....       | 29 |
| Aspectos Éticos.....            | 30 |
| Plan General.....               | 31 |
| Resultados.....                 | 32 |
| Discusión.....                  | 49 |
| Conclusiones.....               | 54 |
| Referencias.....                | 55 |
| Anexos.....                     | 57 |

---

## RESUMEN

### Gutiérrez-Rios TB\*, Acosta-Cázares B\*\*, Nájera- Ahumada AG\*\*\*. **Prevalencia de Violencia de Pareja dirigida contra la Mujer y Factores Asociados en Usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 31 de Iztapalapa, D.F.**

\*Médico Residente de 3er Año de Epidemiología, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias, IMSS.

\*\*Médico Epidemiólogo, Titular de la Residencia en Epidemiología, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias, IMSS.

\*\*\*Licenciada en Sociología, Jefa del Departamento de Género y Violencia, Coordinación de Programas Integrados de Salud, IMSS.

---

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de violencia de pareja dirigida contra la mujer así como sus factores asociados en usuarias de la UMF 31 de Iztapalapa, D.F.

**Material y Método:** Se realizó un estudio no experimental de tipo transversal para investigar la prevalencia de violencia de pareja en mujeres usuarias de la UMF 31 del IMSS que acudieron demandando algún servicio dentro de la unidad durante el período de Marzo a Junio del 2011. Se incluyeron a las mujeres usuarias de dicha unidad de 12 a 69 años de edad, ambos turnos, que independientemente del estado civil, hayan tenido una pareja en los últimos 12 meses y hayan sido seleccionadas mediante el muestreo tipo probabilístico aleatorio simple a través del listado diario de los consultorios y las filas que realizan las pacientes en los diferentes servicios dentro de la clínica. Se eliminaron a las mujeres que no desearon participar en el estudio. Previo consentimiento informado por escrito, se le interrogó a la paciente de manera directa, y privada en un cubículo específico dentro de la unidad. Las variables independientes que evaluó el cuestionario fueron sociodemográficas, de perspectiva de género, de autonomía de la mujer, de antecedentes de violencia y atención de la violencia en la UMF; la variable dependiente fué medida a través de indicadores de los 4 tipos de violencia contra la mujer: violencia psicológica, física, económica y sexual.

**Análisis Estadístico:** Se calcularon frecuencias simples y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, prevalencias, razón de momios de la prevalencia (RMp), intervalos de confianza al 95% (IC<sub>95%</sub>), valor de *p* y un modelo de regresión logística.

**Resultados:** De un total de 528 pacientes (en las cuales hubo 100% de respuesta), la media de edad fué de 37 años, menor a la presentada en sus parejas (40 años). La prevalencia de violencia general (VG) fué de 38.6%; la violencia psicológica fué la más prevalente (45.5%), seguida de la económica (33.9%), de la física (13%) y por último la sexual (7.6%). De las variables medidas en la mujer, el tener "Secundaria incompleta" tuvo RMp 5.22 (IC<sub>95%</sub> 1.77-15.40) *p* 0.004 en comparación a "Licenciatura ó más". El tener un estrato socioeconómico bajo tuvo RMp 2.23 (IC<sub>95%</sub> 0.99-5.04) *p* 0.08 en comparación al alto. En "Antecedentes de Violencia", la presencia de "Insultos ú ofensas entre familiares en la infancia", "Insultos ú ofensas en la infancia", "Golpes en la infancia", "Madre maltratada ó golpeada por su padre o pareja", "Pareja maltratada ó golpeada en la infancia", "Suegra maltratada ó golpeada por alguna pareja" y "Golpes en el embarazo" resultaron con intervalos precisos y "*p*" significativas para la presencia de violencia en la mujer. El percibirse maltratada por su pareja tuvo RMp 29.45 (IC<sub>95%</sub> 13.23-65.55) *p* 0.000, en comparación a las que no se percibían de esa manera. El contar con "Primaria ó menos" en la pareja tuvo RMp 1.76 (IC<sub>95%</sub> 1.13-2.74) *p* 0.01 en comparación al grupo de

“Prepa y mas”. En el modelo de regresión logística las variables que mejor explicaron el fenómeno fueron la presencia de “Insultos ú ofensas entre familiares en la infancia” y “Percepción de maltrato” en la mujer con  $p < 0.05$ .

**Conclusiones:** La prevalencia de VG en la mujer fue alta, incluso más que en las cifras reportadas a nivel nacional. La violencia psicológica ocupó el primer lugar en prevalencia por tipo de violencia, seguida por la económica lo cual concordó con el “motivo de agresión principal” referido por la paciente (dinero) y su asociación con el estrato socioeconómico bajo. Se observó fuerte asociación con la “percepción de maltrato” y “antecedentes de violencia” para presentar el evento.

## INTRODUCCIÓN

La violencia familiar es un problema social que involucra diversas esferas como son los derechos humanos, la justicia social, la legal y la de salud pública. Dentro de ésta se ubica la *violencia de pareja*, que es parte de lo que se denomina más ampliamente “violencia de género” y específicamente “Violencia en Contra de la Mujer”<sup>1</sup> lo cual abordará el presente trabajo bajo el término específico ya citado en el título.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) la define como “Todo acto o amenaza de violencia que tenga como consecuencia, o tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio y sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer”<sup>2</sup>.

Dentro de la Norma Oficial Mexicana 046 se define de la siguiente manera: “Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause daño o sufrimiento psicológico, físico o sexual a la mujer, o la muerte, tanto en el ámbito público como en el privado.

- a) Que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.
- b) Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.

Otros conceptos importantes que se deben de identificar en la presente temática son: Agresor, como la persona que inflige cualquier tipo de violencia en contra de las mujeres, y Víctima, como la mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia<sup>2</sup>.

Por otro lado, se han realizado diversas convenciones y conferencias a nivel mundial donde se ha tratado desde diferentes perspectivas dicho problema entre las que destacan por orden cronológico:

- Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW 1979, ONU).
- Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena, 1993).
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993).

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará” (OEA, 1994).
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Es así, que para dar cumplimiento a los puntos tratados en cada convención se crea en México 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 NOM 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 <sup>2</sup>.

Dentro de dicha norma y en encuestas llevadas a cabo a nivel nacional acerca de la misma temática, se hacen explícitas varios tipos de violencia como son la psicológica, la física, sexual, patrimonial y la económica <sup>1,2,3,4</sup>.

Definiendo de manera particular cada una de ellas, se tiene que la “Violencia Psicológica” es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima (*Sx de Estocolmo*) e incluso al suicidio. La “Violencia Física” es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas. La “Violencia Patrimonial” es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima. La “Violencia Económica” es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro un mismo centro laboral. El ultimo tipo de violencia, la “Sexual”, es definida como cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, y



puede ser definida además como cualquier otra forma análoga que lesione o sean susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres <sup>5</sup>.

Para éstos existen ciertos indicadores que maneja la NOM 046 para identificar a los 3 tipos de violencia más frecuentes en la mujer por orden de importancia:

**Indicadores de Maltrato Físico:** se refiere a los signos y síntomas como hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con o sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

**Indicadores de Maltrato Psicológico:** se refiere a los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica (autoestima baja), sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, ó de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés traumático, de personalidad, abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida.

**Indicadores de Maltrato Sexual:** se refiere a los síntomas y signos, físicos (lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales) ó psicológicos (baja autoestima, ideas y actos autodestructivos), trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otras alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

## ANTECEDENTES

En este apartado es importante citar que tres de los grandes antecedentes en el tema, son las encuestas realizadas a nivel nacional en la cual se aborda la Violencia de Pareja y varios factores asociados, como objetivo principal o secundario dentro de cada una de ellas entre otras cosas. La primera de ellas es la ENSARE (Encuesta de Salud Reproductiva) realizada en el año 2000, la ENVIM (Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer) se realizó en el 2003 y la ENDIREH (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) en el 2006.

La primera de ellas se aplicó por el IMSS en población derechohabiente tanto a hombres como mujeres en edad reproductiva (15-49 años). El objetivo fue investigar las relaciones de género en la salud reproductiva dentro de ellas a la violencia intrafamiliar (específicamente a la violencia física en la pareja: tipo de lesiones infligidas, los motivos, defensa y denuncia del maltrato físico y antecedentes familiares). Dentro de los resultados obtenidos se observó que la violencia conyugal en el último año fue de 36.7% y 34% para mujeres y hombres respectivamente. La Violencia psicológica fué de 36.6% y la física de 10.3% en mujeres. En hombres las cifras fueron más bajas. El tipo de agresión más frecuente fueron los gritos y humillaciones, además la mayor violencia se concentró entre los 12 y 29 años, sin claras variaciones entre el nivel primaria a preparatoria. En el apartado de “motivos” de la violencia en la percepción de “ella”, se refirió al “alcoholismo de él”, y en la percepción de “él”, adulterio de “ella” o de “el mismo”, de “ambos” coinciden en el “tener celos” y “negarse a tener relaciones sexuales”. En el rubro de “Defensa y denuncia”, ella no había denunciado el evento porque “no lo había considerado necesario”, seguido de “no lo había pensado”. Además se vió reflejado el antecedente de maltrato en la infancia.

En la segunda encuesta citada, la ENVIM (Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer) llevada a cabo en el 2003, contó con dos metodologías, una de tipo cuantitativo y otra cualitativa. En la primera, se realizó un estudio transversal de Noviembre de 2002 a Marzo de 2003, por el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres de la SSA y el INSP (Instituto Nacional de Salud Pública), en unidades medicas de primero y segundo nivel, tanto de la SSA, como del IMSS e ISSSTE, con representación de los 32 estados de la República Mexicana. Las mujeres que se incluyeron fueron las de 15 años y más que demandaron atención en el momento del levantamiento en las unidades médicas. Se obtuvo una muestra de 820 mujeres de cada entidad federativa con un total de 26240. Se construyó una escala de violencia (27 reactivos) obtenidos

del Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1981) y el Severity of Violence Against women Scale (SVAWS), además de 2 reactivos para evaluar la violencia económica.

En la metodología de tipo cualitativo se exploró la experiencia propia y puntos de vista de los agentes sociales involucrados, de la víctima de violencia y los prestadores de servicios de salud. Ésta se realizó entre mayo y agosto del 2003 en los estados de Quintana Roo, Coahuila y el DF. Las mujeres elegidas fueron las que estaban viviendo el problema al momento del estudio o que ya estaban fuera de aquel. En total fueron 58 entrevistas en profundidad aplicadas a médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales de las 3 instituciones. Lo que arrojó en resultados fue lo siguiente: en el apartado de “Características demográficas”, las mujeres de 40 años representaron dos tercios de las mujeres entrevistadas y 74% de ellas están casadas o viven en unión libre. En “Nivel educativo” promedio fue de 7.4 años y 1 de cada 10 mujeres respondió no haber recibido ninguna instrucción formal o ser analfabetas. En “Actividad”: los quehaceres del hogar representaron casi a la mitad de las entrevistadas y en “Ingresos” la mayor parte de las mujeres encuestadas reciben por trabajo y/o actividad del compañero entre 1 y 2.9 salarios mínimos mensuales. En cuanto a la prevalencia de “tipos de violencia” que experimentaron por parte del esposo o compañero en los últimos 12 meses fué de 21.5% y 3% fue de tipo severo. En orden de importancia la psicológica obtuvo un 19.6%, la Física 9.8%, la Sexual 7% y la Económica 5.1%. En el apartado de “Violencia contra la mujer durante el ciclo de vida”, se observó que la violencia durante la niñez un 42 % de las mujeres fueron golpeadas por sus padres o familiares y habían sufrido abuso sexual en 7.6%. La “Violencia durante el noviazgo” en mujeres adolescentes arrojó que 8-58% de ellas la padecieron siendo la psicológica la más prevalente con 9.4%. Además durante el embarazo una cuarta parte de las entrevistadas sufrieron humillaciones por su pareja. En el rubro “Opinión de los trabajadores de la Salud”, 22.1% reconocen la existencia de protocolos o procedimientos de rutina para abordar la problemática y así mismo 70% conoce alguna institución u organización de referencia a las víctimas. Como principal barrera para el manejo de la violencia refirieron la “inexistencia de protocolos de detección o manejo de los casos”.

La tercer Encuesta Nacional realizada fué la ENDIREH (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) en el 2003 dirigida por INMUJERES e INEGI y en el 2006 por INMUJERES y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM, UNAM). La población a la que se le aplicó fue de SSA y a las mujeres unidas o casadas y a sus parejas, obteniendo una muestra de 83159 en todo el país. El objetivo fue indagar la prevalencia de la violencia de género

que sufren las mujeres de “15 años y más”. Como resultados se obtuvo en el rubro de “Características socioeconómicas”, que el lugar de residencia para las mujeres violentadas fue el urbano en un 77%, con estrato socioeconómico muy bajo (23%); las que hablaban una lengua indígena fueron un 8%, y las que recibían ingresos de IMSS oportunidades 16.5%. En las características sociodemográficas los grupos de 30-34 años y 35-39 años fueron los más grandes (28% de la población), 28% con primaria incompleta o menor y 53% dedicada al hogar. En “Características de la pareja”, 51% eran casadas, 23% unión libre, 91% tenía una única pareja actual con la que vive de entre los 15 y 19 años, 27% de mujeres atestiguaron violencia en su niñez en su casa, y 39% recibió golpes. Además 33% refiere que su pareja sufrió de alguna forma de violencia en su infancia. En “Tensiones y conflictos”, los esposos se molestan porque las “mujeres opinan diferente” (18.1%) seguida de “no los obedecen”(17.2%) y ellas se molestan porque “el esposo toma o se droga” (23%). En “Tipos de Violencia”, tanto la sexual, como la emocional y económica bajaron de las cifras de la ENDIREH 2003 a la del 2006 y la física incrementó de 9.3 a 10.2%. En el análisis multivariado se obtuvo un riesgo menor en 3 de las 4 formas de violencia (física, emocional y económica) descendiendo conforme aumentaba la edad de la mujer, de tal forma que las más jóvenes presentan los riesgos más elevados.

Ahora bien, pasando a los estudios realizados a nivel mundial, se tienen registros de publicaciones en “The Lancet” y “JAMA” entre otros, desde los años 70’s, que es cuando se empieza a abordar la Violencia en contra de la Mujer<sup>6</sup>. Sin embargo, estos son básicamente encuestas con objetivos y estructura muy similar entre ellas.

Uno de los estudios realizados a nivel internacional es el que se llevó a cabo en Etiopía en el año 2009 por Deyessa y cols.<sup>7</sup>, el cual tenía por objetivo estudiar la violencia en contra de la mujer en una población de bajos ingresos en relación a la residencia y alfabetismo. Fue un estudio transversal aplicado en Población rural y semiurbana (1,994 mujeres casadas randomizadas) utilizando un cuestionario estandarizado de la OMS que evaluó: Violencia física, residencia, alfabetismo de la mujer y su esposo y actitudes de la mujer en roles de género y violencia. Datos importantes que arrojó el estudio fue que las mujeres violentadas tenían creencias que favorecían la violencia en contra de la mujer; las mujeres que vivían en áreas rurales y analfabetas fueron las que tenían ese tipo de ideología. La violencia fue más prevalente en comunidades rurales y en las mujeres que vivían en zonas rurales alfabetas o no, pero que estuvieran casadas con alguien alfabeto. Además las mujeres alfabetas casadas con alguien analfabeto tuvieron el mayor riesgo de violencia física con una RM3.4 ( IC<sub>95%</sub>1.7-6.9).

Otro estudio transversal fué el que se llevó a cabo en China en el 2006, por Parish y cols. <sup>8</sup> el cual tuvo por objetivo estimar la prevalencia de violencia de pareja en China a nivel Nacional. Se aplicó a una muestra representativa a nivel nacional de mujeres y hombres de 20-64 años, casados o con una pareja regular. La muestra probabilística fué extraída de 14 estratos y 48 unidades primarias de muestreo y el instrumento usado fue obtenido de la “Encuesta China de Salud y Vida Familiar de 1999-2000”. La entrevista fué realizada por computadora de una hora de duración; la mayoría de los entrevistadores fueron trabajadores sociales e investigadores adiestrados y eran del mismo sexo que la persona entrevistada. De los resultados se obtuvo que 34% de las mujeres y el 18% de los hombres habían sido blanco de golpes durante su relación actual, 12% entre las mujeres y el 5% entre los hombres. Los factores de riesgo significativos de la violencia intrafamiliar fueron los celos, las creencias patriarcales, los bajos ingresos aportados por la mujer al hogar, la condición socioeconómica baja del hombre, el consumo del alcohol, y la residencia. Los golpes severos constituyeron un factor de riesgo significativo para la notificación individual de problemas de salud general y sexual.

Pasando a los Estudios Nacionales, uno realizado en el 2006, fué el de Valdez Santiago y cols.<sup>9</sup> Su objetivo fué identificar los factores asociados al malestar emocional en una muestra nacional de usuarias de servicios de salud SSA, IMSS, ISSSTE. El tipo de estudio fué transversal y se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México. Se aplicaron 26, 042 encuestas a usuarias de los servicios de salud de la SSA. Como instrumento se utilizó la Escala de Salud Personal (ESP) para medir malestar emocional (Escala de 19 reactivos que explora Tipos de Violencia y Severidad de la misma); fué desarrollado en Nicaragua y validado en México. Como resultados se obtuvo que la prevalencia de malestar emocional fue de un 15.3%. los factores asociados fueron :el tener una edad de 26 años o más (RM 1.971 (IC<sub>95%</sub> 1.8-2.15)); la actividad de jornalera vs peona (RM 1.45 (IC<sub>95%</sub> 1.02-2.04)), y las horas laborales (71 a la semana) RM 1.38 (IC<sub>95%</sub> 1.26-1.52) y consumo de alcohol (mayor consumo) RM 2.74 (IC<sub>95%</sub> 2.33-3.2); el maltrato en la infancia (frecuencia y diversos tipos de maltrato) RM 2.78 (IC<sub>95%</sub> 2.56-3.01); la severidad de la violencia de pareja (violencia severa) RM 4.39 (IC<sub>95%</sub> 3.95-4.89), el estrato socioeconómico (muy bajo) RM1.47 (IC<sub>95%</sub> 1.19-1.76) y el tipo de localidad de residencia (localidades urbanas) RM1.41 (IC<sub>95%</sub> 1.25-1.58). Después de esto se concluye que el predictor más importante del malestar emocional entre las usuarias del sector salud fue sufrir la violencia de pareja, sobre todo cuando ésta es severa, seguida de la violencia en la niñez.

Y el último estudio, también realizado en México en el 2006, fue el llevado a cabo por Gómez Dantes y cols.<sup>10</sup> cuyo objetivo fué comparar la prevalencia y determinar los factores de riesgo asociados a la violencia entre las mujeres derechohabientes del IMSS y sin servicios de seguridad social (SSS). Fué un estudio transversal en donde se analizó la información sobre violencia doméstica de la ENVIM (2003) notificada por las mujeres usuarias de dichas instituciones. En los resultados se obtuvo que la prevalencia en mujeres derechohabientes del IMSS de violencia psicológica fue 18%, seguida por la física (9.1%), la sexual (6.7%) y la económica (5%). En mujeres sin seguridad social la psicológica fue de un 21.4%, física (10.5%), sexual (7.5%) y económica (5.2%). Las mujeres entre 25 y 44 años, con nivel secundaria o menor de instrucción educativa y casadas, sufren de mayor violencia doméstica en ambas poblaciones. Los factores de riesgo identificados para los cuatro tipos de violencia fueron el consumo de alcohol en la pareja, las edades jóvenes, el estar casadas o en unión libre y el antecedente de violencia ejercida por los padres u otros miembros de la familia.

Con este panorama descrito podemos percatarnos que básicamente son encuestas y estudios transversales los que se han llevado a cabo en los últimos años y los cuales se complementan unos a otros en la medición de las variables, presentando consistencia en algunas de sus variables e identificando por supuesto, detalles en la medición como algunos sesgos de selección y de información.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OPS, “la violencia contra la mujer es causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, tan grave como el cáncer, así como un factor de riesgo de salud mayor que el de los accidentes de tránsito y la malaria combinados”.

En 1993 se aprueba una resolución en la que se reconoce como un importante problema de salud pública y de derechos humanos <sup>11</sup>.

Un informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud, a partir de 48 encuestas realizadas en diversos países afirman que entre 10 y 69% de las mujeres han sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de su vida. Por otro lado en México, al igual que en otros países diversos estudios de violencia familiar o de pareja, señalan que entre 28% y 72% de las mujeres la han padecido<sup>1,3,4</sup>. Otras cifras relevantes ante esta problemática es que 1 de cada 5 mujeres viven en una relación violenta así 2 de cada 3 mujeres han vivido situaciones de violencia durante su vida.

La violencia a la mujer es un riesgo a la salud debido a todas las esferas implicadas, aunado a ello la mayoría de éstos eventos no se informan y no se sabe el porcentaje exacto<sup>1,3,4</sup>.

Además dentro de los daños a la Salud Sexual y Reproductiva, encontramos una mayor exposición a infecciones de transmisión sexual, aumento de riesgo de embarazos no deseados, aumento del riesgo de trastornos ginecológicos como dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, además de embarazos malogrados por abortos e hijos con bajo peso al nacer.

Otro de los aspectos importantes y que pueden impedir que las mujeres busquen servicios de salud es el mismo temor hacia la pareja, el aislamiento (abandono) y la falta de control de los recursos económicos familiares.

Así mismo el haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia se ha asociado con comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: la iniciación sexual temprana, el embarazo en las adolescentes, las parejas múltiples, el abuso en el consumo de alcohol y/o drogas, el comercio sexual, y no emplear condones u otros métodos anticonceptivos <sup>12</sup>.

La mujer objeto de violencia de pareja no confía en el personal de salud para tratar el tema, especialmente en el médico, lo que dificulta su detección, notificación y seguimiento <sup>13</sup> y tomando en cuenta las múltiples repercusiones ya citadas anteriormente, reconoceremos la magnitud del problema y de la relevancia de conocer su prevalencia actual.

Ahora bien, con los artículos mencionados y las referencias citadas en párrafos anteriores podemos asentar el planteamiento, partiendo de que en los primeros, se observó efectivamente consistencia en la medición y resultados de sus variables, sin embargo la metodología ha variado entre uno y otro midiéndose de manera diversa. También podemos decir, aunque no es causa justificable directa, que no hay estudios recientes en el IMSS que nos permitan evaluar de manera específica el comportamiento actual de la violencia en contra de la mujer en una unidad de primer nivel de atención de la salud, donde son recibidas de primera instancias las pacientes eminentemente violentadas.

Cabe destacar que precisamente la UMF 31, ha sido seleccionada debido a que se encuentra ubicada en una delegación con alta densidad poblacional y marginalidad <sup>14</sup>, sin que ello signifique la inexistencia de otros estratos socioeconómicos como el medio y el alto en la población, pero en menor proporción. A su vez según la ENICRIV (Encuesta Internacional de Criminalidad y Victimización. 1999-2003), ha ocupado de los primeros lugares en incidencia delictiva en el D.F. siendo la violencia familiar uno de sus indicadores de evaluación<sup>15</sup>. Por último cabe mencionar que anteriormente se realizó un estudio de intervención en esta misma UMF, el cual quedó inconcluso, sin publicación y en el que aparentemente se implementó una estrategia para el abordaje médico y social de la violencia en contra de la mujer, tanto en la población afectada como en el personal de salud<sup>16</sup>.

Por lo tanto, a través de este marco referencial, es que pretendo mejorar la medición de la variable dependiente así como observar los factores a los que pudiera estar asociado el evento, retomando variables que puedan contribuir a ello y haciendo el presente trabajo una evaluación más integral del problema.



## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de violencia de pareja dirigida contra la mujer y sus factores asociados en usuarias de la UMF No.31 de Iztapalapa, D.F.?

## JUSTIFICACIÓN

De acuerdo al panorama presentado, exponiendo la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en el grupo de población afectada fué conveniente estimar la prevalencia específica y los factores asociados a la violencia de pareja dirigida contra la mujer, para reforzar las políticas actuales de salud y atender dicha problemática en la UMF 31, y posteriormente en el resto de las unidades de medicina familiar y niveles de atención encaminados a mejorar la atención a la salud de una manera más integral a las mujeres en el IMSS.

Dicho refuerzo, pretende traducirse en respuesta a las peticiones de las mujeres que resultaron violentadas en este trabajo con módulos de atención especializada y multidisciplinaria para ellas, dentro de la clínica, y fuera de ésta en conjunto con otros organismos que laboran en pro de la atención a la mujer violentada, además de capacitación continua al personal de salud para difusión de la normativa vigente y mejora del tamizaje de tan importante problema de salud pública aún siendo un problema con origen en el ámbito social.

## **OBJETIVO GENERAL**

Estimar la prevalencia de violencia de pareja dirigida contra la mujer así como sus factores asociados en usuarias de la UMF 31 de Iztapalapa, D.F.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer el tipo de violencia más prevalente en usuarias de la UMF 31.
- Determinar el grupo de edad en que prevalece la violencia de pareja dirigida contra la mujer en usuarias de la UMF 31.
- Determinar el nivel de escolaridad que se encuentra más fuertemente asociado a la violencia de pareja dirigida contra la mujer en usuarias de la UMF 31.
- Determinar el estado civil que se encuentra más fuertemente asociado a la violencia de pareja dirigida contra la mujer en usuarias de la UMF 31.
- Determinar el estrato socioeconómico que se encuentra más fuertemente asociado a la violencia de pareja dirigida contra la mujer en usuarias de la UMF 31.
- Determinar cuales son los antecedentes de violencia mas asociados a la violencia de pareja dirigida contra la mujer en usuarias de la UMF 31.

## HIPÓTESIS

- La violencia psicológica es la más prevalente de los tipos existentes de violencia de pareja.
- El grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad son las más violentadas por su pareja en comparación con el resto de los grupos.
- El bajo nivel de escolaridad está fuertemente asociado con la violencia de pareja en comparación al nivel alto.
- Existe mayor prevalencia de violencia en las mujeres casadas que en las solteras, viudas y separadas.
- El estrato socioeconómico bajo está más asociado con la violencia de pareja en comparación al estrato medio y alto.
- Existe una alta prevalencia de violencia durante la niñez del agresor en comparación al resto de los familiares.

\*Teóricamente por ser un estudio transversal no existen hipótesis, didácticamente estas fueron las propuestas.



## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres Usuarias de la UMF 31, de 12 a 69 años de edad, del turno matutino y vespertino.
- Mujeres que independientemente del estado civil, hayan tenido una pareja en los últimos 12 meses.
- Mujeres que demanden servicio de salud dentro de la unidad médica y hayan sido seleccionadas mediante el muestreo.

### **Criterios de Exclusión:**

- No aplican

### **Criterios de Eliminación:**

- Mujeres que no desearon participar en el estudio.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE: VIOLENCIA DE PAREJA DIRIGIDA CONTRA LA MUJER

| DEFINICIÓN  | INDICADORES   | NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN | OPERACIONALIZACIÓN  |
|---|---|---------------------------------|---|
| Cualquier acción ó conducta, basada en su género, que cause daño o sufrimiento psicológico, físico o sexual a la mujer o la muerte tanto en el ámbito público como privado. | <b>1.-Maltrato psicológico.</b>                                     | -Cualitativa<br><br>-Ordinal    | Respuestas a las preguntas:<br><br>Ninguna vez , Una vez, Varias veces<br><br>(0-1-2 pts respectivamente) |
|   | (Preguntas que evalúa:<br>4.2,4.3,4.4,4.5,4.6 ,4.7,4.8,4.9,4.12)    |                                 | <u>Recodificación:</u><br><br>1 y 2=Si / 0=No   |
|   | <b>2.-Maltrato físico.</b>  |                                 | <b>Para Violencia general</b>   |
|   | (Preguntas que evalúa:<br>4.10,4.11,4.13,4.14, 4.15,4.16,4.17,4.18) |                                 | 1-24 pts = <b>Violencia leve</b><br><br>25-48 pts = <b>Violencia grave</b>                                |
|   | <b>3.-Maltrato económico.</b>                                       |                                 |   |
|   | (Preguntas que evalúa:<br>4.19,4.20,4.21,4.22)                      |                                 |   |
|   | <b>4.-Maltrato sexual.</b>  |                                 |   |
|   | (Preguntas que evalúa:<br>4.23,4.24,4.25)                           |                                 |   |

---

## VARIABLES INDEPENDIENTES

---

### 1.- Grupo de edad:

Tiempo que ha vivido una persona por decenios.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: Se interrogó sus años cumplidos al momento de la entrevista. Se codificará posteriormente por grupos de edad: 12-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69.

---

2.-Nivel de Escolaridad: Grado máximo de estudios alcanzados al momento de la encuesta.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: Se interrogó el último grado de estudios alcanzado (analfabeta, sabe leer o escribir, primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta, prepa completa ó incompleta, licenciatura ó más.)

---

### 3.-Estado Civil:

Condición jurídica relacionada con los derechos y deberes civiles.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: Se interrogó si es casada, unión libre, separada, divorciada, viuda, soltera ó madre soltera.

---

4.- Estrato socioeconómico: Construido a través de los siguientes indicadores del test *AMA/ 10X6* el cual evalúa tecnología y entretenimiento, infraestructura práctica, infraestructura sanitaria, infraestructura básica, capital humano.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa-nominal, cualitativa-ordinal.

Operacionalización: Se interrogó el número de tv a color, computadora, focos en la vivienda, automóvil, existencia de estufa, baño, regadera, tipo de piso, número de habitaciones y educación del jefe de familia. Para posteriormente categorizarlo en estrato bajo (60-101 pts), medio (102-191pts) y alto (192 y más).

---

5.-Antecedentes de Violencia: se subcategoriza en:

“Personas se insultaban u ofendían” = familiares que se insultaban ú ofendían entre ellos durante la infancia de la mujer.



Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: se interrogó con las opciones de respuesta no había insultos ni ofensas, de vez en cuando y seguido.

“La insultaban u ofendían en su infancia” = familiares que insultaban ú ofendían a la mujer durante su infancia.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: se interrogó con las opciones de respuesta no, de vez en cuando y seguido.

“La golpeaban en su infancia”= familiares que golpeaban a la mujer durante su infancia.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: se interrogó con las opciones de respuesta no, de vez en cuando y seguido.

“Madre maltratada ó golpeada por su padre ó alguna pareja”= madre de la mujer, que presentó maltrato o golpes por su esposo ú otra pareja que haya tenido.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: se interrogó con las opciones de respuesta si, no, no sabe.

“Pareja maltratada ó golpeada”= pareja de la mujer, que presentó maltrato ó golpes en su infancia.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: se interrogó con las opciones de respuesta si, no, no sabe.

“Suegra maltratada por su esposo ú otra pareja”= suegra de la mujer, que presentó maltrato por su esposo ú otra pareja que haya tenido.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: se interrogó con las opciones de respuesta si, no, no sabe.

“Maltrato en el embarazo”= antecedente de maltrato en alguno de sus embarazos de la mujer.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: se interrogó con las opciones de respuesta si, no, no aplica.  
(Especificándose en este apartado, como “Mujer” a la paciente interrogada de 12 a 69 años de edad, que cumplió con los criterios de inclusión)

---

6.-Tipo de contrato matrimonial: contrato en el que se distribuyen los bienes en caso de divorcio o separación.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: bienes separados- bienes mancomunados

---

7.-Tiempo de relación: años desde la unión o casamiento de la pareja hasta la fecha actual.

Naturaleza y escala de la variable: cuantitativa, continua.

Operacionalización: se preguntó fecha de casamiento o unión (mes y año), posteriormente se hizo la diferencia entre la fecha actual y la referida, para traducirla a años.

---

8.-Tiempo de separada, divorciada ó viuda: años desde la separación, divorcio o viudez hasta la fecha actual en años.

Naturaleza y escala de la variable: cuantitativa, continua.

Operacionalización: se preguntó fecha de separación, divorcio o viudez (mes y año), posteriormente se hizo la diferencia entre la fecha actual y la referida, para traducirla a años.

---

9.-Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: Católica, Cristiana, Testigo de Jehová, Evangélica, Mormón, Otra.

---

10.-Condición de actividad: actividad que desempeñó la semana pasada.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: trabajó, tenía trabajo pero no trabajó, buscó trabajo, fué a la escuela, se dedicó a quehaceres del hogar, está permanentemente incapacitado para trabajar, no trabajó porque está jubilada.  
(Misma variable aplicó para la pareja).

11.-Posición en el trabajo: categoría laboral con la que contó la semana pasada.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: empleada, obrera, trabajadora por su cuenta, patrona o empresaria, cooperativista, jornalera ó peona, trabajadora sin pago en el negocio ó predio familiar, trabajadora no remunerada (aprendíz), jubilada o pensionada, no sabe. (Misma variable aplicó para la pareja).

---

12.-Horas que trabaja al dia fuera de su casa

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: 8 horas o menos/ más de 8 hrs.

(Misma variable aplicó para la pareja).

---

13.-Dias que trabaja a la semana fuera de su casa

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: 5 dias o menos/ más de 5 hrs.

(Misma variable aplicó para la pareja).

---

14.-Grado de Hacinamiento: Cantidad de personas que habitan en una vivienda por encima de la capacidad de ésta.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, ordinal.

Operacionalización: Número de personas que habitan la vivienda entre número de cuartos usados para dormir. 2.5 ó menos= Bajo >2.5= Alto

---

15.-Parentesco del jefe de familia con la mujer

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: esposo, papá, paciente\*, mamá, pareja, hijo, hermano, tío.

\*Paciente es la misma mujer entrevistada que funge de jefe de familia.

---

16.-Pensamiento de Rol de Género de la mujer: Forma de Pensamiento de la mujer respecto al conjunto de diferencias sociales entre las mujeres y hombres, partiendo de los roles, creencias y valores que a cada uno(a) de los sexos se les asignan culturalmente diferenciados entre sí. Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal. Operacionalización: Preguntas de la 2.1-2.10 “De acuerdo”= 0 / “Desacuerdo”=1

Preguntas de la 2.11-2.14 “De acuerdo”=1 / “Desacuerdo”=0. Recodificación: 0-9 pts= Poco tendiente a la equidad / 10-14 Muy tendiente a la equidad.

---

17.-Grado de Autonomía de la Mujer: Grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de los otros.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: solo usted=4, ambos=3, sólo su esposo ó pareja=2, otras personas=1, no aplica=0. Recodificación: 1-27 pts=Poco autónoma / 28-40pts=Muy autónoma.

---

### Evaluación de la Atención de la violencia en la UMF

#### 18.-Conocimiento de existencia de instituciones que atienden la violencia.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: si / no

#### 19.-Tipo de institución donde se atendió la violencia.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: UMF, HGZ, Médico particular, Otro.

#### 20.-Trato brindado por las personas que le atendieron.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: apoyo, indiferencia, rechazo, enojo con su esposo, enojo con usted, rechazo, incredulidad, otro.

#### 21.-Tipo de servicio que debe haber en la UMF para la atención de la violencia

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: apoyo psicológico, apoyo jurídico, módulo de orientación, pláticas, otros.

#### 22.- Tipo de servicio que debe haber en la UMF para la atención de la violencia

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: apoyo psicológico, apoyo jurídico, módulo de orientación, pláticas, otros.

#### 23.- Percepción de la calidad del servicio de atención a la violencia en la UMF.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: desconoce, adecuado, inadecuado.

#### 24.- Profesional que debe atender los casos de violencia en la UMF.

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: psicólogo(a), médico(a), licenciado(a), trabajador social (a), otros.

---

#### 25.- Motivos de maltrato durante los últimos 12 meses:

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: por dinero, por defender usted a sus hijos, porque su esposo defiende a sus hijos, celos de usted, celos de su pareja, por embarazo de usted,

por adulterio de usted, por adulterio de su esposo, por alcoholismo de usted, por alcoholismo de su pareja, por drogadicción de usted, por drogadicción de su pareja, por reclamos de deberes de usted, por reclamos de deberes de su pareja, por familiares de usted, por familiares de su pareja, por negarse a tener relaciones sexuales, otro.

26.- Manera en la intentó terminar con el maltrato:

Naturaleza y escala de la variable: cualitativa, nominal.

Operacionalización: abandonando su casa, quejándose con la familia de su esposo, quejándose con su propia familia, hablando con él, denunciándolo a alguna instancia pública, hablando con algún sacerdote, hablando con un psicólogo, hablando con una amiga, hablando con un médico, hablando con una trabajadora social, buscando el divorcio o la separación, corriéndolo de la casa, no ha intentado hacerlo, otra.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### Análisis crudo:

- Frecuencias simples y porcentajes, Medidas de Tendencia Central y Dispersión.
- Prevalencia para estimar la frecuencia de la violencia general y por tipo.
- Razón de Momios de la prevalencia para estimar el efecto.  $\chi^2$  de Pearson y prueba exacta de Fisher para estimación de la asociación.

### Análisis ajustado:

- Estimación de RMp a través de un modelo de regresión logística según criterios estadísticos y epidemiológicos.

## ASPECTOS ÉTICOS

- ✓ Se sometió al Comité de Investigación Local en salud 3703 de la UMF 21, para aprobación del proyecto, otorgando el número de registro R-2011-3703-27.
- ✓ Se le comentó a la paciente acerca de la finalidad del estudio y firmó la hoja de “*Consentimiento informado*” cuando deseó participar; además se le orientó verbalmente y a través de un díptico, acerca de los centros de atención contra la violencia a los que puede acudir para su atención integral.
- ✓ La presente investigación se considera “*Sin Riesgo*” para el sujeto de estudio, según el *artículo 17, Capítulo 1, del Título Segundo* concerniente a los “Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” de la *Ley General de Salud en Materia de Investigación*.

## **PLAN GENERAL**

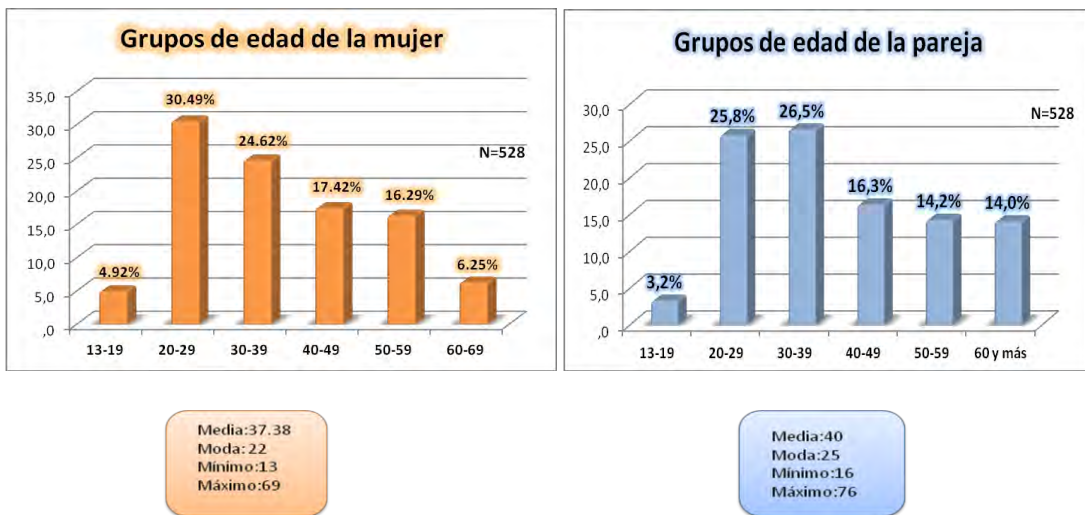
Se captó a las pacientes diariamente que cumplieran con los criterios de inclusión en la UMF 31 en ambos turnos, que demandaran servicio dentro de la unidad, y seleccionándolas a través del listado diario de los consultorios y las filas se les eligió con números aleatorios, aplicándoles posteriormente la encuesta previo consentimiento informado en un área específica designada en la unidad para la contestación de manera privada y confidencial del mismo. Al finalizar, se les obsequió un díptico con información general de la temática y el directorio de las instituciones que otorgan servicio a mujeres violentadas, además de ofrecerle orientación posteriormente por parte del servicio de trabajo social de la unidad y orientación jurídica vía telefónica en caso de identificarse alguna paciente violentada. Todo esto se realizó en el periodo indicado.



## RESULTADOS

La Unidad de Medicina Familiar No. 31 se encuentra ubicada sobre Avenida Ermita Iztapalapa 1771, Colonia Manto Iztapalapa, C.P. 09830 entre Fundación y Avenida San Lorenzo delegación Iztapalapa, D.F. El tamaño final de la muestra fué de 528 pacientes, no hubieron pérdidas y la tasa de respuesta fué del 100%. La media de edad fué de 37 años en las mujeres, menor a la de sus parejas (40 años).

Gráfico 1



El estado civil de dichas mujeres reportado se dividió en 7 categorías, que quedaron de la siguiente manera: casada, unión libre, soltera, separada, divorciada, viuda y madre soltera, de las cuales el porcentaje más alto se ubica en el primer grupo. De las pacientes casadas o unidas el 83.4% tienen un contrato matrimonial por bienes mancomunados.

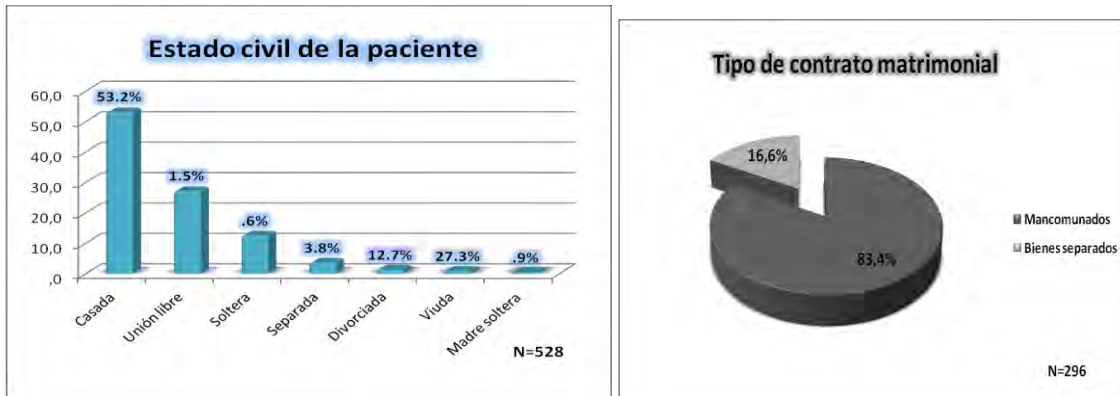


Gráfico 2

El tiempo de relación en años tuvo una media de 16, con un mínimo de 0.09 años y un máximo de 57.24 años. La media en años de divorciada, separada o viuda fue de 15 años con un mínimo de 2 años y un máximo de 36 años. En cuanto al nivel de escolaridad, tanto la mujer como su pareja presentan el porcentaje mas alto en la categoría de “secundaria completa” con 29.4% y 26.6% respectivamente.

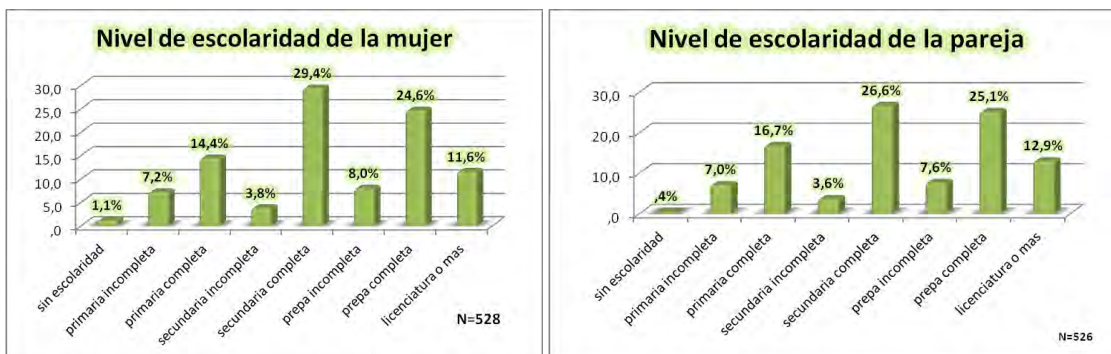


Gráfico 3

Las colonias de residencia en Iztapalapa con mayor número de mujeres en orden decreciente fueron: Desarrollo Urbano Quetzalcoatl (37 mujeres,7%), Unidad Vicente Guerrero (37 mujeres,7%), San Miguel Teotongo (35 mujeres,6.6%) y Santa Cruz Meyehualco (21 mujeres,4%).

En el estrato socioeconómico (gráfico 4), 427 mujeres (80.9%) correspondieron al “medio”, seguido del “bajo” con 55 mujeres(10.4%) y el alto con 46 mujeres(8.7%). El mayor grado de hacinamiento se ubicó en el nivel “bajo” con 378 mujeres (71.6%) (Gráfico 5).

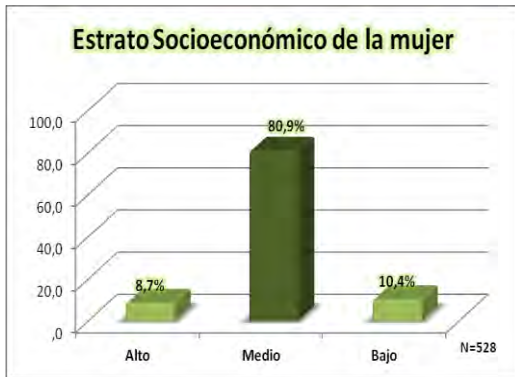


Gráfico 4



Gráfico 5

El “esposo” ocupó con 415 casos(78.6%) el mayor porcentaje respecto a “jefe de familia”, seguido de “papá” con 38 casos(7.2%) y la misma paciente con 27 casos (5.1%).El resto de las categorías lo ocupan “mamá”(3.8%), “pareja”(2.7%), “hijo”(1.9%), “hermano”(0.6%) y “tío”(0.2%).

En “religión de la mujer”, la católica ocupó el mayor porcentaje con 443 casos(84%), seguida de la “cristiana” con 39 casos(7%).



Gráfico 6

En el “Pensamiento del Rol de Género de la mujer”517 (97.9%) mujeres son “tendientes a la equidad” (gráfico 7) y 321 mujeres(60.8%) son “muy autónomas”(gráfico 8).



Gráfico 7

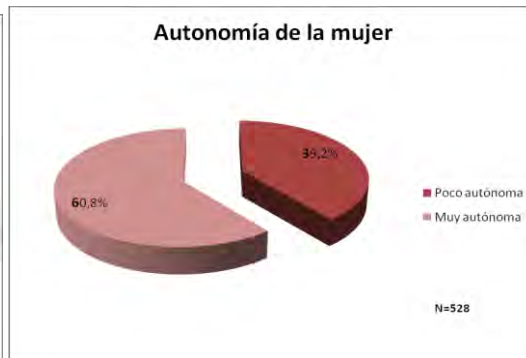


Gráfico 8

La condición laboral de la mujer y de su pareja, fué dada en 1er término con 264 casos(50%) por “quehaceres domésticos” (gráfico 9) y 466(88.9%) por “población económicamente activa”(gráfico10) respectivamente. Al recategorizar esta variable, observamos que 293 casos(55.5%) no tienen participación laboral (gráfico 11), en contraste con la de sus parejas con 466 casos(88.9%) que si tienen participación laboral(gráfico 12).

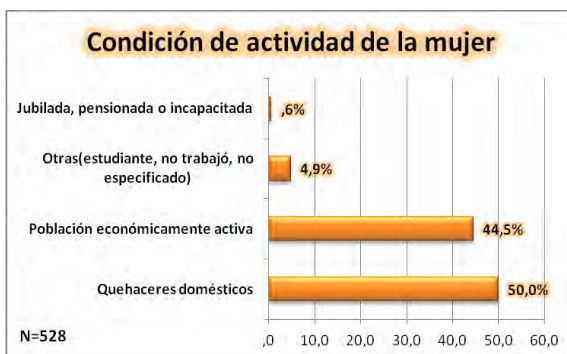


Gráfico 9

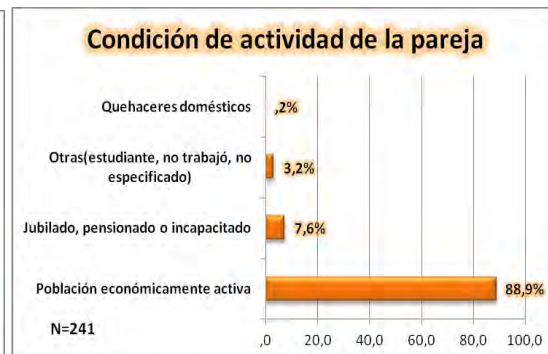


Gráfico 10



Gráfico 11



Gráfico 12

En “posición en el trabajo” tanto la mujer como su pareja, concuerdan en su mayor porcentaje con 213 casos (88.4%)(gráfico 13) y 407 casos (81.2%)(gráfico 14) respectivamente en la categoría “asalariado”.



Gráfico 13



Gráfico 14

Las “horas que trabaja la mujer fuera de su casa” fueron “menos ó igual a 8 hrs” con 153 casos (65.4%)(gráfico 15), mientras que sus parejas trabajaron “más de 8 hrs” con 262 casos (56.2%)(gráfico 16). Los “días que trabaja la mujer fuera de su casa” fue de “menos o igual a 5 días” con 125 casos (53.4%) (gráfico 17) en contraste con sus parejas con “más de 5 días” y 285 casos (61.2%)(gráfico 18).



Gráfico 15



Gráfico 16



Gráfico 17



Gráfico 18



Con respecto a la prevalencia general de violencia, se encontraron 204 casos lo que corresponde al 38.6% (gráfico 19). De ésta, 193 casos (36.5%) corresponde a violencia leve y 11 casos (2.1%) a violencia grave (gráfico 20).

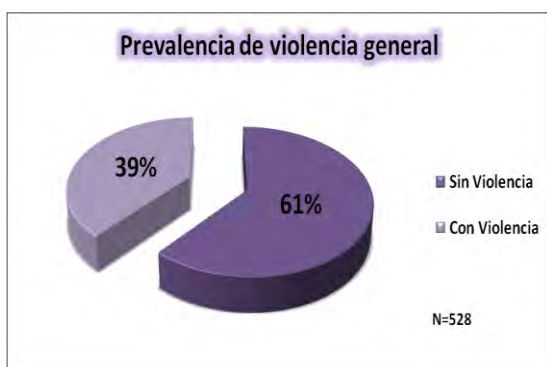


Gráfico 19



Gráfico 20

Dentro de los tipos de violencia, la psicológica fue la más prevalente con 168 casos(31.8%), seguida de la económica con 125 casos(23.6%), la física con 48 casos (9%) y la sexual con 28 casos (5%) (gráfico 21).

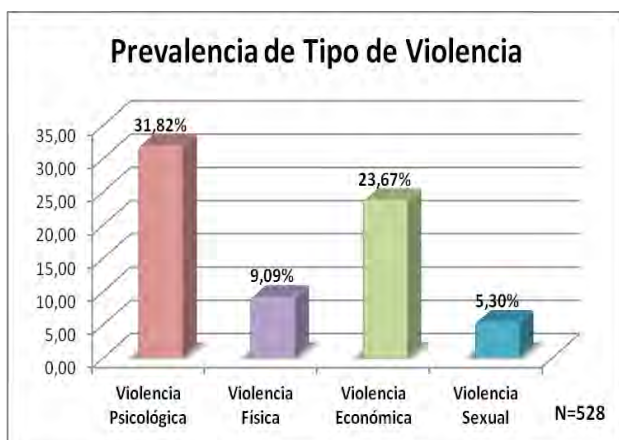


Gráfico 21

En los “tipos de agresión”, las cifras más elevadas correspondieron a los rubros “gritos” “negación de palabra” y “ofensas ó humillaciones” con 35(16.9%), 24(11.6%) y 18(8.7%) casos respectivamente (gráfico 22).



Gráfico 22

“Por dinero”, “celos de su pareja”, “por defender usted a sus hijos”, ocuparon los 3 primeros lugares de “motivos más importantes de maltrato” con 74(48.4%), 31(20.3%) y 15(9.8%) casos respectivamente (gráfico 23).

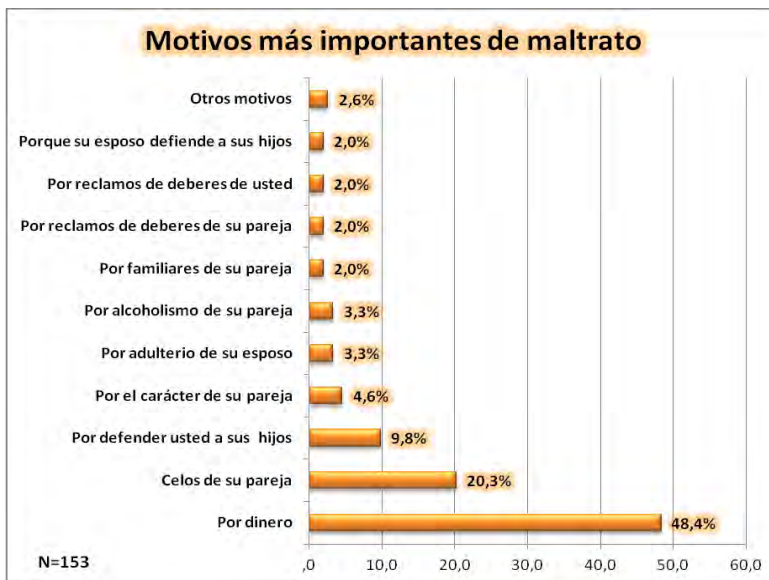


Gráfico 23

De la totalidad de pacientes violentadas, 160 casos(94.1%), intentó terminar con la violencia (gráfico 24). En primer lugar “hablando con él” con 86 casos (53.4%), seguido de “quejándose con su propia familia” con 26 casos (16.1%) y “abandonando su casa” con 20 casos (12.4%) (gráfico 25).

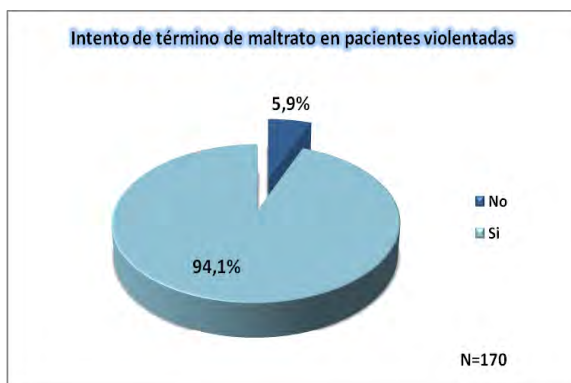


Gráfico 24



Gráfico 25

Dentro de los “motivos de no intentar acabar con el maltrato”, 2 casos (40%) correspondieron a “para evitar más problemas”, seguido de “considera que ella tiene la culpa por su carácter fastidioso”, “miedo y desconocimiento de la existencia de instituciones que apoyen a mujeres con el problema”, “no tiene tiempo de buscarlo en donde vive y no vivieron juntos” con 1 caso (20%) cada una de las categorías.

En el apartado de “antecedentes de violencia”, “No habían insultos ú ofensas entre familiares en la infancia de la mujer” contó con 302 casos (57.2%)(gráfico 26). En “Insultos ú ofensas en la infancia de la mujer” y “golpes en la infancia de la mujer”, la categoría “no”, ocupó la mayor prevalencia con 381casos(72.2%)(gráfico 27) y 395 casos(74.8%)(gráfico 28) respectivamente. En “madre maltratada ó golpeada por su padre ó pareja”, la categoría “si” ocupa el primer lugar con 252 casos (47.7%)(gráfico 29), mientras que en “esposo maltratado o golpeado en su infancia”, la categoría “no” contó con 297 casos (56.3%) en primer término (gráfico30). En “suegra maltratada ó golpeada por alguna pareja”, la categoría “si” contó con 182 casos (34.7%)(gráfico 31), mientras que “maltrato durante el embarazo” contó con 431 casos (86%) en la categoría “no”(gráfico 32).





Gráfico 26

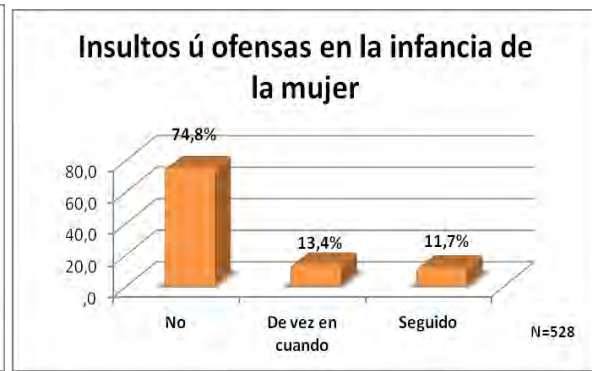


Gráfico 27



Gráfico 28

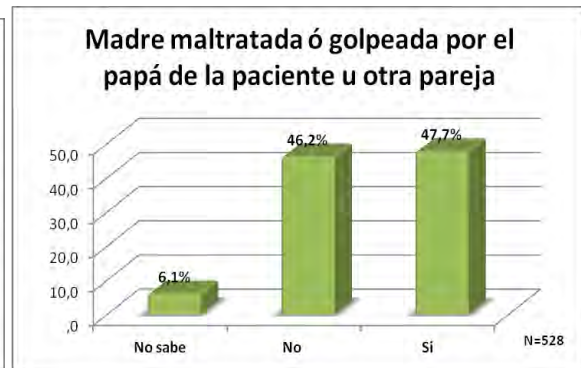


Gráfico 29



Gráfico 30



Gráfico 31



Gráfico 32

En el rubro “conocimiento de existencia de instituciones”, la categoría “si” ocupó el mayor porcentaje con 305 casos (57.9%) (gráfico 33). El tipo de institución en la que se atendió la violencia fue en 1er lugar en el CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar) con 13 casos (52%), seguido de UMF (no especificada) con 4 casos (16%)(gráfico 34). El trato que le brindaron las personas que le atendieron en estas instituciones fue en 22 casos (91.7%) de apoyo y el restante (8.3%) de indiferencia (gráfico 35).

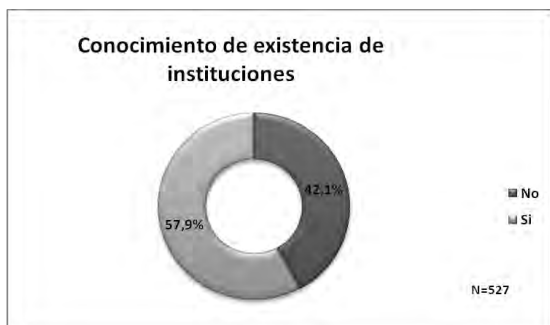


Gráfico 33

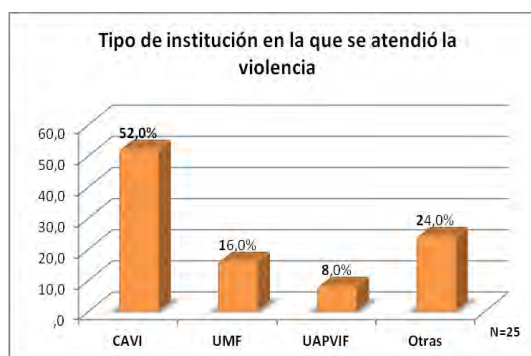


Gráfico 34



Gráfico 35

Apoyo psicológico, fue el servicio que mas solicitaron las pacientes para la atención de la violencia con 332 casos (62.9%), seguido de la presencia de un “módulo de orientación” dentro de la clínica con 109 casos (20.6%) y “pláticas” con 33 casos (6.3%) (gráfico 36). En la “percepción de la calidad del servicio” que se brinda en la clínica para dicha problemática, 491 mujeres (93.5%) externaron desconocer de algún servicio específico para la violencia en contra de la mujer en la UMF 31, 27 mujeres (5.1%) opinaron que era adecuado y 7 más (1.3%) que era inadecuado (gráfico 37),ya que se les había brindado una “mala” atención previamente a familiar violentada (3 casos,50%); el restante con un caso cada uno(16.7%) opinó por “carencia de espacio físico dentro de la unidad”, porque

“no hay programa específico dentro de la UMF”, porque “no hay institución especializada dependiente de la UMF” a la sea derivada la paciente violentada. En el último rubro, la persona que mas citaron las mujeres, debería atender los casos de violencia en la clínica fue en 1er lugar el “psicólogo” con 265 casos (50.2%), seguido del equipo multidisciplinario con 101 casos (19.1%) y en 3er lugar la “psicóloga” con 68 casos (12.9%) (gráfico 38). Cabe mencionar que en este rubro se hizo énfasis en la división de cada categoría en sexo femenino ó masculino, refiriendo específicamente la paciente si le agradaría ser atendida por un personal de su mismo sexo. En la categoría de “multidisciplinario” se englobó a más de dos profesionales referidos por la paciente, independientemente del sexo.



Gráfico 36



Gráfico 37

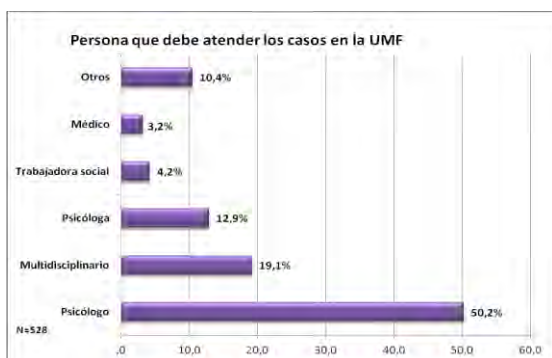


Gráfico 38

Dentro del análisis bivariado, en la tabla 1 podemos observar en el apartado de “grupos de edad de la mujer”, la mayor magnitud con una Rmp 2.08 (IC 95% 0.79-5.45) con  $P 0.19$  el grupo de 40-49. En el “nivel de escolaridad de la mujer” (tabla 1), la secundaria incompleta mostró una mayor asociación con una Rmp 5.22 (IC 95% 1.77-15.40) con  $P 0.004$  en comparación al grupo de “licenciatura ó más”. En el “estado civil de la mujer” (tabla 1), el ser madre soltera, aparentemente tuvo un riesgo mayor de presentar el evento en comparación a las solteras con una Rmp 3.82 (IC 95% 0.32-44.46) con  $P 0.59$ .

Tabla 1.

| VARIABLE                                | CON VIOL | SIN VIOL | TOTAL | RMp  | IC 95%       | P     |
|---|----------|----------|-------|------|--------------|-------|
| <b>Grupos de edad de la mujer</b>       |          |          |       |      |              |       |
| 13-19                                   | 7        | 19       | 26    | 1    | Referencia   |       |
| 20-29                                   | 62       | 99       | 161   | 1.69 | 0.67 - 4.27  | 0.35  |
| 30-39                                   | 46       | 84       | 130   | 1.48 | 0.58 - 3.79  | 0.54  |
| 40-49                                   | 40       | 52       | 92    | 2.08 | 0.79 - 5.45  | 0.19  |
| 50-59                                   | 36       | 50       | 86    | 1.95 | 0.74 - 5.13  | 0.25  |
| 60-69                                   | 12       | 21       | 33    | 1.51 | 0.50 - 4.51  | 0.63  |
| <b>Nivel de escolaridad de la mujer</b> |          |          |       |      |              |       |
| Licenciatura ó mas                      | 16       | 45       | 61    | 1    | Referencia   |       |
| Prepa completa                          | 52       | 78       | 130   | 1.87 | 0.95 - 3.66  | 0.09  |
| Prepa incompleta                        | 16       | 26       | 42    | 1.73 | 0,74 - 4,02  | 0.28  |
| Secundaria completa                     | 61       | 94       | 155   | 1.82 | 0.94 - 3.15  | 0.09  |
| Secundaria incompleta                   | 13       | 7        | 20    | 5.22 | 1.77 - 15.40 | 0.004 |
| Primaria completa                       | 28       | 48       | 76    | 1.64 | 0.78 - 3.42  | 0.25  |
| Primaria incompleta                     | 15       | 23       | 38    | 1.83 | 0.77 - 4.35  | 0.24  |
| Sin escolaridad                         | 2        | 4        | 6     | 1.40 | 0.23 - 8.42  | 0.91  |
| <b>Estado civil de la mujer</b>         |          |          |       |      |              |       |
| Soltera                                 | 23       | 44       | 67    | 1    | Referencia   |       |
| Casada                                  | 102      | 179      | 281   | 1.09 | 0.62 - 1.90  | 0.87  |
| Unión libre                             | 63       | 81       | 144   | 1.48 | 0.81 - 2.71  | 0.25  |
| Separada                                | 8        | 12       | 20    | 1.27 | 0.45 - 3.56  | 0.84  |

|               |   |   |   |      |              |      |
|---------------|---|---|---|------|--------------|------|
| Divorciada    | 3 | 5 | 8 | 1.14 | 0.25 - 5.23  | 0.82 |
| Viuda         | 2 | 3 | 5 | 1.27 | 0.19 - 8.18  | 0.81 |
| Madre soltera | 2 | 1 | 3 | 3.82 | 0.32 - 44.46 | 0.59 |

En el estrato socioeconómico (tabla 2), aunque no se observaron intervalos precisos ni *P* significativas, se observa un gradiente biológico en la Rmp, representando el mayor riesgo el tener “estrato socioeconómico bajo” con Rmp 2.23 (IC 95% 0.99-5.04) con *P* 0.08. En el apartado de “antecedentes de violencia” (tabla 2), se evidencian en todos sus rubros de mayor exposición, intervalos precisos y *P* significativas, observando los mayores riesgos en el apartado de “presencia de golpes en el embarazo” con casi 4 veces más de riesgo de presentar el evento en comparación a las que no tenían dicho antecedente. A su vez “golpes en la infancia de manera seguida” e “insultos ú ofensas entre familiares en la infancia de manera seguida” tuvo un riesgo de casi 3 veces más de presentar violencia en comparación a las que no tenían dicho antecedente.

Tabla 2.

| VARIABLE                      | CON VIOL | SIN VIOL | TOTAL | Rmp  | IC 95%     | <i>P</i> |
|-------------------------------|----------|----------|-------|------|------------|----------|
| <b>Estrato socioeconómico</b> |          |          |       |      |            |          |
| Alto                          | 17       | 38       | 55    | 1    | Referencia |          |
| Medio                         | 163      | 264      | 427   | 1.38 | 0.75 -2.52 | 0.36     |
| Bajo                          | 23       | 23       | 46    | 2.23 | 0.99 -5.04 | 0.08     |

| <b>Antecedentes de violencia</b>                          |     |     |     |      |            |               |  |
|---|-----|-----|-----|------|------------|---------------|--|
| <b>Insultos u ofensas entre familiares en la infancia</b> |     |     |     |      |            |               |  |
| -No había insultos ni ofensas                             | 93  | 209 | 302 | 1    | Referencia |               |  |
| -De vez en cuando   | 39  | 62  | 101 | 1.41 | 0.88- 2.25 | 0.18          |  |
| -Seguido  | 71  | 54  | 125 | 2.95 | 1.92 -4.54 | <b>0.000</b>  |  |
| <b>Insultos u ofensas en la infancia</b>                  |     |     |     |      |            |               |  |
| -No   | 126 | 255 | 381 | 1    | Referencia |               |  |
| -De vez en cuando   | 36  | 40  | 76  | 1.82 | 1.10-2.99  | <b>0.02</b>   |  |
| -Seguido  | 41  | 30  | 71  | 2.76 | 1.64-4.63  | <b>0.0001</b> |  |
| <b>Golpes en la infancia</b>                              |     |     |     |      |            |               |  |
| -No   | 131 | 264 | 395 | 1    | Referencia |               |  |
| -De vez en cuando   | 34  | 37  | 71  | 1.85 | 1.11-3.08  | <b>0.02</b>   |  |
| -Seguido  | 38  | 24  | 62  | 3.19 | 1.83-5.54  | <b>0.000</b>  |  |
| <b>Madre maltratada ó golpeada por su padre ó pareja</b>  |     |     |     |      |            |               |  |
| No  | 72  | 172 | 244 | 1    | Referencia |               |  |
| Sí  | 118 | 134 | 252 | 2.10 | 1.45-3.04  | <b>0.0001</b> |  |
| <b>Pareja maltratada ó golpeada en la infancia</b>        |     |     |     |      |            |               |  |
| No  | 97  | 200 | 297 | 1    | Referencia |               |  |
| Sí  | 76  | 83  | 159 | 1.88 | 1.27-2.80  | <b>0.002</b>  |  |
| <b>Suegra maltratada ó golpeada por alguna pareja</b>     |     |     |     |      |            |               |  |
| No  | 51  | 116 | 167 | 1    | Referencia |               |  |
| Sí  | 88  | 94  | 182 | 2.12 | 1.37-3.30  | <b>0.001</b>  |  |

### Golpes en el embarazo

|    |     |     |     |      |            |               |
|----|-----|-----|-----|------|------------|---------------|
| No | 147 | 284 | 431 | 1    | Referencia |               |
| Sí | 47  | 23  | 70  | 3.94 | 2.30-6.75  | <b>0.0000</b> |

En la tabla 3, la percepción positiva de “maltrato” por parte de la paciente tuvo una RMp 29.45 (IC<sub>95%</sub> 13.23-65.55) con *P* 0.0000 en comparación a las que no se percibieron maltratadas. De las variables evaluadas en la pareja (tabla 3), el “nivel de escolaridad” “primaria ó menos” tuvo casi 2 veces más de riesgo de presentar violencia en la mujer en comparación a aquellas mujeres que tenían una pareja con bachillerato ó más.

Tabla 3.

| VARIABLE                                 | CONVIOL | SIN VIOL | TOTAL | RMp   | IC <sub>95%</sub> | <i>P</i>      |
|--|---------|----------|-------|-------|-------------------|---------------|
| <b>Percepción de Maltrato</b>            |         |          |       |       |                   |               |
| No                                       | 123     | 317      | 440   | 1     | Referencia        |               |
| Sí                                       | 80      | 7        | 87    | 29.45 | 13.23-65.55       | <b>0.0000</b> |
| <b>Nivel de escolaridad de la pareja</b> |         |          |       |       |                   |               |
| Prepa y más                              | 79      | 161      | 240   | 1     | Referencia        |               |
| Secundaria                               | 64      | 95       | 159   | 1.37  | 0.92-2.08         | 0.16          |
| Primaria ó menos                         | 59      | 68       | 127   | 1.76  | 1.13-2.74         | <b>0.01</b>   |

En la tabla 4 se desglosa la variable percepción de maltrato con cada uno de los tipos de violencia, notando el mayor riesgo de presentar el evento, en la violencia psicológica y física con RMp 39.05 (IC<sub>95%</sub> 18.20-83.80) con *P* 0.0000 y RMp 28.92 (IC<sub>95%</sub> 13.88-60.26) con *P* 0.0000 respectivamente en comparación a aquellas mujeres que no se percibían maltratadas.

Tabla 4.

| VARIABLE                      | C/ VIOL PSICOLÓGICA | S/ VIOL PSICOLÓGICA | TOTAL | RMp   | IC 95%      | P             |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|-------|-------|-------------|---------------|
| <b>Percepción de maltrato</b> |                     |                     |       |       |             |               |
| No                            | 89                  | 352                 | 441   | 1     | Referencia  |               |
| Sí                            | 79                  | 8                   | 87    | 39.05 | 18.20-83.80 | <b>0.0000</b> |

| VARIABLE                      | C/ VIOL ECONÓMICA | S/ VIOL ECONÓMICA | TOTAL | RMp  | IC 95%     | P             |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------|------|------------|---------------|
| <b>Percepción de maltrato</b> |                   |                   |       |      |            |               |
| No                            | 73                | 368               | 441   | 1    | Referencia |               |
| Sí                            | 52                | 35                | 87    | 7.48 | 4.55-12.30 | <b>0.0000</b> |

| VARIABLE                      | C/ VIOL FÍSICA | S/ VIOL FÍSICA | TOTAL | RMp   | IC 95%      | P             |
|-------------------------------|----------------|----------------|-------|-------|-------------|---------------|
| <b>Percepción de maltrato</b> |                |                |       |       |             |               |
| No                            | 11             | 430            | 441   | 1     | Referencia  |               |
| Sí                            | 37             | 50             | 87    | 28.92 | 13.88-60.26 | <b>0.0000</b> |

| VARIABLE                      | C/ VIOL SEXUAL | S/ VIOL SEXUAL | TOTAL | RMp  | IC 95%     | P             |
|-------------------------------|----------------|----------------|-------|------|------------|---------------|
| <b>Percepción de maltrato</b> |                |                |       |      |            |               |
| No                            | 12             | 429            | 441   | 1    | Referencia |               |
| Sí                            | 16             | 71             | 87    | 8.05 | 3.65-17.74 | <b>0.0000</b> |



En el modelo de regresión logística (tabla 5), las variables que mejor explicaron el fenómeno fueron “insultos ú ofensas entre familiares en la infancia” con casi 2 veces más de riesgo de presentar la violencia en comparación a cuando no las había, aunado a la variable “percepción de maltrato” con una RMp 28.01 (IC 95% 12.51-62.70) con *P* 0.000 para presentar el evento en comparación a cuando no se percibían maltratadas.

Tabla 5.

| MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA                             |       |             |              |
|---|-------|-------------|--------------|
| VARIABLE  | RMa*  | IC 95%      | <i>P</i>     |
| <b>Insultos u ofensas entre familiares en la infancia</b> |       |             |              |
| -No había insultos ni ofensas                             | 1     | Referencia  |              |
| -De vez en cuando   | 0.82  | 0.478-1.419 | .485         |
| -Seguido  | 2.13  | 1.15-3.94   | <b>.016</b>  |
| <b>Percepción de maltrato</b>                             |       |             |              |
| -No   | 1     | Referencia  |              |
| -Sí   | 28.01 | 12.51-62.70 | <b>0.000</b> |

\*Razón de Momios Ajustada.

## DISCUSIÓN

En el afán por visualizar y dilucidar las características, causas y consecuencias de la violencia de pareja, se ha ido descubriendo que dicha violencia la puede padecer cualquier mujer y de cualquier condición social, ocurriendo en distintos espacios e instituciones.

Tal es el caso de la población de Iztapalapa seleccionada por las características ya mencionadas en el planteamiento, en la que se esperó obtener más asociación entre las variables de mayor relación a éste evento según estudios ya realizados y mencionados en antecedentes, y que en su mayoría no fue de dicha manera, pero en el que también se encontraron datos muy relevantes.

En el presente trabajó se obtuvo una alta prevalencia de violencia de pareja dirigida contra la mujer con un 38.6%, cifra que supera a la publicada en la ENSARE (36.7%), ENVIM (21.5%) y ENDIREH(35.4%). Al categorizarla en leve y grave, ésta última resultó ligeramente inferior a lo reportado por la ENVIM con un 2%, con lo cual podemos observar que por lo menos en gravedad no hay nada que dista mucho del promedio a pesar de estar en una población en la que se esperaría mayor gravedad. Con respecto a los tipos de violencia, la psicológica igual que en las encuestas nacionales resultó ser la más prevalente seguida de la económica, igual que en la ENDIREH, pero con cifras más altas incluso tratándose de poblaciones de estudio diferentes (SSA e IMSS), en las que se esperaría menor prevalencia en ésta última. Por otro lado, la violencia física que ocupó el 3er lugar seguida de la violencia sexual resultaron con cifras iguales ó ligeramente más bajas que en la ENDIREH, ENSARE y ENVIM, lo cual también llama la atención pues se esperó una prevalencia más alta tratándose de Iztapalapa. En los “tipos de agresión”, los tipos más prevalentes (gritos, negación de la palabra, ofensas ó humillaciones)(reclamos por dinero y otros) concuerdan con las prevalencias por tipo de violencia (psicológica y económica), así como con el principal motivo de maltrato emitido por la paciente (por dinero, consistente con la ENSARE), en este caso en específico, la violencia económica que ocupó el segundo lugar en la estadística de ésta población. De las pacientes violentadas, el 94% intentó terminar con el maltrato de su pareja de alguna forma (principalmente “hablando con él”), lo cual se pudiera traducir también con el grado de autonomía actual y de pensamiento de rol de género actual de las mujeres<sup>4</sup>.

De forma específica, en el grupo de edad, (el cual se amplió desde 13 a 69, a diferencia de otros estudios) ninguna de las categorías resultó con intervalos precisos y *P* significativas; el grupo de 40-49 años resultó con el mayor riesgo lo cual no es consistente con datos de estudios anteriores, pues el evento cada vez

más se presenta edades menores<sup>3,4</sup>, sin embargo, cabe la posibilidad que en ésta población en específico este grupo sea el más afectado.

De todas las categorías de “nivel de escolaridad” de la mujer, “secundaria incompleta” representó el mayor riesgo para presentar la violencia tomando como referencia el nivel de “licenciatura ó mas”, con intervalos precisos y *P* significativa, concordante con lo ya descrito<sup>1,3,4,13</sup>, sin embargo se habría esperado mayor asociación con el nivel más bajo de estudios, lo cual no ocurrió. Por otro lado, el nivel de escolaridad de la pareja de “primaria ó menos” si reflejó un mayor riesgo en comparación a tener un grado de estudio de “prepa o más” para presentar violencia en la mujer, consistente con lo reportado por Deyessa y cols<sup>7</sup>.

Con respecto al estado civil de la mujer, en todas sus categorías se mostraron intervalos poco precisos y *P* no significativas, con una mayor magnitud en el apartado de “madre soltera” lo cual en teoría, debería ser inverso, pues ese grupo carece ya del factor de riesgo llamado pareja.

En el estrato socioeconómico, a pesar de mostrar también intervalos poco precisos y *P* no significativas en las 3 categorías, se observa un gradiente biológico inverso en sus Rmp, conforma más bajo es el estrato mayor es el riesgo de presentar el evento, lo cual es muy consistente con lo ya reportado a nivel nacional e internacional<sup>1,3,4</sup>.

De todas las variables independientes los antecedentes de violencia, fueron los más asociados con la violencia como se observa en la tabla 2, con intervalos precisos, *P* muy significativas y Rmp de hasta 4 veces más de riesgo en comparación al grupo de referencia para presentar la violencia, consistente con los datos de la ENSARE, ENVIM y ENDIREH<sup>1,3,4,10</sup>.

La percepción de maltrato, fue una variable que tradujo un alto riesgo de presentar violencia cuando se externaba “afirmativa” por parte de la paciente, con intervalos amplios pero precisos y una magnitud del efecto muy alta con *P* significativa. Dicha variable, se incluyó en el presente trabajo con la finalidad de verificar la percepción de la mujer respecto a su estatus de violencia con la presencia real del evento en su vida, dato que no se había interrogado de manera directa en otros estudios, y que era importante evaluar aunado a otras variables que se incluyeron por primera vez en un estudio del IMSS en búsqueda de probable asociación con el evento y de otras más buscando consistencia en el resultado, como lo fueron: tipo de contrato matrimonial, tiempo de relación, años de divorciada, separada ó viuda, grado de hacinamiento, parentesco del jefe de la familia con la mujer, religión, condición de actividad de la mujer y su

pareja, horas y días que trabaja fuera de su casa la mujer y su pareja, aparte de anexar variables que brindaran un panorama de la evaluación realizada a la propia clínica con respecto al servicio de atención a la violencia que se brinda en ella. De primera instancia, no se observó ninguna asociación directa con el fenómeno, por lo menos en esta población (con características que no distan mucho de una población general como se pensaba en un principio) en cada una de estas variables anexas.

Retomando, la variable “percepción de la mujer”, se observaron RMp muy importantes a su vez al “cruzarla” con los diferentes tipos de violencia, en primer lugar con una magnitud del efecto alta en la violencia psicológica (concordante con la prevalencia más alta por tipos de violencia obtenida en este estudio y en los de nivel nacional e internacional) seguida de la violencia física ambas con *P* significativas. Cabe mencionar, que al analizar los datos crudos de la población femenina violentada, el 61% de ellas, no se percibe violentada cuando realmente lo está, lo que hizo pensar en una probable subestimación de la prevalencia del evento. Sin embargo al analizar con las RM, como ya se mencionó, se vió una fuerte asociación entre la percepción afirmativa de maltrato de la paciente y la presencia de violencia en su vida, lo cual se tiene que tomar en reserva por la amplitud arrojada del intervalo de confianza, la cual fue muy amplia, pero que puede hacernos pensar que la paciente efectivamente no nos miente al interrogarle si padece o no violencia en su persona.

Otras variables importantes evaluadas en nuestro instrumento de medición fueron el “pensamiento de la mujer del rol de género” y “grado de autonomía” que ya han sido tomado en cuenta en encuestas nacionales como la ENDIREH 2006, para medir el grado de empoderamiento de las mujeres. La relevancia de dicho indicador, radica en que exploró decisiones sobre aspectos de la vida familiar y de la vida de las propias mujeres, que parecerían pertenecer en gran medida a la esfera “tradicional”, estando supeditadas muchas veces a la voluntad final del esposo o compañero, y limitando las posibilidades de una participación equitativa de ambos miembros de la pareja en las decisiones familiares<sub>4</sub> y de su propia vida y que se puede traducir en algún momento en algún tipo de violencia. De cualquier manera, los datos que se obtuvieron al respecto, indican que la violencia, en esta población es independiente del pensamiento de género y el grado de autonomía, pues en la población violentada más del 50% son tendientes a la equidad y muy autónomas y no se observó ninguna asociación significativa con el evento.

El último apartado del cuestionario, evaluó al servicio de atención a la mujer violentada en la UMF, observando un amplio desconocimiento de la existencia de

dicho servicio en general y dentro de la clínica por parte de la mujer, bajo reservas de que en ninguna actualmente hay un programa que se esté llevando de manera “formal” para la atención de la problemática a pesar de haber sido liberada la NOM 046 en el 2009 para su disposición en las unidades de salud del país. El servicio sigue proporcionándose por trabajo social, las cuales reciben pacientes eminentemente violentadas, por parte de los médicos familiares y se encargan de canalizarlas prioritariamente al UAPVIF (Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar), sin dar un seguimiento del caso hasta su “alta”, por falta de un sistema actual de contrarreferencia; necesidad que externó el área de trabajo social para poder brindar una atención más integral a la paciente. De esta manera observamos que el tamizaje para dichas pacientes por lo menos por los médicos familiares, no es el adecuado y se siguen subdiagnosticando los casos que en teoría necesitan de pronta atención médica. Por otro lado, al desconocer la mayoría de las pacientes de la existencia de atención de la violencia en la clínica, solo un 5% lo mencionó como un servicio adecuado para atender el fenómeno. Otro rubro que quise tomar en cuenta en el presente estudio en este apartado, fue el de categorizar en hombre y mujer al profesional de salud que refería la paciente para atender la violencia y con la cual se sentiría “cómoda” para poder externar el problema., observando que la mayoría de ellas independientemente de si es hombre o mujer la persona que la atiende, ella quiere ser escuchada y atendida de manera integral tanto por psicólogos, médicos, licenciados y trabajadores sociales prioritariamente. Dentro del tipo de servicio que sugiere la mujer, cuente la clínica y que se verificó contara con el, es el servicio de psicología, en el que probablemente falla la estrategia de atención por la sobrecarga de derechohabiente, seguido de módulo de orientación y pláticas que pudieran implementarse como parte del programa para la atención de tan importante problema de salud pública.

Con respecto al modelo multivariado de regresión logística llevado a cabo, es relevante señalar que de todas las variables ingresadas únicamente la de “Insultos u ofensas entre familiares en la infancia” explica la violencia en las pacientes. Por otro lado la variable “percepción de maltrato”, que también aceptó el modelo, predice el evento pero no es una “buena” variable ya que al mismo tiempo traduce el evento.

Es así, como después de dar este panorama con las principales variables estudiadas y los hallazgos encontrados, que el presente trabajo pretendió mejorar la medición de las variables con mayor consistencia en la literatura y de otras más que, de acuerdo a las características de Iztapalapa, pudieran estar explicando el fenómeno. Cabe citar, que este estudio fué de prevalencia y por lo tanto seguirá contando con el problema de “temporalidad” entre su variable

dependiente y las independientes, además de ser necesaria la evaluación mas exacta de otras variables como el alcohol que aunque no es determinante del evento en algunas ocasiones se ve asociado a la violencia. Aun así, con los datos poco precisos y significativos en algunas variables, el estudio mostró una alta prevalencia del evento, incluso mayor a la reportada en la ENSARE<sub>3</sub> y otras encuestas a realizadas a nivel nacional<sup>1,4</sup>.

## CONCLUSIONES

Las variables relacionadas a los objetivos (grupo étnico, nivel de escolaridad estado civil, estrato socioeconómico a excepción de antecedentes de violencia) no tuvieron asociación significativa, a pesar de que las características sociodemográficas de la población de Iztapalapa, son similares al resto de la población. Por lo tanto no podemos inferir a partir de los datos obtenidos en cada rubro en específico, debido al error aleatorio que afecta la precisión del estudio.

Cabe señalar que es innegable la alta prevalencia de violencia encontrada en dicha población lo cual es de suma relevancia y señala la necesidad de iniciar acciones preventivas efectivas en las unidades de salud y de apoyar aquellas que ya lo sean.

Tomando en cuenta las limitaciones y fortalezas de éste trabajo, como la mejoría en la medición de algunas covariables que anteriormente no habían sido descritas en otros estudios y los hallazgos encontrados, aunado a la mejoría del tamaño de muestra y buscando factores de riesgo con otro diseño de estudio que pudieran explicar de manera más exacta el evento, es como se pudiera consolidar la pauta para futuras investigaciones en dicha unidad médica y en el IMSS en general.

## REFERENCIAS

- 1.-Olaiz G, Del Río A, Híjar M. **Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública en México. Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres.** México D.F. 2004.
- 2.-Buscador Google. **NOM -046-SSA2-2005.** Consultado el 20 de abril de 2010.
- 3.-Cardona-Pérez JA. **Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados.** México, D.F. 2000.
- 4.-Castro R, Casique I. **Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006.** México, D.F. 2008.
- 5.-Buscador Google. **Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.** Consultado el 15 de junio de 2010.
- 6.-Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder N, Agoff C, Avila-Burgos L, Híjar M. **Violencia de Género y otros Factores Asociados a la Salud Emocional de las Usuarias Del Sector Salud en México.** Salud Publica Mex 2006;48 supl 2:S250-S258.
- 7.-Deyessa N, Berhane Y, Ellsberg M, Emmelin M, Kullgren G, Hogberg U. **Violence against Women in relation to Literacy and Area of Residence in Ethiopia.** Global Health Action 2010. 3: 2070- DOI:10.3402.
- 8.-Parish W, Tianfu W, Laumann E, Pan S, Luo Y. **La Violencia Contra la Pareja en China: Prevalencia a Nivel Nacional, Factores de Riesgo y Problemas Relacionados con la Salud.** International Family Planning Perspectives 2004. 30(4):174-181.
- 9.-Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder N, Agoff C, Avila-Burgos L, Híjar M. **Violencia de Género y otros Factores Asociados a la Salud Emocional de las Usuarias Del Sector Salud en México.** Salud Publica Mex 2006;48 supl 2:S250-S258.
- 10.-Gómez-Dantés H, Vázquez-Martínez JL, Fernández-Cantón SB. **La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA.** Salud Publica Mex 2006; 48 supl 2:S279-S287.



- 11.-Buscador Google. [http://publications.paho.org/Spanish/capitulo\\_1](http://publications.paho.org/Spanish/capitulo_1). **La violencia, un Problema Mundial de Salud Pública.** Consultado el 16 de agosto de 2010.
- 12.-Buscador Google. Velzeboer M. **La violencia de Género y el VIH-SIDA.OPS 2003.** Consultado el 16 de agosto de 2010.
- 13.-Nájera-Ahumada G. **Violencia de Género en la Población atendida por el IMSS. Género y Salud 1998, 10-13p.**
- 14.-Buscador Google. **Análisis sobre la Violencia Social en la Delegación Iztapalapa /Perfil Sociodemográfico.** Consultado el 18 de agosto de 2010.
- 15.- Buscador Google. **Encuesta Internacional de Criminalidad y Victimización. 1999-2003.** Consultado el 18 de agosto de 2010.
- 16.-Reyes -Morales H. **Diseño y Evaluación de un Modelo de Atención Integral con Enfoque Social a la Salud para afrontar el problema de la Violencia de Género en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.** INSP; 2010. Datos no publicados, Comunicación Personal.
- 17.- Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado de Snyder VN, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. **Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas.** Salud Publica Mex 2006;48 supl 2:S221-S231.

# ANEXO1

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES                     | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Trabajo de Campo                | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   |
| Captura y verificación de datos | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   |
| Análisis                        | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   |
| Redacción de tesis              | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   |
| Presentación de Tesis           | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   |

**ANEXO 2 CUESTIONARIO (archivo adjunto en pdf)**



### ANEXO 3

#### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

#### UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.31

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO VOLUNTARIO

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2011.

Yo \_\_\_\_\_, que soy mayor de edad, confirmo que se me ha informado y revisado en detalle el propósito del estudio de investigación "Prevalencia de violencia de pareja dirigida contra la mujer y factores asociados en usuarias de la UMF 31, Iztapalapa, D.F.", que se llevará a cabo en dicha unidad y tiene como objetivo "Estimar la prevalencia de violencia de pareja dirigida contra la mujer así como sus factores asociados en usuarias de la UMF 31 de Iztapalapa, D.F.", y declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el mismo.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo que:

- Se me ha explicado que mi participación consistirá únicamente en contestar verbalmente una serie de preguntas sobre características sociales y demográficas de mi casa, mi pareja, mi familia, mi persona y otros factores involucrados.
- Se me ha explicado que la información obtenida en forma verbal será manejada de forma confidencial y solo para datos estadísticos.
- Se tuvo la oportunidad de preguntar al investigador todas las dudas relacionadas con el estudio, y se recibieron respuestas que considero satisfactorias a mis dudas y cuestionamientos.
- Entiendo que puedo rehusarme a contestar las preguntas, sin detrimento de mi seguridad clínica.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del voluntario

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de Testigo

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR: He tenido cuidado en explicar al voluntario, la naturaleza del protocolo, por eso CERTIFICO que, con el mejor conocimiento, la voluntaria firmó esta forma de consentimiento voluntario, con una concepción clara de los objetivos del estudio.

*Investigadores:*

Dra. Tania Berenice Gutiérrez Ríos

Residente de 3er Año de Epidemiología, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias, IMSS. Matrícula 99094048.

Dra. Leticia Ramírez Bautista Médico Familiar, Coordinadora de Educación e Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 31, IMSS. Matrícula 8889341.

Teléfono: 56860233 Ext. 21481

**ANEXO 4 DÍPTICO (Archivo adjunto en pdf)**