



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO

JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y PROYECTOS ESPECIALES DEL

ÁREA DE LA SALUD



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES Y ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”**

**TESIS**

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

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

**DRA. GUILLERMINA JUANICO MORALES**

**Tel: 7449107299    Correo electrónico: [Guillermina.juanico@imss.gob.mx](mailto:Guillermina.juanico@imss.gob.mx)**

**Domicilio: av. Cuauhtémoc #95 col. Centro Tel: 4 83 88 89 fax 48394666**

**ASESOR METODOLOGICO:**

**DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS**

**TEL: 7441857255**

**PRESENTA:**

**DRA. SUSANA ARROYO HERNANDEZ**

Médico Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

**Matrícula: 99126121**

**Correo electrónico: [susi\\_kuy86@hotmail.com](mailto:susi_kuy86@hotmail.com)**

**Domicilio: Cerrada Emiliano Zapata #2, col. Santa Cruz. Acapulco, Guerrero.**

**Cel. 7441606076**

REGISTRO: R-2014-1101-1

**ACAPULCO GRO., NOVIEMBRE 2015**



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1101  
U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA 20/01/2014

**MTRO. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES Y ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9"**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1101-1

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). MIRNA MARTÍNEZ ASTUDILLO**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

**IMSS**

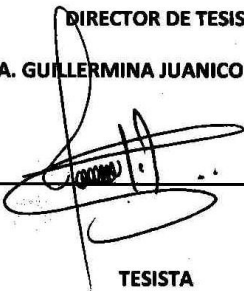
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACION ESTATAL GUERRERO**  
**JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**  
**COORDINACION AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD**

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES Y ADULTOS  
MAYORES DERECHOHABIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO  
9”**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. GUILLERMINA JUANICO MORALES**



---

**TESISTA**

**DRA. SUSANA ARROYO HERNANDEZ**



---

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



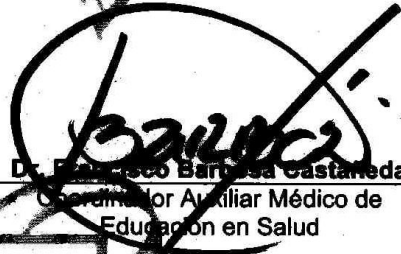
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL


**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**


"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES Y ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 9"

  
**Dra. Ingrid Zaragoza Ruíz**

Coordinadora Delegacional de Planeación y Enlace Institucional

  
**Dr. Francisco Barroza Castañeda**  
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

  
**Dra. Guillermina Juanico Morales**  
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

  
**Dra. Virginia Palacios Castillo**  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL GUERRERO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9

"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES Y ADULTOS  
MAYORES DERECHOHABIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9"

DIRECTORA DE LA UNIDAD

DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO



PROFESOR TITULAR

DRA. VIRGINIA PALACIOS CASTILLO



TESISTA

DRA. SUSANA ARROYO HERNANDEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Susana Arroyo Hernandez", written over a horizontal line.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por sus bendiciones. Por alimentar mi vida de Amor, Fé y Esperanza.

A mi Madre, que a pesar de las adversidades me ha llevado hasta donde estoy, le doy gracias por lo que soy.

A mi Esposo, por ser mí complemento, por estar conmigo en todo momento, por todo su amor y confianza, porque sin él no lo habría logrado.

A mi Sra. Suegra que me ha brindado su apoyo siempre y en estos 3 años de estudios me ha otorgado su ayuda, por ser nuestra proveedora de fortalezas.

Al Dr. Luis Amador Ríos Oliveros por impulsar este trabajo de investigación. Por sus enseñanzas y por su tiempo.

A la Dra. Guillermina Juanico Morales por apoyarme en llevar a término este trabajo de investigación, por su paciencia y comprensión en todo momento.

A la Dra. Virginia Palacios Castillo, por ser una profesora dedicada y admirable, por su empeño en hacernos mejores médicos familiares.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación se lo dedico a mi esposo, por brindarme su apoyo en estos tres años de travesía de la especialidad, por toda su ayuda en esta tesis, porque gracias a él todo ha sido posible. A mi madre, mi suegra y mi familia, les dedico este trabajo, por formar parte e inspiración de mis logros y metas.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1. Resumen</b>	<b>1</b>
<b>2. Introducción</b>	<b>2</b>
<b>3. Antecedentes</b>	<b>3</b>
<b>4. Planteamiento del problema</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Justificación</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Objetivos</b>	<b>17</b>
<b>4.3 Hipótesis</b>	<b>18</b>
<b>5. Metodología</b>	<b>18</b>
<b>5.1 Calculo del tamaño de la muestra</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Unidad de análisis</b>	<b>19</b>
<b>5.3 Criterios de Selección</b>	<b>19</b>
<b>5.4 Instrumento de recolección de datos</b>	<b>19</b>
<b>5.5 Técnica de recolección de datos</b>	<b>20</b>
<b>5.6 Descripción del estudio</b>	<b>20</b>
<b>5.7 Variables</b>	<b>21</b>
<b>6. Definición y operacionalización de variables</b>	<b>22</b>
<b>7. Organización general del estudio (plan de trabajo)</b>	<b>25</b>
<b>8. Instrumentos de medición</b>	<b>26</b>
<b>9. Aspectos éticos</b>	<b>27</b>
<b>10. Resultados</b>	<b>29</b>
<b>11. Discusión</b>	<b>50</b>
<b>12. Conclusiones</b>	<b>53</b>
<b>13. Referencias</b>	<b>55</b>
<b>14. Anexos</b>	<b>60</b>



## 1. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La violencia intrafamiliar es un problema de Salud Pública en México, de trascendencia por su impacto social, económico y sus repercusiones muchas veces graves en la salud de quienes la padecen.

**OBJETIVOS:** Estimar la prevalencia y factores asociados a violencia intrafamiliar en mujeres y adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 9.

**METODOLOGIA:** Se realizó un estudio transversal, en 464 derechohabientes mujeres y adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 9 (UMF 9). Se incluyeron mujeres de 18 a 59 años y adultos mayores de 60 años que estaban adscritos a la UMF, que aceptaron participar y firmaron la Carta de Consentimiento Informado (CCI). Se aplicó un instrumento de recolección de datos basado en la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF) que incluyó 51 reactivos dividido en 6 grupos de factores. Los datos se analizaron con el programa estadístico EPI-DATA y CIETmap; Mantel Haenzsel para medir riesgo (OR), p (confianza estadística) e IC 95%.

**RESULTADOS:** Del total de entrevistados 232 fueron mujeres menores de 60 años y 232 fueron mujeres y adultos mayores de 60 años. La violencia se presentó en el 59.26% de los entrevistados (275) de los cuales 174 fueron mujeres menores de 60 años, 101 fueron adultos mayores. El tipo de violencia que predominó fue el maltrato emocional. En el análisis bivariado se encontró que ser mujer representa 6 veces más riesgo de presentar violencia en mayores de 60 años, además tener escolaridad baja representa 3 veces más riesgo.

**CONCLUSIONES:** De igual forma que diversos estudios reportados a nivel mundial, la prevalencia de la violencia contra la mujer fue alta, siendo la violencia emocional la predominante, si bien no se demostró la asociación de factores que estén condicionando la presencia de este maltrato no podemos inferir que estos no existan, llama la atención también el número de casos de violencia en el adulto mayor, prevaleciendo en esta población el maltrato emocional.

## 2. INTRODUCCIÓN.

La violencia es un problema de Salud Pública de alcance global. En el caso de las mujeres la violencia de pareja tiene una importancia especial tanto por su frecuencia como por la carga de enfermedad que provoca. De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de 48 encuestas realizadas en diversos países, se encontró que entre 10 y 69% de las mujeres encuestadas mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas.<sup>1</sup>

El maltrato físico es sólo una de las expresiones de la violencia; muchos signos y síntomas de malestar psicológico y de daño emocional de las mujeres que son encuestadas se deben a formas variadas de comportamientos agresivos y control por parte de sus parejas, lo que ocasiona que muchas mujeres sufran el síndrome de estrés postraumático crónico.<sup>1</sup>

También se ha identificado a través de investigaciones cuantitativas y cualitativas, que la violencia alcanza dentro del hogar no sólo a las mujeres, sino a otros miembros de la familia que se encuentran en desventaja como las niñas y los niños, las y los adultos mayores y las personas con alguna discapacidad.<sup>1</sup>

Diversas investigaciones han abordado el tema de los determinantes económicos, sociales y culturales de la violencia; estos últimos son importantes debido a que de ellos se desprenden conductas que legitiman y perpetúan la violencia, minimizan su importancia y pretenden mantenerla como un asunto exclusivo de la vida privada. La violencia de pareja contra las mujeres como mecanismo de control, forma parte de la cultura patriarcal y tiene su origen en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, la desvalorización de las mujeres y su consecuente subordinación y dependencia económica y social.<sup>1</sup>

### 3. ANTECEDENTES.

La violencia intrafamiliar se reconoce hoy como un problema de Salud Pública, de Derechos Humanos, de justicia social, como un delito y además se acepta que se trata de un problema de gran magnitud, de alcance global, que incluye la violencia psicológica, la violencia física, la sexual y la económica. En el primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, la OMS señala las dificultades que tiene medir la violencia y estima que en el año 2000, aproximadamente 1,600,000 personas perdieron la vida como consecuencia de actos violentos: la mitad fueron suicidios, casi una tercera parte homicidios y una quinta parte resultado de conflictos armados. La mayor parte de los actos violentos, empero, no son mortales, sino que tienen como consecuencia lesiones, trastornos mentales y afecciones reproductivas. Sus efectos pueden durar años y provocar discapacidades físicas o mentales que en ocasiones llegan a ser permanentes. Entre los actos violentos más frecuentes se encuentran los que ocurren en el seno de los hogares, y de ahí la importancia que reviste su identificación oportuna y precisa. En el caso de las mujeres la violencia de pareja tiene una importancia especial tanto por su frecuencia como por la carga de enfermedad que provoca. De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS, a partir de 48 encuestas realizadas en diversos países, se encontró que entre 10 y 69% de las mujeres encuestadas mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. <sup>1</sup>

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud por el dramático aumento en todo el mundo de la incidencia de lesiones intencionales que afectan a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a mujeres y niños; Hace suyo el llamamiento formulado en la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social para que se introduzcan y apliquen políticas y programas específicos de salud pública y de servicios sociales encaminados a prevenir la violencia en la sociedad y mitigar sus efectos; realiza las recomendaciones formuladas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) para que se aborde urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres y se entiendan sus consecuencias para la salud; Recordando la

Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer; Tomando nota del llamamiento realizado por la comunidad científica en la Declaración de Melbourne adoptada en la Tercera Conferencia Internacional Sobre la Lucha Contra los Traumatismos (1996) para que se intensifique la colaboración internacional a fin de velar por la seguridad de los ciudadanos del mundo.<sup>2</sup>

Reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud, las consecuencias cada vez mayores de la violencia en los servicios de salud, su efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios que está con frecuencia en la primera línea de contacto con las víctimas de la violencia. La OMS ha declarado que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo por lo que los Estados Miembros deben evaluar y comunicar el problema de la violencia y pide se emprendan actividades de salud pública para abordarlo con el fin de definir su magnitud y evaluar las causas de la violencia, prestando especial atención a las iniciativas de orientación comunitaria, promover investigaciones sobre la violencia dándoles prioridad entre las investigaciones de salud pública.<sup>3</sup>

La violencia entre los miembros de las familias es un fenómeno muy extendido que debe visibilizarse a través del personal de salud sensibilizado y capacitado para su detección, con el apoyo de actores comunitarios; a través de acciones de promoción que permitan que las mujeres identifiquen las diversas formas de la violencia familiar, violencia sexual y de género para promover alternativas de solución al problema. La violencia es un problema social y de salud naturalizado que se reproduce a través de la ideología en el ámbito social y grupal. Las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales son dos de sus causas lo que explica por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia. No es casual que las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas, las minorías sexuales sean más vulnerables a la violencia debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad. En México, al igual que otros países del mundo, se han realizado estudios previos sobre violencia familiar o de pareja, los cuales han arrojado prevalencia que fluctúan entre el 28% y 72%. Los resultados de estas investigaciones realizadas en el país sobre la

magnitud y características de la violencia familiar y de pareja si bien han permitido documentar lo que conocemos hoy sobre el problema, no son comparables entre sí por razones metodológicas, y no nos brindan un panorama nacional. Si bien cualquier miembro de la familia mujer u hombre puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte de otro también de cualquier sexo, hay suficientes evidencias que muestran que son las niñas, los niños, las mujeres y los adultos mayores quienes mayoritariamente viven situaciones de violencia. Es por ello que la violencia ha sido reconocida como un problema social y de Salud Pública tanto en México como en el ámbito internacional.<sup>4</sup>

En Estados Unidos de América la violencia en la familia tiene una incidencia alta se reportaron 20,608 casos en 2007, el costo excede a 5.8 billones cada año, de los cuales 4.1 millones son por servicio médico o atención en servicios de salud mental.<sup>5</sup> De acuerdo con el departamento de justicia de los Estados Unidos en el año 2000, 1 de cada 3 muertes en mujeres fue causado por actos de violencia.<sup>6</sup> Además se asocia a los casos de abuso en menores de edad por parte de sus madres.<sup>7</sup>

Enfocándonos a la violencia en contra de la mujer, en la mayor parte de los países entre un 10 y 69% de las mujeres han sido maltratadas físicamente por su compañero de intimidad. Y en México de acuerdo a la ENDIREH (Encuesta Nacional Sobre Dinámica de Relaciones) 2011, reporta que de un total de 24,566,381 mujeres casadas o unidas de 15 y más años en el ámbito nacional, se registra que 11,018,415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal. Las casadas o unidas del país agredidas físicamente por su pareja a lo largo de su relación ascienden a 2,842,309; es decir, 25.8% de todas las violentadas; violencia sexual se reportó en 1,288,793 en total, que representan 11.7% de todas las maltratadas a lo largo de su relación conyugal; 56.4% de las casadas o unidas han vivido algún episodio de violencia económica, son 6,215,767; la violencia emocional o psicológica es la más representativa es la emocional, pues a nivel nacional son un total de 9,826,235 las casadas o unidas víctimas de estos abusos por parte de su pareja en el transcurso de su relación, es decir, 89.2%.<sup>8</sup>

En México, la Secretaría de Salud atendiendo a la recomendación de la Asamblea Mundial de la Salud<sup>9</sup>, ha desarrollado esfuerzos para la prevención y atención de la violencia en el ámbito de sus competencias desde 1999, con la elaboración de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, y con su actualización la Norma Oficial Mexicana NOM 049-SSA2-2005<sup>10</sup>, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, misma que tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación en materia de violencia familiar y sexual que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud, y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, que fue publicada y entró en vigor el 8 de marzo de 2000 y a partir de la cual se empezó a visibilizar el problema de la violencia familiar y en particular de la violencia de pareja como una causa relevante de problemas de salud.<sup>10</sup>

El maltrato al adulto mayor es una conducta destructiva dirigida hacia una persona mayor, se produce cuando hay daño afectivo para la salud o bienestar de dicha persona y está provocado por el desconocimiento del tema, lo cual demuestra la poca preparación para enfrentar la vejez, en tanto la negligencia está dada porque no son atendidas las necesidades físicas o psíquicas del adulto mayor. La evidencia acumulada sobre el maltrato a los ancianos en el seno familiar (por parte de los familiares cercanos o del personal contratado para su cuidado), resulta irrefutable y comprende actos contra su integridad física, psicológica, descuido de su nutrición, vestido, albergue, así como de su atención médica. Contribuir al conocimiento del tema, investigar esta problemática, conocer las formas en que se presenta e identificar a los sujetos que son maltratados permite realizar estrategias encaminadas a la prevención y promoción de la salud en el adulto mayor.<sup>11</sup>

En la población masculina adulta, es menos frecuente que exista la violencia, generalmente son efectores de la violencia y no receptores de esta. Según el informe Forensis de Colombia en Medicina Legal del 2008, en el maltrato infantil el mayor

agresor es el padre, seguido de la madre; la violencia de pareja representa el 67% al interior de los hogares, siendo las mujeres el grupo más afectado por esta problemática siendo el hombre el mayor agresor al interior de la familia. Ángel M, Cardona A y Molina D en su estudio realizado en 2010 en Colombia y publicado por la Internacional Journal of Psychological Research, con el fin de identificar la posición del hombre frente a la violencia, concluyeron que desde el punto de vista etimológico, biológico y social lo masculino está relacionado con la dureza, la rudeza, la fuerza, lo cual incide en las relaciones que establecen con lo familiar y lo social. Además establecen como factores asociados a violencia que haya existido violencia en la familia de origen, rasgos psicopatológicos, las pocas habilidades cognitivas, el alcoholismo, la ira incontrolada y los factores medioambientales entre lo que incluyen al nivel socioeconómico. <sup>12</sup>

La complejidad de la violencia se expresa en la gran diversidad de tipos y niveles existentes en los distintos estratos sociales. <sup>13</sup> Según su naturaleza, la violencia se puede clasificar en manifestaciones de negligencia, agresión emocional, verbal, patrimonial, física y sexual; según la persona que sufre la violencia, esta puede agruparse en: violencia contra menores de edad, adultas mayores o alguna discapacidad, mujeres u hombres; según el motivo se pueden tipificar en violencia política, social, étnica, de género, generacional, religiosa; de acuerdo al sitio donde ocurre, en intrafamiliar, en el trabajo, en las calles. En vista de la naturaleza del fenómeno de la violencia, es pertinente adoptar un enfoque multicausal; en este enfoque la causalidad se asocia con la certeza de que siempre existe un fenómeno psicosocial en la interacción de los sujetos, un grupo o una sociedad, de allí que mientras más factores se presenten simultáneamente, mayor es la posibilidad de que el fenómeno de violencia o de crisis se produzca. Los factores de riesgo se pueden clasificar en tres grandes conjuntos:

- a) Factores relacionados con la posición, la situación familiar y social de las personas: sexo, edad, educación, socialización en la violencia, consumo de alcohol y drogas;
- b) Factores económicos y culturales: desempleo, hacinamiento, desigualdad social, violencia en los medios de comunicación, cultura de la violencia;

- c) Factores contextuales e institucionales: guerra, tráfico de drogas, corrupción, disponibilidad de armas de fuego, festividades, políticas sexistas, clasistas, estereotipos, mitos, entre otros. Hay que destacar que es la interacción de estos factores con otros, sobre los cuales no se cuenta con información suficiente, como la personalidad del sujeto agresor, que puede transformar estas privaciones o situaciones supradescritas en factores de riesgo, que podrían generar un clima de violencia intrafamiliar. <sup>14</sup>

La violencia no es un mal moderno, como muchos piensan, durante siglos, madres, padres, y trabajadores maltrataban niños, pero quizá se pensaba que hacían bien. Tales concepciones ético-morales y tradicionales que se mantiene hasta hoy sustentan una educación represora y discriminatoria, de obediencia y de respeto. <sup>14</sup>

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 <sup>15</sup> de la Prestación de servicios de salud en su apartado Criterios para la atención médica de la violencia familiar establece que los prestadores de servicios de atención médica deberán realizar promoción y prevención de la salud, participar en programas educativos para la prevención y detección de la violencia familiar, dirigidos a la población en general, para la detección y diagnóstico deberá: Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar y valorar su grado de riesgo, durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud, deberá realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar en un clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad, debe incluir la historia del maltrato físico, psicológico, sexual o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración mínima del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación, debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual o de abandono, como eventos únicos o combinados, para constatar o descartar su presencia, para fines de investigación deberá promover y



realizar, en las Instituciones del Sector Salud, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar, que permitan tanto la cuantificación como la identificación de las causas y determinantes del fenómeno - patrones sociales, culturales y repercusiones económicas-, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual (física y psicológica) y en la colectiva, promover y realizar, en las Instituciones del Sector Salud y de los otros sectores, investigaciones interdisciplinarias, que permitan diseñar mecanismos tendientes a modificar la percepción que tienen del fenómeno los servidores públicos y a coadyuvar en el proceso de planeación, formulación de políticas y programas para la prevención y a elevar la calidad de las acciones, que para la atención de las y los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, se realizan en los establecimientos de salud.<sup>15</sup>

Cabello H, Castro L y López F; en su estudio exploratorio sobre el conocimiento de la Norma Oficial Mexicana para la atención médica de la violencia en el Distrito Federal realizado en el 2006 encontraron que el 60% del personal de salud estudiado no conoce la norma y por lo tanto no la aplica, el 91.4% considera el problema social y educativo y solo 51% se apega a la perspectiva de género para explicar el origen de la problemática y el 44.6% lo atribuye a problemas psicopatológicos; el 40% reportó tener por lo menos un caso de violencia a la semana. Sigue faltando conocimiento respecto a la norma y su aplicación, la notificación al ministerio público sigue siendo baja, tal vez porque el personal de salud evita verse envuelto en procesos judiciales cuando la autoridad le inspira desconfianza.<sup>16</sup>

Se ha documentado ampliamente que el personal de salud constituye un frente estratégico de identificación e intervención en los casos de violencia, ya que muchas de las víctimas acuden en diferentes momentos a recibir atención, ya sea como consecuencia directa del maltrato o por otras razones, por lo cual los servicios de salud juegan un papel determinante en la detección oportuna en estos casos. Por ello, en otros países como Canadá y Estados Unidos de América del Norte, se han instrumentado modelos de capacitación especializada para el personal de salud;

también existen protocolos para la identificación de víctimas de la violencia en los diferentes niveles de atención a la salud y se han establecido políticas públicas para garantizar la identificación oportuna y que, en consecuencia, se les brinde la atención requerida. En México, se han dado los primeros pasos para la atención de casos de violencia familiar en los servicios de salud, a través de la nueva normatividad en la materia y del desarrollo de modelos de capacitación al personal de salud, sin embargo, todavía falta mucho camino que recorrer. <sup>17</sup>

Sin indiferenciar la edad, ocupación y situación económica, para ser la víctima de la violencia intrafamiliar ya sea por omisiones o amenazas, con la que se desea someter mediante el poder o la fuerza. Existen diferentes formas de abuso ya mencionadas, y que limitan el deseo de trabajar, estudiar o realizar otras actividades; el maltrato como método para eliminar la conducta indeseada es un error y transmite violencia, de la cual, por razones de fuerza y diferencias de poder, las víctimas fundamentales son mujeres, niñas, niños, ancianas, ancianos, lo que implica actitudes discriminatorias que reproducen injustas relaciones de desigualdad. <sup>18</sup>

Los atributos culturales que asigna la sociedad en función del sexo, es decir, el género, explica las diferencias entre las acciones y las relaciones entre hombre y mujeres, por lo que a partir de este supuesto es posible entender por qué los primeros son proclives a ser los victimarios y las segundas a ser las víctimas. Son múltiples los elementos relacionados con la violencia, entre los que se puede citar el consumo de alcohol, drogas ilegales, la presencia de trastornos de la personalidad u otras afecciones psiquiátricas, tanto en víctimas como en victimarios. En el Screening for Family Violence se plantea que para que se considere violencia la frecuencia de ocurrencia del “hecho” debe ser, al menos, de 6 veces al año, los resultados muestran que en el 90% de las familias hubo violencia intrafamiliar. <sup>19</sup>

El problema de la violencia se ha analizado a través de distintos enfoques caracterizados todos por la fragmentación, pues cada disciplina ha impreso su punto de vista, de acuerdo con propósitos particulares sin que se hayan integrado los

avances alcanzados en cada una. Las tres grandes vertientes a través de las cuales se ha hecho un intento por aproximarse al fenómeno son las ciencias sociales, las penales y, recientemente, la salud pública. Híjar y cols; en su trabajo realizado en nuestro país y publicado por la Revista de Salud Pública de México en 1997 se discuten, de manera general, las perspectivas teóricas que plantea cada una de esas vertientes y se destaca el impacto que sobre la salud tiene este problema, mediante la revisión de trabajos realizados en México sobre mortalidad y morbilidad debida a hechos violentos. Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de la violencia debe partir de la base de que se trata de un fenómeno predecible y, por lo tanto, prevenible. Existen barreras sociales que impiden detectar los efectos de la violencia sobre las condiciones de salud de la población; los homicidios, altercados, luchas y violaciones, entre otros, se encuentran categorizados, de acuerdo con su frecuencia, en orden decreciente como: ocurridos entre miembros de una misma familia, amigos, familiares y extraños; en ese sentido la relación, a veces tan cercana, entre agresores y agredidos ocasiona que muchos de esos hechos no se denuncien y, en consecuencia, no se registren.<sup>20</sup>

Es tal la importancia de la violencia intrafamiliar que Bolaños y sus colaboradores en 2009 se realizaron un estudio para determinar la posible relación de esta con la presencia de crisis asmática en niños pacientes de la clínica de Asma del Instituto Nacional de Pediatría que vivieran en un hogar con violencia.<sup>21</sup>

Castillo y Arankowsky en 2008 realizaron en Mérida, Yucatán, un estudio para determinar si la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor en mujeres del sureste de México derechohabientes del IMSS, encontrando resultados estadísticamente significativos.<sup>22</sup>

A fin de analizar y controlar el fenómeno de la violencia, la Salud Pública establece que debe considerarse como un problema de salud que se traduce en muertes, enfermedad y disminución en calidad de vida. Lo anterior ha permitido la identificación de grupos de alto riesgo y, en consecuencia, la puesta en marcha de programas y estrategias de prevención. Por otro lado, se han establecido las categorías de lesiones accidentales y lesiones intencionales con la finalidad de diferenciar los

mecanismos que subyacen a su presentación. Sin embargo, algunas veces dichos mecanismos no son fácilmente identificables; así, existen lesiones aparentemente accidentales que son el resultado de actitudes deliberadas de producir daño físico, mientras que otros tipos de violencia interpersonal (como el homicidio involuntario o imprudencial) no traen aparejada la intencionalidad.<sup>23</sup>

Expertos en el área sugieren que la violencia debe entenderse como la interacción entre factores que tienen que ver con el desarrollo psicosocial de los individuos, sus diferencias neurológicas y hormonales y los procesos sociales que se dan a su alrededor.<sup>24</sup>

Espinoza y cols; en su investigación realizada en 2010 por medio de un estudio retrospectivo en el estado de Guanajuato, encontraron fuerte asociación entre violencia sexual e intento suicida en mujeres (7.3%).<sup>25</sup>

Según un informe del Banco Mundial, de 1993, las mujeres ganan, por la Violencia Familiar (VF) 9.5 Años de Vida con Discapacidad (AVAD) y pierden 20% de Años de Vida Saludable (AVISA). Los costos que se generan dentro de los servicios de salud en el ámbito mundial por este problema se calcularon en aproximadamente 5% del producto interno bruto.<sup>26</sup>

En 2004 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) publica en su revista médica sobre la violencia contra las mujeres derechohabientes donde reporta que la respuesta institucional para detener el problema de violencia es bajo, solo 18% de los médicos reconoció la oferta de cursos sobre violencia dentro de un programa de educación médica continua y solo el 16% de estos tiene el conocimiento de la Norma Oficial Mexicana.<sup>27</sup>

En abril 2001 Fernández y colaboradores publicaron los resultados de un programa de detección y atención a la violencia creado en 1997 mediante un equipo multidisciplinario y muestran resultados significativos en el que las mujeres y los niños fueron la mayor prevalencia de violencia, el componente psicosocial y emocional de los agresores el más prevalente y concluyen en la importancia de poner en marcha programas de atención a la violencia intrafamiliar accesibles a la comunidad y establecer estos programas en primer nivel de atención ya que la mayoría de las

personas violentadas acuden a las unidades de salud por otras causas aparentes y no son detectadas.<sup>28</sup>

La nomenclatura moderna de las enfermedades, clasifica a las lesiones por causa externa en dos categorías: las no intencionales que incluyen accidentes y las intencionales que incluyen homicidios, suicidios y otros tipos de violencia como la violencia intrafamiliar.<sup>29</sup>

Las manifestaciones de la Violencia son: Físicas como excoriación, hematoma, dolor crónico, cefalea, cefalea recurrente, manifestaciones gastrointestinales, embarazos no deseados por la negativa de uso de anticonceptivos por parte del maltratador, abortos, parto prematuro, sufrimiento fetal y hasta la muerte; Manifestaciones Psicológicas como depresión, ansiedad, trastornos del sueño, de la alimentación y sexuales, síndrome de estrés postraumático, abuso de alcohol u otras sustancias, suicidio; Manifestaciones Sociales o del entorno como incomunicación, aislamiento, dependencia económica y emocional, baja autoestima con culpabilidad y vergüenza ante la sociedad, al no existir apoyo por parte de las autoridades existe miedo.<sup>30</sup>

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud ha emitido recomendaciones para atender la Violencia: Definir prioridades y apoyar la investigación de las causas, consecuencias, costos y prevención de la violencia; Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia; Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas.<sup>31</sup>

La violencia familiar es un hecho que puede darse en todos los ámbitos y niveles de la vida social. Se manifiesta de diversas maneras y se constituye, en diferentes grados, en un atentado a la integridad física, emocional o sexual de los miembros de la familia; y que sin duda, quebranta los derechos individuales elementales o la voluntad de quienes son afectados.<sup>32</sup>

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud declaró a la violencia como un problema de salud pública, este primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud* es una parte importante de la respuesta de la OMS a la resolución WHA49.25. (por sus siglas en inglés World Health Association) Se dirige principalmente a los investigadores y profesionales.<sup>33</sup>

La OPS/OMS en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), publicó un informe que muestra que en 12 países de América Latina y el Caribe, entre las 17% y 53% de las mujeres entrevistadas reportaron haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas.<sup>34</sup>

En México, de acuerdo a información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revela que la violencia intrafamiliar tiene lugar en el 30.4% de los hogares, de los cuales el 56.4% es hacia mujeres y 16.3% hacia adultos mayores.<sup>35</sup> Otro aspecto de interés es el relativo a que en el 94% de los casos de violencia familiar denunciados las “receptoras” son mujeres y en el 90% de los casos los “generadores”, son hombres. Las denuncias oficiales son infrecuentes, ya que de acuerdo con los resultados de la encuesta sobre violencia intrafamiliar del INEGI de 1999 sólo el 14.4% de las víctimas busca alguna clase de ayuda.<sup>36</sup> En Guerrero, entre 2011 y 2012 se atendieron 3,100 delitos por violencia familiar.<sup>37</sup>

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que declara que la violencia es un problema de Salud Pública fundamental y creciente en todo el mundo. Un informe de la OPS/OMS 2013, en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos muestra que en 12 países de América Latina y el Caribe, entre el 17% y 53% de las mujeres entrevistadas reportaron haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas.

En México, de acuerdo a la INEGI la violencia intrafamiliar tiene lugar en el 30.4% de los hogares, de los cuales el 56.4% es hacia mujeres y 16.3% hacia adultos mayores,

en el 94% de los casos de violencia familiar denunciados las “receptoras” son mujeres y en el 90% de los casos los “generadores”, son hombres. Las denuncias oficiales son infrecuentes, INEGI reportó sólo el 14.4% de las víctimas busca alguna clase de ayuda. Las lesiones por violencia en el hogar además de producir secuelas en el comportamiento social y emocional causan desde una enfermedad acidopéptica hasta enfermedades vasculares cerebrales señaló el Instituto Nacional de las Mujeres; En 2005 la Violencia intrafamiliar fue causante de 2,159 muertes de mujeres.

En Guerrero, entre 2011 y 2012 se atendieron 3,100 delitos por violencia familiar.

Se han tratado de establecer otros factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar tales como el consumo de alcohol, la falta de empleo de familiares y los trastornos de la personalidad de los agresores, diversos estudios demuestran que la asociación de dichos factores con la violencia no implica una relación causal sino más bien un papel como factores contribuyentes o detonadores.

Para las instituciones públicas y para el Sector Salud en particular es imprescindible contar con información de carácter nacional, suficientemente precisa para la toma de decisiones, diseño de políticas y programas de atención de la violencia.

**Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:**

**¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a Violencia Intrafamiliar en mujeres y adultos mayores derechohabientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar número 9?**

#### **4.1 JUSTIFICACIÓN.**

La violencia intrafamiliar es un problema de Salud Pública a nivel mundial por su alta prevalencia; en nuestro país, estado y municipio no es la excepción. Es necesario precisar la situación real de violencia intrafamiliar en la población derechohabiente de mayor riesgo (mujeres de 20-59 años y adultos mayores) de la Unidad de Medicina Familiar Número 9 (UMF 9), conocer los factores asociados, con la finalidad de mejorar el nivel de conocimiento y establecer estrategias de intervención de los médicos familiares en la prevención, detección y abordaje personal y familiar de esta situación que afecta la salud física y mental y que se considera un flagelo médico social de la humanidad.

Si bien la expedición de la Norma Oficial Mexicana en marzo de 1999 y su actualización en 2005 para la prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar han sido de gran beneficio; la carencia de información suficiente para desarrollar un modelo integrado de atención para este problema representa una limitante muy importante para su aplicación.

El estudio es posible ya que la UMF 9 tiene suficiente población para estudio puesto que a ella acuden 40,000 mujeres mayores de 18 años y adultos mayores de 60 años.

El presente estudio plantea que una forma de atender la problemática de violencia intrafamiliar es que los Médicos Familiares aprendan a detectar los casos y los factores asociados de dicha violencia, para realizar el manejo integral con los demás servicios de las Unidades de Medicina Familiar, como lo son Psicología y Trabajo Social; de modo que se le ofrezca al derechohabiente solución oportuna a su problemática evitando las consecuencias físicas, psicológicas, sociales, económicas de la violencia intrafamiliar.

## **4.2 OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL**

Estimar la prevalencia y los factores asociados a violencia intrafamiliar en mujeres y adultos mayores derechohabientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar Número 9.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Medir la prevalencia de Violencia Intrafamiliar en mujeres derechohabientes de la UMF 9.
2. Calcular la prevalencia de Violencia Intrafamiliar en Adultos Mayores de 60 años derechohabientes de la UMF 9.
3. Identificar los factores asociados a Violencia Intrafamiliar en mujeres derechohabientes de la UMF 9.



4. Determinar los factores asociados a Violencia Intrafamiliar en Adultos Mayores derechohabientes de la UMF 9.
5. Calcular el promedio de edad de mayor prevalencia de Violencia Intrafamiliar en mujeres.
6. Establecer el sexo de mayor prevalencia de Violencia Intrafamiliar en Adultos Mayores.
7. Señalar el tipo de Violencia Intrafamiliar de mayor prevalencia en mujeres derechohabientes de la UMF 9.
8. Identificar el tipo de Violencia Intrafamiliar de mayor prevalencia en adultos mayores de la UMF 9.
9. Detectar las formas de maltrato más frecuente en las familias de derechohabientes de la UMF 9.
10. Evaluar la percepción de la Violencia Intrafamiliar en mujeres y adultos mayores.

#### **4.3 HIPÓTESIS.**

El 28% de las mujeres de 18-59 años derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Número 9 presentan Violencia Intrafamiliar y hasta 50% de los adultos mayores de esta misma unidad tienen Violencia Intrafamiliar.

#### **5. METODOLOGÍA.**

Se realizó un estudio transversal y analítico, en 464 derechohabientes, de los cuales 232 fueron mujeres de 18 a 59 años de edad y 232 fueron adultos mayores de 60 o más años (ambos sexos), en la Unidad de Medicina Familiar No. 9, entre el periodo de marzo a diciembre de 2014, con tipo de muestreo no probabilístico. La selección de la muestra fue por conveniencia.

### 5.1 Cálculo del tamaño de la muestra.

NIVEL DE CONFIANZA O SEGURIDAD ( $1-\alpha$ )	95%
Precisión (d)	3%
Proporción	10%
Tamaño muestral (n)	394
El tamaño muestral ajustado a perdidas	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
Muestra ajustada a las perdidas	464

### 5.2 Unidad de análisis.

Mujeres de 18 a 59 años y adultos mayores de 60 años.

### 5.3 Criterios de selección.

#### Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años
- Hombres mayores de 60 años
- Derechohabientes adscritos a la UMF 9 del IMSS
- Que firmen consentimiento informado
- Con vigencia de derechos.

**Criterios de exclusión:**

- Personas que presenten alguna enfermedad mental o trastorno psiquiátrico que le impida contestar la encuesta.
- Personas sordomudas o con alguna discapacidad física o mental que le impida contestar la encuesta.

**Criterios de eliminación:**

- Cuestionarios incompletos

**5.4 Instrumento de recolección de datos.**

-Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que consta de 51 reactivos divididos en 6 secciones. (Anexo III)

-Cédula de identificación que consta de 9 preguntas para recolección de datos sociodemográficos. (Anexo II)

**5.5 Técnica de recolección de datos.**

-La Carta de Consentimiento Informado (CCI):

En donde quedó constancia de que el derechohabiente fue informado del fin y las características del estudio y que acepta la participación voluntaria. (Anexo I).

-Un Instrumento de Recolección de datos de Violencia intrafamiliar:

Se realizó una encuesta de Violencia Intrafamiliar a través del cual se identificaron y recolectaron datos sobre tipos de violencia: maltrato emocional, intimidación, abuso físico, abuso sexual, ayuda buscada y percepción de la violencia, con el fin de evaluar la violencia Intrafamiliar en la mujeres de 18 a 59 años y en adultos mayores de 60 años (Anexo III).<sup>32</sup> El cuestionario se aplicó por médicos residentes del curso de

Especialización en Medicina Familiar a los derechohabientes de la UMF 9 que se encuentren en la sala de espera de la UMF 9 en ambos turnos.

-Una Cédula de Identificación:

Para la recolección de datos sociodemográficos de importancia para el estudio se incluyeron consultorio y turno al que pertenece, sexo, edad, escolaridad, religión, ocupación, estado civil e ingresos monetarios mensuales. (Anexo II)

### **5.6 Descripción del estudio.**

Previo aprobación por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud 1101 (CLIEIS) de la Unidad de Medicina Familiar Número 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Guerrero, se desarrolló un estudio transversal analítico, de marzo del 2014 a diciembre del 2014 en la UMF 9, de esta ciudad y puerto de Acapulco.

Se incluyeron 232 derechohabientes mujeres de 18 a 60 años y 232 adultos mayores de 60 años de ambos sexos, adscritos a la UMF 9. Se le solicitó autorización para participar en el estudio mediante la Carta de Consentimiento Informado (CCI).

Se recabaron datos sociodemográficos mediante la cédula de Identificación.

Se aplicó el cuestionario ENVIF que consta de 51 reactivos para determinar la prevalencia de violencia intrafamiliar y los factores asociados; divididos por tipo de violencia desde maltrato emocional hasta abuso sexual, que incluyó también si el derechohabiente solicitó ayuda y el tipo de percepción que tienen de la violencia. Se incluye además una cédula de identificación que incluye apartados sobre edad, sexo, ocupación, religión y otras más de interés. Se entrevistó al derechohabiente en la sala de espera de su consultorio, en ambos turnos, se explicó de que se trataba la encuesta, el anonimato de la misma y el impacto que se tendría sobre la población y realización de investigaciones más a fondo. A todo paciente que aceptó la entrevista, se le otorgó la CCI para constar de su aprobación, posterior a ello, se realizó la entrevista en un tiempo no mayor a 15 minutos, en un ambiente de cordialidad, amabilidad, y sobre todo respeto.

## 5.7 Variables

### ***Dependientes:***

- Violencia intrafamiliar mujeres
- Violencia intrafamiliar adultos mayores
- Tipo de Violencia

### ***Independientes:***

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Religión
- Ocupación
- Estado Civil
- Ingreso Mensual
- Percepción de la Violencia

## 6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<b>Violencia Intrafamiliar Mujeres</b>	Actos violentos que se producen en el hogar y que perpetra por lo menos un integrante de la familia contra una mujer integrante de la familia	Toda mujer dentro del estudio que responda SI ó NO ha presentado conflictos o problemas en su hogar en los bloques de preguntas de maltrato emocional, intimidación, abuso físico ó violencia sexual del cuestionario ENVIF	Cualitativa	1. SI 2. NO
<b>Violencia Intrafamiliar Adultos Mayores</b>	Actos violentos que se producen en el hogar y que perpetra por lo menos un integrante de la familia contra un adulto mayor integrante de la familia	Toda adulto mayor dentro del estudio que responda SI ó NO ha presentado conflictos o problemas en su hogar en los bloques de preguntas de maltrato emocional, intimidación, abuso físico ó violencia sexual del cuestionario ENVIF	Cualitativa	1. SI 2. NO
<b>Tipo de violencia intrafamiliar</b>	Diferentes tipos de violencia intrafamiliar que van desde el maltrato emocional hasta los golpes	La descrita por el derechohabiente en la encuesta cuando responda SI en alguno de los bloques de preguntas: maltrato emocional, intimidación, abuso físico, violencia sexual.	Cualitativa	1. Maltrato emocional 2. Intimidación 3. Abuso físico

				4. Abuso Sexual
<b>Edad</b>	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Número de años que refiere el paciente al momento del estudio y la consignada en el carnet de citas	Cuantitativa	Edad en años
<b>Sexo</b>	Se refiere al género humano que distingue al hombre de la mujer.	Referido por el paciente.	Cualitativa	1. Mujer 2. Hombre
<b>Escolaridad</b>	Grado máximo de estudio al momento de la entrevista.	Ultimo año de estudio cursado al realizar cuestionario.	Cualitativa	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura
<b>Religión</b>	Sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo	Relacionada con algún patrón de conducta para llevar a cabo algún acto de violencia	Cualitativa	1. Católica. 2. Cristiana. 3. Testigos de Jehová 4. Luz del Mundo 5. Mormones

	existencial, moral y espiritual.		
<b>Ocupación</b>	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continua, al momento del estudio.	Se preguntará a través del cuestionario el empleo o actividad que la persona se dedica al momento del estudio	Cualitativa 1. Labores del hogar. 2. Empleado. 3. Desempleado
<b>Estado civil</b>	Condición social en cuanto a derechos y obligaciones civiles	Condición civil que refiere el paciente al hacer el estudio	Cualitativa 1. Casado. 2. Soltero. 3. Divorciado. 4. Viudo. 5. Unión libre.
<b>Ingreso mensual</b>	Total de ingresos mensuales	Lo que el paciente refiere como el ingreso total mensual de su familia	Cuantitativa 1. < Mil pesos 2. Mil a 2 mil pesos 3. 2 mil a 3 mil pesos 4. 3 mil a 4 mil pesos 5. 4 mil a 5 mil pesos 6. > 5 mil pesos



<b>Percepción de la violencia</b>	Capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, comprender y conocer actos de violencia	Los que refiera el paciente al momento del estudio mediante la evaluación con el cuestionario ENVIF al responder el bloque de preguntas sobre percepción de la violencia en la familia. Si está de acuerdo en las preguntas 6.2, 6.3, 6.5, 6.7, 6.11 se consideró percepción positiva; si está en desacuerdo en las preguntas 6.1, 6.4, 6.6, 6.8 se consideró percepción positiva; si responde desacuerdo en las preguntas 6.3, 6.5, 6.7, 6.11 se consideró percepción negativa; si responde de acuerdo en las preguntas 6.1, 6.4, 6.6, 6.8 se consideró percepción negativa	Cualitativa	Positivo Negativo
-----------------------------------	--	--	-------------	----------------------

## 7. ORGANIZACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

- ❖ Se solicitó autorización por escrito a la Dirección Médica de la UMF 9 para la realización del estudio, explicándose el impacto y magnitud del trabajo de investigación.
- ❖ Se inició la recolección de datos previa aprobación por el Comité Local de Investigación en salud y Ética en Investigación en salud 1101, con la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF), que consta de 51 reactivos y una cédula de identificación para recolección de datos socioeconómicos.
- ❖ En la primera fase se solicitó autorización al derechohabiente, en la sala de espera, con la Carta de Consentimiento Informado.
- ❖ En la segunda etapa, se elaboró el llenado de la cédula de investigación sobre factores socioeconómicos.

- ❖ En la tercera etapa de la entrevista se llevó a cabo el ENVIF, con preguntas claras y lenguaje entendible, en un tiempo aproximado de 15 minutos.
- ❖ Prosiguió a la realización de una base de datos con las 464 encuestas, en el programa EpiData versión 3.1.
- ❖ Se continuó con la elaboración de análisis univariados, con inclusión de frecuencias y porcentajes, así como análisis bivariado con asociaciones de variables, con medición de riesgo (OR), confianza estadística (“p”) e IC 95% con el programa CIETmap versión 2.0.
- ❖ Se efectuó la discusión o comparación de nuestros resultados con otros que se han encontrado a nivel mundial en estudios similares.
- ❖ Por último se elaboraron las conclusiones y propuestas de mejora.

## **8. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.**

La Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF) es un cuestionario a través del cual se identificaron y recolectaron datos sociodemográficos para conocer el tipo de violencia existente en los hogares, factores socioeconómicos que la acompañan y la percepción que sobre la violencia que tienen las mujeres y adultos mayores de la UMF 9 a partir de preguntas validadas usadas ya en estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

### Antecedentes de la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF)

El INEGI considera a la familia como instancia básica de la sociedad; en ella tienen lugar una serie de procesos cruciales para la reproducción social y es un medio privilegiado para el crecimiento y desarrollo de sus miembros. Sin embargo, dentro de la familia se presentan también acciones de violencia con diferentes manifestaciones, que afectan el desarrollo de las personas que las conforman. La medición de este fenómeno encuentra una serie de obstáculos, debido a que la gravedad del tema, la vergüenza, la culpa y la creencia de que constituye un asunto privado, lleva a la población a mostrar renuencia a tratar el tema o a minimizar su magnitud. De esta forma y con la finalidad de tener un acercamiento desde el punto de vista estadístico

sobre esta problemática, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), realizó esta encuesta durante el tercer trimestre de 1999, en la que se visitaron 6,000 viviendas distribuidas en diferentes estratos socioeconómicos de la ciudad; como una aproximación a la medición estadística de la violencia que ocurre al interior de los hogares y con el propósito de informar a la sociedad sobre este fenómeno y obtener información estadística sobre el número de hogares y personas en situaciones de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual. Esta información permitirá apoyar el desarrollo de las pautas de investigación de este fenómeno y coadyuvar en acciones en materia jurídica. Por medio de esta encuesta, el INEGI consolida su compromiso con la población de brindar información estadística confiable y oportuna que contribuya al conocimiento de la realidad demográfica, económica y social del país.

## **9. ASPECTOS ÉTICOS.**

El presente estudio no representó ningún riesgo para el paciente, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se ejecutó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, según el Reglamento de Investigación de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 17 fracción 1 se clasifica como una investigación sin riesgo.<sup>38</sup>

Este estudio no se contravino a la “Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial”<sup>39</sup> se siguió los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea general 52°, en Edimburgo, Escocia en el año 2000.

Finalmente el presente estudio cumplió con lo establecido por el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos, conocido también como Regla Común el cual fue diseñado para estandarizar el sistema de protección de los participantes humanos en estudio de investigación.

Los cuales son:

- a) Aprobación por el Comité Local de Investigación en salud y Ética en Investigación en salud 1101.
- b) Consentimiento informado.
- c) Documentación por escrito.
- d) Reclutamiento equitativo de los participantes de investigación.
- e) Protección especial para los grupos vulnerables.
- f) Revisión continua de la investigación aprobada

Durante la encuesta a los derechohabientes que resultaron positivos a violencia se derivaron a trabajo social, grupos de ayuda como alcohólicos anónimos o con su médico familiar para valoración integral.

## 10. RESULTADOS.

La Distribución de derechohabientes por consultorio fue equiparable para cada consultorio. De un total de 464 entrevistados. No se excluyó ninguna encuesta.

La distribución por turnos fue de 234 casos en turno matutino y 230 casos en el vespertino.

Predomina el sexo femenino con el 83% (389) de los encuestados.

El promedio de edad fue de 53 años, con una desviación estándar de  $\pm 15.7$  años.

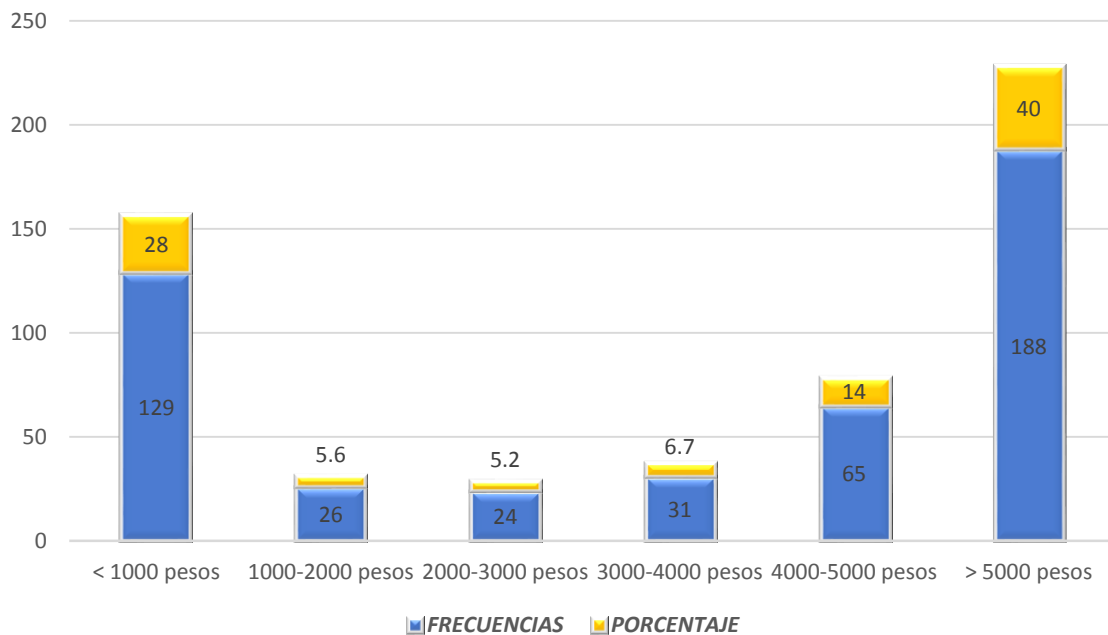
TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	NUMERO	PORCENTAJE
<b>ESCOLARIDAD</b>		
ANALFABETA	20	4.3%
PRIMARIA	125	26.9%
SECUNDARIA	130	28%
PREPARATORIA	143	31%
LICENCIATURA	46	10%
<b>RELIGION</b>		
CATOLICA	401	86%
CRISTIANA	55	12%
TESTIGOS DE JEHOVA	8	2%
<b>OCUPACION</b>		
AMA DE CASA	177	38%
EMPLEADO	239	52%
DESEMPLEADO	48	10%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO	308	66.4%
SOLTERO	40	8.6%
DIVORCIADO	17	3.7%
VIUDO	71	15.3%
UNION LIBRE	28	6%

La gran mayoría de los derechohabientes en el estudio cuenta con estudios de nivel básico y medio. La religión que predominó entre los encuestados fue la católica. Más de la mitad de los encuestados tenían empleo. Y más de la tercera parte eran amas de casa. Prevalcieron los derechohabientes casados, le siguieron las personas viudas.

**Con respecto al nivel económico se encuestó sobre los ingresos mensuales.**

**Gráfica 1. Ingresos mensuales.**



Casi la mitad de los entrevistados tienen ingresos mensuales superiores a 5 mil pesos. Pero casi una tercera parte tiene ingresos mensuales menores a mil pesos.

## VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Del total de entrevistados 232 fueron mujeres menores de 60 años y 232 fueron hombres y mujeres mayores de 60 años.

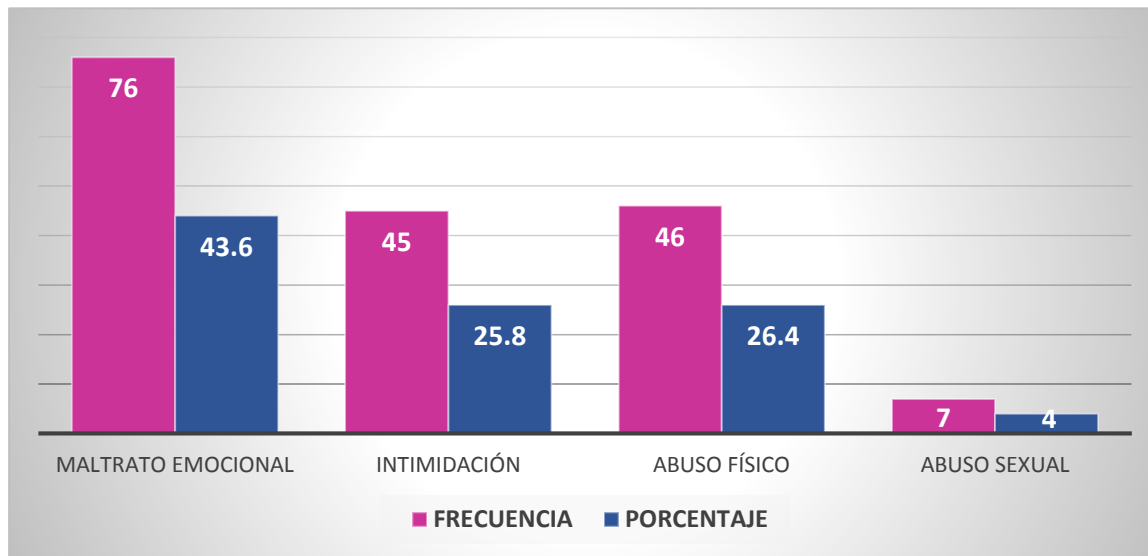
La violencia en general se presentó en un total de 275 (59.26%) entrevistados (del total de 464 personas). Solo 189 (40.7%) personas negaron presentar violencia.

La violencia en la mujer menor de 60 años se presentó como predominante. 174 mujeres (75%) contestaron que han presentado violencia por lo menos una vez en los últimos 6 meses, 58 mujeres (25%) negaron presentar violencia.

La violencia en el adulto mayor de 60 años (hombres y mujeres) se presentó en 101 personas (44%) del total de 232 adultos mayores, 131 personas (56%), negaron presentar violencia

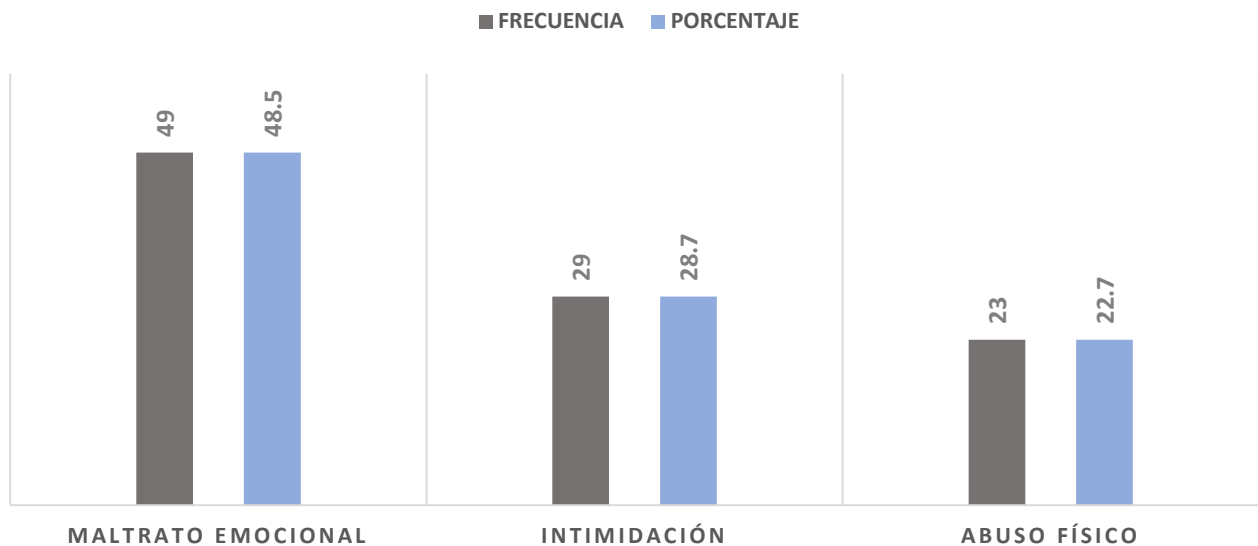
El tipo de violencia que más se presentó en la mujer fue el maltrato emocional. El 43.6% (76/174) de las mujeres que presentaron violencia presentó maltrato emocional.

**Gráfica 2. Tipo de violencia en la mujer.**



El tipo de violencia que predominó en el adulto mayor fue el maltrato emocional. Del total de adultos mayores que presentaron violencia el 48.5% presentó maltrato emocional.

**Gráfica 3. Tipo de violencia en el adulto mayor.**



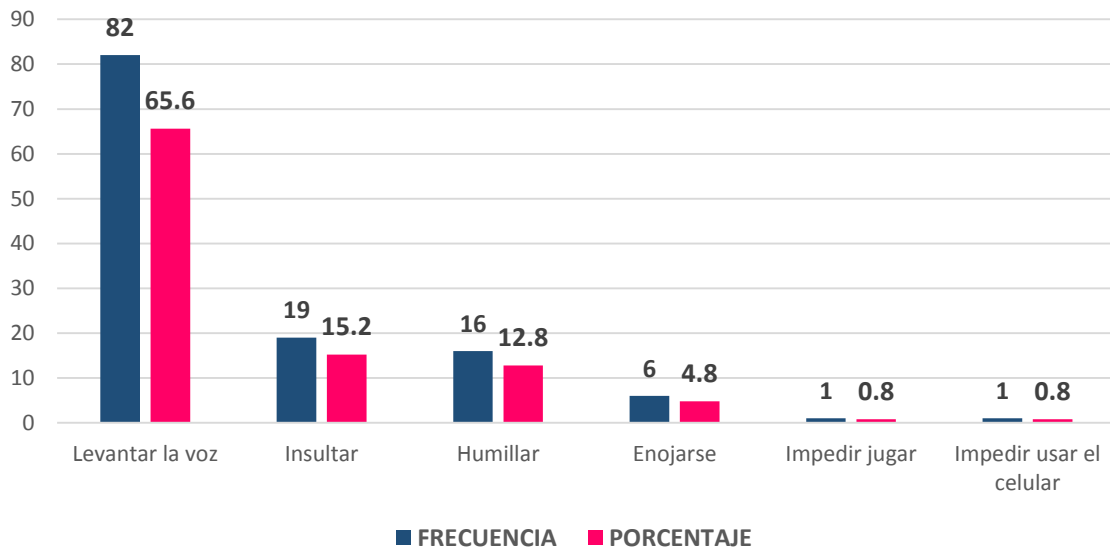
No se observó ningún derechohabiente en este grupo etario con abuso sexual.



## MALTRATO EMOCIONAL.

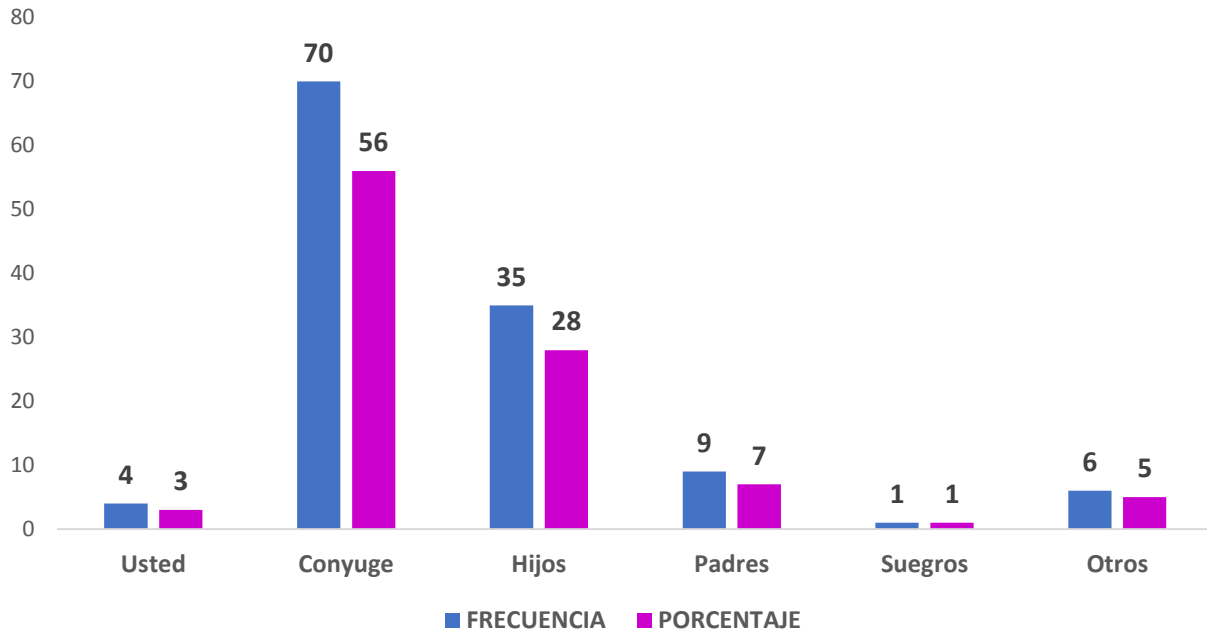
De la población total en estudio el 59% (275/464) presentó violencia, y el maltrato emocional se presentó con 125/275 casos (45.45%) de los cuales 76 casos son mujeres (27.6%) y 49 casos son adultos mayores (17.8%); 42% de los afectados afirmaron que presentan este tipo de maltrato de manera muy frecuente. El tipo de maltrato emocional que más se presentó fue levantar la voz con un total de 82 casos (65.6%) gráfico 4.

**Gráfica 4. Tipo de maltrato emocional.**

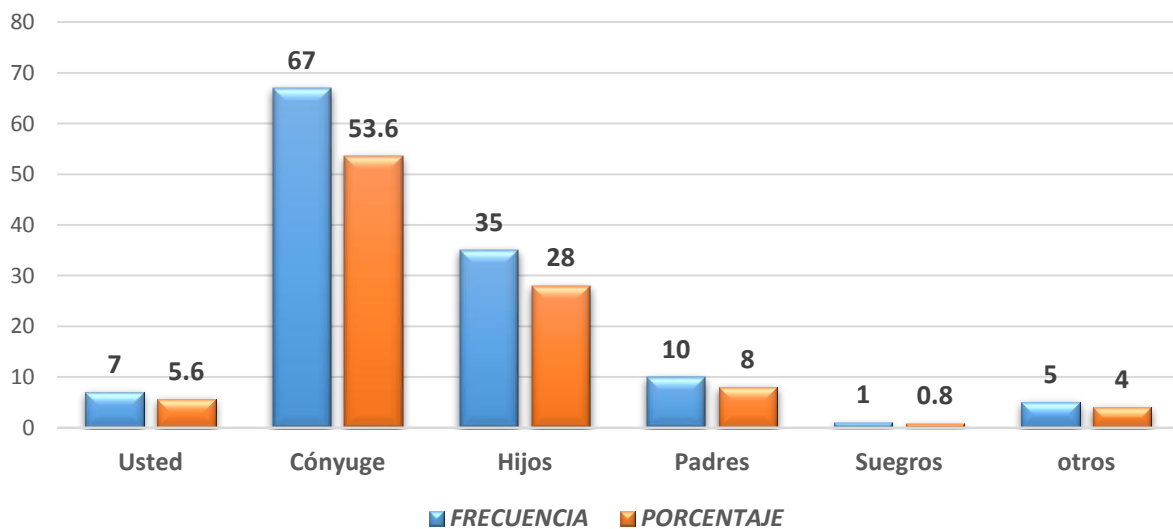


De los 125 que refieren presentar maltrato emocional, el 56% (70) reporta que es el cónyuge quien participó en el conflicto así como también es la persona más agresiva o violenta en el momento del conflicto 53.6%. Uno de cada cuatro presenta maltrato emocional por parte de sus hijos. (Gráfico 5)

**Gráfica 5. Participación en el maltrato emocional.**

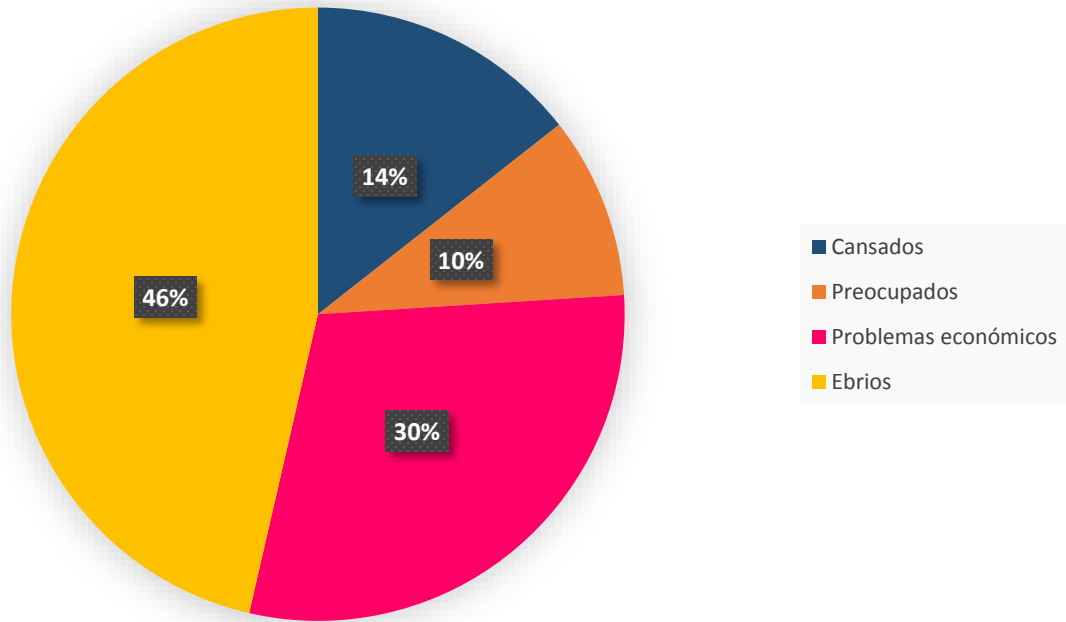


**Gráfica 6. Persona más agresiva en el maltrato emocional.**



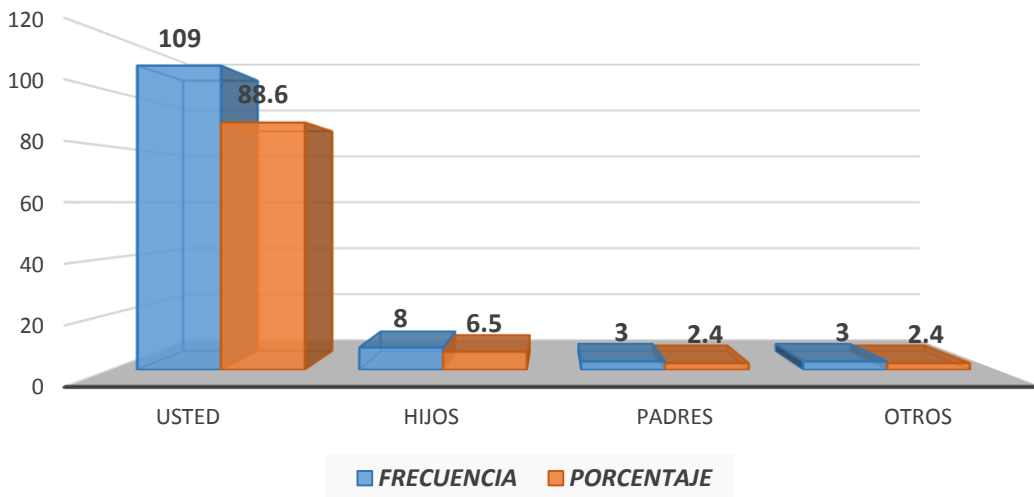
El 46% de los encuestados que refirieron maltrato emocional reportaron que cuando se inició el conflicto las personas más agresivas o violentas estaban ebrios.

**Gráfica 7. Situaciones presentadas en las personas agresivas durante el conflicto. Factores condicionantes del maltrato emocional.**



El 88.6% de las personas que presentaron maltrato emocional refirieron ser las víctimas cuando su presente el conflicto.

**Gráfica 8. Víctima del maltrato emocional.**

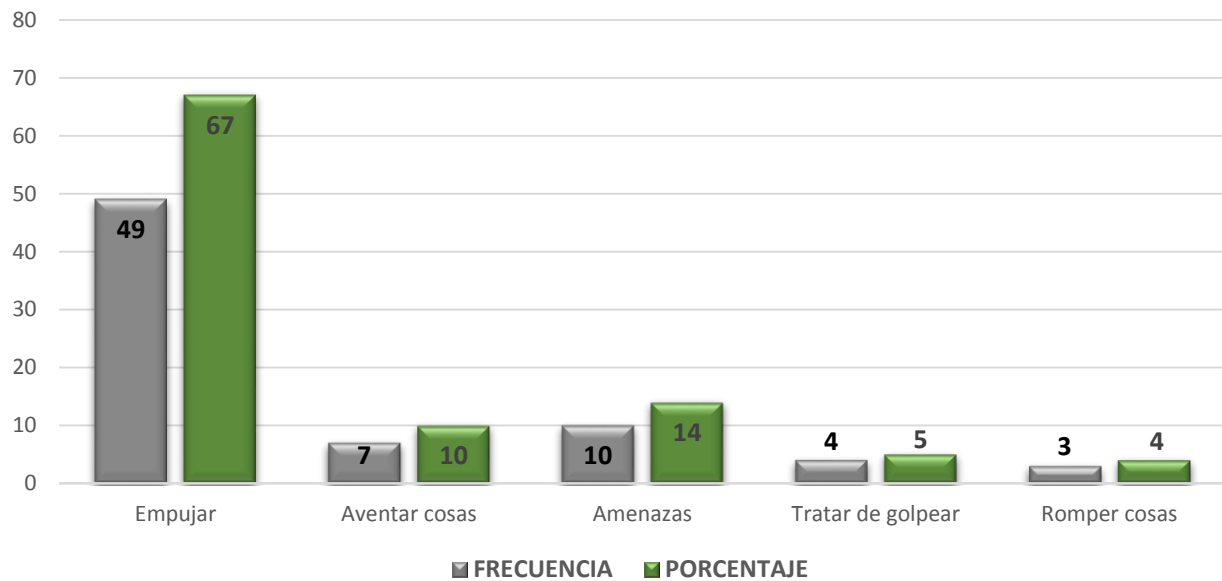


## INTIMIDACIÓN

Del total de los casos (275) que presentaron violencia, 73 personas (26.5%) presentaron intimidación, 42% afirmaron presentarla de manera muy frecuente, 83 % poco frecuente.

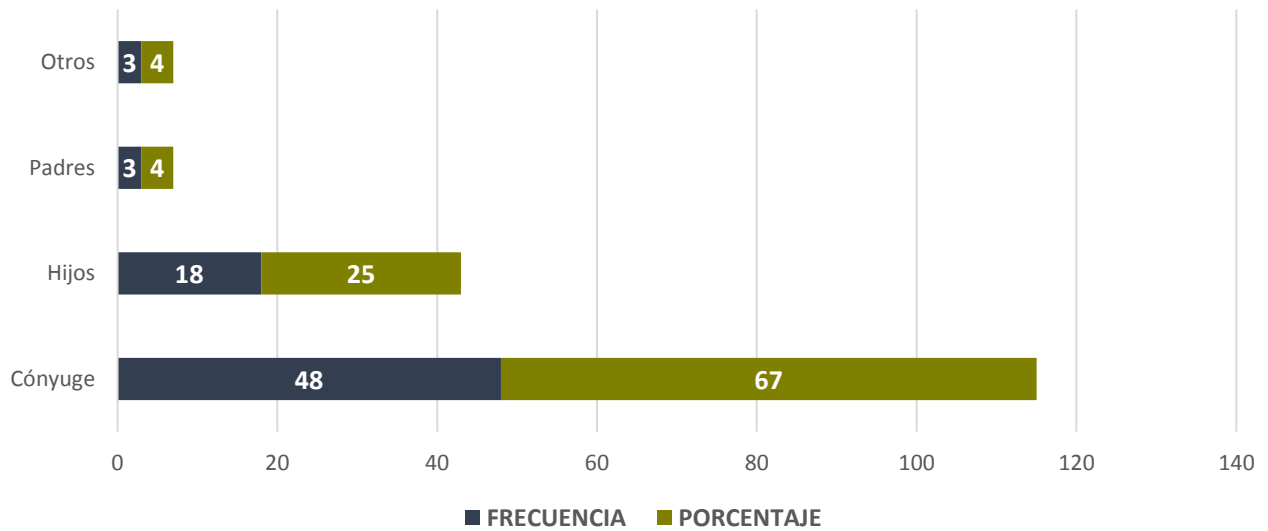
El tipo de intimidación que más se presentó fue empujar con un total de 49 casos (67%).

**Gráfica 9. Tipo de intimidación.**

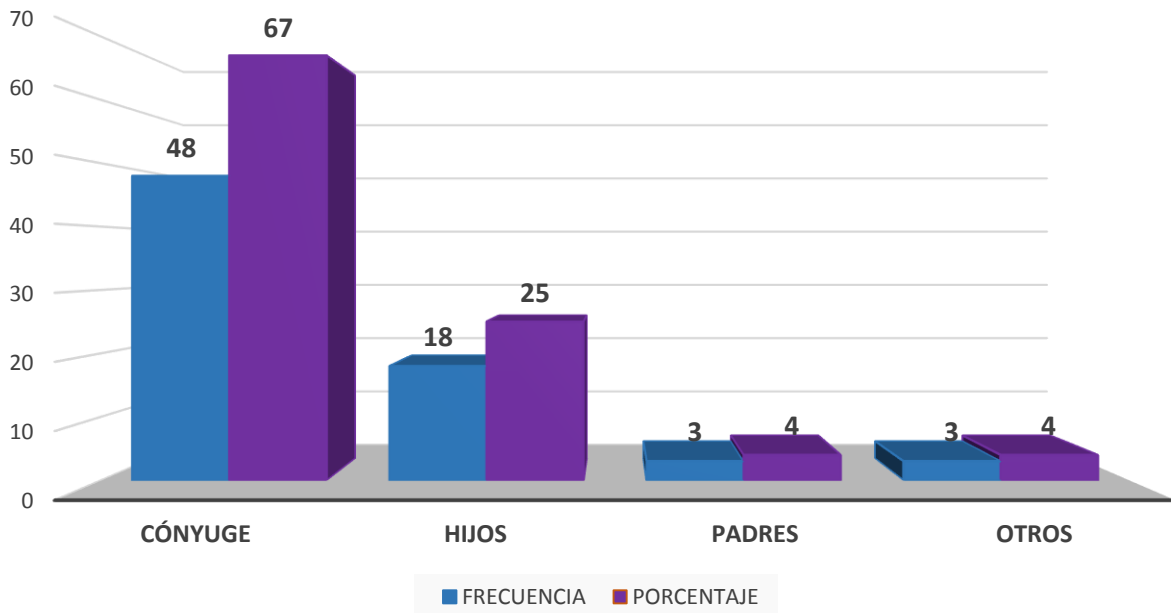


De los 73 entrevistados que refieren presentar intimidación el 67% (48) reporta que es el cónyuge quien participó en el conflicto. El 67% (48) reporto que la persona más agresiva o violenta en el momento del conflicto fue el cónyuge.

**Gráfica 10. Participación en la intimidación.**

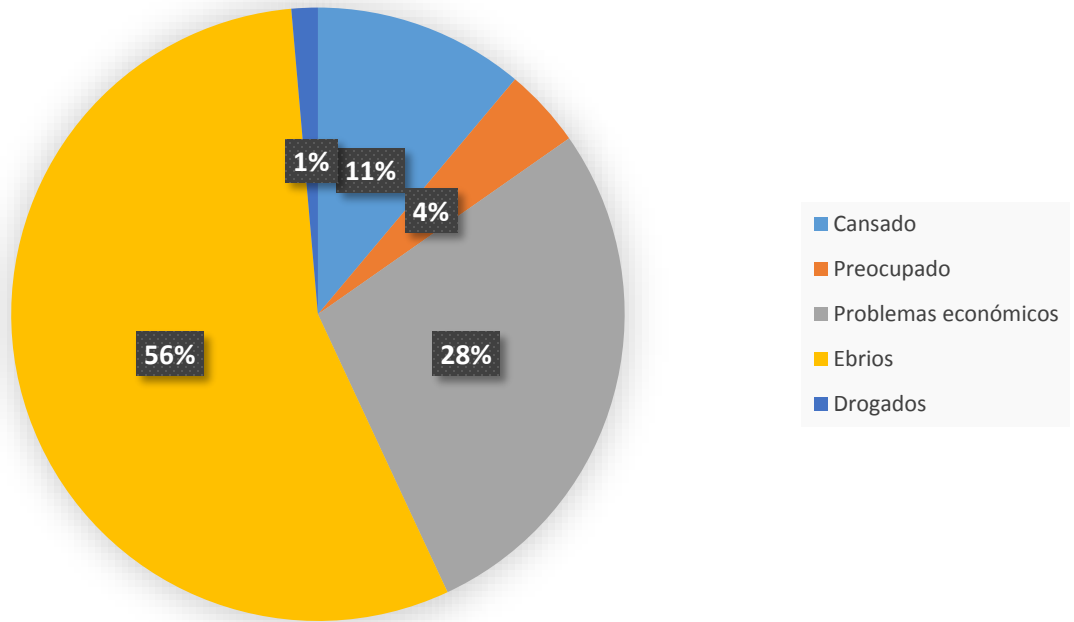


**Gráfica 11. Persona más agresiva en la intimidación.**



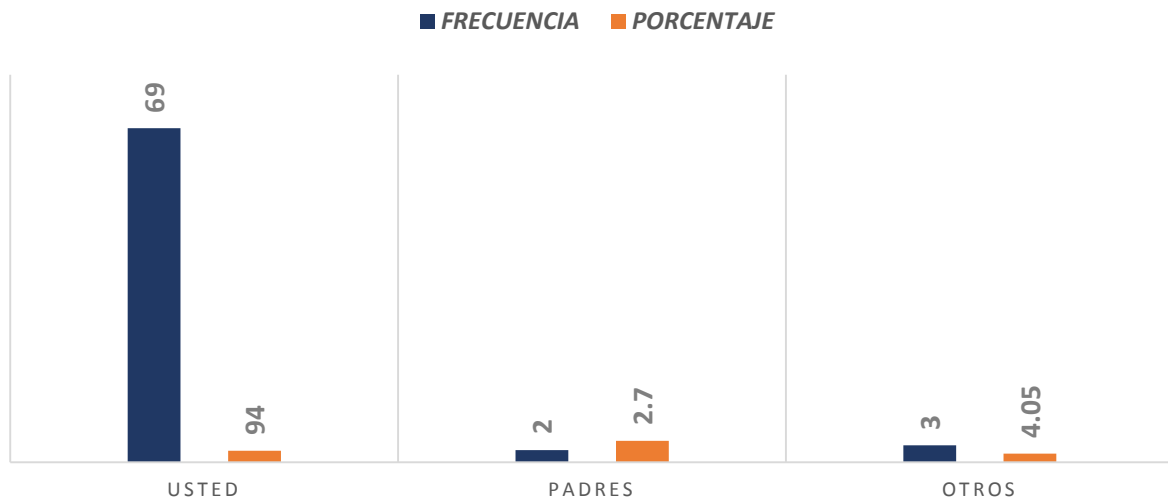
El 56% de los encuestados que refirieron intimidación reportaron que cuando se inició el conflicto las personas más agresivas o violentas estaban ebrios.

**Gráfica 12. Situaciones presentadas en las personas agresivas durante el conflicto. Factores condicionantes de la intimidación.**



El 94% de las personas que presentaron intimidación refirieron ser las víctimas cuando su presento el conflicto.

**Gráfica 13. Víctima en la intimidación.**

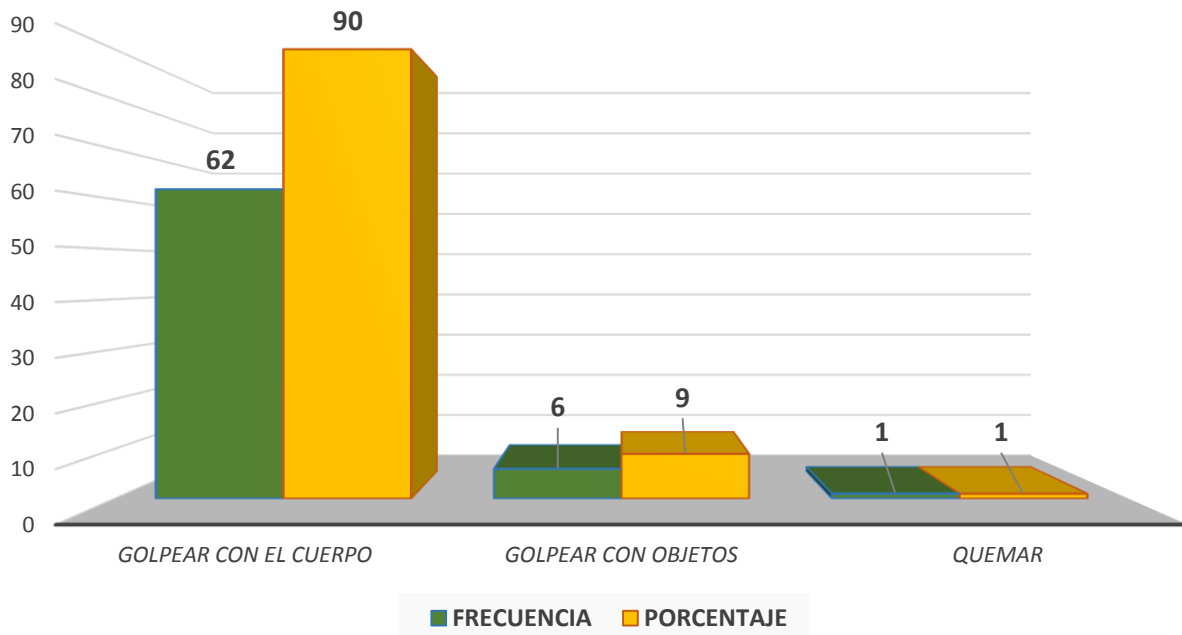


## ABUSO FÍSICO

Del total de los casos (275) que presentaron violencia, 69 personas (25.0%) presentaron abuso físico, 44% (30) afirmaron presentarla poco frecuente, 56% (38) de manera muy frecuente.

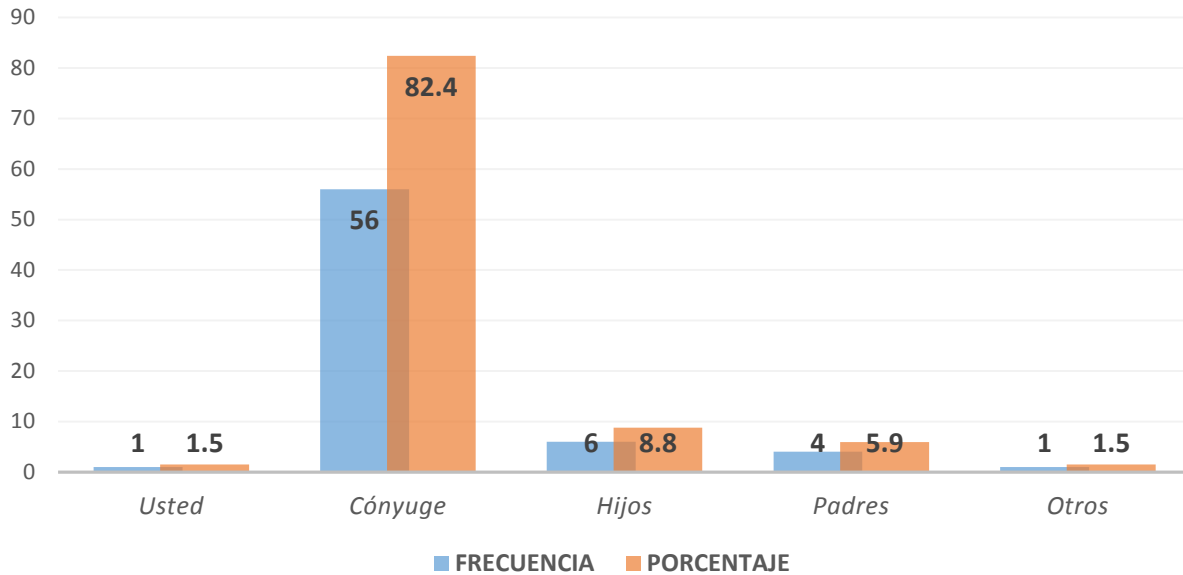
El tipo de abuso físico que más se presentó fue golpear con el cuerpo con un total de 62 casos (90%).

**Gráfica 14. Tipo de abuso físico.**

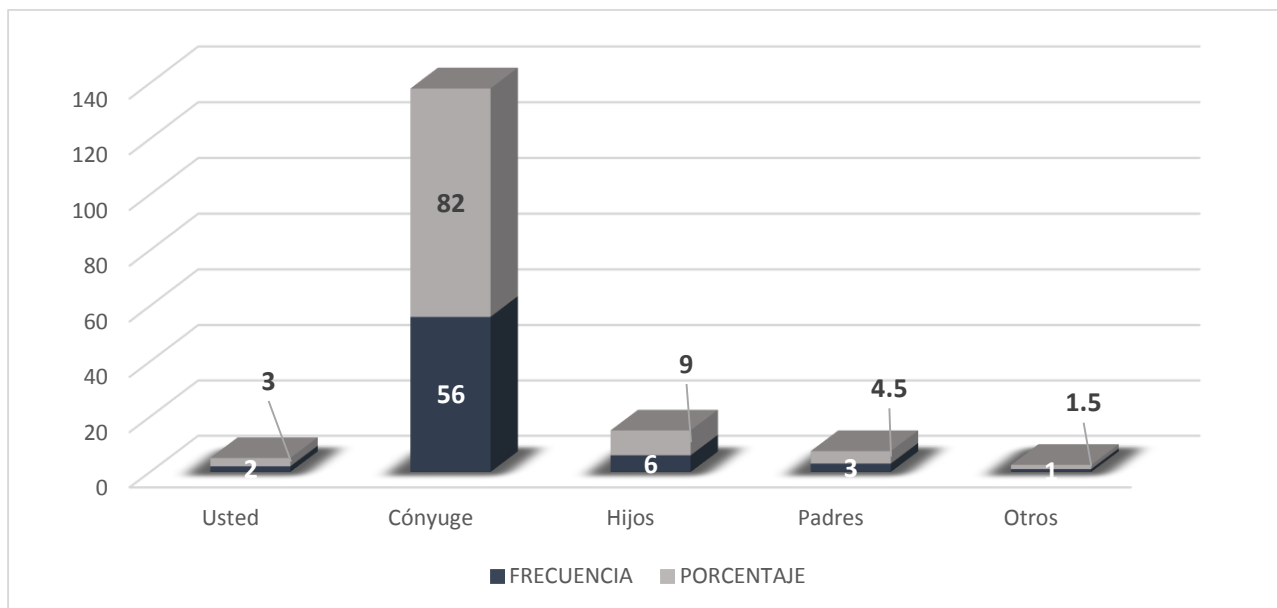


De los 69 entrevistados que refieren presentar abuso físico el 82.4% (56) reporta que es el cónyuge quien participó en el conflicto. El 82% (56) reportó que la persona más agresiva o violenta en el momento del conflicto fue el cónyuge.

**Gráfica 15. Participación en el abuso físico.**



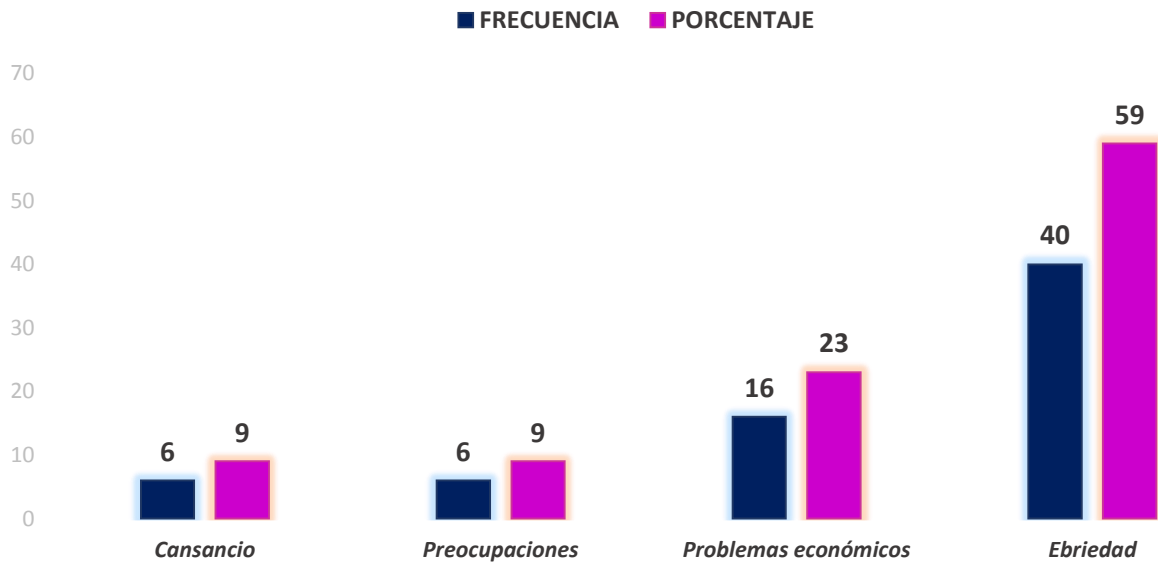
**Gráfica 16. Persona más agresiva en el abuso físico.**





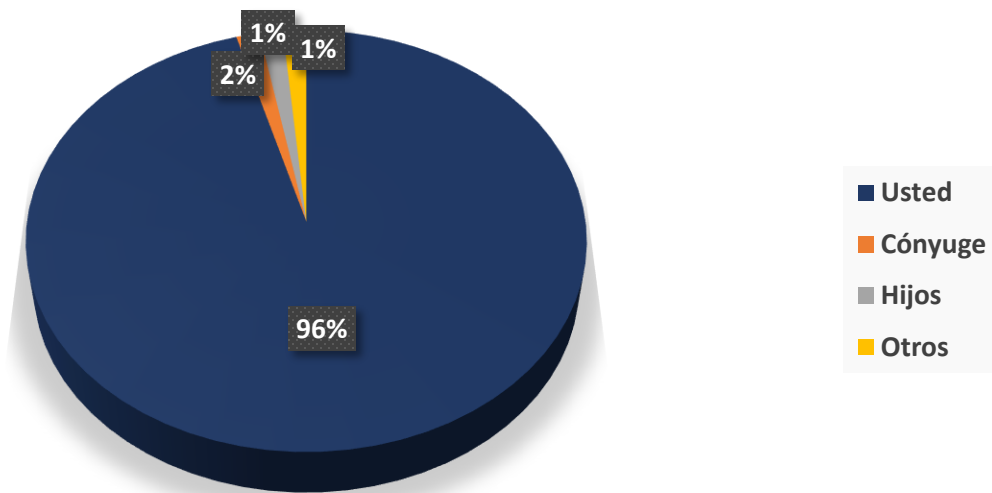
El 59% de los encuestados que refirieron abuso físico reportaron que cuando se inició el conflicto las personas más agresivas o violentas estaban ebrios.

**Gráfica 17. Situaciones presentadas en las personas agresivas durante el conflicto. Factores condicionantes del abuso físico.**



El 96% de las personas que presentaron abuso físico refirieron ser las víctimas cuando su presento el conflicto.

**Gráfica 18. Víctima del abuso físico.**

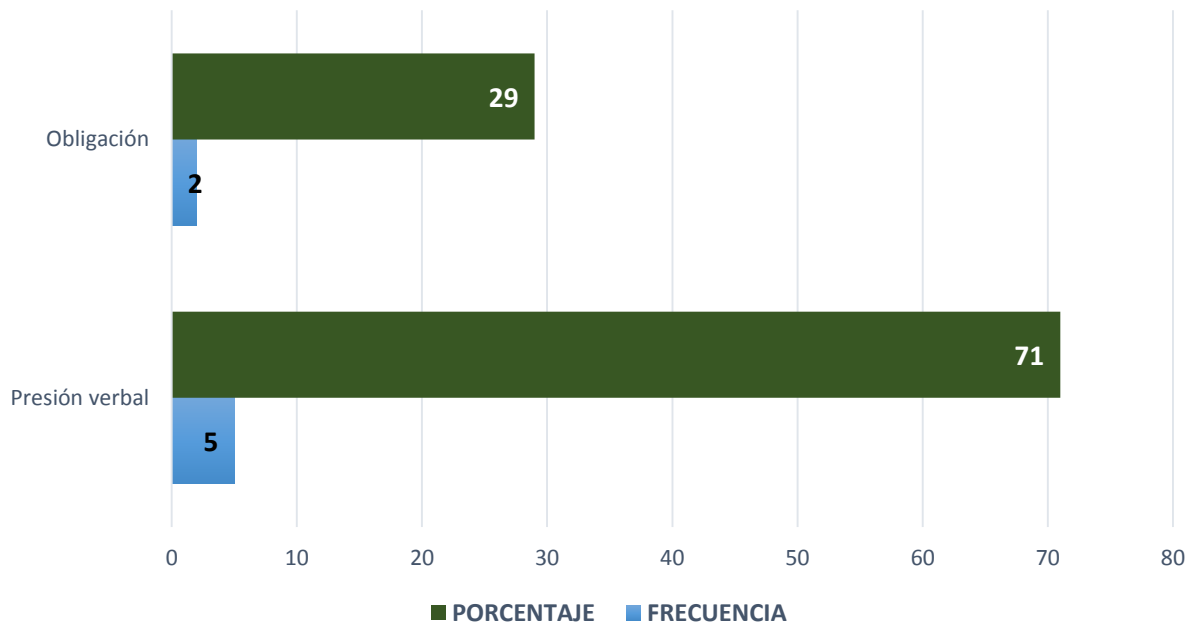


## ABUSO SEXUAL

Del total de los casos (275) que presentaron violencia, 7 personas (2.5%) presentaron abuso sexual, 14% (1) afirmaron presentarla muy frecuente, 86% (6) de manera poco frecuente.

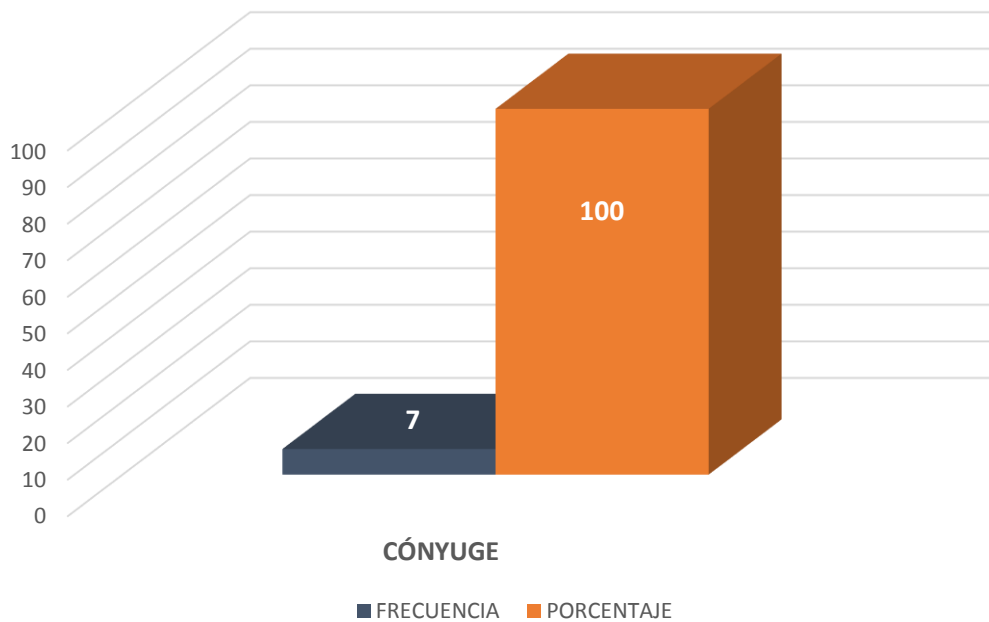
El tipo de abuso sexual que más se presentó fue la presión verbal para realizar el acto sexual con un total de 5 casos (71%).

**Gráfica 19. Tipo de abuso sexual.**

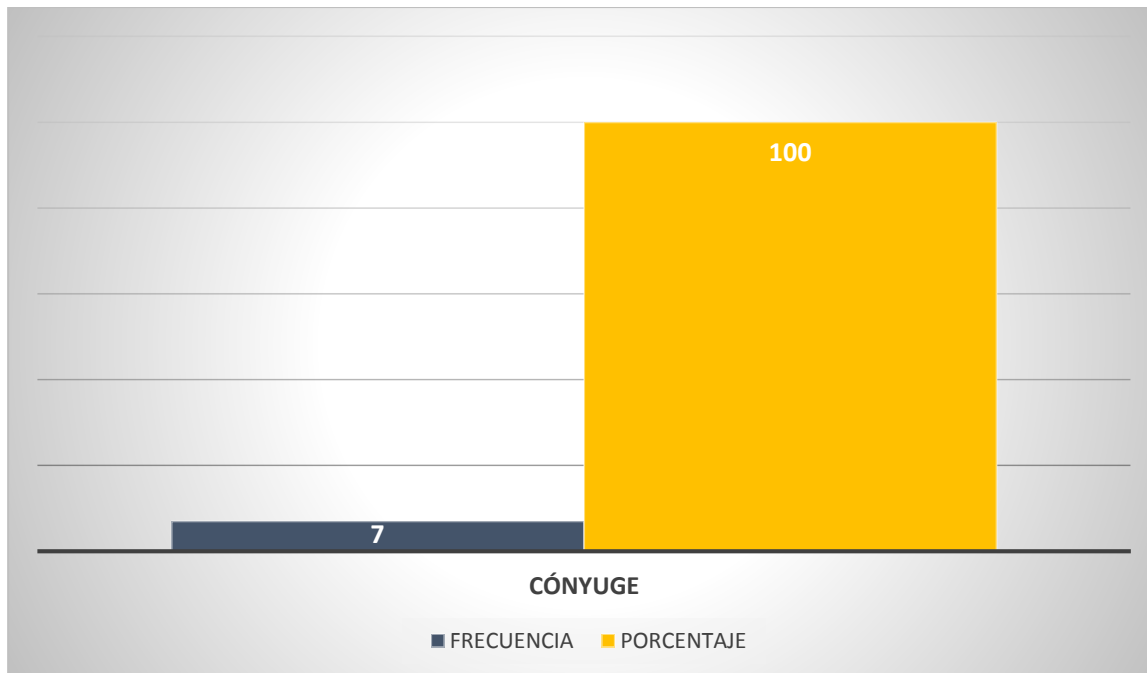


Los 7 entrevistados que refieren presentar abuso sexual reporta que es el cónyuge.

**Gráfica 20. Participación en el abuso sexual.**

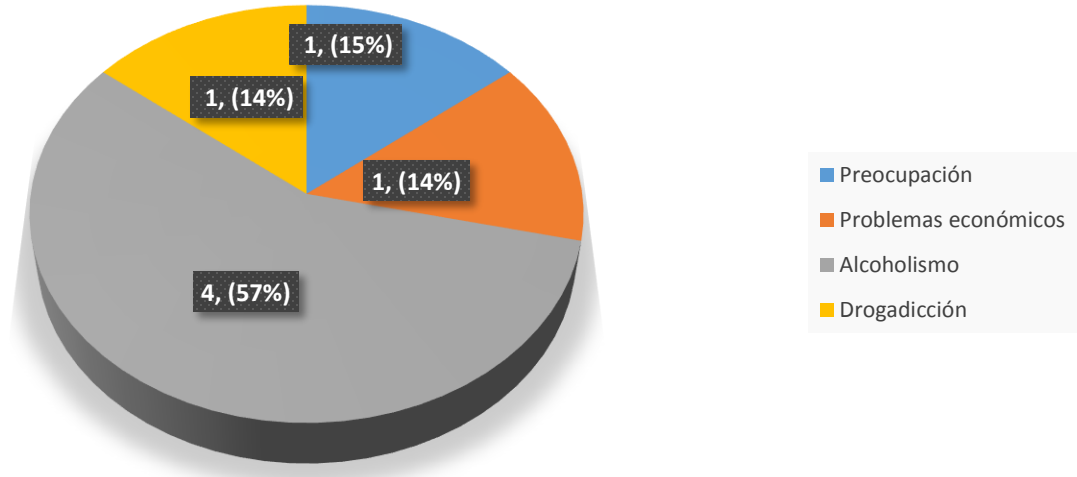


**Gráfica 21. Persona más agresiva en el abuso sexual.**



El 57% de los encuestados que refirieron abuso sexual reportaron que cuando se inició el conflicto las personas más agresivas o violentas estaban ebrios.

**Gráfica 22. Situaciones presentadas en las personas agresivas durante el conflicto. Factores condicionantes del abuso sexual.**

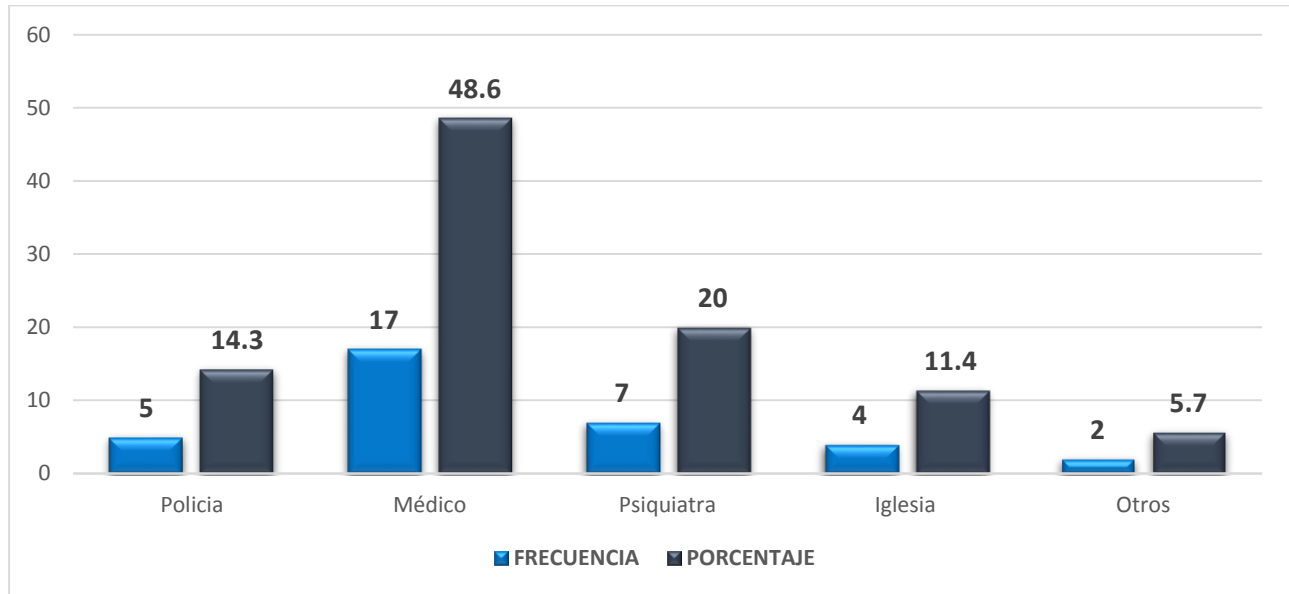


El 100% de las personas que presentaron abuso sexual refirieron ser las víctimas cuando su presento el conflicto.

## BUSQUEDA DE AYUDA

Del total de los encuestados que presentaron violencia (275) solo 35 personas (12.7%) respondieron que buscaron ayuda. De las cuales 17 personas (48.6%) buscaron ayuda con un médico. El 49% tuvo éxito en la ayuda buscada.

**Gráfica 24. Tipo de ayuda buscada.**



## PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA.

Del total de los encuestados (464) el 83% tiene una percepción positiva (en contra de la violencia).

ANÁLISIS BIVARIADO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA MUJER CONTRA LAS SIGUIENTES VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLE	PEOR CONDICIÓN	MEJOR CONDICIÓN	OR	IC 95%	“p”
Escolaridad	1,2	3,4,5	0.86	0.43 - 1.95	0.73
Religión	1	2,3,4,5	0.60	0.11 - 1.44	0.39
Ocupación	1,2	3	0.79	0.41 - 1.52	0.45
Estado civil	1,5	2,3,4	1.03	0.43 - 2.09	1.00
Ingreso mensual	1,2,3	4,5,6	0.98	0.51 - 1.95	1.00

1

Al momento de cruzar la variable de violencia intrafamiliar en la mujer con las demás variables independientes no se presentó como factor de riesgo significativo.

<sup>1</sup> \*turno 1 matutino 2 vespertino. Edad: 1: 18-25 años, 2: 26-35 años. 3: 36-45 años. 4: 46-60 años, 5: mayores de 60 años. sexo: 1 mujer 2 hombre. Escolaridad: 1 analfabeta, 2 primaria, 3 secundaria, 4 preparatoria 5 licenciatura. Religión 1 católica 2 cristiana, 3 testigos de Jehová, 4 luz de mundo, 5 mormones. Ocupación: 1 labores del hogar, 2 empleado, 3 desempleado. Estado civil 1 casado, 2 soltero, 3 divorciado, 4 viudo, 5 unión libre. Ingreso mensual: 1 menor a 1000 pesos, 2 mil a 2 mil, 3 de 2 mil a 3 mil, 4 de 3 mil a 4 mil, 5 de 4 mil a 5mil, 6 mayor a 6mil pesos.

ANÁLISIS BIVARIADO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR  
CONTRA LAS SIGUIENTES VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLE	PEOR CONDICIÓN	MEJOR CONDICIÓN	OR	IC 95%	"p"
Sexo	1	2	5.80	3.05 - 13.76	0.00
Escolaridad	1,2	3,4,5	1.90	1.07 - 3.44	0.03
Religión	1	2,3,4,5	1.08	0.46 - 2.86	1.00
Ocupación	1,2	3	3.20	1.82 - 5.92	0.00
Estado civil	1,5	2,3,4	0.61	0.33 - 1.12	0.09
Ingreso mensual	1,2,3	4,5,6	1.64	0.92 - 2.95	0.08

2

En el siguiente análisis bivariado sobre violencia intrafamiliar del adulto mayor se describe que ser mujer representa 6 veces más riesgo de presentar violencia en este grupo de edad con un OR=5.8, IC (95%)= 3.05-13.76 y una "p"= 0.00. Por otro lado tener escolaridad baja (analfabeta y primaria) generó casi 2 veces más la posibilidad de violencia con un OR= 1.9, IC (95%)= 1.07-3.44 con una p=0.03. Por último ser ama de casa o ser desempleado representa 3 veces más riesgo de padecer violencia en este grupo etario con un OR=3.2, IC (95%)= 1.82-5.92 con una "p"= 0.00.

<sup>2</sup> turno 1 matutino 2 vespertino. Edad: 1: 18-25 años, 2: 26-35 años. 3: 36-45 años. 4: 46-60 años, 5: mayores de 60 años. sexo: 1 mujer 2 hombre. Escolaridad: 1 analfabeta, 2 primaria, 3 secundaria, 4 preparatoria 5 licenciatura. Religión 1 católica 2 cristiana, 3 testigos de Jehová, 4 luz de mundo, 5 mormones. Ocupación: 1 labores del hogar, 2 empleado, 3 desempleado. Estado civil 1 casado, 2 soltero, 3 divorciado, 4 viudo, 5 unión libre. Ingreso mensual: 1 menor a 1000 pesos, 2 mil a 2 mil, 3 de 2 mil a 3 mil, 4 de 3 mil a 4 mil, 5 de 4 mil a 5mil, 6 mayor a 6mil pesos.

2

ANÁLISIS BIVARIADO DEL MALTRATO EMOCIONAL EN LA MUJER CONTRA LAS SIGUIENTES VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLE	PEOR CONDICIÓN	MEJOR CONDICIÓN	OR	IC 95%	“p”
Escolaridad	1,2	3,4,5	0.86	0.40 - 1.87	0.72
Religión	1	2,3,4,5	0.30	0.05 - 0.74	0.01
Ocupación	1,2	3	0.51	0.26 - 0.98	0.03
Estado civil	1,5	2,3,4	1.15	0.52 - 2.50	0.72
Ingreso mensual	1,2,3	4,5,6	0.66	0.33 - 1.27	0.21

<sup>3</sup>

Con respecto al análisis bivariado sobre el maltrato emocional en la mujer, no se encontró asociación.

<sup>3</sup> turno 1 matutino 2 vespertino. Edad: 1: 18-25 años, 2: 26-35 años, 3: 36-45 años, 4: 46-60 años, 5: mayores de 60 años. sexo: 1 mujer 2 hombre. Escolaridad: 1 analfabeta, 2 primaria, 3 secundaria, 4 preparatoria 5 licenciatura. Religión 1 católica 2 cristiana, 3 testigos de Jehová, 4 luz de mundo, 5 mormones. Ocupación: 1 labores del hogar, 2 empleado, 3 desempleado. Estado civil 1 casado, 2 soltero, 3 divorciado, 4 viudo, 5 unión libre. Ingreso mensual: 1 menor a 1000 pesos, 2 mil a 2 mil, 3 de 2 mil a 3 mil, 4 de 3 mil a 4 mil, 5 de 4 mil a 5mil, 6 mayor a 6mil pesos.



ANÁLISIS BIVARIADO DEL MALTRATO EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR  
CONTRA LAS SIGUIENTES VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLE	PEOR CONDICIÓN	MEJOR CONDICIÓN	OR	IC 95%	"p"
Sexo	1	2	7.95	2.09 - 23.62	0.00
Escolaridad	1,2	3,4,5	1.01	0.42 - 2.44	1.00
Religión	1	2,3,4,5	1.53	0.36 - 10.17	0.55
Ocupación	1,2	3	1.06	0.42 - 2.72	1.00
Estado civil	1,5	2,3,4	1.16	0.47 - 2.93	0.84
Ingreso mensual	1,2,3	4,5,6	1.19	0.49 - 2.90	0.69

4

En el siguiente análisis bivariado sobre el maltrato emocional en el adulto mayor se describe que ser mujer representa 8 veces más riesgo de presentar maltrato emocional en este grupo de edad con un OR=7.95, IC (95%)= 2.09-23-62 y una "p"= 0.00.

<sup>4</sup> turno 1 matutino 2 vespertino. Edad: 1: 18-25 años, 2: 26-35 años. 3: 36-45 años. 4: 46-60 años, 5: mayores de 60 años. sexo: 1 mujer 2 hombre. Escolaridad: 1 analfabeta, 2 primaria, 3 secundaria, 4 preparatoria 5 licenciatura. Religión 1 católica 2 cristiana, 3 testigos de Jehová, 4 luz de mundo, 5 mormones. Ocupación: 1 labores del hogar, 2 empleado, 3 desempleado. Estado civil 1 casado, 2 soltero, 3 divorciado, 4 viudo, 5 unión libre. Ingreso mensual: 1 menor a 1000 pesos, 2 mil a 2 mil, 3 de 2 mil a 3 mil, 4 de 3 mil a 4 mil, 5 de 4 mil a 5mil, 6 mayor a 6mil pesos.

## 11. DISCUSIÓN.

Gil-López (Cuba 2006)<sup>40</sup>, en un trabajo en 250 mujeres, reportó violencia en un 70.4%, y que de esta, la más frecuente fue la violencia por maltrato emocional con un 65%, resultado equivalente a lo encontrado en nuestra investigación con un 75% de violencia en este grupo, de la cual también la más frecuente fue el maltrato emocional con 43%; tanto en el estudio de Gil como en el nuestro el tamaño de la muestra y las características sociodemográficas fueron similares.

En el estudio de Gil, se reporta que el 77% de las mujeres con violencia eran amas de casa y un 16% eran trabajadoras, diferencia con nuestro trabajo, donde un 38% eran amas de casa y 52% empleadas.

En el mismo trabajo de Gil-López, se reporta que el agresor fue el cónyuge en un 92%, sin embargo no especifica por tipo de violencia, no así en nuestro estudio donde igualmente el conyugue fue el agresor principal en maltrato emocional (56%), intimidación (67%), abuso físico (82%) y abuso sexual (100%).

En un estudio en la Habana (Cuba 2009)<sup>41</sup> en 60 mujeres, Gallardo et al reportaron que la violencia intrafamiliar de tipo maltrato emocional fue la más frecuente en 72% de los casos, más elevado que en nuestro estudio, esto debido a que en su trabajo la muestra de Gallardo fue muy pequeña, pero igual que en nuestra investigación fue la que prevaleció, aunque Gallardo no reporta el total de la violencia generada, si describe que el cónyuge es el que genera más violencia con un 39%.

Raya-Ortega (España 2003)<sup>42</sup>, realizó un estudio en 425 mujeres entre 18-65 años de edad, donde describe violencia doméstica en 32% de las encuestadas, sin embargo no describe que tipo de violencia fue la dominante. Describe además que el 69% de las mujeres son casadas, dato similar a nuestro resultado con un 66%, menciona que un 46% son amas de casa contra 38% en nuestro trabajo.

Ruíz (España 2003)<sup>43</sup>, en estudio en 1402 mujeres, mencionó que se presentó violencia intrafamiliar en 32% de los casos, y que el maltrato emocional fue el que más se presentó en 81%. En nuestro estudio 3 de cada 4 mujeres presentaron violencia

intrafamiliar esta diferencia puede ser explicado por qué Ruíz realizó su investigación en mujeres más jóvenes (38.8 años) con un nivel socioeconómico mayor con ingresos mensuales mayores a 1200 euros mensuales en 36%, y el 36% de sus encuestados tenían titulación universitaria a diferencia de nuestro estudio con solo un 10% de mujeres con ese tipo de estudios.

En un estudio que se realizó en Guanaboca (Cuba 2010) <sup>44</sup> en 137 mujeres de mediana edad, Valentín revela un 63% de violencia en este grupo, del cual 67% fue violencia emocional; Valentín efectuó su investigación en una población con promedio de edad cercano a la etapa de climaterio y menopausia, de características similares a nuestro; a pesar que nuestros resultados son más altos en cuanto a la violencia, sigue siendo el tipo emocional el que prevalece en ambos estudios siendo consistente con los de Ruiz, Gallardo y Gil realizados en los diferentes años en España y Cuba .

Eyre de Souza et al (Brasil 2008) <sup>45</sup>, en un trabajo en 939 mujeres describió violencia en 74% de estas, en la cual la violencia emocional se encontró en 87%, el abuso físico en 75%, la violencia sexual en 13%. En su trabajo describe además que la pareja masculina fue el principal agresor (96%) y que la causa más frecuente fue por alcoholismo (57%), el 63% de las mujeres estaban casadas y el 58% tenían estudios solo de primaria, además 56% eran amas de casa, además Eyre reporta asociación positiva entre escolaridad y violencia en la mujer (OR=1.39, IC 95% 1.010-1.91,p=0.029), diferencia de nuestro resultado al cruzar las variables de violencia y escolaridad en mujeres (OR=0.86, IC95% 0.43-1.95,p=0.75), y al igual que en nuestra investigación las asociaciones entre ocupación, religión, estado civil e ingresos mensuales no tuvieron significancia estadística. Estos resultados son abrumadores en comparación con lo documentado en nuestro análisis, sin embargo, Eyre no utiliza una entrevista y deja a la encuestada responder con comodidad y sola.

Sauceda, Castillejos, Maldonado (México 2003) <sup>46</sup>, en su investigación en 100 mujeres que tenían hospitalizados a sus hijos en el CMN La Raza del IMSS, explicó que 54% de estas han presentado violencia en su hogar, de la cual 98% fue abuso emocional, 58% abuso físico y 8% abuso sexual. 69% eran amas de casa y 39% solo contaban con primaria completa, además documenta que en un 94% el agresor fue el esposo y

que la causa más común fue el alcoholismo (38%) seguido de problemas económicos (36%). Los datos reportados por Saucedo son más altos a lo reportado por nosotros (75% de violencia en la mujer, 43.6% de violencia emocional, 26% abuso físico, 4% abuso sexual) probablemente porque utilizaron un instrumento diferente al nuestro, ellos utilizaron una encuesta de opinión pública del COVAC (Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres). Y nosotros utilizamos la ENVIF (Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar).

Gómez, Rodríguez y Krug (México 2007) <sup>47</sup>, en un estudio en 1,087 ancianos mayores de 60 años encontró prevalencia de violencia familiar en un 8.1%, violencia emocional reporta 7%, violencia física 3.4%, y violencia sexual 0.6%, diferencia importante a nuestro trabajo, donde el resultado que encontramos fue de un 44% de violencia, de la cual la emocional fue de 49% y abuso físico de 23%, Gómez además reportó asociación positiva entre analfabetismo y violencia en el adulto mayor (OR=2.15, IC95% 1.26-3.66,  $p=0.005$ ), similar a nuestro trabajo (OR=1.90, IC95% 1.07-3.44,  $p=0.03$ ), sin embargo el tamaño de la muestra fue mayor en el estudio de Gómez y la población diferente, ya que ellos analizaron población rural y realizaron una encuesta domiciliaria, de la cual no explica si hay participación de los familiares o se realizó en privado.

En otro estudio Docampo, Barreto y Santana en Camagüey (Cuba 2009) <sup>48</sup>, en 2016 ancianos mayores de 60 años, se reportó violencia doméstica en 3.58% de los casos, de los cuales 65% correspondió a maltrato emocional; al igual que en nuestros resultados, el maltrato emocional fue la causa más común de violencia con un 48%. Docampo reporta muy poca violencia en el adulto sin embargo su estudio es retrospectivo por lo que su información presentada está expuesta a sesgos.

Rivera (Chile 2005) <sup>49</sup>, en un estudio transversal a 670 adultos mayores de 60 años, reportó que 45% de estos eran víctimas de violencia, y que de esta el 37% era maltrato emocional y 25% abuso físico. Resultados muy similares a nuestro trabajo, con un total de 44% de violencia doméstica en el anciano, 48% por maltrato emocional y 23% por abuso físico. Esto puede deberse a que Rivera realizó un estudio en una población

con similares características sociodemográficas al nuestro, y en una muestra muy similar. Igualmente utilizo una entrevista.

Fernández et al (Venezuela 2010)<sup>50</sup>, en una investigación en 240 adultos mayores de 60 años, reportó violencia en 69% de los encuestados, de esta 25% fue abuso físico y 50% intimidación, no describe abuso emocional. Fernández realizó un trabajo en una muestra similar a la nuestra, sin embargo fue en un medio rural, no describe la forma en que realizó la recolección de datos, si esta fue por entrevista dirigida o con libertad del encuestado, además seleccionó su muestra de forma no probabilística pero intencional por juicio, a diferencia de nuestra investigación que fue por conveniencia.

Griñan, Cremé, Matos (Cuba 2011)<sup>51</sup>, en un estudio en 300 adultos mayores, reportó 68% de violencia en este grupo, de la cual 89% fue abuso psicológico y 18% abuso físico, 87% intimidación. Resultados discrepantes a los nuestros, esto debido a que Griñan reporta diferentes tipos de violencia en un mismo encuestado.

## **12. CONCLUSIONES.**

De igual forma que en diversos estudios reportados a nivel mundial, la prevalencia de violencia familiar contra la mujer fue alta, de estas la violencia del tipo emocional fue la que se reportó en más casos, pero es preocupante aun así el número de encuestadas que comentaron haber presentado violencia física y sexual. Si bien en mujeres no se demostró la asociación de factores que estén condicionando la presencia de este maltrato no podemos inferir que estos no existan; probablemente si se realizara una encuesta confidencial los resultados fueran diferentes.

Llama la atención también el número de casos de violencia hacia la población de adultos mayores, donde de igual manera prevaleció el maltrato emocional, identificando de esta forma a una población vulnerable. En ellos se reportó que ser mujer y tener una baja escolaridad incrementa el riesgo de violencia intrafamiliar, estos resultados son consistentes con los reportados por diferentes autores.

### 13. PROPUESTAS

- ❖ Continuar con el estudio “Violencia intrafamiliar y factores asociados en mujeres y adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No.9”, con el fin de seguir estudiando a esta población vulnerable y obtener resultados que nos lleven a tomar medidas de prevención o incluso implementar estrategias de intervención educativa a la población en general y personal de salud, que incluya médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y todo personal en contacto con los derechohabientes.
- ❖ Capacitar al médico familiar, enfermeras, asistentes médicos y trabajadoras sociales en la detección, referencia y manejo de casos de violencia intrafamiliar.
- ❖ Vigilancia y seguimiento por parte del servicio de Trabajo Social a pacientes adultos mayores que acuden solos a la consulta con la finalidad de detectar casos de violencia intrafamiliar.
- ❖ Referir al servicio de psicología a derechohabientes detectados con problemas de violencia.
- ❖ Involucrar a los grupos de autoayuda en los casos detectados de violencia intrafamiliar donde el alcoholismo fue el factor determinante.

## 14. REFERENCIAS

1. INSP. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. 1ra Ed. 2003. Última revisión 01/07/13
2. SSA. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, Manual Operativo 2da Ed. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2009. Última revisión 01/07/13
3. M Lorh, Hamberger K, Langhinrichsen J, Consistency and accuracy of Batterer Typology Identification. Journal Of Family Violence. EEUU 2005;20(4)
4. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Panorama de violencia contra las mujeres en Guerrero: ENDIREH 2011. Última revisión 01/07/13
5. Payne D et al, Domestic violence and Female victim. Journal of multicultural, Gender and minority studies. EEUU 2009;3(1)
6. Murrell A, Christoff K, Henning K. Characteristics of domestic violence offenders: associations with childhood exposure to violence. Journal of Family Violence. EEUU 2001; 22(7):523-532
7. Ohio Attorney General. Domestic Violence Reports.(Data files) Retrieved on December 2008 from [http://www.ag.state.oh.us/victim/dvp\\_reports.asp](http://www.ag.state.oh.us/victim/dvp_reports.asp). Última revisión 01/07/13.
8. INEGI. Panorama de violencia contra las mujeres en Guerrero, Las mujeres en Guerrero. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres. 2006. Última revisión 01/07/13
9. SSA. Informe nacional sobre Violencia y Salud, 1ra ed 2006. Última revisión 01/07/13
10. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-049-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención Prestación de servicios de salud. 2005. Última revisión 02/11/2015
11. Griñan I, Cremé E, Matos C. Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. MEDISAN. Cuba 2012;16(8):1241.

12. Ángel M, Cardona A, Molina D. La posición masculina frente a la violencia: reflexiones iniciales. *Internacional Journal of Psychological Reserch* 2010;3(2):74-85
13. Ramírez DA. La medición del riesgo Biopsicosocial en la violencia intrafamiliar. *Rev Psicol GEPU* 2011;2(1):24-37.
14. Meito N, Infante NI, Lamote SE, Núñez SJ, Freyre J. Evaluación del maltrato en ancianos pertenecientes a un policlínico universitario. *MEDISAN* 2012;16(3):364.
15. SSA; Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, 1999. Última revisión 01/07/13.
16. Cabello H, Castro L, López F. Estudio exploratorio de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la atención médica de la violencia en el Distrito Federal. *Psiquis* 2006;15(2):49-53.
17. Loreda A. La violencia familiar, ¿Un problema que se hereda o se aprende?. *Gac Med Mex* 2002;138(2):157-177.
18. Montero E, Delis MT, Ramírez R, Milán A, Cárdenas R. Realidades de la violencia en el mundo contemporáneo. *MEDISAN* 2011;15(4):515-525
19. Duanny A, Ravelo V. Violencia Intrafamiliar en un Área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005;21(1-2):1-9
20. Híjar M, López MV, Blanco J. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pub Mex.* 1999; 39(1):565-572.
21. Bolaños MJ, Loreda A, Trejo J, Huerta J. Violencia familiar como factor asociado a la frecuencia de crisis asmáticas en niños. Estudio preliminar. *Acta Pediatr Mex* 2010;31(5):222-226
22. Castillo RM, Arankowsky G. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: estudio de casos y controles. *Rev Biomed* 2008;19(1):128-136



23. Rodríguez R, Márquez M, Kageyama ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Sal Pub Mex* 2005;47(2):1-26
24. Valdez R, Juárez C, Salgado N, Agoff C, Avila L, Híjar M. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud pública Méx* 2006;48(2):1-6
25. Espinoza F, Zepeda V, Bautista V, Hernández CM, Newton OA, Plasencia G. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Sal Pub Mex* 2010;52(3):1-14
26. Saucedo JM. Las múltiples formas de la violencia familiar. *Rev Med IMSS* 2002;40(4):277-279.
27. IMSS. El IMSS en cifras: la violencia contra las mujeres derechohabientes. *Rev Med IMSS* 2004;42(6):525-530
28. Fernández MA, et al. La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. *Rev Fac Med UNAM* 2001;44(2):49-54
29. Aviña J, et al. Accidentes y Violencia en México: un problema de salud en los albores del tercer milenio. *Cir Ciruj* 2000;68:93-100
30. Vera M, et al. Violencia contra la mujer. *Rev Fac Med UNAM* 2002;45(6)
31. Del río A, *Salud Pub Mex* 2006;48(2)
32. INEGI. Encuesta nacional de violencia intrafamiliar. 1999. Última revisión 1/06/13.
33. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2003. No. 588.
34. Organización Mundial de la Salud. Texto disponible en: [http://search.who.int/search?q=violencia+intrafamiliar&ie=utf8&site=default\\_collection&client=\\_es\\_r&proxystylesheet=\\_es\\_r&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8](http://search.who.int/search?q=violencia+intrafamiliar&ie=utf8&site=default_collection&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8). Consultado: Noviembre 2014.
35. Oaxaca-Ayala F, Cantú-Martínez P, Hernández-Torres U. Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de unidades de primer

- nivel de atención de un programa universitario de salud. Rev Sal Pub Nut.2005;6(1).
36. Portal Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero. Texto disponible en: <http://guerrero.gob.mx/2012/10/en-este-ano-se-han-denunciado-1302-delitos-por-violencia-familiar-ante-la-pgje/>. Consultado: Noviembre 2014.
  37. Díaz A, Jiménez RE. Violencia intrafamiliar. Gac Méd Méx 2003;139(4):352-355.
  38. SSA; Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Última revisión 31/12/13.
  39. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación Biomédica en personas 1964. Última revisión 31/12/13.
  40. Gil O, López L. Situación de la violencia doméstica en la mujer, en la población del policlínico "Julio Antonio Mella" Rev Cubana Med Gen Integr 2011;27(4).
  41. Gallardo y cols. Caracterización de la Violencia intrafamiliar en la mujer. Revista Habanera de ciencias médicas. 2009;8(5):131-141
  42. Raya O. Ortega R. Violencia intrafamiliar en la mujer de mediana edad. Rev.Esp.Med. 2003;20(3):201
  43. Ruiz P, et al. La Violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gaceta Sanitaria.2006;20(3):202
  44. Valentín R. La violencia doméstica en la mujer de edad mediana. Rev cub Gine y obst. Habana Cuba. 2011;37(3):367-374.
  45. Eyre de Souza L. y cols. Factores asociados a la sobredisposición de tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela. Rev.Latino-Am-Enfermagem. 2013;21(4):8
  46. Saucedo J, Castillejos G, Maldonado J. Violencia Domestica. El maltrato a la mujer. Gac Med Méx. 2003;139(4).
  47. Gómez L, Rodríguez G, Krug E. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla. Gac Med Méx. 2008;19(3).

48. Docampo L, Barreto R, Santana C. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. Revista Habanera de ciencias médicas. 2010;9(5)
49. Rivera J, et al. La violencia en los Adultos mayores. Rev Chi.Med.Fam.2005;45(4):109
50. Fernández P y cols. Violencia intrafamiliar en el sector venezolano las tunitas. Medisan. 2012;16(7)1000
51. Griñan I, Cremé E, Matos C. Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. Medisan 2012;16(8):1241

## 15. ANEXOS.

### Anexo I

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b> <b>Y POLÍTICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>						
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>(ADULTOS)</b>							
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>							
Nombre del estudio:	Prevalencia y Factores Asociados a Violencia Intrafamiliar en Mujeres y Adultos Mayores derechohabientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar Número 9.						
Patrocinador externo (si aplica):	--						
Lugar y fecha:	Acapulco, Guerrero.						
Número de registro:	R-2014-1101-1						
Justificación y objetivo del estudio:	Estimar la Prevalencia y los Factores Asociados a Violencia Intrafamiliar para mejorar las estrategias de intervención de los Médicos Familiares.						
Procedimientos:	Se aplicará la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF)						
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad de las preguntas						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la prevalencia de Violencia en la UMF 9 para crear estrategias de prevención y tratamiento						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado de este estudio se anexará a la Tesis con el título antes mencionado que estará disponible en la biblioteca de la unidad.						
Participación o retiro:							
Privacidad y confidencialidad:	Total Confidencialidad						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Guillermina Juanico Morales Tel: 4 83 88 89 fax 48394666						
Colaboradores:	Dra. Susana Arroyo Hernández Matricula: 99126121 UMF9. Tel: 7441-60-67-76						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>							
_____ Nombre y firma del sujeto  Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  Testigo 2						
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio							
<b>Clave: 2810-009-013</b>							

**ANEXO II.**

<b>CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN</b>	
<b>Numero de consultorio</b>	
<b>Turno</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Escolaridad</b>	
<b>Religión</b>	
<b>Ocupación</b>	
<b>Estado civil</b>	
<b>Ingresos mensuales</b>	

## ANEXO III

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES Y ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9”

FOLIO: \_\_\_\_\_

#### 1. MALTRATO EMOCIONAL

1.1 ¿En los últimos 6 meses se han presentado conflictos o problemas en su hogar, donde participaron los miembros del hogar e hicieron cosas como: Levantar la voz, Insultar, Humillar verbalmente, Enojar fuertemente, Impedir jugar o salir, Impedir ver la T.V, oír radio, usar teléfono, Negarle dinero, Dejarle de hablar, Negarle comida?

1) Si 2) No 3) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.2 ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo en los últimos 6 meses?

\_\_\_\_ veces \_\_\_\_\_ varias veces o frecuentemente (no sabe cuantas)

1.3 ¿Cuándo ocurrió la última vez?

1) Hoy 2) Ayer 3) Hace 1 semana 4) menos de 1 mes 5) Hace 1 mes 6) Hace 2 meses 7) Hace 3 meses 8) Hace 4 meses 9) Hace 5 meses 10) Hace 6 meses

1.4 En esta última vez ¿Quiénes de los miembros del hogar participaron en el conflicto?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

1.5 Cuando se inició el conflicto ¿Quiénes fueron las personas más agresivas (violentas)?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

1.6 Cuando se inició el conflicto ¿Las personas más agresivas y violentas estaban, Cansadas y/o preocupadas, Enojadas por problemas económicos,

Enojadas por otra causa, Borrachas, ebrias, Drogadas?

1) Si 2) No 3) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.7 En esa ocasión ¿Quiénes fueron las víctimas?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

#### 2. INTIMIDACION

2.1 En los últimos 6 meses se han presentado conflictos o problemas en este hogar donde participaron los miembros del hogar y se hicieron cosas como: Empujar, Jalonear, Aventar objetos, Amenaza verbal, Tratar de pegar con el puño, Tratar de pegar con un objeto, Amenaza de muerte, Amenaza con arma, Romper cosas, Maltratar mascotas?

1) Si 2) No 3) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2.2 ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo en los últimos 6 meses?

\_\_\_\_ veces \_\_\_\_\_ varias veces o frecuentemente (no sabe cuántas)

2.3 ¿Cuándo ocurrió la última vez?

1) Hoy 2) Ayer 3) Hace 1 semana 4) menos de 1 mes 5) Hace 1 mes 6) Hace 2 meses 7) Hace 3 meses 8) Hace 4 meses 9) Hace 5 meses 10) Hace 6 meses

2.4 En esta última vez ¿Quiénes de los miembros del hogar participaron en el conflicto?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

2.5 En esta última vez ¿Quiénes fueron las personas más agresivas (violentas)?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

2.6 Cuando se inició el conflicto ¿Las personas más agresivas y violentas estaban Cansadas y/o preocupadas, Enojadas por problemas económicos, Enojadas por otra causa, Borrachas, ebrias, Drogadas?

1) Si 2) No 3) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2.7 En esa ocasión ¿Quiénes fueron las víctimas?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

#### 3. ABUSO FÍSICO

3.1 En los últimos 6 meses se han presentado conflictos o problemas en este hogar donde participaron los miembros del hogar y se hicieron cosas como: Abofetear, patear, morder, pegar con el puño, Golpear con un objeto, Quemar, Tratar de estrangular, Herir con arma, Pellizcar?

1) Si 2) No 3) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3.2 ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo en los últimos 6 meses?

\_\_\_\_ veces \_\_\_\_\_ varias veces o frecuentemente (no sabe cuántas)

3.3 ¿Cuándo ocurrió la última vez?

1) Hoy 2) Ayer 3) Hace 1 semana 4) menos de 1 mes 5) Hace 1 mes 6) Hace 2 meses 7) Hace 3 meses 8) Hace 4 meses 9) Hace 5 meses 10) Hace 6 meses

3.4 En esta última vez ¿Quiénes de los miembros del hogar participaron en el conflicto?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

3.5 En esta última vez ¿Quiénes fueron las personas más agresivas (violentas)?

1) Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4) Sus hijas 5) Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8) Su suegro 9) Otros familiares 10) Otras personas

3.6 Cuando se inició el conflicto ¿Las personas más agresivas y violentas estaban Cansadas y/o preocupadas, Enojadas por problemas económicos, Enojadas por otra causa, Borrachas, ebrias, Drogadas?

1) Si 2) No 3) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3.7 En esta ocasión, ¿Quiénes fueron las víctimas?

1)Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4)Sus hijas 5)Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8)Su suegro 9)Otros familiares 10) Otras personas

3.8 La víctima: tuvo daños leves, se privó, se desmayó, no pudo moverse para ir a la escuela, no pudo moverse para ir al trabajo, requirió atención médica, requirió tratamiento médico, requirió tratamiento psicológico?

1) Si \_\_\_ 2) No \_\_\_ 3)¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### 4. VIOLENCIA SEXUAL

4.1 En los últimos 6 meses se han presentado conflictos o problemas en este hogar donde participaron los miembros del hogar y se hicieron cosas como: Presión verbal para tener relaciones sexuales, Obligar a tener relaciones con otra persona, obligar a tener relaciones por la fuerza, Obligar a tener relaciones cuando otros ven, obligar a tener relaciones cuando otros oyen?

1) Si \_\_\_ 2) No \_\_\_ 3)¿Cuál? \_\_\_\_\_

4.2 ¿Cuántas veces se presentaron situaciones de este tipo en los últimos 6 meses?

\_\_\_ veces \_\_\_ varias veces o frecuentemente (no sabe cuantas)

4.3 ¿Cuándo ocurrió la última vez?

1) Hoy 2) Ayer 3) Hace 1 semana 4)menos de 1 mes 5) Hace 1 mes 6) Hace 2 meses 7) Hace 3 meses 8) Hace 4 meses 9) Hace 5 meses 10) Hace 6 meses

4.4 En esta ultima vez ¿Quiénes de los miembros del hogar participaron en el conflicto?

1)Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4)Sus hijas 5)Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8)Su suegro 9)Otros familiares 10) Otras personas

4.5 ¿En esta ultima vez ¿Quiénes fueron las personas mas agresivas (violentas)?

1)Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4)Sus hijas 5)Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8)Su suegro 9)Otros familiares 10) Otras personas

4.6 Cuando se inició el conflicto ¿Las personas más agresivas y violentas estaban Cansadas y/o preocupadas, Enojadas por problemas económicos, Enojadas por otra causa, Borrachas, ebrias, Drogadas?

1) Si \_\_\_ 2) No \_\_\_ 3)¿Cuál? \_\_\_\_\_

4.7 En esa ocasión ¿Quiénes fueron las víctimas?

1)Usted 2) Su conyuge 3) Sus hijos 4)Sus hijas 5)Su padre 6) Su madre 7) Su suegra 8)Su suegro 9)Otros familiares 10) Otras personas

4.8 La víctima: ¿tuvo daños leves, se privó, se desmayó, no pudo moverse para ir a la escuela, no pudo moverse para ir al trabajo, requirió atención médica, requirió tratamiento médico, requirió tratamiento psicológico?

1) Si \_\_\_ 2) No \_\_\_ 3)¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### 5. AYUDA BUSCADA

5.1Para tratar de resolver las situaciones críticas por las que ha pasado ¿Ha buscado ayuda?

1) Sí \_\_\_ 2) No \_\_\_

5.2 ¿A quien recurrió la última vez? (policía, MP, Iglesia, Psicologo-Psiquiatra, médico, otro)

\_\_\_\_\_

5.3 ¿Le dieron la ayuda que usted buscaba?

1) Sí \_\_\_ 2) No \_\_\_

Si volviera a presentar una situación similar, asistiría usted nuevamente al mismo lugar para recibir ayuda?

1) Sí \_\_\_ 2) No \_\_\_

5.5 ¿Cómo cree usted que le podrían brindar mejor ayuda en ese lugar?

\_\_\_\_\_

5.6 ¿Cree usted que en su hogar se volverá a repetir una situación como la que pasó la última vez?

1) Sí \_\_\_ 2) No \_\_\_

¿Cómo podría usted evitar que esto pasara?

\_\_\_\_\_

5.7 ¿Cómo podría el gobierno evitar que esto pasara?

\_\_\_\_\_

#### 6. PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA

6.1 Los gritos y los insultos son necesarios para resolver problemas en la familia

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.2 La violencia en la familia, independientemente de que cause lesiones, es un delito que debe castigar la ley

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.3 La violencia en la familia contra los adultos, la debe castigar la ley cuando exista una denuncia

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.4 Solo con amenazas se pueden resolver los problemas familiares

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.5 La violencia de la familia contra los menores, la debe castigar la ley siempre

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.6 Los golpes son indispensables para resolver los problemas familiares

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.7 La violencia en la familia cometida por uno de los conyuges contra el otro o hacia los hijos, debe ser causal de divorcio

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.8 ¿La letra con sangre entra?

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.9 La violencia en la familia debe castigarse con pena de prisión

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.10 La ropa sucia se lava en casa

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.11 El abuso sexual contra los menores, cometido por familiares, debe castigarse con años de prisión

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.12 Si la ley castiga un delito cuando ocurre en la calle, también lo debe hacer cuando el mismo delito ocurre en el hogar

1) De acuerdo \_\_\_ 2) En desacuerdo \_\_\_

6.13 ¿Sabe usted que a partir del 30 de enero de 1998 existe una nueva ley que protege a los hogares afectados por la violencia en la familia?

1) Sí \_\_\_ 2) No

FUENTE: BASADO EN LA ENCUESTA NACIONAL DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (ENVIF)