



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1

TESIS

**FACTORES RELACIONADOS CON ACEPTACION DE LA
VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS USUARIAS DE LA
CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HGZ No 1 DEL
IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES**

PRESENTA

Shaila Violeta Puentes Ávila

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

TUTOR

Dr. Jaime Jonathan Ceballos Rivera

Aguascalientes, Ags., 3 de Marzo de 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

SHAILA VIOLETA PUENTES ÁVILA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"FACTORES RELACIONADOS CON ACEPTACIÓN DE LA VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HGZ NO 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 28 de Febrero de 2014.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero del 2014

Dr. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Shaila Violeta Puentes Avila

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"FACTORES RELACIONADOS CON ACEPTACION DE VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HGZ 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES"

Número de Registro: **R-2013-101-7** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Shaila Violeta Puentes Avila asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos A. Prado A.'.

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud



CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Shaila Violeta Puentes Avila

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

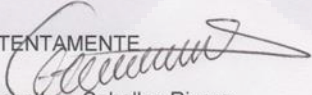
"FACTORES RELACIONADOS CON ACEPTACION DE VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HGZ 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES"

Número de Registro: R-2013-101-7 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Shaila Violeta Puentes Avila asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATENTAMENTE


Dr. Jaime Jonathan Ceballos Rivera
Asesor Metodológico y Clínico

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme fuerza y valor en cada momento para no desfallecer, por la familia que me ha dado, la cual ha sido el motor para cada uno de los proyectos que me he propuesto.

A mis padres que siempre me han brindado su apoyo y confianza, que su amor me ha alentado a seguir el camino por más difícil que parezca, que me han inculcado valores, los cuales aplico en cada paciente.

A mis hermanos que nunca me han dejado caer, que siempre han estado en momentos difíciles y siempre recibí una palabra de aliento.

A mis amigos que siempre fueron pacientes y tolerantes con mi profesión, así como brindarme su brazo para no caer en momentos de tempestad.

A mis pacientes que a lo largo de mi formación me han tenido confianza y fe y que por ellos he crecido como persona y profesionista

A la Dra. Ana Hortensia López Ramírez por su invaluable apoyo, conocimiento, paciencia, tolerancia y guía a lo largo de 3 años.

Al Dr. Jaime Jonathan Ceballos Rivera por su apoyo, guía y enseñanza como asesor de este trabajo de Tesis, el cual ha contribuido a mi crecimiento profesional así como personal.

Al Dr. Luis Fernando Camargo por su infinito apoyo durante mi servicio social, mostrando en todo momento su confianza y apoyo hacia mí persona.

Agradezco a todos mis compañeros de especialidad y servicio social porque me llevo de todos y cada uno algún aprendizaje para la vida así como nuevas amistades.

Gracias a las mujeres fuertes y valientes con las cuales compartí estos 3 últimos años, las cuales me enseñaron que el dolor solo nos hace más grandes y que no hay nada por doloroso que sea que nos pueda derribar.

A la Familia Álvarez Zaragoza por su apoyo incondicional y su amor que hicieron sentirme en familia aun estando lejos de ella durante mi servicio social.

Agradezco a todas las personas que de alguna manera estuvieron presentes e involucrados en este proyecto, a Luis Jaime Santos Femat por su apoyo en este trabajo y tener siempre una palabra de aliento en momentos de dificultad, con ustedes lo comparto y me es grato reconocer que la vida y Dios me han puesto en el momento indicado con la gente correcta.

DEDICATORIAS

Con todo mi amor e infinito agradecimiento

A mi padre José Puentes Dimas

A mi madre Bertha Angélica Ávila Moreno

A mis hermanas Tiamat Jazmín y Betel Azucena

A mis hermanos José Alejandro y José Fernando

A mi Coordinadora de Especialidad Dra. Ana Hortensia Ramírez López

Al Dr. Jaime Jonathan Ceballos Rivera asesor metodológico y clínico de este trabajo

“Solo una vida dedicada a los demás merece ser vivida”

Albert Einstein

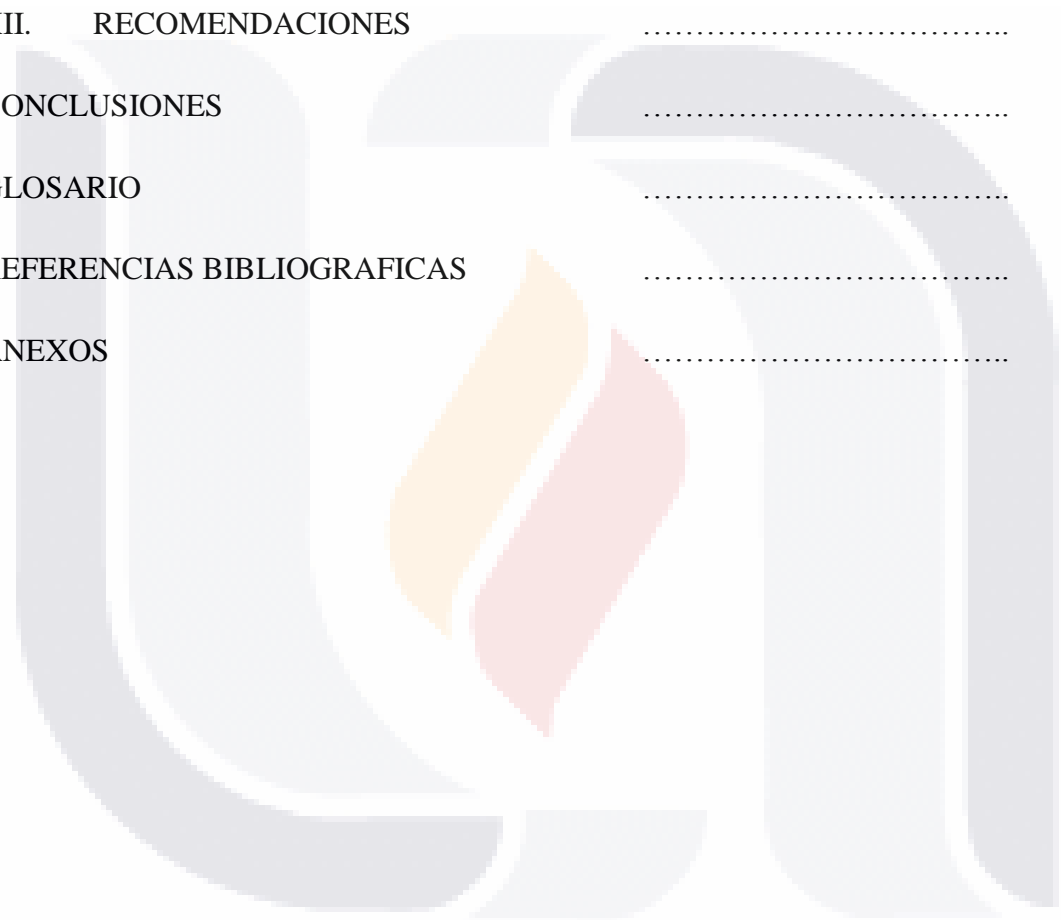
INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	1
INDICE DE TABLAS	5
ACRONIMOS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
I. MARCO TEORICO	10
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	10
DEFINICION DE CONCEPTOS	22
TEORIAS DE LAS ACTITUDES	22
TEORIA DEL COGNOTIVISMO O COGNOSCITIVISMO	28
TEORIA DE LOS MARCOS RELACIONALES	30
TEORIA DE LA JUSTIFICACION	32
CREENCIAS	36
CREENCIAS EN SALUD	37
CONCEPTO DE VIOLENCIA	38
TIPOS DE VIOLENCIA	38
CICLO DE LA VIOLENCIA	40
VIOLENCIA Y SUS MITOS	42

II.	JUSTIFICACION	47
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
	CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO	49
	PANORAMA DEL ESTADO DE SALUDO EN INSTITUCIONES DE SALUD, EN UN ESTADO, MUNICIPIO O DELEGACION EN ESTUDIO.....	51
	DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA	52
	DESCRIPCION DE LA DISTRIBUCION DEL PROBLEMA	54
	DESCRIPCION DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA	54
	ANALISIS DE FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDAN INFLUIR EN EL PROBLEMA	56
	ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO	57
	BREVE DESCRIPCION DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA	58
	DESCRIPCION DEL TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA	63
	LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	63
	PREGUNTA DE INVESTIGACION	64
IV.	OBJETIVOS	65

	OBJETIVO GENERAL	65
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	65
V.	HIPOTESIS	66
VI.	MATERIAL Y METODOS	67
	TIPO DE ESTUDIO	67
	UNIVERSO DE TRABAJO	67
	POBLACION DE ESTUDIO	67
	UNIDAD DE OBSERVACION	67
	LUGAR DE ESTUDIO	67
	CRITERIOS DE INCLUSION	67
	CRITERIOS DE EXCLUSION	68
	CRITERIOS DE ELIMINACION	68
	TIPO DE MUESTREO	68
	MARCO MUESTRAL	68
	TAMAÑO DE LA MUESTRA	69
	PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	69
	INSTRUMENTO	70
	PRUEBA PILOTO	70
	LOGISTICA	71
	VARIABLES	72
	OPERACIONALIZCION DE VARIABLES.....	72

	TRANSFORMACION DE DATOS	.....	76
VII.	ASPECTOS ETICOS	.....	78
VIII.	RECURSOS FINANCIEROS	.....	79
IX.	RESULTADOS	.....	80
X.	DISCUSION DE RESULTADOS	.....	99
XI.	LIMITACIONES	.....	100
XII.	RECOMENDACIONES	.....	101
	CONCLUSIONES	.....	102
	GLOSARIO	.....	103
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	.....	107
	ANEXOS	.....	113



INDICE DE TABLAS

1. TABLAS DE FRECUENCIA	80
1.1 Sexo	80
1.2 Edad	80
1.3 Escolaridad	81
1.4 Escolaridad de la pareja	82
1.5 Lugar de residencia	82
1.6 Ocupación de la pareja	82
1.7 Religión	83
1.8 Consumo de alcohol	83
1.9 Consumo de alcohol por la pareja	83
1.10 Consumo de tabaco por la pareja	83
1.11 Consumo de drogas	84
1.12 Consumo de drogas por la pareja	84
1.13 Programa televisivo de preferencia	84
1.14 Duelo en los últimos 6 meses	84
2. TABLAS DE RESULTADOS	85
2.1 Tabla.1 Caracterización de los factores sociodemográficos en mujeres de 20 a 59 años de edad que acuden a consulta externa del HGZ No. 1 IMSS Ags	85
2.2 Tabla.2 Caracterización del consumo toxicomanías en mujeres de 20 a 59 años de edad y sus parejas, que acuden a consulta externa del HGZ No. 1 IMSS Ags.....	87
2.3 Tabla.3 Caracterización de la aceptación de la violencia militar en mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa HGZ No. 1 IMSS Ags.....	88
2.4 Tabla.4 Caracterización de la aceptación de la violencia familiar en mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del HGZ No. 1 IMSS Ags.....	90
2.5 Tabla.5 Caracterización de la aceptación de la violencia de pareja en mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del HGZ No. 1 IMSS Ags....	92

ACRONIMOS

ACT: Teoría De Aceptación y Compromiso

CNDH: Comisión Nacional de Derechos Humanos

ENDIREH: Encuesta nacional de dinámica de las relaciones en los hogares.

HGZ: Hospital General de Zona

IAM: Instituto Aguascalentense de la Mujer

IC: Intervalo de Confianza

ISEA: Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Salud al Servicio de los Trabajadores de Estado

LGAMVLV: Ley General Acceso a las Mujeres a una Vida libre de Violencia.

MCS: Modelo de Creencia en salud

NOM: Noma Oficial Mexicana

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

PAIMEF: Programa de Apoyo a las instituciones de Mujeres en las Entidades Federativa.

PGJ: Procuraduría General de Justicia

RFT: Teoría de los Marcos Relacionales

SSA- Secretaria de Salud

VAR: Varianza

RESUMEN

FACTORES RELACIONADOS CON ACEPTACION DE LA VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HGZ No 1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES.

INTRODUCCIÓN: La aceptación de la violencia se relaciona con actitudes negativas hacia las mujeres y a las minorías de todo tipo; está fuertemente ligada a valores culturales que consideran a la violencia como un modo válido y hasta “natural” para la resolución de conflictos. **OBJETIVO:** Identificar los factores relacionados con aceptación de violencia en mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, comparativo y transversal en 383 mujeres de 20 a 59 años de un total de 169,203 derechohabientes del IMSS Delegación Aguascalientes. **INSTRUMENTO:** Escala de Aceptación de Violencia de Velicer ya validada para población mexicana³ con los índices de consistencia interna de todas las subescalas mediante la alpha de Cronbach. **RESULTADOS:** La caracterización de la aceptación de la violencia familiar indica que el 72.8 de las mujeres con una escolaridad superior aceptan la violencia familiar en comparación a 37.7% de las mujeres con escolaridad básica y sin violencia familiar con D.E.S ($p=0.01$). El 72.3% de las mujeres con una ocupación aceptan violencia familiar, el 38.4% de las mujeres sin ocupación no aceptan violencia familiar, con D.E.S ($p=0.01$). El 96.4% de las mujeres con escolaridad superior tiene violencia de pareja además del 92% de las mujeres con escolaridad básica, en comparación al 8% de las mujeres con escolaridad básica que no tienen violencia de pareja y el 3.6% de las mujeres con escolaridad superior con D.E.S ($p=0.05$). El 96.1% de las mujeres que ven un programa televisivo de entretenimiento tienen violencia de pareja en comparación al 9.1% de las mujeres que ven un programa televisivo cultural y sin violencia de pareja con D.E.S ($p=0.03$). **CONCLUSIONES:** La ocupación, escolaridad as como el consumo de sustancias son factores altamente relacionados con aceptacionde conductas violentas.

PALABRAS CLAVE: Aceptación, Violencia, Usuaris

ABSTRACT

FACTORS OF ACCEPTANCE RELATED TO VIOLENCE IN WOMEN FROM 20 TO 59 YEARS, USERS OF OUTPATIENT SPECIALTY OF HGZ No 1 IMSS DELEGATION AGUASCALIENTES.

INTRODUCTION: The acceptance of violence is related to negative attitudes toward women and minorities of all kinds; it is strongly linked to cultural values that consider violence as a valid mode and even "natural" for the resolution of conflicts. The challenge is to contribute to the prevention, detection, care, reducing and eradicating violence.

OBJECTIVE: To identify factors related to acceptance of violence in women between 20 to 59 years old, attending outpatient HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

MATERIALS AND METHODS: An observational, analytical and cross-sectional study on 383 women aged 20 to 59 from a right holder total of 169,203 Delegation IMSS Aguascalientes.

TYPE OF SAMPLING: No probabilistic convenience. INSTRUMENT: Velicer Acceptance Scale

Violence tested and validated for Mexican population by Likert scale was with the internal consistency of all subscales using Cronbach's alpha.

RESULTS : The characterization of the acceptance of family violence indicates that 72.8% of women with higher education have family violence compared to 37.7% of women with primary school, no family violence

DES ($p = 0.01$). The 72.3% of women with an occupation have family violence, 38.4% of unemployed women have no family violence, with DES ($p = 0.01$).

The 96.4% of women with higher education partner violence also has 92% of women with primary school, compared to 8% of women with primary school who have no partner violence and 3.6% of women with higher education with DES ($p = 0.05$).

94.3% of women with family violence have compared to 6.3% of single women who do not have violence with their partner without DES.

The 96.1% of women who see a television entertainment program with partner violence compared to 9.1% of women who see a television culture without partner violence with DES ($p = 0.03$) program.

CONCLUSIONS: occupation, education as well as substance use are highly related to violent behavior acceptance factors.

KEYWORDS : Acceptance, Violence, For users

INTRODUCCION

La violencia familiar y de género impide a las personas en especial a las mujeres, niñas y niños y personas en situación de vulnerabilidad acceder a las oportunidades de desarrollo e igualdad, estos atributos son un derecho que garantiza la Constitución. Las estadísticas de casos de violencia atendidos reportaban para 2001 alrededor de 9000 casos al año tanto de hombres como de mujeres y de todos los grupos de edad; por lo que algunas voces dentro de la propia institución cuestionaban la relevancia del problema.²¹ La violencia que se ejerce en el ámbito doméstico es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad. De ahí que también las mujeres pueden agredir y ser violentas. Generalmente, la justificación de la violencia se deriva de las normas sociales sobre el papel y los deberes apropiados del hombre y la mujer, o sea de las normas relativas al género. El maltrato que ejerce el esposo o compañero en contra de la mujer lo viven más las mujeres jóvenes, las que trabajan, las que tienen hijos, que cuentan con educación básica, que viven en zonas urbanas y que mantienen una relación de tipo consensual con su pareja, con independencia del tipo de violencia.²⁰ La violencia en la familia puede tener matices muy diversos en intensidad y frecuencia, pudiendo además participar en ella activa o pasivamente sus miembros, los cuales pueden negarla o permitirle al no advertir el efecto perjudicial que ella tiene entre sus miembros, llegando inclusive a justificarla ideológicamente: "más te pego, más te quiero". Actualmente las dos grandes instituciones de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) no tienen acciones coordinadas de atención médica y psicológica para este problema y lo que ocurre es que a falta de esta oferta de atención las mujeres acaban acudiendo a los servicios de las Secretarías Estatales de Salud.²¹ Siendo el IMSS la instancia con mayor número de derechohabientes así como contar con población vulnerable, es necesario contar con instrumentos que identifiquen factores de riesgo para violencia, y en su momento actuar de forma ordenada y sistematizada. Es necesario contar con un área especializada o un programa que sea capaz de diagnosticar, atender y derivar a pacientes víctimas de violencia, tal como lo hace la Secretaría de Salud a través de los módulos de violencia instaurados por el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes.

I. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Existen pocos estudios relacionados con la aceptación y percepción de la violencia, la mayor parte de los estudios tratan de factores asociados con la violencia no con la aceptación. A continuación se describen algunos artículos relacionados con el tema.

Se llevó a cabo un estudio en 2008 en el cual se evaluó las actitudes, valores y creencias de los neozelandeses con respecto a la violencia en las familias como parte de la Campaña de Acción sobre la Violencia Familiar. La encuesta se realizó en 2008 con una muestra para la encuesta fue 2444 personas con edades >18 años, donde se encontraron los siguientes resultados: que la violencia no está bien y que hay alternativas a la violencia; los encuestados tenían actitudes que las mujeres y los hombres de apoyo en igualdad de condiciones en un relación; los encuestados refirieron que si la violencia física no deja una marca está bien y humillaciones no son perjudiciales; referente a la justificación de la violencia se halló que la violencia familiar tiende a justificarse cuando el autor " pierde el control ", o cuando la víctima había sido violento a sí mismos, así como encontrarse que la educación es necesaria para cambiar las creencias acerca de la violencia es la respuesta y reforzar que no hay excusas para la falta de control y la violencia; se encontró que uno de cada tres encuestados estuvieron de acuerdo con declaraciones de apoyo a la autoridad masculina en la familia; así mismo se mostró que aquellos que tienen fuertes creencias del rol de género tradicionales y que rechaza la violencia contra otros son también más propensos a justificar la violencia y creer que la violencia es un asunto privado; referente a las campañas en medios de comunicación contra la violencia se encontró que los encuestados habían visto un anuncio, y muchos habían hecho cambios en sus puntos de vista, o su voluntad de actuar posterior a la campaña.³⁹

Respecto a factores o perspectiva a la aceptación de la violencia, por parte del Instituto Nacional de Salud Pública, se llevó a cabo un estudio llamado "Perspectivas de las mujeres

maltratadas sobre la violencia de pareja en México” en 2003 buscando identificar factores personales, culturales e institucionales que obstaculizan el proceso de búsqueda de salida a la violencia de pareja en mujeres mexicanas; lo cual se traduce en por qué el o la víctima de violencia continua perpetuando dicho ciclo. Dicho estudio se llevó a cabo entre mayo y noviembre de 2003 donde se realizaron 26 entrevistas narrativas con mujeres que sufren violencia o que salieron del problema, con perfil de usuarias de servicios públicos de salud en los estados de Coahuila, Quintana Roo y en el Distrito Federal. Resultados. Entre las razones a las que obedece la violencia, según las mujeres, se distinguieron causas (sin voluntad de daño) y motivos (violencia como castigo intencional). Asociados a estas explicaciones se hallan los umbrales de tolerancia y la atribución de responsabilidad de la violencia. Además, el entorno social de las mujeres favorece la reproducción de las normas sociales que pautan la relación entre los géneros y en los que la violencia encuentra su justificación. Dicho estudio concluye que los principales obstáculos para dar solución al problema de la violencia radican en los valores y normas sociales que son compartidos tanto por las víctimas como por el entorno social y los funcionarios públicos.⁶¹

Siguiendo en el tenor de la percepción de la violencia y su aceptación, se realizó un estudio denominado “Violencia doméstica: estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación” en el cual el objetivo fue explorar en un grupo de mujeres de la Ciudad de México y de diferente nivel educativo (básico y profesional), qué actitudes y comportamientos perciben como violentos en su relación de pareja, así como con qué frecuencia y modalidades se presentan. Los principales resultados son que las mujeres de nivel básico presentaron una mayor frecuencia y las de profesional una mayor percepción de episodios violentos. La violencia psicológica, social y económica se presentó con mayor frecuencia, mientras que la física, sexual resultaron ser las mejor percibidas. Se concluye que abordar la violencia doméstica implica el reconocimiento de múltiples factores culturales involucrados (como mitos y roles de género) y filtrar la consideración de “lo violento”.⁶²

En diciembre de 2011 se realizó un estudio cualitativo (Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community members) en 12 grupos de discusión donde se estudió a 55 hombres y 60 mujeres tanto de zonas urbanas como rurales. Tal estudio encontró como resultados que la violencia de pareja es aceptada en la comunidad en casos de la práctica de sexo extra marital y sospecha de infidelidad. La mayoría de las mujeres se mantiene en silencio y muy pocos se defiende de la pareja violentadora. En la comunidad de estudio, la actitud de las personas y las normas tradicionales influyen en la aceptabilidad para el acto de violencia de pareja contra la mujer. Se recomienda que se necesiten más esfuerzos para disipar los mitos, ideas erróneas y las normas tradicionales y las creencias de la comunidad. Hay una necesidad de modificar y hacer cumplir las leyes existentes, así como la formulación de las nuevas leyes relativas a la mujer la violencia, incluida la violación.³⁴

Dado que muchos problemas de salud están asociados con el abuso y el abandono de todas las edades, las víctimas pueden ser considerados como un grupo de pacientes de atención primaria con necesidad de atención especial. En 2011 se publicó un estudio "The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients". Donde el objetivo de este estudio multicéntrico fue evaluar la prevalencia de violencia intrafamiliar en los pacientes de atención primaria, e identificar los factores que influyen en la co-ocurrencia de violencia psicológica y física violencia, exposición y sus consecuencias (física, sexual y reproductiva y psicológica). Se llevó a cabo en 28 prácticas familiares en Eslovenia en 2009. Veinte y ocho médicos de familia se acercaron cada cinco familias asistentes la práctica, independientemente de su sexo, a ser entrevistado acerca de su exposición a la interna la violencia y pidieron para especificar el autor y la frecuencia. De 840 pacientes que solicitaron, 829 personas, 61.0% mujeres (n = 506) y 39,0% hombres (n = 323) fueron evaluados (tasa de respuesta del 98,7%). Representaban una muestra aleatoria de los asistentes de medicina general, de 18 años y más, que había visitado a su médico por problemas de salud y que se les dio un examen físico. Dentro de los resultados encontrados, se obtuvieron 829 pacientes, el 15,3% reportó algún tipo de

hogar la violencia experimentada durante los últimos cinco años, el 5,9% informó física y 9.4% psicológica la violencia, de los cuales el 19,2% de los hombres y el 80,8% de las mujeres habían estado expuestos a la violencia psicológica la violencia, mientras que el 22,4% de los hombres y 77,6% de las mujeres habían estado expuestos a violencia física. Las víctimas eran en su mayoría mujeres ($p < 0,001$) hasta la edad de 35 años ($p = 0,001$). La exposición a la violencia psicológica la violencia fue más frecuente que la exposición a la violencia física. De las mujeres, 20,0% fueron expuestos a cualquier tipo de violencia, en comparación con el 8,0% de los participantes masculinos, quienes reportaron que rara vez fueron expuestos a riesgos físicos, mientras que las mujeres informaron de la exposición constante a la frecuencia o física la violencia. Sus compañeros fueron en su mayoría a los autores de violencia doméstica la violencia hacia las mujeres, mientras que entre los hombres los autores eran en su mayoría otro miembro de su familia. El análisis de género femenino ha demostrado ser un factor de riesgo interno para la exposición a la violencia. Modelos de regresión, explicando el 40% de la varianza, extrajo dos factores asociados con la psicológica y física violencia exposición: el abuso de alcohol en el paciente (OR 4,7, IC 95%: 1,54 a 14,45) y su desempleo (OR 13,3, IC del 95%: 1,53 -116,45). Los factores asociados identificados tanto psicológicos como físicos a la exposición a la violencia podrían servir como factores determinantes para dar a conocer los médicos de la familia para explorar la prevalencia nacional de la violencia. Los resultados de la investigación anterior, mostrando al menos un 15% de prevalencia de la exposición a la violencia de familia fueron confirmados en los pacientes de atención primaria en Eslovenia, y el género femenino como factor de riesgo.⁵²

En 2010 se publicó un estudio donde se aborda como tal la relación entre el uso de drogas y violencia contra la mujer en EU; el cual tuvo como objetivo explorar las experiencias colectivas e individuales que tienen las mujeres de América Latina en los EE.UU. respecto al abuso de sustancias, la violencia y las conductas sexuales de riesgo, lo anterior basándose en estudios previos en dicho país donde se encontró que las latinas en las relaciones íntimas tenían las tasas más altas de la violencia doméstica en comparación con otros grupos étnicos / raciales; así como el que las mujeres blancas tenían una tasa de

violencia doméstica de 117/1000; mujeres de raza negra 166/1000, mujeres latinas 181/1000; así como las parejas latinas también experimentaron una tasa de reincidencia más alto de Violencia de pareja (58%) que los negros (52%) y los blancos (37%). En este trabajo se estudiaron 93 mujeres mediante un cuestionario, el cual arrojó los siguientes resultados: los participantes identificaron el abuso de sustancias, la violencia y las conductas sexuales de riesgo como estrechamente problemas relacionados con la gran preocupación de las mujeres latinas en los Estados Unidos tres importantes aspectos surgieron de los grupos de enfoque. Estos incluyen "Vivir en los EE.UU. y la devaluación de la cultura latina" el "círculo vicioso del abuso" y "Breaking the Silence".⁴⁴

En 2009 se llevó a cabo una evaluación de las normas de desigualdad de género y la violencia de género en el sur de Sudán; tal estudio resulto posterior al prolongado tiempo de conflicto bélico en dicho país, se estudiaron 680 adultos en 7 sitios en el sur de Sudán, se evalúa de forma verbal las actitudes mediante la Escala de Equidad de Género Men donde los resultados fueron estratificados por el género, la edad y la educación. Los resultados arrojados fueron: 82% de las mujeres y el 81% de los hombres estuvieron de acuerdo en que "una mujer debe tolerar la violencia para mantener su familia unida"; el 68% de las mujeres y el 63% de los hombres, están de acuerdo en que "hay momentos en que una mujer merece ser golpeada"; Las mujeres (47%) respecto a los hombres (37%) están de acuerdo en que "está bien que un hombre golpee a su esposa si ella no va a tener sexo con él"; en conclusión el estudio mostro una aceptación de la violencia contra las mujeres en las comunidades de la muestra en el sur de Sudán.⁴¹

En 2009 se realizó un estudio denominado "Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women" Este estudio transversal formado parte del "Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia domestica contra las Mujeres. Consistió en una muestra representativa de las mujeres del municipio de São Paulo (Sureste de Brasil) y de la Zona da Mata de Pernambuco (noreste de Brasil), esta última es una región con más normas tradicionales de género. Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de 940 mujeres en São Paulo y 1188 en la Zona da Mata, en los años

2000-1. Las mujeres estaban entre los 15 y 49 años y todos habían tenido por lo menos una asociación afectiva-sexual con un hombre durante su vida. Tres conjuntos de factores que se construyeron, que corresponden a las categorías organizadas jerárquicamente: sociodemográficas, familiares y autonomía femenina/características de presentación. Regresión logística jerárquica se utilizó para analizar los factores asociados con la pareja la violencia en cada lugar. Dentro de los resultados se encontró una prevalencia del 28,9% se encontró en Sao Paulo (IC del 95%: 26,0; 31,8) y el 36,9% (IC 95%: 34,1; 39,6) en la Zona da Mata. Hasta ocho años de escolaridad, física conyugal, la violencia entre los padres de las mujeres, el abuso sexual en la infancia, cinco o más embarazos y problemas con la bebida se asocian con la pareja la violencia en ambos lugares. La autonomía financiera de la mujer, la asociación informal, la edad y el consentimiento de la primera relación sexual se asocia con tasas más altas sólo en Zona da Mata.⁵¹

El uso de los medios es altamente prevalente entre los jóvenes, de ocho a 18 años pasan un promedio de 7,4 horas por día con los medios de comunicación, incluyendo 1,5 horas por día con un ordenador fuera del trabajo, la escuela y el 80% de los adolescentes tienen algún tipo de juegos de azar. La visualización o el uso de la televisión violenta o agresiva (TV) programas o la computadora y los videojuegos se asocia con resultados adversos para la salud, incluida la violencia interpersonal. El vínculo entre la exposición a la violencia en los medios y la participación en el comportamiento violento se ha investigado extensamente a través de diferentes grupos de la población juvenil. La investigación también vincula el uso frecuente de medios y otros comportamientos de riesgo y los resultados, como la obesidad, la actividad sexual más temprano, alcohol antes y el consumo de drogas, y el mayor uso de una serie de sustancias. En base a lo anterior se realizó un estudio llamado “Las asociaciones entre los medios electrónicos de uso y participación en la violencia, alcohol y drogas entre los Estados Unidos los estudiantes de secundaria”. Se identificaron las asociaciones entre el tiempo dedicado a ver televisión y el tiempo dedicado a jugar juegos de video o computadora o el uso de computadoras y la participación en actos de violencia interpersonal, el alcohol y el consumo de drogas en una muestra nacional representativa de Estados Unidos a los estudiantes de secundaria. Se

analizaron los datos de la Encuesta de Comportamiento de Riesgo de la Juventud 2007. Variables de exposición fueron el tiempo dedicado a ver televisión y el tiempo dedicado a jugar juegos de ordenador o de vídeo o el uso de ordenadores (en adelante designado como "equipo / uso de los videojuegos") en un día escolar promedio. Una serie de conductas de riesgo, incluida la participación en peleas físicas y la iniciación del consumo de alcohol antes de los 13 años, se asociaron significativamente con el uso frecuente de TV o frecuente uso del juego de ordenador / vídeo, incluso después de controlar por sexo, raza / origen étnico y grado. Concluyendo que la exposición y el riesgo para la salud los medios de comunicación electrónicos comportamientos están asociados y para el desarrollo de estrategias que buscan comprender cómo el contenido y el contexto (por ejemplo, viendo con sus compañeros, tener ordenador en común área) de los medios de utilizar los comportamientos de riesgo de influencia entre los jóvenes.⁵⁶

La preocupación por el efecto de la televisión respecto a la violencia en el comportamiento ha dado lugar a un importante de estudios que todos coinciden en la identificación de la exposición continua a la violencia en la televisión como un factor de riesgo potencial, especialmente para ciertos grupos, como los niños. Aunque es no es una causa suficiente de violencia de pareja, se ha observado que las mujeres maltratadas perciben un aumento en la agresividad de sus parejas después de que éste ha estado viendo un evento deportivo en la televisión. En otros fenómenos de muerte intencionales, como el suicidio, un efecto de imitación se ha identificado siguiente cobertura mediática de estos incidentes.

En un estudio en 2005-2006 en el cual se construyó de una Escala de actitudes: Actitudes hacia la violencia en televisión, dicho estudio se llevó a cabo en un grupo de trabajo de 232 estudiantes que asisten a la Facultad de Ciencias de la Educación en Ankara Universidad el cual mostro que conocer las actitudes hacia la violencia en la televisión mediante la utilización de un instrumento fiable y válido puede ser considerado a priori y proporcionar información a la sociedad sobre la toma de medidas inmediatas en formar una juventud más positivista.⁴⁰

Estudios de los efectos de los medios de comunicación sobre homicidio han sido extremadamente rara, tal vez porque las historias de homicidios se producen con tanta frecuencia que es muy difícil separar el efecto de una historia de los efectos de los otros. A medida que más sujetos están implicados en un homicidio, y por lo tanto expuestos a los mensajes transmitidos por los medios de comunicación que es el caso para un suicidio, los estudios de los efectos de los medios de comunicación sobre homicidio pueden ser aún más complicada. Cabe destacar un reciente meta-análisis, que llegó a la conclusión de que el efecto de la publicidad que se da a las ejecuciones de las tendencias de homicidio no está claro porque la mitad de los estudios realizados sobre este tema informó la observación de un efecto negativo de la frecuencia, mientras que la otra mitad se encuentra un efecto positivo en términos de las tasas de homicidio. Basándose en lo anterior se realizó un estudio buscando “El efecto de las noticias de televisión sobre la violencia infligida por la pareja asesinatos”. Métodos: Estudio ecológico basado en 340 muertes por violencia del compañero íntimo (VCI) y 3.733 artículos de noticias de televisión cubre este tema en las televisiones españolas (2003 y 2007). El análisis de regresión logística se llevó a cabo. Variable dependiente: la diferencia entre el número de muertes por violencia de pareja en los 7 días siguientes a la emisión de la noticia y el número de muertes por violencia de pareja en los 7 días antes de elemento multimedia. Esta variable de resultado fue conceptualizado como una variable binaria: el aumento frente a ningún aumento. Variables independientes: días con IPV noticias artículos-en general, en relación con las muertes, medidas u otros delitos IPV. Las variables ajustadas: días de la semana, mes, año y festivos. Resultados: Se observó un pequeño efecto imitación en la tasa de homicidios IPV (RR = 1,32, IC 95% = 1,07-1,62) para el IPV relacionados con día la noticia en comparación con días sin este tipo de noticias. Este efecto continuó cuando se transmitió la información sobre las muertes (RR = 1,28, IC 95% = 1,01-1,62). Las noticias relativas a las medidas (RR = 0,90, IC 95% = 0,82 a 0,98) o de otros delitos IPV (0,84, IC 95% = 0,82 hasta 0,98) se relacionaron con una menor posibilidad de un aumento de las muertes en comparación con los días de muerte relacionada con la noticia Conclusión: Teniendo en cuenta los resultados observados en el caso de las noticias IPV-relacionado, hay una necesidad evidente de desarrollar una guía de estilo periodístico

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con el fin de determinar qué tipo de información se recomienda debido a los posibles efectos positivos o negativos.⁵⁷

En 2006 se buscó determinar la prevalencia de la violencia del compañero íntimo declarada y analizar sus principales características sociodemográficas mediante un estudio transversal basado en la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006 (ENS-06); “Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España” La muestra son las 13.094 mujeres dispuestas a responder preguntas sobre malos tratos (87,2% del total de las encuestadas). Se realizó un análisis bivariado y multivariado, siendo la variable dependiente la violencia del compañero íntimo declarada y las independientes el nivel de estudios, el empleo, el estado civil, la situación de convivencia con la pareja o análogo, el número de menores en el hogar, el país de origen (españolas frente a extranjeras) y la edad. Dentro de los resultados: La violencia del compañero íntimo es reconocida por un 1% (n ¼ 128) de la muestra. La violencia declarada se asocia con tener estudios primarios o no tener estudios (odds ratio [OR]: 3,63 [1,90–6,92]), tres o más s menores (OR: 3,51 [1,78–6,90]) y estar separada o divorciada (OR: 2,81 [1,89–4,97]), una vez controlado el efecto del resto de las variables. La violencia del compañero íntimo declarada es mayor entre las mujeres nacidas fuera de España (OR: 2,83 [1,87–4,28]). Concluyendo que la violencia del compañero íntimo parece manifestarse de manera desigual entre las mujeres españolas y las extranjeras. El nivel educativo, el número de menores en el hogar y el estado civil son las características que más se asocian a la violencia declarada por las mujeres. Sería pertinente reflexionar sobre la sensibilidad de las medidas existentes contra la violencia del compañero íntimo en relación a las necesidades de las mujeres afectadas.⁵⁵

En 2001–2002, se estudiaron Factores socioeconómicos y procesos relacionados con la violencia doméstica en zonas rurales de Bangladesh mediante encuestas, entrevistas detalladas y grupos de estudio pequeños con mujeres casadas de seis poblados de Bangladesh, con el objeto de examinar los diferentes tipos y niveles de severidad dela violencia doméstica y para explorar las formas a través de las cuales las circunstancias

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales y económicas de la mujer pueden influenciar su vulnerabilidad a la violencia en su vida en pareja. Mediante el uso de análisis de regresión logística, se evaluaron las probabilidades de que la mujer sufriera actos de violencia doméstica durante el último año. Los resultados obtenidos fueron de aproximadamente 1.200 mujeres encuestadas, el 67% alguna vez habían sufrido violencia doméstica, y el 35% eran objeto de violencia durante el último año. De acuerdo con los datos cualitativos, las participantes esperaron que las mujeres con un mejor nivel educativo y con mayores ingresos debían ser menos vulnerables a actos de violencia doméstica; también creían (o esperaban) que el tener una dote o un matrimonio registrado podría fortalecer la posición de la mujer en su matrimonio. No obstante, de estos factores potenciales sólo el nivel educativo estuvo relacionado con unas probabilidades significativamente reducidas de sufrir violencia; al mismo tiempo, las probabilidades fueron significativamente elevadas entre las mujeres que tenían un acuerdo de dote o ingresos personales que contribuían en forma efectiva al hogar. Las mujeres apoyaban sólidamente la educación de sus hijas, aunque existen presiones para que contraigan matrimonio a edad temprana, en parte para evitar los elevados costos de la dote. Dicho estudio concluyó que en las zonas rurales de Bangladesh, las circunstancias sociales y económicas de la mujer pueden influenciar el nivel de riesgo con respecto a la violencia doméstica en formas complejas y contradictorias. Los resultados obtenidos también sugieren que hay una falta de conexión entre las expectativas emergentes de la mujer y su realidad actual.⁴⁸

Respecto a los factores relacionados con la violencia se han realizado diversos estudios, dado que es un problema común pero poco visible; sin embargo a la fecha, la mayoría de la literatura sobre los factores de riesgo para la familia, la violencia interpersonal y sexual es de los países de ingresos altos y podría no aplicarse a países subdesarrollados y en vías de desarrollo. En base a esta condición, se realizó un estudio en Mozambique, para determinar los Factores de riesgo individuales para violencia familiar en pacientes que buscaban atención por lesiones causadas por un familiar directo en tres centros de salud en Maputo, Mozambique en un periodo de 8 semanas, donde se atendieron 1206 víctimas, arrojando los siguientes resultados; el 63,0% de las víctimas eran mujeres del grupo de edad de 15-34

años (76,1%) y los menos educados (84%) en comparación con los promedios nacionales. De los pacientes que informaron de agresión en una sola ocasión, la mayoría eran solteros (58,8%), mientras que los pacientes con múltiples ataques eran en su mayoría casados (63,2%). Por lo general, el cónyuge fue el agresor (50%) y un pariente acompañó a la víctima la búsqueda de atención (54,3%). Las mujeres más buscadas intervención de la policía antes de la atención (63,2%) en comparación con los hombres (35,3%); por lo que se concluyó en tal estudio que la violencia familiar afecta a todas las edades, sexos y culturas, pero las víctimas que buscan atención fueron más comúnmente a las mujeres que eran menos educados y más pobres.⁴³

La ENDIREH 2011 tiene como antecedente inmediato a la ENDIREH 2006; y esta reporto los siguientes resultados:

Roles sociales y violencia. La Encuesta indagó sobre el acuerdo o desacuerdo de las mujeres, frente a ciertos “roles socialmente esperados”:

- 29.0% dijo estar de acuerdo en que “si hay golpes o maltrato en casa es un asunto de familia y ahí debe quedar”
- 16.8% también estuvo de acuerdo en que “una esposa debe obedecer a su esposo o pareja en todo lo que él ordene”
- 14.7% igualmente expresó acuerdo con “es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo o pareja”.³⁰

Entre otros estudios o proyectos se encuentra El programa «Yo quiero, yo puedo... prevenir la violencia: Programa breve de sensibilización sobre violencia en el noviazgo» en el cual se desarrolló, instrumentó y evaluó con el objetivo de sensibilizar e incrementar la información que tienen las y los jóvenes sobre los antecedentes culturales y de género relacionados con la violencia en el noviazgo y sus consecuencias a nivel físico, emocional y social. En tal proyecto se impartieron 8 conferencias de 2 hrs y 30 min en preparatorias públicas en México con un total de participantes fue de 2250. Algunos de los temas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

incluidos en las conferencias fueron: habilidades para la vida, qué es y cómo reconocer la violencia, tipos de violencia, su relación con estereotipos de género y formas saludables de expresar el amor. Asimismo, se desarrolló un instrumento para evaluar conocimientos sobre y actitudes hacia la violencia, dividido en cuatro secciones. El impacto de la conferencia interactiva se evaluó mediante la aplicación de este instrumento antes y después de la conferencia impartida a una muestra al azar de la población beneficiada. Dentro de los resultados se encontró que después del programa la probabilidad de dar una respuesta correcta a un reactivo típico de «reconocer violencia» sube de 77 a 97%; así como hallar que los hombres requieren más apoyo que las mujeres en la sensibilización sobre estos temas.³⁵

Respecto a los prestadores de servicios de salud, se realizó un estudio en el IMSS, delegación Morelos, donde se evaluó la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos, México, hacia la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acuden a consulta médica, así como identificar las barreras institucionales y de la práctica médica que dificultan el manejo dentro de los servicios de salud de las mujeres maltratadas. Dicho estudio se realizó en 1999 con un cuestionario auto aplicado a 269 médicos y médicas generales, especialistas y estudiantes de pre y posgrado que laboran en 30 unidades de salud, de primer y segundo nivel de atención del IMSS, Delegación Morelos. El instrumento se diseñó para evaluar el nivel de conocimiento sobre violencia doméstica y la actitud del personal médico hacia la atención, en la consulta, de mujeres maltratadas. Se construyó un índice de conocimiento, además de un análisis multivariado de los datos. Dentro de los resultados se halló que el 90% de los entrevistados nunca ha recibido capacitación en violencia contra la mujer; cerca de 90% del personal médico no tiene instrucción alguna sobre el tema; Este desconocimiento generalizado sobre el problema es la variable que mejor predice la actitud general y la actitud para identificar en la consulta médica casos de mujeres maltratadas.³⁶

El *Instituto Aguascalentense de la Mujer* (IAM) tiene como funciones entre tantas Promover la formulación de políticas públicas y gubernamentales e impulsar las propuestas

de la sociedad que a juicio del Instituto sean viables, para alcanzar la equidad entre los hombres y las mujeres. Además el IAM junto con el PAIMEF (Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas) tiene previsto llevar a cabo el proyecto “Aguascalientes en la construcción de una sociedad libre de violencia 2010” que tiene por objeto contribuir a la erradicación de la violencia por razones de género contra las mujeres en el estado de Aguascalientes, mediante acciones de prevención y atención directa, que hagan posible ofertar servicios especializados, así como la instrumentación de mecanismos y herramientas para facilitar la sistematización de datos, difusión de información y la capacitación a servidoras y servidores públicos de las administraciones públicas estatal y municipal.¹⁷

El individuo dentro de un mecanismo de defensa puede aceptar la violencia no por convicción sino como resultado del medio ambiente y circunstancias dentro del mismo ciclo de la violencia, en las primeras etapas del ciclo de violencia la persona violentada ni siquiera reconoce como tal el hecho violento, y en etapas posteriores entra en las etapas de afrontamiento, las cuales se explican en el apartado de las mismas más adelante; tanto en las teorías de actitudes, como cognoscitivas, formulación de creencias y estrategias de afrontamiento.

DEFINICION DE CONCEPTOS

Teoría de las actitudes

Existe un gran número de desarrollos conceptuales acerca de los mecanismos de cambio de las actitudes, las teorías del cambio de actitudes partieron de conceptos generales de las grandes teorías psicológicas existentes y se pueden agrupar:

- Teoría del Aprendizaje y el Refuerzo: Se sustentan los desarrollos del conductismo y la psicología experimental. Enfocan la relación entre estímulos específicos y las respuestas a ellos. Para el análisis y la comprensión del comportamiento, lo dividen en unidades

menores y observan que una respuesta es más factible si es reforzada con un premio. Es una teoría del cambio de actitudes basadas en la importancia de la relación estímulo-respuesta.

Dentro de esta teoría se encuentra la teoría del condicionamiento clásico e instrumental que se desarrolló a través de experimentos con animales en el laboratorio y luego se extendió a situaciones de cambio de actitud en personas. Así encontramos el programa de investigaciones en comunicación de Carl Hovland de la Universidad de Yale. En las décadas de 1940 y 1950 se perfiló la importancia que tenía la persuasión para cambiar actitudes. En la universidad de Yale, o grupo liderado por Hovland y otros psicólogos impulsó un proyecto de investigación sobre la persuasión para lograr el cambio en los pensamientos, creencias y conductas de las personas.

- Teoría del Campo y Teoría del Equilibrio: Proviene en teóricamente de la Gestalt y de la Teoría del Campo.

Kurt Lewin enfatizó la importancia del grupo para la formación y el cambio de las actitudes. La pertenencia a un grupo le otorga la persona: modelos, parámetros para evaluar su propia conducta y una fuente de confirmación de la identidad. El grupo resultó un gran formador de normas, de patrones consensuado de comportamiento social. La aceptación de la presión grupal por parte del sujeto dependerá de la importancia que el grupo tenga para él, ya que el grupo le brinda apoyo emocional a la persona. Lewin concluye que resulta más fácil modificar actitudes en grupo que individualmente.

- Teoría Funcional de las Actitudes: Es ecléctica aunque extrae fundamentalmente sus conceptos de la teoría psicoanalítica.

Teoría del equilibrio de Heider (o Teoría de la Consistencia) enfatiza en la importancia de los procesos cognitivos en el hombre y describe las relaciones entre dos o más entidades y son de dos tipos:

1. Relaciones de sentimientos: basadas en actitudes favorables o desfavorables que una persona siente hacia otra. La relación estará equilibrada cuando las dos relaciones son positivas o negativas (amor u odio recíproco por ejemplo) Tb puede haber una relación de tres que estará equilibrada cuando las 3 son positiva o una es positiva y dos negativas. Heider destaca que hay una tendencia general a preferir arreglos ordenados (equilibrados) que los desordenados.
2. Relaciones de unidad: incluye cosas como semejanza, proximidad destino común, etc. Afirman que somos conscientes de nuestras actitudes y de nuestros comportamientos y que queremos que nuestros diferentes aspectos sean consistentes entre sí, aquello que hacemos sentimos y pensamos. Las actitudes cambian cuando percibimos una inconsistencia entre nuestras creencias o entre nuestras actitudes y nuestro comportamiento y nuestras motivaciones. Afirma que pensamos sobre nuestras actitudes pero no quisiéramos racionales. Alteramos nuestras creencias para que sean psicológicamente consistentes. El problema está centrado en la contradicción psicológica y no en la lógica. Hay varias teorías del equilibrio desarrolladas a partir del modelo original de Fritz Heider, tales como:

Teoría de la Consistencia Afectivo-Cognitiva de Rosemberg:

Abelson y Rosemberg crearon la Teoría del equilibrio cognitivo que muestra muchas semejanzas con Heider, pero que no se deriva de ella. Se interesan por las actitudes o "equilibrio intraactitudinal". Definen una actitud como una constelación relativa_ estable de respuestas afectivas y cognitivas hacia un objeto. La aportación de Rosemberg es que dice que puesto que una actitud implica tanto creencias como una evaluación del objeto, las actitudes pueden ser cambiadas bien racionalmente, cambiando las creencias, o bien irracionalmente, alterando la evaluación. Él consigue invertir la evaluación de algunas personas sobre ciertos temas, a través de la sugestión hipnótica.

Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger:

Consideró que la relación entre lo que una persona sabe y cómo actúa no es sencilla. No siempre se relacionan lógicamente el conocimiento y la conducta. Puede ocurrir que una persona actúe en contradicción con lo que sabe pero que no esté dispuesta a cambiar su conducta. Como la situación de disonancia o contradicción es incómoda y produce tensión psicológica, se intenta disminuir su efecto exagerando los aspectos de la situación que concuerda con los actos. Por ejemplo uno gasta más de lo que puede en alguna actividad que despierta mucho entusiasmo. La opinión acerca de la situación en sí llevaría a abstenerse de actuar y, por lo tanto, se hace disonante con el hecho de haber actuado. Si no se puede cambiar la conducta la persona a cambiará sus actitudes y sus creencias para disminuir la disonancia. La disonancia cognitiva existe cuando la persona posee dos conocimientos contradictorios: pensamiento son creencias sobre el medio, sobre sí mismo, sobre los sentimientos o sobre la propia conducta, de lo que la persona está cognitivamente consiente. Ej.: Soy una persona afectuosa y considerada/me olvide del cumpleaños de mi novio. La creencia acerca de mi misma es una incongruencia con mi conducta. La persona se ve presionada para justificar su acción y se persuade a si misma que la alternativa elegida es más atractiva de lo que originalmente creía. Básicamente la persona trata de disminuir su disonancia ya sea cambiando sus creencias o cambiando su conducta. La teoría propone el cambio de cualquier elemento de la relación cuando hay disonancia. Esto permite tratar la relación actitud-conducta desde ambas direcciones. Por Ej., si cambio el conocimiento de sí mismo puede llevar a cambios de conductas futuras. La hipótesis central de esta teoría formula que: La disonancia es una situación psicológicamente incómoda que genera tensión – cuanto mayor sea su magnitud – motiva a la persona a reducirla a fin de recuperar el equilibrio. Si la persona no puede cambiar su acción, cambia inmediatamente de opinión y justifica sus acciones o evita activamente situaciones o información contradictoria.

Modos de reducir conflicto

La teoría de la Disonancia Cognitiva propone que se puede cambiar cualquier elemento de la relación cuando hay disonancia, esto permite tratar la relación actitud/conducta desde

ambas direcciones. Por ejemplo: un cambio en el conocimiento de sí mismo puede llevar a cambios de conductas futuras o bien un cambio de conducta puede conducir a un cambio de actitudes. Por lo tanto: un cambio de actitudes puede ser el resultado de una conducta o producir conductas.

La magnitud de la disonancia depende de dos factores:

1. La proporción entre creencias disonantes (contradictorias) y consonantes (armónicas).
2. La importancia de cada conocimiento para la persona, puede ocurrir que dos creencias sean contradictorias, pero si no son importantes o centrales para la persona, el nivel de tensión será mínimo.

Las formas características de reducir la disonancia son:

1. Disminuir el número o importancia de los conocimientos disonantes. (Ej. Si me olvidé el cumpleaños de mi familiar, puedo sostener que no tiene sentido festejar los cumpleaños)
2. Aumentar el número o importancia de los conocimientos consonantes.(para reafirmar el concepto de mí mismo como persona afectuosa y considerada, lo invito a cenar a un lugar que le guste)
3. Cambiar la propia actitud para que sea consonante con el comportamiento ya realizado o cambiar la importancia que se le dio a la creencia.(Puedo cambiar la creencia o actitud hacia mí misma y no considerarme más una persona afectuosa o considerada)

- Teoría de la Acción Razonada

La teoría de la acción razonada propuesta por Ajzen y Fishbein (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar o no realizar una conducta específica.

La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular y, dado que la misma es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es la intención la pieza de información más importante que debe tenerse en cuenta en el intento de predecir una determinada conducta.

Esta teoría fue ideada con el fin de explicar y predecir la intención. De acuerdo con este modelo, con la modificación que Fishbein realizó de la teoría de Dunnaly (1968), la intención de un sujeto para ejecutar una acción específica está determinada por dos factores o componentes teóricos: un factor personal o "actitudinal" y un factor social o "normativo".

La actitud hacia la propia conducta es estimada, por una parte, por las creencias conductuales del sujeto, que son aquellas creencias que posee acerca de la probabilidad de que la realización de un determinado comportamiento da como resultado una serie de consecuencias específicas y, por otra parte, por la evaluación subjetiva de dichas consecuencias o resultados. En términos generales, esta actitud es favorable cuando la mayoría de las creencias conductuales de mayor intensidad se basan en las consecuencias positivas, mientras que dicha actitudes desfavorables cuando la mayoría de las creencias conductuales de mayor intensidad se basan en los efectos negativos.

En términos generales, un individuo percibe la presión del medio social que lo llevará a ejecutar una determinada conducta cuando cree que la mayoría de los referentes sociales relevantes con quienes está motivado para cumplir, piensan que él debiera llevar a cabo dicho comportamiento. Inversamente, la norma subjetiva de un sujeto presionará para que éste evite ejecutar una conducta dada, cuando dicho individuo cree que la mayoría de las personas o grupos significativos

Con los que está motivado para cumplir, piensan que él no debería desempeñar el comportamiento en cuestión.

Las actitudes y las normas subjetivas participan de diferente manera en la determinación de la intención. Por ejemplo, para algunas intenciones o comportamientos predichos, el componente actitudinal puede tener una importancia relativa mayor para la predicción de las mismas que el componente normativo, mientras que para otras intenciones el componente normativo puede predominar sobre el actitudinal. Del mismo modo, la intención de realizar una conducta puede estar fundamentalmente bajo el control actitudinal para algunos individuos o grupos y predominantemente bajo el control normativo para otros individuos o segmentos de población.

La relación entre la conducta y la intención depende de:

- 1) grado en que la medición de la intención corresponde a la conducta observada
- 2) intervalo de tiempo que transcurre entre la medición de la intención y ejecución de la conducta
- 3) grado en que el sujeto es capaz de actuar de acuerdo con su propia intención sin necesitar la ayuda de los demás.

Esta teoría sostiene que, en términos generales, un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo (Fishbein, 1990).⁵⁹

Teorías del cognitivismo o cognoscitivismo

Este modelo de teorías asume que el aprendizaje se produce a partir de la experiencia, pero, a diferencia del *conductismo*, lo concibe no como un simple traslado de la realidad, sino como una representación de dicha realidad.

Se cuenta con teorías que utilizan presupuestos conductistas y cognitivos con un afán de integración. Estos planteamientos tienen, además, un marcado carácter interactivo, y, en la medida que esa interacción tome una determinada dirección, se tendrán *teorías de transición* con una orientación más social:

- Teoría del Aprendizaje Social de Bandura
- Modelo de Aprendizaje Taxonómico de Gagné.

Teoría de Aprendizaje Social. Su planteamiento explica que se aprende no sólo lo que se hace, sino también “observando las conductas de otras personas y las consecuencias de estas conductas”. Esto es posible porque disponemos de la capacidad para poder representar mentalmente lo que percibimos.

Modelo de aprendizaje Taxonómico: propuesta entre el conductismo, el cognitivismo y el procesamiento de la información, se describe a continuación:

- A. Los procesos de aprendizaje (cómo el sujeto aprende y cual son los postulados hipotéticos sobre los cuales se construye la teoría): consisten en el cambio de una capacidad o disposición humana, que persiste en el tiempo y que no puede ser atribuido al proceso de maduración. El cambio se produce en la conducta del individuo, posibilitando inferir que el cambio se logra a través del aprendizaje.
- B. Las fases del aprendizaje: Los estímulos que aquel a quien se le quiere transmitir la información son ingresados a su memoria transitoria denominada de corto alcance, posteriormente estos estímulos pasarían a una memoria de largo alcance, momento en que se puede decir que el alumno ha fijado un elemento y puede recuperarlo en el futuro.

Los mecanismos internos constituyentes del proceso de aprendizaje corresponden a etapas en el acto de aprender, y son:

- Fase de motivación (expectativas)
- Fase de aprehensión (atención perceptiva selectiva)
- Fase de adquisición (codificación almacenaje)
- Fase de retención (acumulación en la memoria)
- Fase de recuperación
- Fase de generalización (transferencia)
- Fase de desempeño (generación de respuestas)
- Fase de retroalimentación (reforzamiento)

C. Los resultados del aprendizaje o los tipos de capacidades que aprende el estudiante.

Desde la óptica de Gagné existen cinco clases de capacidades que pueden ser aprendidas (Destrezas motoras, Información verbal, Destrezas intelectuales: Actitudes, Estrategias cognoscitivas).

D. Las condiciones del aprendizaje, es decir los eventos facilitadores del aprendizaje.⁴⁵

Teoría de los marcos relacionales

La Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), es una teoría psicológica del lenguaje humano y la cognición desarrollada por Steven C. Hayes y Dermot Barnes Holmes. Está basada en la filosofía del contextualismo funcional, el cual se centra en cómo los humanos aprenden lenguaje a partir de interacciones con el ambiente.

El *contextualismo funcional* es una extensión y, a su vez, una interpretación funcional del conductismo radical skinneriano, y enfatiza la importancia de predecir e influir eventos psicológicos tales como pensamientos, sentimientos y conductas centrándose en variables manipulables de su contexto.

Varias docenas de estudios han puesto a prueba las ideas de la RFT, mostrando como es posible la producción de conductas no antes entrenadas gracias al entrenamiento previo con múltiples ejemplos, el rol del contexto y las consecuencias.

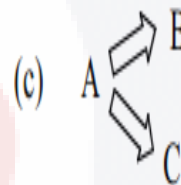
La respuesta relacional también se ha mostrado como responsable de alterar otros procesos conductuales tales como el condicionamiento clásico.

La RFT es la base de la práctica terapéutica conocida como Terapia de Aceptación y Compromiso ACT.⁶

Con la intención de ilustrar como funciona el conductismo radical, consideremos cómo aborda los pensamientos, las creencias y las cogniciones.

La teoría cognitiva, establece que los pensamientos, creencias o actitudes determinan cómo reaccionamos ante los eventos del mundo. Ello es conocido como el paradigma A-B-C (apartado a en la Figura 1).

FIGURA 1. Relaciones cognición-conducta de acuerdo al fundamento teórico expandido de la Terapia Cognitiva Mejorada con Psicoterapia Analítico-Funcional (TCMP). A = Evento antecedente; B = Creencia/cognición; C = Consecuencia (reacción emocional); (a) representa el modelo cognitivo tipo; (b) representa una situación en la que no hay cognición; (c) representa una situación en la que la cognición precede, pero no está causalmente relacionada con la respuesta.



Por el contrario, la posición del conductismo radical establece que los pensamientos en algunos casos determinan las reacciones posteriores de un individuo (apartado b en la Figura 1), añadiendo que, en otros casos, los pensamientos pueden no tener ninguna influencia en el modo en que reaccionamos (apartado c en la Figura 1).

De hecho, uno puede tener reacciones sin que haya existido un pensamiento precedente (apartado b en la Figura 1). Según la posición del conductismo radical, distintos paradigmas son de aplicación según la historia de reforzamiento. Tomando un ejemplo de la vida corriente, todos hemos tenido pensamientos en forma de promesas que nos realizamos a nosotros mismos del tipo: «no comeré la tarta de crema que engorda tanto», cuando nos ofrecen un pedazo. En algunas ocasiones confirmaremos el paradigma (a) al no comer la tarta (hipótesis cognitiva); en otros casos, tendremos ese pensamiento, pero comeremos la tarta de todos modos no satisfaciendo la hipótesis cognitiva (apartado c en la Figura 1).

Desde un análisis funcional sobre el origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos, la evitación experiencial explicaría todos aquellos problemas donde el individuo no parece dispuesto a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ejemplo, sensaciones corporales, emocionales, pensamientos, recuerdos predisposiciones conductuales), y que siempre deliberadamente trata de evitar, alterar, cambiar la forma y la ocurrencia de esos eventos privados, así como el contexto que los ocasiona.²⁸

Teoría de la justificación

Lazarus (1966) formuló su teoría procesual sobre el afrontamiento iniciando un fructífero campo de investigación que en la actualidad contempla varias áreas de interés entre las que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan diferentes grupos de población, así como su utilidad y eficacia para adaptarse a situaciones de estrés (p.e., Samper, Tur, Mestre y Cortés, 2008).

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Más tarde, este planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas (Lazarus, 2000).

Dentro de esta línea conceptual, la investigación sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y personalidad, más en concreto el estudio de las influencias de las características de personalidad en los procesos de afrontamiento (Suls, David y Harvey, 1996), ha llevado a establecer diferencias entre dos conceptos que podrían parecer similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento.

Para Fernández Abascal (1997), los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes.

Los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. Otros autores (Pelechano, 2000), han considerado que ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación. Igualmente, otros estudios han combinado la perspectivas disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambos constructos (p.e., Bouchard, 2003; David y Sulz, 1999; Moos y Holahan, 2003).

Los estilos interpersonales, entre sus características definitorias, incluyen elementos que describen la facilidad o incapacidad para relacionarnos con otras personas y las maneras de afrontar las situaciones de estrés interpersonal (p.e., Felipe y Ávila, 2007; Miguel, 2002).

Hablar de estrés interpersonal es considerar el estrés como un elemento social considerando, en este sentido, los conflictos interpersonales como una fuente social fundamental de estrés (Ptacek, Smith y Zanas, 1992; Sandín, 2003).

Por otro lado, el estudio de los estilos y estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés interpersonal es un área de interés fundamental en la salud mental. Una buena adaptación al medio, en cuanto adecuadas relaciones interpersonales y apoyo social, se considera como un factor básico de salud mental.

Los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone la persona y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador, o un obstáculo, para la interacción con los otros, es decir, para relacionarnos de forma efectiva con los demás.

Conocer las relaciones entre los estilos interpersonales y las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona ante situaciones de estrés sería un primer paso.⁶⁰

Se pueden identificar dos tipos básicos de afrontamiento:

- I. *Afrontamiento centrado al problema (afrontamiento de aproximación)*: cuya función es modificar la situación problemática, para hacerla menos estresante para el sujeto.
- II. *Afrontamiento centrado en la emoción*: busca modificar la manera en que la situación es tratada para reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional negativa.

En relación a lo anterior, se han señalado la existencia de las siguientes estrategias de afrontamiento:

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas.
2. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensaren en él o evitar que le afecte.
3. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios
4. Búsqueda de apoyo social: acciones tendientes a buscar consejo, información, simpatía y/o comprensión de parte de otra persona.
5. Aceptación de la Responsabilidad: Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Huida o Evitación: Empleo de un pensamiento irreal, improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar problemas
8. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

Tobin et al. En 1989 a partir de la Teoría de Lazarus & Folkman, jerarquizaron las estrategias de afrontamiento en ocho estrategias primarias, 4 secundarias y 2 terciarias:

Escalas primarias:

- a. *Resolución de problemas*: eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- b. *Reestructuración cognitiva*: Cambiar el significado de la situación estresante
- c. *Apoyo social*: estrategias para la búsqueda de apoyo emocional
- d. *Expresión emocional*: Estrategias para liberar las emociones que acontecen al estrés
- e. *Evitación de problemas*: negación y evitación de pensamientos relacionados con estrés
- f. *Pensamiento desiderativo*: estrategia cognitiva deseando que la realidad no sea estresante.
- g. *Retirada social*: estrategia de retirada de amigos, familia, compañeros asociados al estrés
- h. *Autocritica*: estrategias basadas en la autoinculpación y autocritica por la ocurrencia o mal

Escalas secundarias

- a. *Manejo adecuado centrado en el problema*: resolución del problema y la reestructuración cognitiva.
- b. *Manejo adecuado centrado en la emoción*: apoyo social y expresión emocional.
- c. *Manejo inadecuado centrado en el problema*: evitación del problema y pensamiento desiderativo.
- d. *Manejo Inadecuado centrado en la emoción*: retirada social y autocrítica.

Escalas terciarias

- a. *Manejo adecuado*: Resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional.
- b. *Manejo inadecuado*: evitación del problema, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica.

Creencias

Alrededor de la violencia ejercida se ha construido una serie de creencias que forman parte del conocimiento popular que legitima y mínima el problema, compite y descalifica los hallazgos producidos por la investigación.

Las creencias propiamente dichas, tienen un rango valorativo tan importante que se constituyen en una ética que justifica y enjuicia prácticas sociales.

La transformación de sistemas de creencias y la adopción de valores y normas alternas a la violencia supone un conocimiento sobre ellas, la manera en cómo operan y son interiorizadas por los individuos, para entonces actuar en consecuencia, desestabilizándolas, mostrando sus costos a todos los niveles y generando alternativas de cambio.

Se ha propuesto que la creencia posee una serie de características como el que se asume sin necesidad de comprobación, quien la asume jamás la pone en tela de juicio, proporciona certidumbre psicológica; al enfrentar la creencia la reacción es angustia, la creencia suele ser inconsciente o tácitas y generalmente se transmiten por signos y no son productos de la observación.

Lumsden destaca el papel central de las creencias en la reproducción de la violencia, Arispe sus características, pero ninguno ofrece un concepto de creencia.

De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española, creencia deriva del término “creer”, la cual tiene diversas acepciones; de las cuales nos quedaremos para fines de nuestro tema, con la que se refiere a *–pensar, juzgar, sospechar algo o estar persuadido por ello–* así como *–tener algo por verosímil o probable–*, partiendo de estos preceptos, una creencia según Arispe es aceptar algo sin comprobación y sin cuestionamientos.

Es importante señalar la importancia que toma la “actitud” en cuestión de creencias, parecieran difíciles de distinguir, ya que generalmente una implica a la otra, sin embargo, la actitud tiene una orientación afectiva y por tanto refiere a la disposición favorable o adversa hacia un objeto o situación objetiva; en cambio la creencia refiere la propiedad de veracidad o falsedad que se le atribuye al objeto o situación.⁴⁶

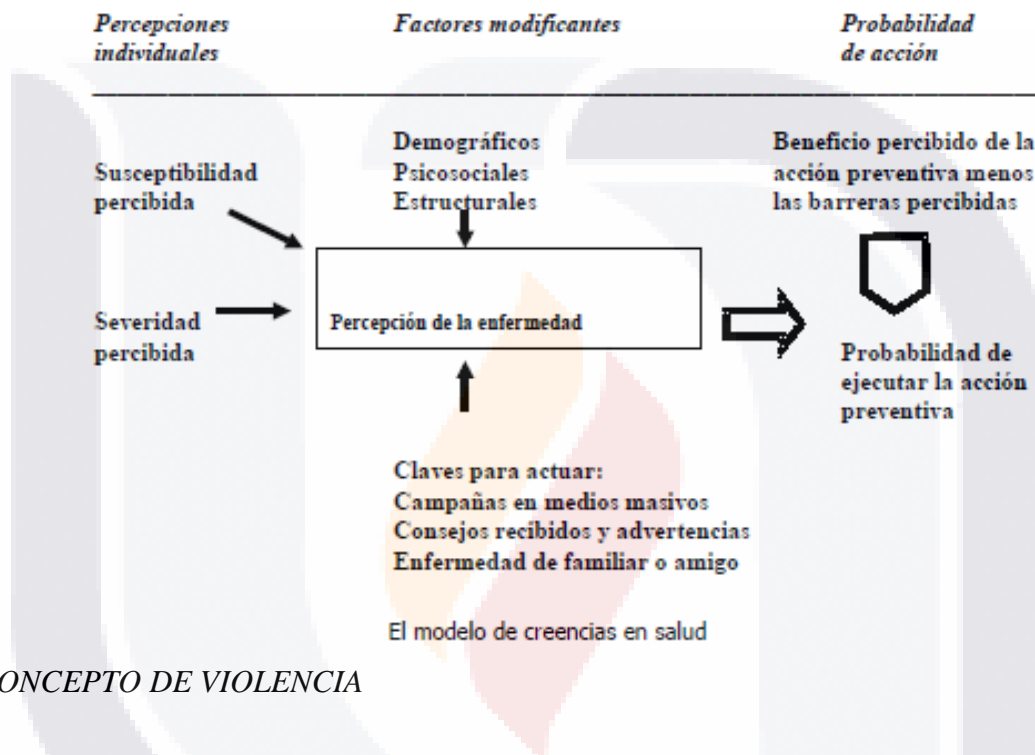
Creencias en salud

Modelo de Creencias en Salud (MCS)

El MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.

El MCS relacionó por tanto teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud.

El MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción, tal como lo resume este esquema⁴⁷:



CONCEPTO DE VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

TIPOS DE VIOLENCIA

La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- Violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones).
- Violencia interpersonal (violencia familiar y entre personas s/ parentesco).
- Violencia colectiva (social, política y económica).

Según la OMS en base a la naturaleza de los actos de violencia puede ser física, sexual, psíquica, las anteriores incluyen privaciones o descuido.¹

Dentro de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) la violencia se presenta en las siguientes modalidades y tipos:

MODALIDADES

- Violencia Familiar
- Violencia Laboral
- Violencia Docente
- Violencia en la comunidad
- Violencia Institucional
- Violencia Femicida

TIPOS

- Violencia psicológica
- Violencia física
- Violencia patrimonial
- Violencia económica
- Violencia sexual^{2,3,4}

CICLO DE VIOLENCIA

Entre los diversos modelos explicativos formulados, se presentan a continuación aquellos que resumen mejor la evolución, permanencia y resistencias en una relación violenta:

- Ciclo de la violencia desarrollado por Leonor Walker (1979).
- Modelo de la persuasión coercitiva (Escudero 2005).
- Modelo sobre los procesos cognitivos en la toma de las decisiones de las mujeres víctimas de violencia: Procesos de Cambio. (Frasier 2001; Zink 2004; Babcock 2005; Burke 2004).

Primer Modelo: El ciclo de la violencia

Este modelo plantea que la violencia de pareja comprende tres fases:

1. *Acumulación de tensión:* Las reacciones agresivas de la pareja son impredecibles. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree que puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula, la mujer siempre justifica, acomodándose de alguna manera a la situación, precisamente por el falso control que cree poseer de la situación.
2. *Explosión o agresión:* Se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. El grado de impacto de lo que ha ocurrido, ambivalencia en los sentimientos, llega a su punto máximo. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
3. *Calma o reconciliación o luna de miel:* En esta fase, el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará (esperanza de cambio).

En todo este proceso cíclico la mujer sufre lo que Seligman (1975) denominó *indefensión aprendida*, que permite explicar muchos de los cambios psicológicos responsables del mantenimiento de la relación violenta.⁵

Segundo Modelo: El modelo de la persuasión coercitiva

Establece que en la violencia de género se producen una serie definida de estrategias cuya finalidad es perpetuar el control del maltratador sobre la mujer.

El maltratador precisa de la víctima y ejerce un control continuo sobre ésta; puede ejercer la violencia, simultánea o alternativamente, a través de sus distintas formas: agresiones físicas, violaciones, amenazas o descalificaciones constantes.

Este maltrato impredecible se concreta en actos violentos y amenazas, de forma que la mujer no puede prever su aparición ni el origen que las desencadena, en tanto que obedecen exclusivamente a la voluntad del agresor.

El *lavado de cerebro o luz de gas* genera a su vez la aparición de nuevas emociones, como la culpa, la vergüenza y la soledad. Estas emociones son catalizadoras y potenciadoras del proceso que concluye en el mantenimiento y prolongación del maltrato.^{5,24}

Tercer Modelo: Los procesos de cambio.

Análisis del comportamiento; se explica desde dentro hacia fuera (desde los pensamientos, emociones y sentimientos hacia las verbalizaciones de menos a más explícitas a otras personas) que le ocurre a la mujer.

1. *Precontemplación* un momento en el que la mujer no reconoce la violencia como un problema, no tiene conciencia de él, no reconoce la conducta del maltratador como abusiva. Puede ver su relación de pareja como normal y no hay intención de cambiar.

2. *Contemplación* la mujer comienza a intuir que tiene un grave problema. Comienza una fase de concienciación, aparecen la ansiedad, miedo, desilusión. Puede haber un planteamiento serio de cambio.
3. *Preparación*. La mujer escoge y se compromete a actuar, cree en su capacidad de cambio. Piensa en un plan.
4. *Acción* lleva consigo confiar los problemas a alguien en el terreno profesional y comenzar a dar pasos reales hacia el cambio: separación, búsqueda de empleo, retomar actividades pasadas y abandonadas por la vida en pareja, iniciar un proceso de recuperación personal.
5. *Mantenimiento* supone reestructurar el entorno (evitar llamadas de la pareja, no dejarse manipular por el entorno, evitar chantajes emocionales) y acentuar los cambios ya conseguidos en la fase de la acción. Se entiende que es en esta fase cuando los cambios emprendidos por lo menos se mantienen en un período de más de 6 meses. El *mantenimiento* es la fase ideal y donde difícilmente la mujer experimenta retrocesos en cuanto a la decisión tomada.⁵

Las interacciones activas se refieren a los comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física o psicológica que, por su intensidad y frecuencia, provocan daños. A diferencia de ésta, el maltrato pasivo se refiere a la omisión, a las conductas de evitación, a través de las cuales se trata de ignorar la existencia de la otra persona.³⁹

Enfocándonos en el tema de este trabajo, es importante señalar los mitos más frecuentes que rodean este problema de salud. Mencionaremos los mitos que con mayor frecuencia se han formulado.

VIOLENCIA Y SUS MITOS

Históricamente, ciertas creencias y valores acerca de las mujeres y de los hombres han caracterizado a la sociedad patriarcal que define a los hombres como superiores por naturaleza y les confiere el derecho y la responsabilidad de dirigir la conducta de su mujer.

Una de las características definitorias del mito es la resistencia al cambio, la fuerza del mito reside en que es invulnerable a las pruebas racionales que lo desmienten (Heise et al., 1999).

De acuerdo a lo anterior alrededor de la violencia contra las mujeres también se han elaborado distintas creencias que tienden a ignorar o negar la existencia del fenómeno y su carácter de problema social. Algunos de ellos citados por Torres (2001) y Castro (2004) son:

- a) La violencia conyugal es un asunto privado y por ende debe resolverse en el mismo lugar, no se admite la intervención externa.
- b) La violencia conyugal es privativa de una determinada clase social o de personas de bajo nivel cultural y educativo.
- c) Los hombres son violentos por naturaleza y no puede ser controlada.
- d) A las mujeres les gusta ser maltratadas y por ende provocan que las lastimen.
- e) La percepción de algunos formuladores de políticas y tomadores de decisiones de que la violencia contra la mujer casi no ocurre.
- f) La idealización de que el hogar es el lugar más seguro para las mujeres.
- g) La violencia no solo es hacia la mujer si no que se presenta también de forma cruzada y en la misma proporción.
- h) La violencia es más frecuente cuando el hombre está bajo los efectos del alcohol o drogas.

Contrario a los mitos mencionados, podemos apreciar que los hallazgos hasta el momento acerca de la violencia contra la mujer, nos muestran que la realidad al parecer es otra, algunas evidencias son las expuestas y sintetizadas por Heise, (1994) como son:

- a) La Violencia contra la mujer se presenta en todos los estratos socioeconómicos; lo que difiere es la prevalencia y las expresiones de violencia.

- b) Las consecuencias de la violencia en la pareja o ex parejas son iguales o más graves que las que resultan de agresiones de extraños
- c) Las mujeres pueden agredir y ser violentas pero la mayor parte de la violencia física, sexual y emocional es cometida por el hombre contra la mujer.
- d) La mayoría de los hombres que agreden a la mujer no exhiben psicopatologías diagnosticables, ejercen lo que socialmente se ha considerado su potestad: la de dominar, tutelar, y corregir a la mujer.
- e) El consumo del alcohol puede exacerbar pero no provoca la violencia contra la mujer

Tanto los mitos como los estereotipos culturales, necesitan de un medio (instituciones educativas, religiosas, laborales, judiciales, económicas, familia) para encarnarse en pensamientos, actitudes y conductas (Campbell, 1993).¹⁹

En base a lo anterior, podemos resumir algunos de los mitos y su realidad en base a estadísticas en nuestro país:

- Mito: La violencia contra las mujeres en el ámbito familiar “casi” no ocurre.
Realidad: En México, 7/10 mujeres >15 años ha vivido violencia por parte de su pareja o de otras personas en su familia, en la comunidad, en el trabajo o en la escuela. La violencia más frecuente entre las mujeres es la familiar, 4/10 mujeres han sufrido violencia por parte de su pareja.
- Mito: El “hogar” es el lugar más seguro para las mujeres.
Realidad: A pesar de que se cree que el hogar es un lugar seguro para las niñas, los niños y las mujeres corren más riesgo de vivir violencia por parte de algún familiar o persona conocida.
- Mito: Los “trapos sucios” se lavan en casa.
Realidad: La violencia contra las mujeres en el ámbito familiar es un problema que afecta no solo a quien la padece directamente, sino a toda la sociedad.

- Mito: A las mujeres “les gusta” que las maltraten.

Realidad: Existen diversos motivos emocionales, sociales y económicos por los que una mujer no abandona a su agresor. Un ejemplo de ellos son los sentimientos de culpa, vergüenza y miedo que le impiden pedir ayuda; además tienen la esperanza de que el agresor cambie y con frecuencia creen en sus promesas.

- Mito: También las mujeres maltratan a los hombres.

Realidad: Cuando la mujer agrede, lo hace generalmente para defenderse. Cuando las mujeres recurren a la violencia, sus compañeros reaccionan con más violencia.

- Mito: La conducta violenta es natural en los hombres.

Realidad: Existe la creencia de que los hombres violentos no se pueden controlar y ejercen violencia porque simplemente “son así.” Los hombres no son violentos con todas las personas ni en todas las situaciones. Por tanto, la violencia es una conducta que se aprende como una manera de resolver conflictos.

- Mito: Es normal que un esposo maltrate a su mujer.

Realidad: El matrimonio o la vida en pareja no otorgan ningún derecho de propiedad sobre las mujeres, por lo que en ninguna circunstancia se debe abusar de ellas.

- Mito: Las mujeres que son o han sido maltratadas “se lo han buscado”.

Realidad: Algunas conductas o descuidos de las mujeres pueden provocar enojo en sus parejas, sin embargo, esto no justifica que las maltraten. Este mito se utiliza para culpar a la víctima y no al agresor. La conducta violenta es responsabilidad absoluta de quien la ejerce.

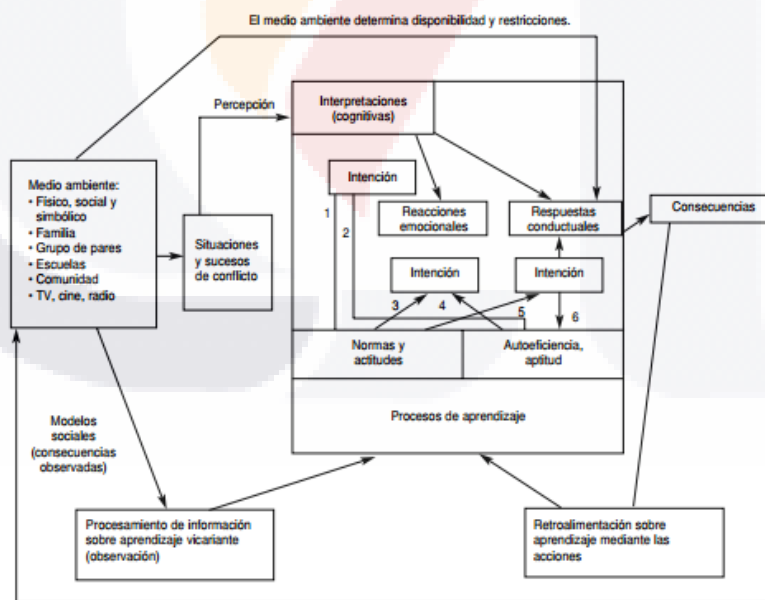
- Mito: La violencia es un problema de las mujeres pobres y con pocos estudios.

Realidad: La violencia se da en todas las clases socioeconómicas y niveles educativos.

- Mito: El alcohol y la droga hacen que los hombres maltraten a sus mujeres.

Realidad: El efecto relajante del alcohol y la droga pueden incrementar o empeorar la violencia, pero no son causantes. Muchos hombres que toman no son violentos.⁷

Ya teniendo los conceptos básicos de violencia y sus diferentes presentaciones, así como los mitos que la envuelven, además de los procesos cognoscitivos es importante conocer acerca de cómo se da la aceptación de un conocimiento como tal, y de esta forma poder explicar el como formulamos una idea o creencia. El ambiente produce una situación a la cual responden el agresor y la víctima. Si la situación despierta una reacción emocional de enojo o frustración o una necesidad urgente de responder, la selección de respuestas conductuales se guiará por actitudes hacia tales respuestas y por su aceptabilidad social o moral (normas), así como por las expectativas de eficacia personal (capacidad) para actuar de forma agresiva o pacífica. El alcohol, las emociones, el estrés y otros factores pueden modificar el procesamiento de la información y los procesos de evaluación de la actitud, por ejemplo, al bajar los umbrales, limitar las opciones o impedir el razonamiento. Los factores ambientales, como la disponibilidad de armas y la privación económica, también influirán en los tipos de comportamiento que se elijan para hacer justicia o para autoprotegerse. Las definiciones de los componentes centrales de este modelo se describen en el cuadro 1. En el diagrama se muestra la función que desempeñan las actitudes y aptitudes tanto en el comportamiento violento como en el pacífico.⁴⁹



- 1 La interpretación de un conflicto depende de las creencias y valores que influyen en la atribución, por ejemplo, cuando una intención de provocación se infiere selectivamente a grupos.
- 2 La codificación de la información, la atribución y otras aptitudes cognitivas determinan cuán acertadamente se interpreta la situación de conflicto.
- 3 Dependiendo de las actitudes hacia la emoción y sus expresiones, algunas interpretaciones podrían desembocar en sentimientos de cólera y pesadumbre.
- 4 La aptitud de autocontrol cognitivo y emocional puede inhibir o aumentar la intensidad de la reacción y la posibilidad de responder.
- 5 Las respuestas preferidas se determinan mediante las normas y actitudes percibidas sobre su utilidad, propiedad, y demás.
- 6 La selección de la respuesta se hace según las aptitudes reales y la autoeficiencia percibida para realizar la conducta con efectividad y corrección.

II. JUSTIFICACION

La SSA a través del PROGRAMA DE ACCION ESPECIFICO 2007-2012 Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género tiene como retos:

Consolidar la detección lo más temprano posible de los casos de violencia, la evaluación del riesgo y referencia a los servicios que requieren.

El sistema de salud debe ser capaz de detectar a las mujeres que viven en violencia, en todas las unidades de atención a la salud, independientemente de su nivel de complejidad, aunque no demanden atención específicamente por violencia o por lesiones.

Existen los cuestionarios y algoritmos para realizar la detección de manera apropiada pero aún no se están utilizando de manera generalizada.

Además es necesario garantizar la atención de las mujeres, niños y niñas en situación de violencia, con calidad y sin caer en prácticas de revictimización, por parte del personal de salud.

Actualmente las dos grandes instituciones de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) no tienen acciones coordinadas de atención médica y psicológica para este problema y lo que ocurre es que a falta de esta oferta de atención las mujeres acaban acudiendo a los servicios de las Secretarías Estatales de Salud.²¹

Siendo el IMSS la instancia con mayor número de derechohabientes así como contar con población vulnerable, es necesario contar con instrumentos que identifiquen factores de riesgo para violencia, y en su momento actuar de forma ordenada y sistematizada.

Es necesario contar con un área especializada o un programa que sea capaz de diagnosticar, atender y derivar a pacientes víctimas de violencia, tal como lo hace la Secretaria de Salud

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a través de los módulos de violencia instaurados por el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes.

En este trabajo se busca hacer aportaciones para descubrir los factores relacionados con aceptación de la violencia; y por ello la originalidad de este estudio radica en que, a pesar de que hoy día muchos investigadores trabajan sobre violencia, la mayoría de los estudios se han centrado en caracterizarla, o en la búsqueda de perfiles de agresores y agredidas.

Nuestra apreciación es que esquematizar los eventos o buscar perfiles favorece la patologización de las personas y la permanencia de estereotipos.

Pensamos, por tanto, en la posibilidad de acercarnos a este fenómeno desde una perspectiva más sociocultural: investigar en una población qué tipo de comportamientos los perciben como violentos para después anclar los resultados en los contextos en que ocurren.

A partir de la necesidad de un diagnóstico oportuno, es necesario conocer la percepción sobre la violencia y así poder transformar las creencias y formas en que se justifica la violencia indistintamente de la situación en la que se encuentre.

Este primer trabajo daría la pauta para futuras aplicaciones con poblaciones distintas en cuanto a nivel económico, sociocultural, de género, de edad, etcétera, pues coadyuvaría a generar medidas de prevención y no sólo de intervención.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO

Al censo de población 2010 la población en México es de un total de 112 336 538, de la cual 57 481 307 corresponden a mujeres y 54 855 231 son hombres. Contando con una población en el estado de Aguascalientes de 1,184,996, de la cual 576 638 corresponde a hombres y 608 358 son mujeres.¹¹

En el año 2009, de cada 8/100 mujeres no saben leer ni escribir, en los varones la proporción es de 5/100 hombres.

En el país, de los 41.4 millones de mujeres de 14 y más años en 2009, 62.3% realizaron trabajo no remunerado, mientras que de los 37.3 millones de hombres, 26.5% desempeñó dicho trabajo.

En México prevalecen los con jefatura masculina; de cada 100 hogares, 77 son dirigidos por un hombre y 23 por una mujer. En este mismo periodo, la cantidad de hogares con jefatura femenina se duplicó, al pasar de 2.8 a 5.7 millones, siendo 23.1% del total de los hogares en 2005.

En el país existen poco más de 6.1 millones de hogares con ancianos, los cuales representan 24.6% del total. De estos hogares, 3 de cada 10 tienen jefatura femenina.

En el año 2009, la proporción de población femenina de 15 años y más analfabeta es mayor en relación a la masculina. Mientras que de cada 100 mujeres, 8 no saben leer ni escribir, para los hombres la proporción es de 5 por cada 100 hombres.

En primaria se tiene la proporción más alta de eficiencia terminal con 93.1% de niñas y 91.1% de niños. En el siguiente nivel, 83.3% de mujeres y 74.5% de hombres terminaron la secundaria en tres años, la diferencia es de 8.8 puntos porcentuales. En educación media superior la eficiencia decrece considerablemente y en 2006-2007 menos de la mitad de los alumnos de profesional técnico culminan sus estudios en el lapso instituido. Dos terceras partes de las mujeres (67.3%) que acceden al bachillerato terminan sus estudios según lo programado para hacerlo; mientras que poco más de la mitad de los hombres (56.2%) lo hace. En este nivel se registra la mayor diferencia por sexo con 11 puntos porcentuales en desventaja para los hombres.

En 2009, de los 41.4 millones de mujeres de 14 y más años, 62.3% realizaron trabajo no remunerado, mientras que de los 37.3 millones de hombres, 26.5% desempeñó dicho trabajo. En cuanto a las cargas de trabajo no remunerado, en promedio las mujeres trabajan 41.3 horas a la semana y los hombres 23.2 horas, una diferencia de 18 horas más para las mujeres.

Los hombres en promedio presentan más horas ocupadas en actividades económicas no remuneradas (36.1) y la autoconstrucción de la vivienda (17.7). En cambio, semanalmente las mujeres trabajan 27 horas en los quehaceres domésticos de su propio hogar, asimismo, las mujeres participan alrededor de 25 horas en el cuidado de niños, enfermos y ancianos.

Durante el año 2008 en México se registraron 589 mil 352 matrimonios, cantidad inferior a la de 2007 (595 mil 209) en 5 mil 857 uniones legales, lo que representa una ligera disminución del 1% entre ambos años. En el ámbito nacional, la edad promedio al momento de contraer matrimonio fue de 28.4 años entre los hombres y de 25.5 para las mujeres.

Los procesos de divorcio en 2008 ascendieron a 81 mil 851, en el año anterior fueron 77 mil 255; es decir, el número de divorcios aumentó en 4 mil 596, lo que significa un incremento de 5.9% en doce meses. En ese año, por cada 100 enlaces realizados hubo 13.9

divorcios; mientras que en el 2000 la relación fue de 7.4 y en 1971 de 3.2. La edad promedio al momento de divorciarse es de 36.2 años en los hombres y de 33.9 años en las mujeres.²⁰

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUDO EN INSTITUCIONES DE SALUD, EN UN ESTADO, MUNICIPIO O DELEGACION EN ESTUDIO

Por parte del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA) “se logró la capacitación y sensibilización de 350 personas de la plantilla de salud de las 3 jurisdicciones, en atención al impacto de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres en la salud de las mujeres y la adecuada referencia a los servicios especializados pertinentes.

Por parte del ISEA se otorgaron 2,172 atenciones de violencia. Por clasificación 911 de violencia psicológica (41.9%), 296 de violencia física (13.62%), 258 de violencia sexual (11.87%), 128 de violencia económica (5.9%). Consideradas 21 de alto riesgo lo que corresponde a el 1% de las atendidas”.

Se propone firmar un convenio de colaboración con la PGJ de tal forma que los médicos de los servicios de urgencias se capaciten y acrediten para la integración de evidencias que evite la revictimización al requerir la intervención del servicio médico de los servicios de Atención a Víctimas del Delito.¹⁶

De acuerdo al modelo operativo de la Secretaria de Salud se otorga atención integral, manejando de acuerdo a la capacidad resolutive de cada uno de los niveles de atención y refiriendo a consulta psicológica, asesoría jurídica, o bien al refugio en casos de violencia extrema.

Los objetivos de la atención a personas que han sufrido violencia son: estabilizar a la paciente y evitar complicaciones mediante el tratamiento de lesiones físicas si es que

existen, promover la estabilidad emocional mediante la atención, evitar complicaciones tales como las infecciones de transmisión sexual, así como los embarazos no planeados.

En nuestro sistema de salud contamos con la *NOM-046-SSA2-2005 VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN* la cual establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres.

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

La violencia contra la mujer, tanto la familiar como la ejercida por extraños, está basada en el valor inferior que la cultura otorga al género femenino en relación con el masculino y la consecuente subordinación de la mujer al hombre.

El reto es coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación de la violencia familiar y sexual.¹⁸

DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

La propia OMS propone el modelo ecológico para el análisis de los determinantes de la violencia como problema de salud pública, mismo que se ha adoptado en la Estrategia Nacional para la Prevención de enfermedades y la promoción de la salud a desarrollarse por la Secretaría de Salud durante el periodo 2007-2012.

En el caso de la violencia contra las mujeres, el modelo reconoce los siguientes niveles de determinación y los factores de riesgo que intervienen en cada uno de ellos:

Nivel social. Se refiere a factores relativos al medio económico y social, a las formas de organización de la sociedad, a las normas culturales y a las creencias que contribuyen a crear un clima en el que se propicia/tolera o se inhibe la violencia. Está relacionado con los mecanismos de socialización, formales y no formales, que articulan y refuerzan las relaciones de poder; que pregonan los esquemas de autoridad y subordinación para hombres y mujeres, respectivamente; que toleran el castigo físico a las mujeres y los niños y niñas; que estimulan y aceptan la violencia como medio para resolver los conflictos, que sostienen y defienden la ubicación de las mujeres como “propiedad” de los hombres.

Nivel comunitario. Influencia de valores, usos, costumbres y dinámicas de organización comunitaria que establecen y refuerzan el aislamiento de las mujeres, la falta de apoyo social, la tolerancia y legitimación social de la violencia.

En este nivel se encuentran las estructuras sociales en las que se desarrollan las relaciones y las características que incrementan el riesgo de actos violentos. Las instituciones son el medio de reproducción de las creencias, normas sociales y estereotipos prevalecientes sobre las mujeres y los hombres, etcétera.

Nivel familiar/relacional. Se refiere a las relaciones familiares autoritarias que se expresan en el control masculino de los bienes y de la toma de decisiones dentro de la familia, y a los conflictos conyugales como factores predictivos de la violencia.

Nivel individual. Factores de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y la forma en que establecen relaciones. Entre estos se encuentran la historia de maltrato infantil o el haber sido testigos de violencia, dificultades para el manejo de control de impulsos, la baja autoestima tanto de las mujeres que han vivido en violencia como de los hombres violentos.

Este marco de análisis clarifica la influencia de los ambientes social y comunitario y confirma por qué es importante enfocarse de una manera más amplia en el cambio social y

no sólo en el cambio de conductas individuales. Factores de origen social como el sexismo, racismo, homofobia, clasismo, concepciones autoritarias y otras formas de discriminación y abuso de poder juegan un papel muy importante en la génesis de la violencia.²¹

DESCRIPCION DE LA DISTRIBUCION DEL PROBLEMA

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006, revela que 43% de las mujeres del país han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas durante su actual o más reciente relación, con porcentajes que van de 33.7% en Coahuila a 54% en el Estado de México.²²

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006, 67/100 mujeres de 15 años y más, han padecido algún incidente de violencia ya sea por parte de su pareja o de otras personas en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar. La violencia más frecuente es la ejercida por el actual o último esposo o compañero, declarada por 43.2% de las mujeres y 39.7% enfrentó algún tipo de violencia en la comunidad.

Las diez entidades con las prevalencias más altas de violencia de pareja son, en orden decreciente: México, Jalisco, Colima, Durango, Tabasco, Puebla, Morelos, Guerrero, Aguascalientes y Oaxaca; en todas ellas más de la mitad de las mujeres unidas y alguna vez unidas, han enfrentado o enfrentaron violencia por parte de su última pareja.²⁰

DESCRIPCION DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Los actos de violencia (física, emocional, económica y sexual) por parte del compañero o esposo, lesionan en todos los casos identidad, autoestima y autodeterminación.

En 2008, las muertes intencionales o por violencia representaron 3.6% de las defunciones totales y 31.1% de las muertes por lesiones, las cuales comprenden a los decesos por

accidentes, homicidios y suicidios.

Del total de muertes por violencia registradas en el país en ese año, más de 2 mil eran de mujeres y 16 mil de hombres, lo que arroja una tasa de 4.2 y 31.2 decesos intencionales por cada 100 mil mujeres y hombres, respectivamente.

En las muertes por violencia, el homicidio ocupa el primer lugar como causa de muerte y en segundo lugar se encuentra el suicidio. Los suicidios tienen un peso porcentual mayor dentro de las muertes por violencia de mujeres (37.7%) en comparación con las de la población masculina (23.3%), en tanto que la proporción es inversa en el caso de los homicidios, para 2008 entre los varones esta causa representó 76.7% de las muertes por violencia y en las mujeres el 62.3 por ciento.²⁰

La violencia contra las mujeres también se puede apreciar por medio del registro de las muertes violentas.

En el 2003, se registraron a nivel nacional 10 949 muertes violentas femeninas; lo que significa que mueren cerca de 30 mujeres/día en promedio por este tipo de causas, de las cuales poco más de 23 son por accidentes y 6 por homicidios y suicidios.

La incidencia de muertes violentas muestra, sin embargo, que la frecuencia de estos hechos es mayor en el estado de Zacatecas, donde ocurrieron 35 muertes violentas por cada 100 mil mujeres, le siguen: Chihuahua con 32, Baja California y Nayarit con 27 cada uno y, Colima y Aguascalientes con 26 muertes por causas violentas por cada 100 mil mujeres.

Prácticamente todas las formas de violencia tienen consecuencias psicológicas y emocionales, sin embargo en los casos de la violencia crónica y de hechos como la violencia sexual –incluida la violación– y el secuestro, entre otros; la carga de enfermedad asociada al impacto psicológico de la violencia es mucho mayor y tiende a prolongar su duración si no recibe atención especializada.²⁴

De no intervenir en el problema de fondo, el Sistema de Salud seguirá atendiendo persistentemente todas las consecuencias en la salud de las víctimas, que pueden llegar incluso a la muerte.

Cabe señalar que la violencia de pareja y de género es un fenómeno de gran relevancia en México, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales como por la presencia de hechos extremos de discriminación de género como el feminicidio.²¹

ANALISIS DE FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDAN INFLUIR EN EL PROBLEMA

La violencia que se ejerce en el ámbito doméstico es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad. De ahí que también las mujeres pueden agredir y ser violentas. Generalmente, la justificación de la violencia se deriva de las normas sociales sobre el papel y los deberes apropiados del hombre y la mujer, o sea de las normas relativas al género.

El maltrato que ejerce el esposo o compañero en contra de la mujer lo viven más las mujeres jóvenes, las que trabajan, las que tienen hijos, que cuentan con educación básica, que viven en zonas urbanas y que mantienen una relación de tipo consensual con su pareja, con independencia del tipo de violencia.²⁰

La violencia en la familia puede tener matices muy diversos en intensidad y frecuencia, pudiendo además participar en ella activa o pasivamente sus miembros, los cuales pueden negarla o permitirle al no advertir el efecto perjudicial que ella tiene entre sus miembros, llegando inclusive a justificarla ideológicamente: "más te pego, más te quiero".

Así, muchas familias han incorporado la violencia a la dinámica familiar en las relaciones que se establecen en distintos subsistemas familiares.

Al referirnos a la violencia contra la mujer, se observa las relaciones en un solo sentido, y se asume un lenguaje de victimización de la mujer y de victimario para el varón, lo que dificulta establecer las relaciones de intercambio en la pareja y el sentido de lo que expresa la violencia.

Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un cierto desequilibrio de poder que puede estar definido culturalmente por el contexto u obtenido a través de maniobras interpersonales de control de la relación.³⁹

ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO

La violencia familiar y de género impide a las personas en especial a las mujeres, niñas y niños y personas en situación de vulnerabilidad acceder a las oportunidades de desarrollo e igualdad, estos atributos son un derecho que garantiza la Constitución.

Las estadísticas de casos de violencia atendidos reportaban para 2001 alrededor de 9000 casos al año tanto de hombres como de mujeres y de todos los grupos de edad; por lo que algunas voces dentro de la propia institución cuestionaban la relevancia del problema.²¹

En el estado de Aguascalientes, la cifras referentes a violencia en cualquiera de su tipo, son según la encuesta realizada en el 2006 fue de 43.7% , estando por arriba de la media nacional que es de 40%; siendo la principal forma de violencia la emocional con un 34.8% (media nacional 32%), seguida por la económica 27.6% (media nacional 22.9%), en menor incidencia la violencia física en un 10.45% (media nacional de 10.2%) y finalmente la violencia sexual con un 6.0% (media nacional de 6.9%).¹⁴

En el caso de las instituciones de seguridad social, se requeriría para cada una de ellas la instrumentación del programa contra la violencia de acuerdo con su organización interna, incluyendo las actividades de promoción de la salud, prevención, detección, referencia y

manejo médico y psicológico de los casos, con el establecimiento de servicios especializados para la atención de los casos de violencia severa en las unidades de segundo nivel de atención.²¹

Las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos.

En nuestro estado la población total con acceso a servicios de salud es de 930,149 de la cual 530,445 son derechohabientes al IMSS y 89,001 al ISSSTE.¹¹

Dada esta distribución de derechohabiencia, es necesario contar con un conocimiento general de como la usuaria de los servicios de salud observa la violencia y de esta forma poder intervenir de forma preventiva y en su caso atender cuando ya ha sido víctima de violencia.

BREVE DESCRIPCION DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

La violencia contra la mujer siendo un problema de salud pública, sobre todo en países subdesarrollados o en vías de desarrollo está siendo estudiado sobre todo desde el aspecto social, como fenómeno y sus factores relacionados al mismo.

A nivel mundial, existen diversos estudios que abordan el lado sociocultural de dicho problema, a continuación se mencionan algunos de los diversos estudios realizados respecto a violencia en las diferentes presentaciones.

La violencia es reconocida como un obstáculo para el desarrollo de las naciones y una amenaza para la salud pública en la Región de las Américas. En 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició una investigación cooperativa y multinacional denominada proyecto ACTIVA (Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia), destinada a evaluar actitudes y normas culturales relacionadas con la violencia en ciudades de América Latina y España. El propósito general del proyecto ACTIVA fue generar información que ayudara a orientar políticas y programas para la prevención de la violencia en las ciudades y brindar criterios para la toma de decisiones, así como recabar información que sirviera como línea de base para evaluar políticas y programas de prevención.

El proyecto ACTIVA tuvo como referente inicial la teoría del aprendizaje cognitivo, que ha servido como base de diversos programas de promoción de la salud. Este modelo, basado en la teoría de Bandura sobre el comportamiento humano, fue desarrollado por el profesor Alfred McAlister.

El propósito de este artículo es describir las bases conceptuales y los métodos empleados en el estudio multicéntrico ACTIVA, así como el proceso que se cumplió en las diferentes etapas de la investigación. Se brinda información general sobre el enfoque, diseño y métodos que se aplicaron en las ciudades que participaron en el estudio: San Salvador, El Salvador; San José, Costa Rica; Cali, Colombia; Caracas, Venezuela; Salvador de Bahía y Río de Janeiro, Brasil; Santiago, Chile y Madrid, España. Los objetivos del estudio fueron: 1) analizar y comparar entre ciudades la prevalencia de conductas agresivas verbales y físicas hacia los niños, la pareja y personas que no son miembros de la familia; y 2) identificar factores personales, ambientales y socioeconómicos asociados con estas conductas violentas. El propósito del proyecto ACTIVA fue generar información que ayudara a orientar políticas y programas para la prevención de la violencia en las ciudades y brindar criterios para la toma de decisiones, así como recabar información que sirviera de base para evaluar políticas y programas de prevención. Para cumplir con los objetivos propuestos se procedió a elaborar y validar un cuestionario común, que se aplicó, mediante

el método de entrevista cara-cara, a los residentes de hogares particulares urbanos entre los 18 y 70 años de edad. La muestra fue seleccionada en cada ciudad mediante un muestreo multietápico, estratificado y por conglomerados, y proporcionada según los estratos socioeconómicos y la densidad de la población y sin reemplazo o sustitución. La muestra final estuvo compuesta por 10 821 personas. En general, los porcentajes de respuesta se encontraron comprendidos entre los límites establecidos, salvo algunas excepciones. En San José, Río de Janeiro y Madrid el tamaño de la muestra final fue ligeramente menor del esperado. Se registraron mayores rechazos en varones jóvenes adultos de los estratos altos, por lo cual en las muestras se observó una sobrerrepresentación de mujeres con predominio de los estratos medio y bajo.

A manera de conclusiones se exponen los alcances y limitaciones, tanto del enfoque como de los métodos del estudio. Se destacan las aportaciones que brindan los estudios de este tipo cuando se efectúan análisis comparativos que permiten identificar las diferencias y semejanzas que se expresan en diferentes centros urbanos. Se indica que con el método propuesto es posible analizar la asociación entre las conductas violentas y diferentes factores de riesgo y atributos a nivel individual en un momento particular en el tiempo. Sin embargo, se advierte que este diseño tiene limitaciones a la hora de establecer relaciones causales y que no permitió evaluar el contexto en que se manifiesta y desarrolla la violencia en cada situación particular.⁵⁸

En 2004 se realizó un estudio buscando la VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS DE ACEPTACIÓN DE LA VIOLENCIA Y DE LOS MITOS DE VIOLACIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, este fue un estudio evaluativo, comparativo, transversal y *ex post facto*, utilizando una muestra no probabilística intencional por cuotas, para evaluar a 300 estudiantes universitarios de ambos sexos y de tres diferentes carreras impartidas en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los instrumentos utilizados fueron la *Escala de Aceptación de la Violencia de Velicer* y la *Escala de Aceptación de Mitos de Violación* que fue construida tomando como base los ocho reactivos originales de la *escala de Burt* y cuatro de la *Escala de Struckman-Johnson*.

Los resultados de este estudio mostraron factores: la Escala de Aceptación de la Violencia arrojó tres factores (alpha general=.83). El factor 1 correspondió a la dimensión de “aceptación de la violencia familiar” ($\alpha=.89$). El factor 2 se denominó “aceptación de tácticas disciplinarias violentas” ($\alpha=.71$). El factor 3 incluyó la dimensión “aceptación de la violencia militar” ($\alpha=.67$). La Escala de Aceptación de los Mitos de Violación arrojó dos factores (alpha general=.85). El factor 1 correspondió a la dimensión de “culpabilización de la mujer” ($\alpha=.82$). El factor 2 se denominó “invulnerabilidad/culpabilización del hombre” ($\alpha=.80$). El primero implica creencias que sostienen que las mujeres violadas merecen este tipo de ataque si se han comportado “inapropiadamente”. El segundo significa justificar por qué un hombre no puede ser violado y la culpa atribuida a los hombres que sufren una agresión sexual.

Los anteriores resultados concluyen sobre las creencias que sostienen que las mujeres violadas merecen este tipo de ataque si se han comportado “inapropiadamente” así como justificar por qué un hombre no puede ser violado y la culpa atribuida a los hombres que sufren una agresión sexual.³²

Respecto a nuestro país, la SSA a través del PROGRAMA DE ACCION ESPECÍFICO 2007-2012 Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género tienen como retos:

- Consolidar la detección lo más temprano posible de los casos de violencia, la evaluación del riesgo y referencia a los servicios que requieren.
- Incorporar a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud al programa, ya que actualmente con frecuencia las beneficiarias de las instituciones de seguridad social

recurren a los servicios especializados establecidos por las SS al no encontrar servicios equivalentes en sus unidades de afiliación

- Consolidar la aplicación de la normatividad vigente y el modelo de atención a la violencia contra las mujeres, en el sentido fundamental de ampliar su cobertura con el óptimo de calidad.

Dentro de las estrategias y líneas de acción el PROGRAMA DE ACCION ESPECÍFICO 2007-2012 Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género proponen, entre otras:

1. Difundir en las mujeres > 15 años las formas que adopta más frecuentemente la violencia familiar y de género y sus posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la salud.
2. Diseñar y aplicar intervenciones preventivas y de promoción, para su instrumentación en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
3. Contar con información científica, actualizada, íntegra y comparable sobre la frecuencia, distribución y factores de riesgo asociados a la violencia familiar y de género en México y sus consecuencias sobre la salud
4. Impulsar la ejecución de investigaciones sobre los factores de riesgo asociados a la presencia y severidad de la violencia familiar y de género en distintos grupos sociales en México, así como el impacto de este problema en la salud de las mujeres, sus hijos e hijas y los costos sociales de la violencia contra las mujeres y su traducción en impacto económico como carga de enfermedad, gasto en salud y pérdida de productividad.²¹

Actualmente las dos grandes instituciones de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) no tienen acciones coordinadas de atención médica y psicológica para este problema y lo que ocurre

es que a falta de esta oferta de atención las mujeres acaban acudiendo a los servicios de las Secretarías Estatales de Salud.

DESCRIPCION DEL TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Se pretende encontrar los factores que se relacionen con la aceptación de la violencia en mujeres de 20 a 59 años derechohabientes del IMSS y de este modo poder identificar la necesidad de implementar PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE TODO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREVENCIÓN ya sea primaria o secundaria, buscando modificar creencias sobre violencia.

LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Grupos en condición de vulnerabilidad, a los grupos que señala como tales la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Usuaría o usuario, a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Aceptación: Acción y efecto de aceptar (*Aceptar*: Recibir voluntariamente o sin oposición lo que se da, ofrece o encarga. Aprobar, dar por bueno, acceder a algo. Asumir resignadamente un sacrificio, molestia o privación). Aprobación, aplauso. En términos generales, se designa con el término de aceptación a la acción desplegada por cualquier ser humano, de recibir de manera voluntaria y de acuerdo una cosa, un objeto, una noticia y hasta a uno mismo, entre otras cuestiones. La palabra aceptación suele usarse muy regularmente como sinónimo del término aprobación.

Violencia: Uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Aceptación de la Violencia: La aceptación de la violencia se relaciona con actitudes negativas hacia las mujeres y a las minorías de todo tipo; está fuertemente ligada a valores culturales que consideran a la violencia como un modo válido y hasta “natural” para la resolución de conflictos.

Factores relacionados con la aceptación de la violencia: Factores que predisponen a las personas a responder con menor facilidad la violencia o en su caso tolerarla o condescenderla, como culturales, geográficos, educativos.

Con toda la información anterior, establecemos nuestra **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**, la cual se expresa de la siguiente forma:

**¿CUÁLES SON LOS FACTORES RELACIONADOS CON
ACEPTACION DE LA VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS
USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES
DEL HGZ No. 1 IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES?**

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los factores relacionados con la aceptación de la violencia en mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes

Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS
2. Determinar por grupo de edad la aceptación de violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes
3. Describir las características del consumo de alcohol y otras sustancias de abuso en las mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes
4. Describir las preferencias televisivas de las mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes

V. HIPOTESIS

HA: Existen factores socioculturales que se relacionen con aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

H0: No existen factores socioculturales que se relacionen con aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

HA: Existen factores sociodemográficos que se relacionen con aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

H0: No existen factores sociodemográficos que se relacionen con aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

HA: Existe diferencia en la aceptación de la violencia en las mujeres según el grupo de edad al que pertenecen.

H0: No existe diferencia en la aceptación de la violencia en las mujeres según el grupo de edad al que pertenecen.

HA: El consumo de alcohol y otras sustancias de abuso se relacionan con aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

H0: No existen relación entre el consumo de alcohol y abuso de otras sustancias con aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

HA: El tipo de predilección de programas de televisión se relaciona con aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

H0: No existe relación entre la predilección de programas de televisión y aceptación de la violencia en las mujeres de 20 a 59 años de edad.

VI. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio observacional, analítico y transversal

UNIVERSO DE TRABAJO:

Mujeres de 20 a 59 años derechohabientes del IMSS Delegación Aguascalientes.

POBLACION:

Mujeres de 20 a 59 años adscritas a la consulta externa del HGZ No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes correspondiente a una población infinita de 169, 203.

UNIDAD DE OBSERVACION:

Mujeres de 20 a 59 años

LUGAR DE ESTUDIO:

Sala de espera del Área de Consulta Externa del Hospital General de Zona 1 IMSS Delegación Aguascalientes

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres de 20 a 59 años de edad, ser derechohabientes del IMSS, que se encuentren en el área de consulta externa del HGZ No. 1 como usuarias de dicho servicio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Hombres, Mujeres menores de 20 años y mayores de 59 años, que no cuenten con derechohabiencia al IMSS, no encontrarse plenas de sus facultades mentales; que no acepten el levantamiento de la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Usuaris que no completen los cuestionarios autoaplicados o aplicados, cualquiera que fuese el caso.

TIPO DE MUESTREO:

Muestreo no probabilístico por conveniencia. Se invitará a las pacientes que acudan a cita programada en cualquier servicio del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes, excepto servicio de pediatría, en 2 turnos matutino y vespertino. Esta actividad se realizará durante el periodo comprendido entre el 17 de junio y 12 julio del año 2013

MARCO MUESTRAL:

Para la aplicación de este cuestionario, no se tiene un marco propiamente dicho, puesto que serán pacientes que acudan a la consulta externa de especialidad y estas pueden haber sido citadas el mismo día de la consulta; así como ser una población cambiante dada la vigencia de su derechohabiencia.

Por tal razón fue necesario realizar un diseño muestra donde se pudiera construir un marco adecuado para la selección de personas de acuerdo a los objetivos del estudio y utilizando la información que se tenía, como es el número de mujeres derechohabientes al IMSS en el

rango de 20 a 59 años de edad, y que acudan a la consulta externa de especialidades del HGZ 1.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tomando en cuenta el número de mujeres en el rango de edad de 20 a 59 años derechohabientes al IMSS en la Delegación de Aguascalientes de 169 203 se obtiene una muestra representativa para el tamaño de mi universo de 383 usuarias, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

N [tamaño del universo]	169,203
--------------------------------	----------------

← **Escriba aquí el tamaño del universo**

p [probabilidad de ocurrencia]	0.5
---------------------------------------	------------

← **Escriba aquí el valor de p**

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left(\frac{z(1-\frac{\alpha}{2})^2}{d} \right)^2$$

Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 169203 con una p de 0.5										
Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10.0%	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	3.0%	2.0%	1.0%
90%	67	83	105	137	187	269	419	744	1,664	6,467
95%	96	118	150	196	266	383	598	1,060	2,367	9,088
97%	118	145	184	240	326	470	733	1,298	2,893	11,006
99%	166	205	260	339	461	663	1,034	1,829	4,060	15,151

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

Se empleara un instrumento de autoaplicación o aplicación, según fuese e caso, a expensas de la capacidad de lectura y escritura e las participantes mujeres de 20 a 59 años derechohabientes del IMSS que se encuentren como usuarias de la consulta externa de especialidades del HGZ No. 1 en ambos turnos de atención, exceptuando el servicio de Pediatría, por no contar con usuarias de ese rango de edad además del servicio Psiquiatría, ya que algunas de las pacientes que acuden presentan trastornos del estado de ánimo.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El instrumento a emplear consta de 2 apartados; respecto al primer apartado, se pretende obtener la caracterización de las encuestadas y factores probablemente relacionados con aceptación de la violencia.

El segundo apartado comprende la Escala de Aceptación de Violencia de Velicer ya modificada para población mexicana; que consta de 14 reactivos, la cual se responde con una escala de Likert de tres opciones: de acuerdo 3, regularmente de acuerdo 2 y totalmente en desacuerdo 1; de este modo, cuanto más alto sea el puntaje, mayor será la aceptación de la violencia (ANEXO A)

Dicha escala fue evaluada y validada con los índices de consistencia interna de todas las subescalas mediante la alpha de Cronbach.. Incluyendo los factores obtenidos, como los valores eigen respectivos (EV), el porcentaje de varianza explicada (% VAR) y el alpha de Cronbach. El factor 1 correspondió a la dimensión de “aceptación de la violencia familiar” ($\alpha=.89$). El factor 2 se denominó “aceptación de tácticas disciplinarias violentas” ($\alpha=.71$). El factor 3 incluyó la dimensión “aceptación de la violencia militar” ($\alpha=.67$) –tal apartado no se estudiara en esta investigación- El análisis factorial arrojó tres factores con valores eigen superiores a 1.0, que explicaron 58% de la varianza total de la escala

PRUEBA PILOTO

Se realizará una prueba piloto en la que se estandarizarán los procedimientos para la recolección de los datos previamente descritos en el MANUAL DE PROCEDIMIENTOS propio para este estudio (ANEXO 2). Tal prueba se realizara la a 5 médicos residentes de Medicina Familiar de la Delegación Aguascalientes y que acepten participar en la misma con el objeto de evaluar el tiempo aproximado de duración de la evaluación, así como validar el tipo de reactivo y claridad de los mismos y de esta forma poder llevar a cabo el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cronograma de actividades. La prueba piloto se llevará a cabo en un periodo una semana a partir de la aceptación del protocolo.

LOGISTICA

Previa autorización del Comité Local de Investigación, se informará al director y autoridades correspondientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes sobre propósito del estudio y se darán a conocer el cuestionario y el instrumento que se utilizará para la recolección de los datos. Esto se realizará a través de un oficio autorizado por el Coordinador Delegacional de Investigación en Salud.

Se entregará copia del oficio y se informará sobre el tiempo estimado para la recolección de los datos y estancia en la Unidad, horarios y lugar de aplicación de las encuestas. Posteriormente se solicitará a las pacientes que acudan a recibir atención en los diversos servicios del HGZ No. 1 excepto pediatría, la posibilidad de su participación en el estudio proporcionándole información acerca de los objetivos del estudio, las instrucciones para contestar el cuestionario, tiempo estimado para contestarlo, las opciones de respuesta, se informará acerca del carácter confidencial y anónimo del estudio. En caso de aceptar, se solicitará la firma del consentimiento informado para proceder a la aplicación de los cuestionarios. Cuando se termine la aplicación de los cuestionarios de entrevista a todas las pacientes de la muestra calculada, se procederá a realizar el concentrado de los datos para el análisis de los mismos.

Para la recolección de los datos se requerirá un periodo en el HGZ No. 1, en ambos turnos estandarizando el proceso a seguir para los encuestadores, del 01 al 26 de julio de 2013, para posteriormente analizar los datos. La aplicación del instrumento para nuestro estudio, lo llevara a cabo 1 residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar así como 2 licenciados en Salud Publica, basándose la aplicación de tal instrumento en el Manual de Procedimiento que se elaboró para este estudio. (ANEXO B)

VARIABLES

- Dependientes

Aceptación de la Violencia: La aceptación de la violencia es una actitud que se relaciona con comportamientos negativos hacia las mujeres y a las minorías de todo tipo; está fuertemente ligada a valores culturales que consideran a la violencia como un modo válido y hasta “natural” para la resolución de conflictos.

- Independientes

Mujeres: Mujeres de 20 a 59 años usuarias de la consulta externa de Especialidades del HGZ No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (ANEXO C)

1. EDAD:

Definición Conceptual: Periodo de tiempo transcurrido desde su nacimiento en año.

Definición Operacional: Pregunta directa a la paciente la cual se verificara mediante alguna identificación oficial

Unidad de Medición: Años cumplidos al momento de la encuesta

Escala de Medición: Escala numérica discreta

Tipo de Variable: Cuantitativa.

2. ESTADO CIVIL:

Definición Conceptual: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con personas del mismo u otro sexo.

Definición Operacional: Pregunta directa a la paciente de su condición civil.

Unidad de Medición: Casada, soltera, unión libre, divorciada, viuda

Escala de Medición: Nominal policotomica

Tipo de Variable: cualitativa.

3. ESCOLARIDAD:

Definición Conceptual: Duración de los estudios en un centro docente.

Definición Operacional: Pregunta directa sobre los grados de estudio que curso hasta el momento de la aplicación del cuestionario.

Unidad de Medición: Analfabeta, Primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, maestría, comercial y técnica.

Escala de Medición: ordinal

Tipo de Variable: cualitativa

4. RELIGION:

Definición Conceptual: práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales.

Definición Operacional: Pregunta directa sobre su condición religiosa al momento de la entrevista

Unidad de Medición: católica, cristiana, testigo de Jehová u otra (especificar)

Escala de Medición: Nominal policotómica

Tipo de Variable: Cualitativa

5. OCUPACION:

Definición Conceptual: empleo y oficio, trabajo que impide realizar otra acción. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer

Definición Operacional: Pregunta directa a la paciente acerca a lo que se dedica en el momento de la encuesta.

Unidad de Medición: Hogar, estudiante, empleada, obrera, autoempleada.

Escala de Medición: nominal policotómica

Tipo de Variable: cualitativa

6. LUGAR DE RESIDENCIA:

Definición Conceptual: Se trata del lugar o domicilio en el que se vive.

Definición Operacional: Se preguntara a la paciente directamente de que medio procede

Unidad de Medición: Urbana, Rural, semiurbana.

Escala de Medición: Nominal policotomica

Tipo de Variable: cualitativa.

7. CONSUMO DE ALCOHOL:

Definición Conceptual: termino de significado variable que se emplea para referirse al consumo continuo o periódico de alcohol caracterizado por deterioro del control sobre la bebida.

Definición Operacional: Pregunta directa sobre la frecuencia de consumo

Unidad de Medición: nunca, a veces, casi siempre y siempre

Escala de Medición: Escala de Likert

Tipo de Variable: cualitativa

8. CONSUMO DE CIGARRO:

Definición Conceptual: termino de significado variable que se emplea para referirse al consumo continuo o periódico de cigarro caracterizado por deterioro del control sobre el mismo.

Definición Operacional: Pregunta directa sobre la frecuencia de consumo

Unidad de Medición: nunca, a veces, casi siempre y siempre

Escala de Medición: Escala de Likert

Tipo de Variable: cualitativa

9. CONSUMO DE DROGAS:

Definición Conceptual: Patrón no adaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo relacionado con el consumo repetido de sustancias.

Definición Operacional: Pregunta directa sobre la frecuencia de consumo

Unidad de Medición: nunca, a veces, casi siempre y siempre

Escala de Medición: Escala de Likert

Tipo de Variable: cualitativa

10. PROGRAMA TELEVISIVO

Definición Conceptual: Espacios audiovisuales con contenido con título, que no tienen una finalidad publicitaria. Los programas de la televisión se agrupan según si su función es informar, entretener o formar

Definición Operacional: Pregunta directa sobre el tipo de programa que acostumbra ver.

Unidad de Medición: Informativos, Educativos, Entretenimiento, Deportivos, Culturales

Escala de Medición: Nominal policotómica

Tipo de Variable: Cualitativa

PLAN DE ANALISIS

Los datos obtenidos de la aplicación de los cuestionarios serán concentrados diariamente durante el período establecido en una base de datos. Se utilizará el programa SPSS 21 para la captura, procesamiento y análisis de los datos.

Se describirán frecuencias absolutas, porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables independientes (variables sociodemográficas), así como para las variables dependientes

Estadística descriptiva

Frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas.

Se verificó que la suma de los casos de las diferentes categorías se ajuste al número de sujetos estudiados.

Para la identificación de los factores relacionados con la aceptación de la violencia en mujeres de 20 a 59 años de edad, se realizó un análisis de regresión logística simple y los factores significativos se incluirán en un análisis de regresión logística multivariado.

Los factores importantes para el grado de aceptación de la violencia en el análisis de regresión logística multivariada se identificarán con un valor de $P < 0.05$.

La regresión logística binaria puede presentar coeficientes de correlación y valores de odds ratio (OR). En este estudio se utilizará el OR al interpretar el tipo de asociación entre cada factor y la aceptación de la violencia.

TRANSFORMACION DE DATOS

Para poder transformar los datos se recodificará primero en las mismas variables para dicotomizar las respuestas que había obtenido en cada pregunta a 1 y 0, después se calcularán las variables agrupándolas por categorías de determinantes psicosociales, carencias sociales y variables sociodemográficas.

Después se recodifico en distintas variables para crear una nueva variable por cada una de las categorías agrupadas de la encuesta. Para realizar el análisis de regresión logística se codificaron las variables del primer apartado de la encuesta para la caracterización de las usuarias, quedando de la siguiente manera:

Sexo: femenino (1) masculino (2)

Estado civil: soltera (1) divorciada (2) viuda (3) unión libre (4) casada (5)

Escolaridad: Otra (1) licenciatura(2) preparatoria 3) secundaria (4) primaria (5) ninguna (6)

Escolaridad de la pareja: Otra(1) licenciatura(2) preparatoria (3) secundaria (4) primaria (5)

Religión: católica (1) cristiana (2) otra (3) ninguna (4)

Ocupación: profesionista (1) empleada (2) estudiante (3) hogar (4)

Ocupación de la pareja: profesionista(1) empleada(2) estudiante(3) hogar (4) desocupado(5)

Lugar de residencia: urbano (1) semiurbano (2) rural (3)

Consumo de alcohol: nunca (1) a veces (2) casi siempre (3) siempre (4)

Consumo de alcohol por la pareja: nunca (1) a veces (2) casi siempre (3) siempre (4)

Consumo de tabaco: nunca (1) a veces (2) casi siempre (3) siempre (4)

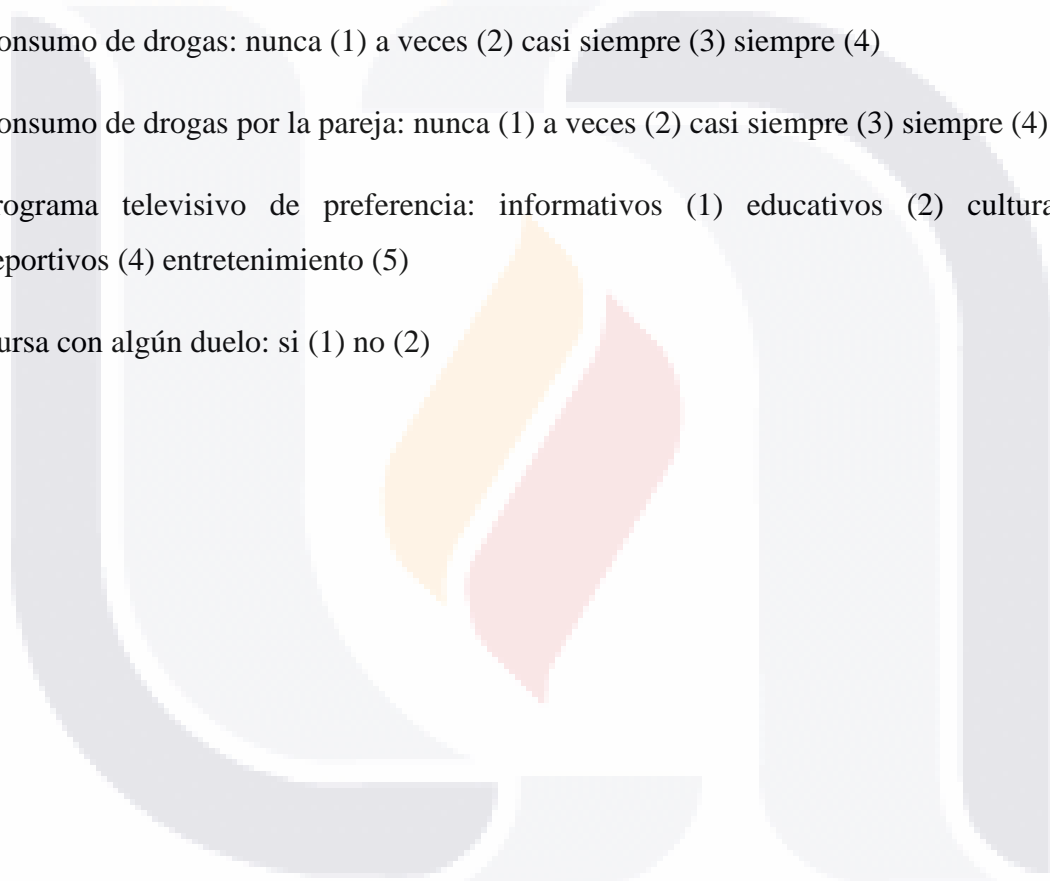
Consumo de tabaco por la pareja: nunca (1) a veces (2) casi siempre (3) siempre (4)

Consumo de drogas: nunca (1) a veces (2) casi siempre (3) siempre (4)

Consumo de drogas por la pareja: nunca (1) a veces (2) casi siempre (3) siempre (4)

Programa televisivo de preferencia: informativos (1) educativos (2) culturales (3) deportivos (4) entretenimiento (5)

Cursa con algún duelo: si (1) no (2)



VII. ASPECTOS ETICOS

Los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales.

- Juramento Hipocrático
- Código de Núremberg
- Declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial
- Normas Internacionales para la Investigación Biomédica

El Código de Núremberg se redactó como un conjunto de normas para juzgar a físicos y científicos que condujeron experimentos biomédicos en prisioneros de campos de concentración. Dicho código se basa en las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos:

1. Consentimiento informado: *Información, Comprensión, Calidad de Voluntario*
2. Evaluación de riesgo/beneficio: *Naturaleza y Gama de Riesgos y Beneficios, La Evaluación Sistemática de Riesgos y Beneficios,*
3. Selección de sujetos de investigación

La ética médica tiene que ver, sobre todo, con la correcta atención al paciente y contribuye a ennoblecer la práctica de la medicina. Respecto a este punto, es importante señalar los principios bioéticos: No maleficencia, Beneficencia, Autonomía, Justicia.

Dado el tipo de estudio que se realiza y no ser de tipo experimental, solamente se solicitó la autorización correspondiente al o la Director (a) del Hospital General de Zona 1 IMSS, tal solicitud se realizó a por parte de la Coordinación de Educación Médica a través del Departamento de Enseñanza. Y en su caso, se les otorgara a las encuestadas el CONSENTIMIENTO INFORMADO, según los lineamientos previamente descrito en el Código de Núremberg. (ANEXO D)

VIII. RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Participara Médico Residente de Tercer Año para la aplicación del instrumento y Médico Especialista en Psiquiatría para asesoría en la agrupación e interpretación de resultados.

RECURSOS MATERIALES

- 2 computadoras personales
- Impresora
- Scanner
- Software (Excel, Word, SPSS 21)
- Consumibles de cómputo
- Artículos de Papelería
- Fotocopias
- Carpetas
- Cd, USB
- Conexión a internet.

IX. RESULTADOS

1. Tablas de frecuencia

Tabla 1.1 Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos femenino	383	100.0	100.0	100.0

Tabla 1.2 Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20	24	6.3	6.3	6.3
21	5	1.3	1.3	7.6
22	8	2.1	2.1	9.7
23	16	4.2	4.2	13.8
24	9	2.3	2.3	16.2
25	13	3.4	3.4	19.6
26	9	2.3	2.3	21.9
27	10	2.6	2.6	24.5
28	12	3.1	3.1	27.7
29	11	2.9	2.9	30.5
30	13	3.4	3.4	33.9
Válidos 31	8	2.1	2.1	36.0
32	9	2.3	2.3	38.4
33	9	2.3	2.3	40.7
34	11	2.9	2.9	43.6
35	8	2.1	2.1	45.7
36	13	3.4	3.4	49.1
37	17	4.4	4.4	53.5
38	15	3.9	3.9	57.4
39	16	4.2	4.2	61.6
40	9	2.3	2.3	64.0
41	7	1.8	1.8	65.8

42	12	3.1	3.1	68.9
43	7	1.8	1.8	70.8
44	14	3.7	3.7	74.4
45	5	1.3	1.3	75.7
46	7	1.8	1.8	77.5
47	8	2.1	2.1	79.6
48	5	1.3	1.3	80.9
49	8	2.1	2.1	83.0
50	8	2.1	2.1	85.1
51	1	.3	.3	85.4
52	10	2.6	2.6	88.0
53	6	1.6	1.6	89.6
54	4	1.0	1.0	90.6
55	5	1.3	1.3	91.9
56	4	1.0	1.0	93.0
57	2	.5	.5	93.5
58	13	3.4	3.4	96.9
59	12	3.1	3.1	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.3 Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1	.3	.3	.3
otra	49	12.8	12.8	13.1
licenciatura	34	8.9	8.9	21.9
preparatoria	87	22.7	22.7	44.6
secundaria	142	37.1	37.1	81.7
primaria	63	16.4	16.4	98.2
ninguna	7	1.8	1.8	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.4 Escolaridad de la Pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
otra	35	9.1	9.1	9.1
licenciatura	29	7.6	7.6	16.7
preparatoria	66	17.2	17.2	33.9
Válidos secundaria	116	30.3	30.3	64.2
primaria	44	11.5	11.5	75.7
ninguna	93	24.3	24.3	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.5 Lugar de Residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
urbano	310	80.9	80.9	80.9
semiurbano	22	5.7	5.7	86.7
Válidos rural	51	13.3	13.3	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.6 Ocupación de la Pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
profesionista	26	6.8	6.8	6.8
empleado	239	62.4	62.4	69.2
Válidos hogar	17	4.4	4.4	73.6
desocupado	101	26.4	26.4	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.7 Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos católica	332	86.7	86.7	86.7
crisiana	28	7.3	7.3	94.0
otra	10	2.6	2.6	96.6
ninguna	13	3.4	3.4	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.8 Consumo de Alcohol

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	202	52.7	52.7	52.7
a veces	180	47.0	47.0	99.7
casi siempre	1	.3	.3	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.9 Consumo de Alcohol por la pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	184	48.0	48.0	48.0
a veces	190	49.6	49.6	97.7
casi siempre	9	2.3	2.3	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.10 Consumo de Tabaco por la pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	275	71.8	71.8	71.8
a veces	61	15.9	15.9	87.7
casi siempre	23	6.0	6.0	93.7
siempre	24	6.3	6.3	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.11 Consumo de Drogas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
nunca	380	99.2	99.2	99.2
a veces	2	.5	.5	99.7
siempre	1	.3	.3	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.12 Consumo de Drogas por la pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
nunca	381	99.5	99.5	99.5
a veces	1	.3	.3	99.7
siempre	1	.3	.3	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.13 Programa televisivo de preferencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
informativos	122	31.9	31.9	31.9
educativos	24	6.3	6.3	38.1
culturales	9	2.3	2.3	40.5
deportivos	12	3.1	3.1	43.6
entretenimiento	216	56.4	56.4	100.0
Total	383	100.0	100.0	

Tabla 1.14 Duelo en los últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	1	.3	.3	.3
no	330	86.2	86.2	86.4
si	52	13.6	13.6	100.0
Total	383	100.0	100.0	

2. Tablas de Resultados

Tabla 2.1 Caracterización de los factores sociodemográficos en las mujeres de 20 a 59 años de edad que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes	
Variable	N 383(%)
Escolaridad	
Ninguna	1.8
Primaria	16.4
Secundaria	37.1
Preparatoria	22.7
Licenciatura	8.9
Otra	12.8
Escolaridad de la pareja	
Ninguna	24.3
Primaria	11.5
Secundaria	30.3
Preparatoria	17.2
Licenciatura	7.6
Otra	9.1
Ocupación	
Desocupado	2.6
Hogar	49.3
Empleado	41

Profesionista	7	
Ocupación de la pareja		
Desocupado	26.4	
Hogar	4.4	
Empleado	62.4	
Profesionista	6.8	
Estado civil		
Soltera	16.2	
Unión libre	10.4	
Casado	64.8	
Viudo	2.9	
Divorciado	5.7	
Religión		
Ninguna	3.4	
Católica	86.7	
Cristiana	7.3	
Otra	2.6	
Lugar de Residencia		
Urbano	80.9	
Semiurbano	5.7	
Rural	13.3	
Edad	Media	DS
	37	± 11.27

Tabla 2.2 Caracterización del consumo toxicomanías en las mujeres de 20 a 59 años de edad y sus parejas, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes

Variable	N 383 (%)
Consumo de alcohol	
No consume	52.7
Consume	47.3
Consumo de alcohol por la pareja	
No consume	48
Consume	52
Consumo de tabaco	
No consume	79.1
Consume	20.9
Consumo de tabaco por la pareja	
No consume	71.8
Consume	28.2
Consumo de drogas	
No consume	99.2
Consume	0.8
Consumo de drogas por la pareja	
No consume	99.5
Consume	0.5

Tabla 2.3 Caracterización de la aceptación de la violencia militar en las mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes			
Variable	N (%)		P (prueba exacta de Fisher)
	Con violencia militar	Sin violencia militar	
Escolaridad			
Básica	44.8%	55.2%	0.01
Superior	56.5%	43.5%	
Escolaridad de la pareja			
Básica	49.4%	50.6%	0.44
Superior	50.8%	49.2%	
Ocupación			
Con ocupación	58.2%	41.8%	0.01
Sin ocupación	42.2%	57.8%	
Ocupación de la pareja			
Con ocupación	46.0%	54.0%	0.38
Sin ocupación	52.9%	47.1%	
Estado civil			
Con pareja	64.2%	35.8%	0.01
Sin pareja	45.1%	54.9%	
Religión			
Ninguna/otra	52.2%	47.8%	0.49
Católica/cristiana	49.7%	50.3%	

Lugar de Residencia			
Urbana	51.6%	48.4%	0.10
Rural	42.5%	57.5%	
Consumo de alcohol			
No consume	49.5%	50.5%	0.48
Consume	50.3%	49.7%	
Consumo de alcohol por la pareja			
No consume	53.8%	46.2%	0.08
Consume	46.2%	53.8%	
Consumo de tabaco			
No consume	50.5%	49.5%	0.36
Consume	47.5%	52.5%	
Consumo de tabaco por la pareja			
No consume	52.4%	47.6%	0.07
Consume	43.5%	56.5%	
Consumo de drogas			
No consume	50.3%	49.7%	0.12
Consume	0%	100.0%	
Consumo de drogas por la pareja			
No consume	49.9%	50.1%	0.74
Consume	50.0%	50.0%	

Programas televisivo			
Cultural	48.4%	51.6%	0.35
Entretenimiento	50.9%	49.1%	

Tabla 2.4 Caracterización de la aceptación de la violencia familiar en las mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes

Variable	N (%)		P (prueba exacta de Fisher)
	Con violencia familiar	Sin violencia familiar	
Escolaridad			
Básica	62.3%	37.7%	0.01
Superior	72.8%	27.2%	
Escolaridad de la pareja			
Básica	67.9%	32.1%	0.30
Superior	64.6%	35.4%	
Ocupación			
Con ocupación	72.3%	27.7%	0.01
Sin ocupación	61.6%	38.4%	
Ocupación de la pareja			
Con ocupación	63.3%	36.7%	0.56
Sin ocupación	64.7%	35.3%	
Estado civil			
Con pareja	76.8%	23.2%	0.01

Sin pareja	63.4%	36.6%	
Religión			
Ninguna/otra	65.2%	34.8%	0.51
Católica/cristiana	66.9%	33.1%	
Lugar de Residencia			
Urbana	68.1%	31.9%	0.16
Rural	61.1%	38.9%	
Consumo de alcohol			
No consume	62.9%	37.1%	0.05
Consume	71.1%	28.9%	
Consumo de alcohol por la pareja			
No consume	66.3%	33.7%	0.47
Consume	67.2%	32.8%	
Consumo de tabaco			
No consume	66.0%	34.0%	0.32
Consume	69.6%	30.4%	
Consumo de tabaco por la pareja			
No consume	66.4%	33.6%	0.46
Consume	67.6%	32.4%	
Consumo de drogas			
No consume	67.1%	32.9%	0.11
Consume	0%	100.0%	

Consumo de drogas por la pareja			
No consume	66.7%	33.3%	0.66
Consume	100.0%	0%	
Programas televisivo			
Cultural	65.6%	34.4%	0.38
Entretenimiento	67.5%	32.5%	

Tabla 2.5 Caracterización de la aceptación de la violencia de pareja en las mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona No. 1 IMSS Aguascalientes

Variable	N (%)		P (prueba exacta de Fisher)
	Con violencia de pareja	Sin violencia de pareja	
Escolaridad			
Básica	92.0%	8.0%	0.05
Superior	96.4%	3.6%	
Escolaridad de la pareja			
Básica	93.3%	6.7%	0.27
Superior	95.4%	4.6%	
Ocupación			
Con ocupación	93.4%	6.6%	0.41
Sin ocupación	94.5%	5.5%	
Ocupación de la pareja			
Con ocupación	94.3%	5.7%	0.08

Sin ocupación	82.4%	17.6%	
Estado civil			
Con pareja	94.7%	5.3%	0.48
Sin pareja	93.8%	6.3%	
Religión			
Ninguna/otra	100.0%	0%	0.22
Católica/cristiana	93.6%	6.4%	
Lugar de Residencia			
Urbana	94.5%	5.5%	0.25
Rural	91.7%	8.3%	
Consumo de alcohol			
No consume	94.0%	6.0%	0.56
Consume	93.9%	6.1%	
Consumo de alcohol por la pareja			
No consume	92.9%	7.1%	0.26
Consume	95.0%	5.0%	
Consumo de tabaco			
No consume	93.7%	6.3%	0.45
Consume	95.0%	5.0%	
Consumo de tabaco por la pareja			
No consume	93.1%	6.9%	0.17
Consume	96.3%	3.7%	

Consumo de drogas			
No consume	93.9%	6.1%	0.83
Consume	100.0%	0%	
Consumo de drogas por la pareja			
No consume	93.9%	6.1%	0.88
Consume	100.0%	0%	
Programas televisivo			
Cultural	90.9%	9.1%	0.03
Entretenimiento	96.1%	3.9%	

El tamaño de la muestra fue de 383 usuarias las cuales aceptaron participar y completar la encuesta otorgada, habiendo firmado previamente el consentimiento informado posterior a explicación verbal del fin de este estudio, y al final del estudio se revisaba el completo llenado del cuestionario y en caso de no estar bien requisitado se le solicitaba a la usuaria su completo llenado.

La edad mínima de las usuarias fue de 20 años y la mayor de 59 años, con una media de 37 años con una desviación estándar de ± 11.27 .

Siendo más frecuente las usuarias de 20 años (6.3%) 37 años (4.4%) 39 años (4.2%) 23 años (4.2%) 38 años (3.9%) 44 años (3.7%) 30 años (3.4%) 25 años (3.4%) 58 años (3.4%) 59 años (3.1%) y con las menores frecuencias las usuarias de 51 años (.3%) 57 años (.5%) 54 (1%) 56 (1%) 57 (1%).

En cuanto al estado civil; del total de las encuestadas el 64.8% se encuentran casadas, el 16.2% solteras, 10.4% unión libre, 5.7% divorciadas y el 2.9% en viudez.

Respecto a la escolaridad de la usuaria se encontró que el 37.1% contaba con secundaria, el 22.7% preparatoria, 16.4% primaria, otra 12.8% (técnica, comercial), 8.9% licenciatura y finalmente sin ningún tipo de escolaridad únicamente el 1.8%.

En el rubro de religión el 86.7% pertenece a la religión católica, el 7.3% a la religión cristiana, el 2.6% a otro tipo de religión y el 3.4% menciona no pertenecer a ninguna.

En el área de ocupación de la usuaria el 49.3% se dedicaba al hogar, el 41% era empleada, el 7% profesionalista y el 2.6% era estudiante.

Referente al lugar de residencia el 80.9% provenía de medio urbano, el 13.3% del medio rural y el 5.7% de medio semiurbano.

En relación al rubro de alcoholismo se encontró que el 52.7% de las encuestadas nunca lo había consumido, el 47% ocasionalmente (a veces) y el .3% casi siempre. En cuanto a uso tabáquico el 79.1% nunca había consumido tabaco, el 55% a veces, el 16% casi siempre y el 9% lo hace siempre. Respecto a consumo de drogas se encontró que el 99.2% nunca las había consumido, el .5% a veces y el .3% siempre.

Se preguntó sobre si la paciente sufría de 6 meses a la fecha algún tipo de duelo encontrando que el 86.2% si lo cursaba y un 13.6% no.

Para finalizar con la caracterización de la usuaria, finalmente se le preguntó programa televisivo de preferencia, encontrando que el 56.4% acostumbra programas de entretenimiento, el 31.9% informativos, el 6.3% educativos, el 3.1% deportivos, el 2.3% culturales.

En el área de la pareja se encontró que el 30.3% contaba con educación secundaria, el 24.3% ninguna escolaridad, el 17.2% secundaria, 11.5% primaria, 9.1% otra (técnica, comercial) y finalmente el 7.6% nivel licenciatura.

La ocupación de la pareja tuvo mayor porcentaje los empleados con un 62.4%, sin ocupación el 26.4%, nivel profesional 6.8%, y dedicados al hogar el 17%.

Respecto al consumo de alcohol por parte de la pareja encontramos que el 49.6% a veces lo consume, el 48% nunca lo ha consumido, y un 2.3% casi siempre lo consume. En cuanto al hábito tabáquico se encontró que el 71.8% nunca lo consume, el 15.9% a veces, el 6.3% siempre y finalmente el 6% casi siempre. Finalmente en el rubro de adicción a sustancias tóxicas (drogas) encontramos que el 99.4% nunca ha consumido drogas, el 0.3% a veces, y el 0.3% siempre.

La Tabla 2.1 describe las características sociodemográficas de la población estudiada, el 37.1% de las mujeres y el 30.3 de las parejas tienen una escolaridad secundaria; el 49.3% se dedican al hogar y el 62.45 de las parejas son empleados. El estado civil con mayor porcentaje fue casado con 64.8%. La religión católica tuvo mayor porcentaje con 86.7%. El lugar de residencia con mayor porcentaje fue el urbano con 80.9.

La Tabla 2.2 describe las características del consumo de toxicomanías, entre los consumidores y no consumidores de alcohol no se observaron diferencias estadísticamente significativas (D.E.S), las prevalencias de la pareja que consume o no consume alcohol no se observaron D.E.S.

La mayor prevalencia la obtuvieron las mujeres y sus parejas que no consumen tabaco, en ambos grupos la mayor prevalencia fueron para las mujeres y sus parejas que no consumen drogas.

La Tabla 2.3 describe la caracterización de la aceptación de la violencia militar y las variables sociodemográficas, el 55.2% de las mujeres tienen una escolaridad básica y sin violencia militar, el 56.5% de las mujeres con educación superior tienen violencia militar con D.E.S ($p=0.01$).

El 50.8% de las parejas de las mujeres tienen una educación superior y violencia militar, sin D.E.S.

Las mujeres con violencia militar y con ocupación fueron el 58.2%, y el 57.8% de las mujeres no tienen ocupación y no tienen violencia militar con D.E.S ($p=0.01$), el 52.8% de las parejas no tienen ocupación y no tienen violencia militar, y el 54% de las parejas tienen ocupación y tienen violencia militar sin D.E.S.

El 64.2% tienen pareja y violencia militar y el 54.9% no tienen pareja y no tienen violencia militar con D.E.S ($p=0.01$).

El 52.2% no tiene religión y tienen violencia militar y el 50.3% tienen una religión católica o cristiana sin violencia militar, sin D.E.S.

El 51.6% tiene residencia urbana y violencia militar, y el 57.5% tiene residencia rural y sin violencia militar sin D.E.S.

Ninguna de las toxicomanías tuvo D.E.S.

La caracterización de la aceptación de la violencia familiar y las variables sociodemográficas se describen en la tabla 2.4, indica que el 72.8 de las mujeres con una escolaridad superior aceptan violencia familiar en comparación a 37.7% de las mujeres con escolaridad básica que no la aceptan con D.E.S ($p=0.01$).

El 72.3% de las mujeres con una ocupación tienen violencia familiar, el 38.4% de las mujeres sin ocupación no tienen violencia familiar, con D.E.S ($p=0.01$).

En el estado civil el 76.8% de las mujeres con pareja tienen violencia familiar en comparación al 36.6% de las mujeres sin pareja y sin violencia familiar con D.E.S ($p=0.01$).

El 71.1% de las mujeres que consume alcohol tienen violencia familiar, el 37.1 de las mujeres no consume alcohol y no tiene violencia familiar con D.E.S ($p=0.05$); el 67.2% de las parejas consume alcohol y con aceptación de violencia familiar y el 33.7% de las parejas no acepta violencia familiar sin D.E.S. El resto de toxicomanías no tuvo D.E.S.

La tabla 2.5 muestra la caracterización de la aceptación de la violencia de pareja en las mujeres, características sociodemográficas y toxicomanías, el 96.4% de las mujeres con escolaridad superior tiene violencia de pareja además del 92% de las mujeres con escolaridad básica, en comparación al 8% de las mujeres con escolaridad básica que no tienen violencia de pareja y el 3.6% de las mujeres con escolaridad superior con D.E.S ($p=0.05$).

El 94.3% de las mujeres con pareja tienen violencia en comparación al 6.3% de las mujeres sin pareja que no tienen violencia con su pareja sin D.E.S.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas está presente en el 94% y 95% de las mujeres que aceptan violencia de pareja sin D.E.S.

El 96.1% de las mujeres que ven un programa televisivo de entretenimiento tienen violencia de pareja en comparación al 9.1% de las mujeres que ven un programa televisivo cultural y sin violencia de pareja con D.E.S ($p=0.03$).



X. DISCUSION DE RESULTADOS

Respecto al rubro de Violencia militar, no se encontraron estudios previos para poder comparar nuestros resultados, sin embargo, nuestra hipótesis de trabajo no se comprueba, ya que se planteó que a menor escolaridad mayor aceptación de violencia, y en este tipo de violencia fue todo lo contrario, donde mujeres con educación básica no aceptan la violencia militar respecto a mujeres con educación superior.

En el aspecto de violencia familiar tenemos que a mayor escolaridad menor aceptación de violencia, rechazando nuevamente nuestra hipótesis de trabajo, la cual se sustentó en estudios previos como el realizado en 2009 **“Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women”**⁵¹ donde las usuarias con un máximo de escolaridad de 8 años se relaciona con violencia de pareja, abuso sexual. Se encuentra un estudio **“Factores de riesgo individuales para violencia familiar en pacientes que buscaban atención por lesiones causadas por un familiar directo en tres centros de salud en Maputo, Mozambique”**⁴³ donde se encontró que la violencia familiar afectaba más a mujeres menos educadas y con mayor pobreza

En cuanto a la relación de drogas y otras sustancias de abuso con la aceptación de violencia, tenemos que nuestros resultados apoyan nuestra hipótesis de trabajo comprobando que el uso de sustancias se relaciona con mayor aceptación de violencia

Un aspecto importante en este estudio fue el relacionar el tipo de programa televisivo de preferencia, donde encontramos que aquellas mujeres que optan por los de entretenimiento aceptan mayormente la violencia, encerrando en programa de entretenimiento cualquier tipo de programa; tiene como antecedente de estudio esta variable **“El efecto de las noticias de televisión sobre la violencia infligida por la pareja asesinatos”**⁵⁷. donde se observó 7 días posterior a una nota sobre homicidio por violencia de pareja aumentaba el índice de delitos similares por imitación, y que posterior a la nota y dando medidas preventivas disminuía los mismo hechos. que posterior a ver hechos violentos

XI. LIMITACIONES

Se encontraron como limitantes poca información bibliográfica de estudios previos relacionados con aceptación de violencia, ya que todo se enfoca a la violencia ya como tal implantada.

Una limitante fue el rango de edad de las encuestadas, de 20 a 59 años, y que dificulto el análisis, así como no encontrar con facilidad dichas pacientes en la consulta, ya que por el tipo de especialidades médicas, la mayor parte de las usuarias sobrepasan los 60 años.

Otra limitante fue la negativa por parte de las pacientes para la contestación de la encuesta, lo que provoco mayor tiempo de búsqueda de pacientes.

Nos encontramos como una limitante importante la poca destreza en el manejo del programa estadístico SPSS lo que contribuyó a un análisis más lento de la información obtenida.

XII. RECOMENDACIONES

Abordar las áreas urbanas, en este caso, UMF urbanas, para la orientación de términos como violencia y sus tipos, para que la usuaria conozca y sepa identificar oportunamente conductas violentas hacia ella o en su caso, de ella hacia terceros.

Campañas en empresas, organizaciones, donde se instruya a las mujeres sobre el tema de violencia, ya que en esta área es donde se encuentra mayor porcentaje de aceptación de violencia.

Trabajar en campañas en contra de adicciones, ya que el ser adicto a alguna sustancia toxica, e relaciona con conductas violentas, o ser aceptantes de dichas conductas.

Emplear campañas intensivas de spot televisivos, ya que se encontró una forma de abordaje en la paciente, siendo una oportunidad de poder ampliar el conocimiento de la paciente sobre conceptos de violencia y todo lo que ello implica.

Siendo el IMSS la institución con mayor derechohabiencia es necesario que establezca programas de atención a la mujer víctima de violencia o en su defecto, lugares de orientación para que las usuarias tengan al alcance toda la información necesaria para evitar caer en el círculo de la violencia.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se concluye que pueden modificarse factores que se relacionen directamente tales como el alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas con una aceptación de conductas violentas, así como el realizar campañas de información, preferentemente televisivas ya que se encontró que las mujeres que prefieren programas de entretenimiento aceptan en mayor medida conductas violentas dentro de la pareja y la familia.

Se concluye que los principales obstáculos para dar solución al problema de la violencia radican en los valores y normas sociales que son compartidos tanto por las víctimas como por el entorno social.

Se necesitan más esfuerzos para disipar los mitos, ideas erróneas y las normas tradicionales Y las creencias de la comunidad sobre violencia, ya que demostramos con este estudio que el tener una educación formal profesional no disminuye la aceptación de violencia como se suponía al inicio del estudio.

Es necesario hacer partícipes a los integrantes de los equipos de salud para poder orientar y ayudar a las usuarias de los servicios de salud, ya que al haber caracterizado a las usuarias e identificar los factores que se relacionan con la aceptación de violencia son oportunidades de prevención de actos violentos.

GLOSARIO

Atención médica de violencia familiar o sexual, al conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica.

Atención integral, al manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento.

Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.

Estilos de vida saludables, se define como los patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo o grupo, que pueden afectar la salud del individuo.

Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Evento más reciente de violencia, al suceso que reporte la o el usuario de los servicios de salud al momento de la consulta o que diagnostique la o el médico como la última ocasión en que fue objeto de violencia física, psicológica o sexual.

Grupos en condición de vulnerabilidad, a los grupos que señala como tales la CNDH.

Indicadores de abandono*, a los signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

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

Indicadores de violencia psicológica*, a los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

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

Participación social, al proceso que promueve y facilita el involucramiento de la población y las autoridades de los sectores público, social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Prestadores de servicios de salud, a las y los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

Promoción de la salud, estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud. Brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar más los determinantes de salud.

Usuaría o usuario, a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Violencia contra las mujeres, cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;

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

Violencia familiar, el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende:

Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.

Maltrato psicológico, a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual, a la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

Maltrato económico, al acto de control o negación de ingerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.

Violencia sexual, a todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud Washington, D.C. 2002
2. www.inmujeres.gob.mx
3. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
(www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/.../1_2_2_4new.pdf)
4. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
5. Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria Gobierno del Principado de Asturias Promueven y editan: Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad. Instituto Asturiano de la Mujer C/ Eduardo Herrera “Herrerita”, s/n. 3.ª planta.
6. Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press
7. Gillian Fawcett. Tere Venguer. Lydia Miranda. Francisco Fernández. Los servicios de salud ante la violencia doméstica”, Population Council, IDEAME, México. 1999.
8. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002). Heise (1998) García-Moreno (2000)
9. Isobelle Barrett Meyering. What factors shape community attitudes to domestic violence? Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse The University of New South Wales Sydney February 2011.
10. Guía de práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud. Sept 2010
11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA
(www.inegi.gob.mx)
12. INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos. Consultado en INEGI-Inmujeres Mujeres y Hombres 2005, México. 2005 Inmujeres, Cálculos a

- partir de INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005. Base de datos Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, Censo Población y Vivienda, 2010. Microdatos de la muestra
13. INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, 2003. Segundo trimestre. INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, 2004. Segundo trimestre. Base de datos
 14. INMUJERES INEGI-UNIFEM-FEVIM-CEFEMIN, Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006
 15. INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. Censo de Población y Vivienda
 16. www.isea.gob.mx
 17. <http://www.aguascalientes.gob.mx/iam>
 18. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCION Y ATENCION
 19. Conceptualización y características de la violencia contra la mujer, Revisión Bibliográfica.
 20. “Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres” INEGI MÉXICO, D.F., A 25 DE NOVIEMBRE DE 2005
 21. PROGRAMA DE ACCION ESPECIFICO 2007-2012 Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Genero
 22. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH) 2006
 23. Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública en México Primera edición, 2004 Instituto Nacional de Salud Pública de México
 24. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: Análisis y Perspectiva en México. Rosario Valdez. Clara Juárez. Salud Mental Vol. 21 núm. 6. Dic 1998.
 25. Guía de Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud. Edición sept 2010
 26. Índex of Spouse Abuse. Guía de Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud. Edición sept 2010
 27. Severity of Violence Against Women Scale. <http://www.midss.ie/content/severity->

violence-against-women-scale-svaws

28. Robert J. Kohlenberg (University of Washington, USA), Mavis Tsai (University of Washington, USA), Rafael Ferro García (Centro de Psicología CEDI de Granada, España), Luis Valero Aguayo (Universidad de Málaga, España), Antonio Fernández Parra (Universidad de Granada, España) y Javier Virués-Ortega (Complejo Hospitalario de Jaén, España). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento International Journal of Clinical and Health Psicología Vol. 5, N° 2, pp. 349-371
29. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 ENDIREH Informe operativo
30. <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/645-el-inegi-e-inmujeres-dan-a-conocer-los-resultados-de-la-endireh-2011>
31. Gabriela Saldívar Hernández, Luciana Ramos Lira, María Teresa Saltijeral Méndez, Validación de las escalas de aceptación de la violencia y de los mitos de violación en estudiantes universitarios Salud Mental Vol. 27, No. 6, diciembre 2004
32. BURT M: Cultural Myths And Supports For Rape. J Personality Social Psychology, 38:217-230, 1980
33. LONSWAY KA, FITZGERALD L: Rape Myths. Psychology Women Quarterly, 18:133-164, 1994
34. . Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in west Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman's response, and suggested measures as perceived by community members Reprod Health. 2012 Aug 20;9:14.
35. Susan Pick, Iwin Leenen, Martha Givaudan, Andrea Prado. «Yo quiero, yo puedo...prevenir la violencia»: Programa breve de sensibilización sobre violencia en el noviazgo Salud Mental 2010;33:153-160
36. México Pablo Méndez-Hernández, Rosario Valdez-Santiago, Leonardo Viniegra-Velázquez, Leonor Rivera-Rivera, Jorge Salmerón-Castro. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos Salud pública de México / vol.45, no.6, nov-dic 2003.

37. Olalekan A Uthman Stephen Lawoko¹ and Tahereh Moradi. Factors associated with attitudes towards intimate partner violence against women: a comparative analysis of 17 sub-Saharan countries BMC International Health and Human Rights JULIO 2009.
38. Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Lima, Peru. 2002
39. Te Pokapū Rangahau Arotake Hapori Attitudes, Values and Beliefs about Violence within Families. 2008 Survey Findings Fleur McLaren Centre for Social Research and Evaluation March 2010
40. Göksu Gözen Çitak Constructing an Attitude Scale: Attitudes toward Violence on Televisions. International Journal of Human and Social Sciences 4:4 2009
41. Jennifer Scott, Sarah Averbach, Anna Merport Modest, Michele R Hacker, Sarah Cornish, Danielle Spencer, Maureen Murphy and Parveen Parmar. An assessment of gender inequitable norms and gender-based violence in South Sudan: a community-based participatory research approach. Conflict and Health 2013
42. 2007 July Caballero, Milena Alfaro, Yesenia Nuñez, Harold Torres. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004 – Rev. Peru. epidemiol. Vol. 13 No 3 Diciembre 2009
43. Eunice Abdul Remane Jethá, Catherine A Lynch, Debra E Houry, Maria Alexandra Rodrigues,² Baltazar Chilundo, Scott M Sasser, and David W Wright: Characteristic of victims of family violence seeking care at health centers in Maputo, Mozambique Journal Emergency Trauma Shock 2011 369
44.). Rosa María González-Guarda, Nilda Peragallo, Ami Lynch, Susanna Nemes. Drugs, Women and Violence in the Americas: U.S. Results of a Multi-Centric Pilot Project (Phase I Rev Colomb Psiquiatr. 2010 September 1; 39(5): 66S–83S.
45. Teorías del aprendizaje. Fundación Chile. Portal Educarchile: <http://www.educarchile.cl>
46. Elia Marum Espinoza. Liderazgo y equidad. Una perspectiva de género. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas. Núcleo Universitario Los Belenes. Zapopan, Jal 2009
47. Gustavo Cabrera A. Jorge Toscón G. Diego Lucumí C. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo Revista Facultad Nacional Salud Pública 2001; 19(1):

91-101

48. Lisa M.Bates,Sidney Ruth Schuler, Farzana Islam y Md.Khairul Islam. Factores socioeconómicos y procesos relacionados con la violencia doméstica en zonas rurales de Bangladesh. Selección Especial de Artículos sobre Violencia Basada en Género y Salud Reproductiva, 2006, págs. 41–51
49. Marco Fournier, Rebecca de los Ríos, Pamela Orpinas y Leandro Piquet-Carneiro. Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): metodología
50. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Lilia Blima Schraiber Ivan França-Junior, Ana Bernarda Ludermir, Ana Paula Portella, Carmen Simone Diniz, Márcia Thereza Couto I, Otávio Valença Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women.. Rev Saúde Pública 2009;43(2).
51. .Maria Arleide da Silva, Gilliatt Hanois Falbo Neto, José Natal Figueiroa, José Eulálio Cabral Filho. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):264-272, fev, 2010.
52. . Polona Selic, Katja Pesjak and Janko Kersnik. Selic et al. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients BMC Public Health 2011, 11:621- <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/621>
53. .Tanya Abramsky, Charlotte H Watts, Claudia Garcia-Moreno, Karen Devries, Ligia Kiss, Mary Ellsberg, Henrica AFM Jansen, Lori Heise. Abramsky et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence BMC Public Health 2011, 11:109 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/109>
54. Belén Zorrilla, Marisa Pires, Luisa Lasheras, Consuelo Morant, Luis Seoane, Luis M. Sanchez, Inaki Galan, Ramon Aguirre, Rosa Ramirez, Maria Durban. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 2, 169–175
55. Carmen Vives-Cases, Carlos Alvarez-Dardet, Diana Gil-González, Jordi Torrubiano-

- Domínguez, Izabella Rohlfs y Vicenta Escriba Agüir. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 2009;23(5):410–414. <http://www.elsevier.es>
56. Maxine M. Denniston, Monica H. Swahn, Marci Feldman Hertz, Lisa M. Romero. Las asociaciones entre los medios electrónicos de uso y participación en la violencia, alcohol y drogas entre los Estados Unidos los estudiantes de secundaria. *West J Emerg Med.* julio 2011, 12 (3) : 310-315.
 57. .C. Vives-Cases J. Torrubiano-Domínguez C. Álvarez-Dardet. The effect of television news items on intimate partner violence murders *European Journal of Public Health* Volume 19, Issue 6. Pp. 592-596.
 58. Marco Fournier, Rebecca de los Ríos, Pamela Orpinasy Leandro Piquet-Carneiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): metodología.* *J Public Health* 5(4/5), 1999
 59. DÜRINA STEFANI. TEORIA DE LA ACCION RAZONADA: UNA Aplicación A LA PROBLEMATICA DE LA INTERNACION GERIATRICA. *REVISTA LA TINOAMERICANA DE PSICOLOGIA* 1993 VOLUMEN 25 NR 2 Pp.205-223
 60. .Elena Felipe Castaño y Benito León del Barco. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal *International Journal of Psicología and Psychological Therapy* 2010, 10, 2, pp. 245-257
 61. Carolina Agoff, Ari Rajsbaum, Cristina Herrera. Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública de México / vol.48, suplemento 2 de 2006.*
 62. Patricia Trujano Ruiz. Susana Mendoza López. Violencia doméstica: estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *IZTAPALAPA 54 • AÑO 24 • ENERO-JUNIO DE 2003.*
 63. <http://textosdepsicologia.blogspot.mx/2010/12/teoria-de-las-actitudes.html>

ANEXOS

ANEXO A INSTRUMENTO

ANEXO B MANUAL OPERACIONAL

ANEXO C OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO D CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO E CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



ANEXO A INSTRUMENTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL ZON No. 1
DELEGACION AGUASCALIENTES
CUESTIONARIO SOBRE ACEPTACION DE VIOLENCIA

FECHA DE APLICACIÓN: _____ EDAD: _____

PARTE I

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una X en el círculo según corresponda la respuesta a sus datos personales.

1. ESTADOCIVIL: SOLTERA CASADA UNION LIBRE DIVORCIADA VIUDA

2. ESCOLARIDAD: NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA
TECNICA COMERCIAL LICENCIATURA MAESTRIA

3. ESCOLARIDAD DE SU PAREJA: NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA
PREPARATORIA TECNICA COMERCIAL LICENCIATURA MAESTRIA

4. RELIGION: NINGUNA CATOLICA CRISTIANA TESTIGO DE JEHOVA OTRA

5. OCUPACION: HOGAR ESTUDIANTE EMPLEADA PROFESIONISTA

6. OCUPACION DE SU PAREJA: HOGAR ESTUDIANTE EMPLEADO PROFESIONISTA

7. LUGAR DE RESIDENCIA: MEDIO URBANO MEDIO RURAL MEDIO SEMIURBANO

8. CONSUMO ALCOHOL: NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

9. SU PAREJA CONSUME ALCOHOL: NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

10. CONSUMO CIGARRO: NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

11. SU PAREJA CONSUME CIGARROS: NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

12. CONSUMO DROGAS: NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

13. SU PAREJA CONSUME DROGAS: NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

14. PROGRAMA TELEVISIVO QUE ACOSTUMBRA: INFORMATIVOS EDUCATIVOS ENTRETENIMIENTO
 DEPORTIVOS CULTURALES

15. EN LOS ULTIMOS 6 MESES HA SUFRIDO ALGUNA PERDIDA IMPORTANTE: SI NO
CUAL _____

PARTE II

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una X según corresponda su respuesta a cada afirmación.

ESCALA DE ACEPTACION DE LA VIOLENCIA			
AFIRMACION	DE ACUERDO	REGULARMENTE DE ACUERDO	TOTAL MENTE EN DESACUERDO
1. NUESTRO PAIS DEBERIA SER AGRESIVO INTERNACIONALMENTE UTILIZANDO FUERZA MILITAR			
2. LA FABRICACION DE ARMAS ES NECESARIA			
3. UN NIÑO DEBE SER NALGUEADO PARA CALMAR EL BERRINCHE			
4. EL GOBIERNO DEBE ENVIAR SOLDADOS ARMADOS PARA CONTROLAR MANIFESTACIONES VIOLENTAS			
5. EL CASTIGAR FISICAMENTE A UN NIÑO CUANDO SE LO MERECE, LO CONVETIRA EN UN ADULTO MADURO Y RESPONSABLE			
6. LA GUERRA ES UNA SITUACION FRECUENTEMENTE NECESARIA			

<p>7. UN NIÑO QUE HABITUALMENTE ES DESOBEDIENTE DEBE SER CASTIGADO FISICAMENTE</p>			
<p>8. DAR UNA BOFETADA A UN NIÑO MALCRIADO ES EL MEJOR CAMINO PARA TERMINAR CON LA MOLESTIA</p>			
<p>9. EL ASESINATO DE CIVILES DEBE SER ACEPTADO COMO UNA PARTE INEVITABLE DE LA GUERRA</p>			
<p>10. LOS ADOLESCENTES QUE SE REHUSAN A OBEDECER DEBEN SER AZOTADOS</p>			
<p>11. 11. ES UN DERECHO DE LA PAREJA GOLPEAR AL OTRO (A) EN LA CARA SI COQUETEA CON OTROS</p>			
<p>12. UN ADULTO DEBE AZOTAR A UN NIÑO SI ROMPE LAS REGLAS</p>			
<p>13. ES UN DERECHO DE LA PAREJA GOLPEAR AL OTRO (A) SI ES INSULTADO O RIDICULIZADO</p>			
<p>14. 14. ES UN DERECHO DE LA PAREJA GOLPEAR AL OTRO (A) EN LA CARA SI ES CONTRADICHO</p>			

ANEXO B MANUAL DE OPERACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION AGUASCALIENTES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

“FACTORES RELACIONADOS CON ACEPTACION DE LA VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HGZ No 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES”

INSTRUCCIONES

- A. La residente de tercer año de medicina familiar y 2 licenciados en salud pública aplicaran el instrumento de Escala de Aceptación de Violencia en mujeres de 20 a 59 años usuarias de la consulta externa de Especialidades del HGZ No. 1 IMSS Delegación Aguascalientes.
- B. Se seleccionara por conveniencia a las mujeres en el rango de edad de 20 a 59 años que se encuentren es espera de consulta en el área de consulta externa de especialidad ene 1 HGZ No. 1 tanto del turno matutino como vespertino, posterior a identificación de las candidatas se aplicará o autoaplicará el instrumento, según sea la condición de capacidad de lectura y escritura; se otorgara una carta de consentimiento informado, se le explicara que se le realizara un cuestionario sobre aceptar la violencia en diferentes circunstancias, ya que actualmente la violencia es un problema de salud importante en nuestro estado y de esta manera poder llevar a cabo estrategias para cambiar creencias respecto a la violencia e identificar en que áreas sociales, educativas y económicas se debe puntualizar para no favorecer la violencia en cualquiera de sus presentaciones.
- C. El cuestionario consta de dos apartados, el primero de 15 ítems donde se determinaran las características socioculturales, sociodemográficas de las encuestadas, y el segundo donde se evaluara como tal, la aceptación de la violencia mediante 14 ítems que se responderán por Escala de Likert con puntaje de 3 a 1, donde 3 será estar de acuerdo, 2

regularmente de acuerdo y 1 desacuerdo, donde a mayor puntaje mayor aceptación de la violencia.

D. Se le comunica a la encuestada que en el momento en que no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar del proyecto.

1. FICHA DE IDENTIFICACION

En esta sección, únicamente incluye fecha de aplicación y edad de la paciente. El nombre no se requerirá, ya que por el tipo de información que se busca obtener, es posible que se vea sesgada a identificar a la paciente.

2. CUESTIONARIO

I. FACTORES RELACIONADOS

La usuaria marcará la respuesta en el círculo que procede a las respuestas que se le otorgan y que cubra sus características particulares; por ejemplo:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL ZON No. 1
DELEGACION AGUASCALIENTES
CUESTIONARIO SOBRE ACEPTACION DE VIOLENCIA
FECHA DE APLICACIÓN: _____ EDAD: _____

PARTE I

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una X en el círculo según corresponda la respuesta a sus datos personales.

1. ESTADOCIVIL:	SOLTERA <input checked="" type="checkbox"/>	CASADA <input type="checkbox"/>	UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	DIVORCIADA <input type="checkbox"/>	VIUDA <input type="checkbox"/>
2. ESCOLARIDAD:	NINGUNA <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	PREPARATORIA <input checked="" type="checkbox"/>	MAESTRIA <input type="checkbox"/>
3. ESCOLARIDAD DE SU PAREJA:	NINGUNA <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input checked="" type="checkbox"/>	PREPARATORIA <input type="checkbox"/>	
4. RELIGION:	CATOLICA <input type="checkbox"/>	CRISTIANA <input type="checkbox"/>	TESTIGO DE JEHOVA <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	
5. OCUPACION	HOGAR <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	EMPLEADA <input type="checkbox"/>	PROFESIONISTA <input type="checkbox"/>	

I.1 Estado civil

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Actualmente usted está soltera, casada, vive con alguien sin haberse casado, divorciada o viuda.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Soltera	1
Casada	2
Unión Libre	3
Divorciada	4
Viuda	5

I.2 Escolaridad de la encuestada

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Hasta que nivel de estudios termino, es decir, cuál fue su grado máximo de estudios al que logro llegar.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Ninguna	1
Primaria	2
Secundaria	3
Preparatoria	4
Técnica	5
Comercial	6
Licenciatura	7
Maestría	8

I.3 Escolaridad de la pareja encuestada

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Hasta que nivel de estudios término su pareja, es decir, cuál fue su grado máximo de estudios al que logro llegar su pareja.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Ninguna	1
Primaria	2

Secundaria	3
Preparatoria	4
Técnica	5
Comercial	6
Licenciatura	7
Maestría	8

I.4 Religión de la encuestada

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Religión que actualmente cree usted.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Ninguna	1
Católica	2
Cristiana	3
Testigo de Jehová	4
Ninguna	5

I.5 Ocupación de la encuestada

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Actualmente a que se dedica la mayor parte de su tiempo.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Hogar	1
Estudiante	2
Empleada	3
Profesionista	4

I.6 Ocupación de la pareja encuestada en caso de tenerla

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Actualmente a que se dedica su pareja.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Hogar	1
Estudiante	2
Empleada	3
Profesionista	4

I.7 Lugar de residencia

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Actualmente donde vive usted, en la ciudad, en alguna cabecera municipal o en alguna localidad rural, es decir, vive en la ciudad o en algún rancho.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Urbano	1
Rural	2
Semiurbano	3

I.8 Consumo de alcohol

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Con que frecuencia usted consume bebidas alcohólicas.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Nunca	1
A veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

I.9 Consumo de alcohol por parte de la pareja encuestada

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Con que frecuencia su pareja consume bebidas alcohólicas.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Nunca	1
A veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

I.10 Consumo de tabaco

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Con que frecuencia usted consume cigarros.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Nunca	1
A veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

I.11 Consumo de tabaco por parte de la pareja encuestada

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Con que frecuencia su pareja consume cigarros.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Nunca	1
A veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

I.12 Consumo de drogas

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Con que frecuencia usted consume algún tipo de droga.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Nunca	1
A veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

I.13 Consumo de drogas por parte de la pareja encuestada

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Con que frecuencia su pareja consume algún tipo de droga.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Nunca	1
A veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

I.14 Programa televisivo que acostumbra

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Qué tipo de programas acostumbra usted ver, informativos como noticieros, educativos como reportajes de educación, salud, ciencia, o entretenimiento como musicales, cómicos, telenovelas, shows, películas, o deportivos o culturales como obras de teatro, conciertos de orquestas, o algo similar.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Informativos	1
Educativos	2
Entretenimiento	3
Deportivos	4
Culturales	5

I.15 En los últimos 6 meses ha sufrido alguna perdida.

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

En los últimos 6 meses usted ha perdido algún empleo, ha terminado alguna relación, ha perdido físicamente a algún ser querido (familiar, amigo, compañero), ha terminado alguna etapa escolar, ha cambiado de trabajo, ha cambiado de domicilio, le han diagnosticado alguna enfermedad grave o su salud se ha visto dañada de forma importante.

Codificación: La codificación para el encargado del proyecto será

Si	1
No	2

II. ACEPTACION DE LA VIOLENCIA

Este apartado comprende la Escala de Aceptación de Violencia de Vellicer ya modificada para población mexicana; que consta de 14 reactivos, la cual se responde con una escala de Likert de tres opciones: de acuerdo 3, regularmente de acuerdo 2 y totalmente en desacuerdo 1; de este modo, cuanto más alto sea el puntaje, mayor será la aceptación de la violencia.

II.1 NUESTRO PAIS DEBERIA SER AGRESIVO INTERNACIONALMENTE UTILIZANDO FUERZA MILITAR

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Nuestro país debe comportarse con violencia con otros países usando al ejército.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.2 LA FABRICACION DE ARMAS ES NECESARIA

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Está de acuerdo, más o menos de acuerdo o totalmente en desacuerdo en que se fabriquen armas porque son necesarias siempre.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.3 UN NIÑO DEBE SER NALGUEADO PARA CALMAR EL BERRINCHE

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Si un niño hace berrinches es necesario que se le golpee para que deje de hacerlo.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.4 EL GOBIERNO DEBE ENVIAR SOLDADOS ARMADOS PARA CONTROLAR MANIFESTACIONES VIOLENTAS

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

En caso de que exista una manifestación donde los manifestantes estén siendo violentos, es necesario que el gobierno envíe al ejército a controlar la situación.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2

Totalmente en desacuerdo

puntaje de 1

II.5 EL CASTIGAR FISICAMENTE A UN NIÑO CUANDO SE LO MERECE, LO CONVETIRA EN UN ADULTO MADURO Y RESPONSABLE

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Que tan de acuerdo está en que se golpee un niño como forma de castigo para hacerlo responsable y hacerlo un adulto maduro.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo

puntaje de 3

Regularmente de acuerdo

puntaje de 2

Totalmente en desacuerdo

puntaje de 1

II.6 LA GUERRA ES UNA SITUACION FRECUENTEMENTE NECESARIA

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Que tan de acuerdo está en que la guerra en cualquier lugar se vuelva necesaria para resolver conflictos.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo

puntaje de 3

Regularmente de acuerdo

puntaje de 2

Totalmente en desacuerdo

puntaje de 1

II.7 UN NIÑO QUE HABITUALMENTE ES DESOBEDIENTE DEBE SER CASTIGADO FISICAMENTE

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Un niño que no obedezca indicaciones tiene que ser golpeado como forma de castigo.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.8 DAR UNA BOFETADA A UN NIÑO MALCRIADO ES EL MEJOR CAMINO PARA TERMINAR CON LA MOLESTIA

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Un niño que este molestando haciendo cosas indebidas debe ser cacheteado o golpeado en la cara para que deje de molestar.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.9 EL ASESINATO DE CIVILES DEBE SER ACEPTADO COMO UNA PARTE INEVITABLE DE LA GUERRA

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

En una guerra se debe aceptar que mueran personas que no tienen participación en dicha guerra, solo por encontrarse en el lugar.

II.10 LOS ADOLESCENTES QUE SE REHUSAN A OBEDECER DEBEN SER AZOTADOS

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Los adolescentes para obedecer normas y reglamentos tienen que ser golpeados.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.11 ES UN DERECHO DE LA PAREJA GOLPEAR AL OTRO (A) EN LA CARA SI COQUETEA CON OTROS

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Si la pareja le coquetea a otra persona, su pareja tiene el derecho de golpearla en la cara por haberlo hecho.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.12 UN ADULTO DEBE AZOTAR A UN NIÑO SI ROMPE LAS REGLAS

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Si un niño se comporta inadecuadamente no cumpliendo reglas, se le debe de castiga golpeándolo.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.13 ES UN DERECHO DE LA PAREJA GOLPEAR AL OTRO (A) SI ES INSULTADO O RIDICULIZADO

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Si la pareja insulta o ridiculiza a su propia pareja, se merece que la golpeen por haberlo hecho.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

II.14 ES UN DERECHO DE LA PAREJA GOLPEAR AL OTRO (A) EN LA CARA SI ES CONTRADICHO

En caso que la encuestada no entienda la pregunta se le explicara lo siguiente:

Si la pareja contradice a su propia pareja debe de golpearla en el rostro por ese motivo.

Codificación: La codificación para el encuestador será

De acuerdo	puntaje de 3
Regularmente de acuerdo	puntaje de 2
Totalmente en desacuerdo	puntaje de 1

ANEXO C OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICION
<p>EDAD</p> <p>Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde su nacimiento en año.</p>	<p>Se preguntara al paciente y se verificara con identificación oficial.</p>	<p>Años cumplidos al momento de la encuesta</p>	<p>FI</p>	<p>Cuantitativa Numérica Discreta</p>
<p>ESTADO CIVIL</p> <p>Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con personas del mismo u otro sexo.</p>	<p>Se preguntara a la paciente su condición civil al momento del estudio</p>	<p>Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda</p>	<p>I.1</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomic</p>
<p>ESCOLARIDAD</p> <p>Duración de los estudios en un centro docente.</p>	<p>Pregunta directa sobre los grados de estudio que curso hasta el momento de la aplicación del cuestionario.</p>	<p>Analfabeta Básica Medio superior Superior Posgrado Técnica Comercial</p>	<p>I.2 I.3</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>
<p>RELIGION</p> <p>práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales</p>	<p>Pregunta directa sobre su condición religiosa al momento de la entrevista</p>	<p>Católica Cristiana Testigo de Jehová Otra</p>	<p>I.4</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomic</p>

<p>OCUPACION</p> <p>Empleo y oficio, trabajo que impide realizar otra acción. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer</p>	<p>Pregunta directa a la paciente acerca a lo que se dedica en el momento de la encuesta.</p>	<p>Hogar Estudiante Empleada Obrera Autoempleada</p>	<p>I.5 I.6</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomic</p>
<p>LUGAR DE RESIDENCIA</p> <p>Se trata del lugar o domicilio en el que se vive.</p>	<p>Se preguntara a la paciente directamente de que medio procede</p>	<p>Rural Urbana Semiurbana</p>	<p>I.7</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomic</p>
<p>CONSUMO DE ALCOHOL</p> <p>Termino de significado variable que se emplea para referirse al consumo continuo o periódico de alcohol caracterizado por deterioro del control sobre la bebida.</p>	<p>Pregunta directa sobre la frecuencia de consumo</p>	<p>Escala de Likert - Nunca - A veces - Casi siempre - Siempre</p>	<p>I.8 I.9</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomic</p>

<p>CONSUMO DE CIGARRO Termino de significado variable que se emplea para referirse al consumo continuo o periódico de cigarro caracterizado por deterioro del control sobre el mismo.</p>	<p>Pregunta directa sobre la frecuencia de consumo</p>	<p>Escala de Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca - A veces - Casi siempre - siempre 	<p>I.10 I.11</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomic</p>
<p>CONSUMO DE DROGAS Patrón no adaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo relacionado con el consumo repetido de sustancias.</p>	<p>Pregunta directa sobre la frecuencia de consumo</p>	<p>Escala de Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca - A veces - Casi siempre - siempre 	<p>I.12 I.13</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomica</p>
<p>PROGRAMA TELEVISIVO Espacios audiovisuales con contenido con título, que no tienen una finalidad publicitaria. Se agrupan según si su</p>	<p>Pregunta directa sobre tipo de programa que gusta ver</p>	<p>Informativos Educativos Entretenimiento, Deportivos Culturales</p>	<p>I.10</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomica</p>

función es informar, entretener o formar.					
CONCEPTO	DIMENSION	VARIABLE	ITEMS	INDICADOR	
<p>Aceptación de la Violencia:</p> <p>La aceptación de la violencia se relacionan con actitudes negativas hacia las mujeres y a las minorías de todo tipo; está fuertemente ligada a valores culturales que consideran a la violencia como Un modo válido y hasta “natural” para la resolución de conflictos.</p>	<p>Actitudes negativas:</p> <p>Comportamiento que puede ser o no socialmente aceptable.</p>	<p>- Valores heredados</p> <p>- Valores adquiridos</p>	<p>II.1, II.2</p> <p>II.3, II.4</p> <p>II.5, II.6</p> <p>II.7, II.8</p> <p>II.9, II.10</p> <p>II.11,</p> <p>II.12</p> <p>II.13,</p> <p>II.14</p>	<p>ESCALA DE LIKERT:</p> <p>- DE ACUERDO</p> <p>- REGULARMENTE DE ACUERDO</p> <p>- TOTALMENTE DESACUERDO</p>	
	<p>Valores culturales:</p> <p>Tendencias (preferencias, prejuicios, actitudes, fobias, filias, etc.) que se transmiten por aprendizaje social (mediante la interacción con otros miembros de nuestra especie, o incluso de</p>			<p>Variable Cuantitativa Continua</p>	

	otras).			
<p>Violencia:</p> <p>Uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos,</p>	<p>Violencia física:</p> <p>Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Golpes - Fractura - Torceduras - Cachetadas - Empujones 	<p>II.1, II.2</p> <p>II.3, II.4</p> <p>II.5, II.6</p> <p>II.7, II.8</p> <p>II.9, II.10</p> <p>II.11,</p> <p>II.12</p> <p>II.13,</p> <p>II.14</p>	<p>ESCALA DE LIKERT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DE ACUERDO - REGULARME NTE DE ACUERDO - TOTALMENTE DESACUERDO <p>Variable cuantitativa continua</p>
	<p>Violencia psicológica:</p> <p>Acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Celotipia - Insultos - Humillacio 	<p>II.1</p> <p>II.2</p> <p>II.6</p>	

<p>trastornos del desarrollo o privaciones</p>	<p>consistente en celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas y amenazas</p>	<p>nes</p>		
<p>Factores relacionados con la aceptación de la violencia:</p> <p>Factores que predisponen a las personas a responder con menor facilidad la violencia o en su caso tolerarla o condescenderla, como culturales, geográficos, educativos.</p>	<p>Factores sociodemográficos</p> <p>Factores educativos</p> <p>Factores Geográficos</p> <p>Factores culturales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil - Religión - Ocupación - Escolaridad - Lugar de Residencia - Consumo de alcohol - Consumo de cigarro - Consumo de drogas - Preferencia de pros de TV. 	<p>I.1 – I.15</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotomica</p> <p>Ordinal/Cualitativa</p> <p>Cualitativa Nominal Policotomica</p> <p>ESCALA DE LIKERT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DE ACUERDO - REGULARME NTE DE ACUERDO - TOTALMENTE DESACUERDO

ANEXO D CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre del estudio: FACTORES RELACIONADOS CON ACEPTACION DE VIOLENCIA EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HGZ No 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES

Lugar y fecha: Aguascalientes, Ags. A..... de Del 2013

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

Justificación y objetivo del estudio: Determinar el grado de aceptación de violencia y factores relacionados en mujeres de 20 a 59 años usuarias de la consulta externa de especialidad del Hospital General de Zona 1 IMSS.

Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista que consta de tres respuestas (de acuerdo, regularmente de acuerdo, desacuerdo) guardado confidencialidad y anonimato, No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener información acerca del grado de aceptación de la violencia en diferentes situaciones así como identificar que factores están relacionados con este grado de aceptación de violencia.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo deseé conveniente.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Beneficios al término del estudio: Describir la aceptación de la violencia en mujeres de 20 a 59 años de edad usuarias de la consulta externa del HGZ No. 1 IMSS y que factores se relacionan con su aceptación.

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

DR. JAIME JONATHAN CEBALLOS RIVERA. Médico No Familiar adscrito al Servicio de Psiquiatría LUGAR DE TRABAJO: Hospital General de Zona 1 DOMICILIO: José Ma. Chávez # 1202, colonia Lindavista. Aguascalientes CP 20270 TELÉFONO: 9139050 CORREO: jonathanceballos@yahoo.com.mx ---

---- DRA SHAILA VIOLETA PUENTES AVILA LUGAR DE TRABAJO: Hospital General Zona1 ADSCRIPCIÓN: UMF 1 IMSS Aguascalientes DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270 TELÉFONO DEL TRABAJO: 4497692789

CORREO: medic_violeta@hotmail.com

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 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de la encuestada

Testigo 1

Dra. Shaila Violeta Puentes Ávila. Tesista

Testigo 2

ANEXO E CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
	n	e	a	b	a	u	u	g	e	c	o	i	n	e	a	b	a	u	u	g	e	c	o	i	n	e
	e	b	r	r	y	n	l	o	p	t	v	c	e	b	r	r	y	n	l	o	p	t	v	c	e	b
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	0	0	2	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	
	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	3	1	1	4
			2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	
1. Búsqueda de la información																										
2. Elaboración de protocolo de investigación																										
3. Envío del protocolo al comité local de investigación																										
4. Revisión y modificación de protocolo																										

