



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
MAESTRÍA EN CIENCIAS ÁREA: SISTEMAS DE SALUD



TESIS

Diseño y Validación de un Instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja

Para obtener el grado de Maestría en Ciencias Área:
Sistemas de Salud

Presenta

Gloria María Galván Flores

Tutora: Dra. Hortensia Reyes Morales

Co- tutora: Dra. Patricia A. Espinosa Alarcón

Registro de la Comisión Nacional de Investigación Científico Núm. 2006-785-088

México D.F. Diciembre 2008

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, la **DRA HORTENSIA REYES MORALES** a quien debo la oportunidad de avanzar en mi desarrollo profesional, gracias por el tiempo, la dedicación, y compartir sus conocimientos, con sus tan atinados comentarios en la asesoría para la elaboración de este trabajo.

Gracias **DRA. PATRICIA A. ESPINOSA ALARCÓN** por su paciencia, interés, y transmisión de conocimientos, que no solo fueron metodológicos, muchos de ellos de gran utilidad para la vida.

A **Mercedes Josefina Ordaz Díaz**, por hacer más fácil esta etapa de mi formación y aguantar algunos malos ratos.

A mis **profesores**, por contribuir de manera desinteresada a la realización de la Maestría.

A mis **padres**[†] quienes se sentirían orgullosos de este avance.

A mis **hermanos y hermanas**, de quienes siempre he recibido palabras de aliento para continuar con mis estudios.

A mis **sobrinos y sobrinas** por sus muestras de apoyo.

A **Magdalena Suárez Ortega** por ser tolerante.

Gracias:

Sara Torres, por el ánimo que trasmites.

Claudia Espinel, por tener siempre una palabra de aliento, y hacer más fáciles las reuniones de equipo.

Adriana Zubieta, por tu capacidad de conciliación.

Irma Bocanegra, por realizar las entrevistas con habilidad y dedicación.

A las autoridades de la UMF 31 del IMSS por todas las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo de investigación.

A las mujeres que participaron en el estudio.

Sobre todo agradezco a **DIOS** por el don de la vida

VOTOS APROBATORIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD,

México D.F. a 15 de diciembre del 2008

Señores
Miembros del Comité Académico de Investigación y Postgrado
Centro de Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Aguascalientes
Presentes

Respetados Miembros del Comité:

Por medio de la presente, pongo a su consideración y evaluación el trabajo de tesis de **Gloria María Galván Flores**, alumna de la Maestría en Ciencias: Área Sistemas de Salud, Generación 2005-2007, titulado: "*Diseño y validación de un instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja*", el cual ha concluido satisfactoriamente.

De antemano agradezco todos los comentarios en relación a este trabajo y aprovecho la oportunidad para enviarles un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Hortensia Reyes Morales
Directora de Tesis


Dra. Patricia A. Espinosa Alarcón
Co-tutora de Tesis





**C. GLORIA MARÍA GALVÁN FLORES
PASANTE DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS
ÁREA SISTEMAS DE SALUD
PRESENTE**

Por medio de la presente se le informa que una vez que su trabajo de tesis titulado:

" DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DE MUJERES EN RIESGO O VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA "

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y comité tutorial, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de Maestría en Ciencias, área Sistemas de Salud.

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

**ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"**

Aguascalientes, Ags. 17 de Diciembre 2008.



**DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**

CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS



ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez/ Jefe del Departamento de Control Escolar
ccp. Dra. Hortensia Reyes Morales / Tutor de Trabajo de tesis.
ccp. Archivo.

RESUMEN

Introducción

Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de la violencia parte de la base de que se trata de un fenómeno predecible y por lo tanto, prevenible. Hasta hace poco tiempo se evitaba hacer preguntas acerca de violencia porque esto puede resultar difícil, tanto para el personal como para la mujer, aunado a esto la ausencia de herramientas estandarizadas dificultan el abordaje del problema.

Aun cuando la detección de la violencia es una acción considerada en los PREVENIMSS, no se cuenta con herramientas que faciliten al personal de salud la identificación de mujeres víctimas de la violencia o en riesgo de serlo, siendo esto evidente en su baja detección en los servicios de salud.

Objetivo

Diseñar y validar un instrumento para detectar a mujeres en riesgo o víctimas de violencia de pareja.

Material y métodos

Diseño del estudio: Validación de un instrumento de detección (transversal analítico).

Diseño del instrumento

Incluye los siguientes aspectos para su elaboración:

I. Constructo

Elaboración del Concepto

Establecimiento de dimensiones

La elaboración del concepto y establecimiento de dimensiones de violencia de pareja hacia la mujer, se realizó a partir de la revisión de la literatura, y de la percepción acerca de la violencia de pareja identificado mediante metodología cualitativa con grupos focales, entrevistas a informantes clave y redes semánticas. Siendo seleccionadas para este estudio la violencia física, psicológica y sexual.

Niveles

Los niveles se refieren a los aspectos relacionados con:

El riesgo de sufrir violencia.

La presencia de violencia.

II. Indicadores en cada nivel

A partir de la revisión de la literatura se seleccionaron los indicadores de riesgo aplicables al contexto de la población del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La presencia de violencia se elaboró combinando tanto los indicadores de la literatura como a través de metodología cualitativa.

III. Ítems

A partir de la información obtenida en; revisión de la literatura, las entrevistas individuales a informantes clave y los grupos focales se elaboraron 82 ítems.

Validación del instrumento

Esta segunda fase incluyó: A). Validación de constructo y contenido, por consenso de expertos. B). Evaluación de la confiabilidad, para ello se aplicó el instrumento a una muestra de mujeres usuarias de los servicios de la Unidad Medicina Familiar No. 31 del IMSS.

Resultados

Se diseñó un instrumento de detección de mujeres en riesgos de sufrir violencia de pareja y de mujeres víctimas de ella. El instrumento final diseñado, contiene 18 ítems para la detección de las mujeres en riesgo de violencia de pareja, y 23 ítems para la detección de mujeres víctimas de violencia, el alfa de Cronbach obtenido (0.92), nos indica que es un instrumento confiable para la detección de violencia de pareja.

Conclusiones

Podemos decir que el instrumento diseñado es confiable para la detección de mujeres en riesgo o víctimas de pareja, aplicable en unidades de primer nivel, por el corto tiempo que se requiere para su llenado, aceptado por la población usuaria de estos servicios.

ÍNDICE

Agradecimientos	i
Votos aprobatorios	ii
Resumen	v
ÍNDICE	vii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO CONCEPTUAL	2
2.1 Perspectiva de género.	2
2.3 Análisis de la violencia.	4
2.4 Enfoque de riesgo en la atención a la salud.	6
3. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	8
3.1 Validación.	11
4. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.	12
4.1 Consecuencias físicas de la violencia.	13
4.2 Consecuencias psicológicas de la violencia.	13
4.3 Efectos de la violencia sobre la productividad y el empleo.	14
4.4 Violencia Sexual.	14
4.5 Factores asociados a la violencia.	15
4.6 Instrumentos para la detección de la violencia.	16
4.7 Panorama epidemiológico de la violencia en las mujeres.	18
4.8 Características de las mujeres derechohabientes del instituto mexicano del seguro social.	19
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	20
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
7. OBJETIVOS	21
7.1 Objetivo general	21
7.2 Objetivos específicos	21
8. HIPÓTESIS.	22
9. METODOLOGÍA.	22
9.1 Diseño del estudio	22
9.2 Descripción del estudio	22
9.4 Sitio de estudio	39
9.5 Unidad de análisis.	39
10. ASPECTOS ÉTICOS.	40
11. RESULTADOS	42

12. DISCUSIÓN.	51
ANEXOS	54
Referencias	67



1. INTRODUCCIÓN

La violencia y sus efectos en salud no es un tema nuevo para las ciencias sociales y de la salud. Sin embargo, es un problema tan complejo que las interrogantes de tipo teórico-metodológico y sus respuestas solo han permitido el actuar limitado en este campo. La violencia y los malos tratos han formado parte de nuestra vida cotidiana a lo largo de nuestra historia, han sido normalizados y naturalizados, por lo que suelen ser invisibles, silenciosos, ocultos.¹

La violencia contra las mujeres trasciende barreras geográficas, culturales o económicas. Se presenta en el ámbito laboral, en las calles o en el ámbito familiar, siendo éste su principal escenario, a diferencia del tipo de violencia que sufren los hombres; en ellos la ocurrencia tiende a ser en la calle, víctimas de un extraño, ocasionalmente de un conocido, mientras que las mujeres son víctimas de un familiar o de la pareja. Generalmente la justificación de la violencia, es derivada de las ideas tradicionales de los roles que corresponden a los hombres y a las mujeres: en las sociedades más tradicionales, golpear a la esposa se considera como una consecuencia del derecho del hombre a castigar físicamente a su mujer al juzgar su comportamiento como indebido².

La violencia intrafamiliar no es un problema de algunos bofetones o insultos, son un conjunto de acciones que se entrelazan y se manifiestan de diferentes formas, con el propósito de mantener en el miedo y en la sumisión a la persona agredida. Así la violencia intrafamiliar se va a expresar un día en una agresión física, otro día en una agresión sexual o en el daño a un objeto apreciado por la persona agredida, siempre bajo una sistemática y cotidiana violencia psicológica. Todas estas acciones menoscaban y anulan la autodeterminación de la persona maltratada.

La violencia es un tema delicado del que no es fácil hablar; en muchas ocasiones las víctimas no se atreven a comunicarlo, situación que limita su detección y manejo. De aquí el interés por elaborar un cuestionario que permita su detección en unidades de atención a la salud, tarea que ha dado lugar a la presente tesis.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Entre los elementos que son esenciales para entender la perspectiva de género es clarificar los conceptos de “sexo y género” ya que son conceptos distintos. “**Sexo**” se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Mientras que el concepto de “**Género**” se refiere al conjunto de ideas, percepciones y valoraciones sociales y culturales sobre lo femenino y lo masculino, en pocas palabras, es una construcción social.

La construcción del género es una consecuencia de la operación de un *habitus* que reproduce una estructura de poder donde la hegemonía la tienen los varones, quienes tienen asignados los actos de mando, oficiales o no, los actos peligrosos y los espectaculares, en cambio a las mujeres se les atribuyen todas las tareas domésticas, privadas y ocultas³. Es importante considerar que los papeles de género se adquieren mediante un proceso de socialización y son específicos a cada contexto y cultura por lo que al ser una construcción social, pueden modificarse para fomentar la equidad entre los sexos, beneficiando tanto a hombres como a mujeres. La igualdad de género y el desarrollo de un país están estrechamente relacionados ya que cuando las mujeres y los hombres son relativamente iguales la economía tiende a crecer más rápido, se reduce el nivel de pobreza y aumenta el bienestar de los hombres, mujeres y niños⁴. Por otro lado, es ineludible aceptar las diferencias determinadas biológicamente entre hombres y mujeres, como es el caso de la mayor fuerza muscular en los varones, lo cual no justifica, en ninguna circunstancia, el abuso físico de los hombres sobre las mujeres. De igual manera sabemos que los riesgos para la salud por las funciones reproductivas en las mujeres, no son iguales en los hombres, situación que exige a las instituciones de salud respuestas diferenciadas; a pesar de ello, no disculpa la actitud de limitar a las mujeres en el desarrollo de otras tareas más allá de la crianza.

Si bien las diferencias biológicas tienen un papel en la vida social, de acuerdo al sexo, tradicionalmente se asignan determinados papeles, tareas y comportamientos. En la mayoría de las culturas por ejemplo, se enseña que ante un dolor los hombres no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

deben llorar, pero, pueden responder con el ejercicio de su superioridad física, fuerza que a su vez les obliga a ser protectores de SU familia es su responsabilidad proveer a SUS hijos y a SU mujer, a ellos no les corresponde cuidar a la prole en el día a día en el hogar, ni preparar los alimentos o el limpiar la casa. A las mujeres no les toca ganar el sustento fuera de su hogar, en cambio es su responsabilidad tener en orden el hogar. Estos papeles y comportamientos tradicionales conllevan al otorgamiento de una valoración de superioridad hacia los hombres, quienes tienen derechos y obligaciones sobre SUS posesiones, lo cual propicia relaciones de poder a favor de ellos; las mujeres y los niños son subordinados.

Los actos de violencia contra las mujeres suceden dentro de esas relaciones desiguales, por lo que aquel que los comete abusa del poder que tiene. Es un principio jurídico el de que todo derecho que otorga poder debe ejercerse sin abuso.

Investigaciones realizadas con hombres y niños muestran cómo las normas de género relacionadas con la masculinidad no solo influyen en la interacción de los hombres con las mujeres y las niñas, sino también con otros hombres y niños, de tal manera que la desigualdad de las normas de género puede aumentar la vulnerabilidad de los hombres a la violencia, lesiones; muerte, por ejemplo, los hombres y los niños que consideran que los hombres deben dominar a las mujeres tienen más probabilidades de tener contacto con la policía, uso de alcohol y drogas y han utilizado la violencia contra su pareja.⁵

2.2 Relación de pareja.

Una necesidad de las personas como seres sociales es: la pertenencia, la formación de vínculos y establecer relaciones de diversos tipos. Se busca que estas relaciones sean estrechas y que nos brinden seguridad y confianza. Se establecen con la familia, amigos y por supuesto con la búsqueda de una pareja. Se ha planteado que la relación de pareja está compuesta por dos individuos de diferentes sexos, unidos por un compromiso emocional y que persiguen la satisfacción de necesidades dando lugar a la construcción de una nueva entidad psicológica y social⁶.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las relaciones de pareja son de gran importancia en la vida del ser humano, generan sentido y trascendencia en la vida, el establecer un vínculo con otra persona trae consigo una serie de implicaciones por lo que definir qué es una relación de pareja se vuelve complejo.

Tratar de comprender cómo funciona la relación de pareja nos lleva a considerar la importancia de las experiencias tempranas de la vida de una persona que conformarán su personalidad e influirán en la manera en que establezca relaciones incluyendo las de pareja.

2.3 ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA.

Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de la violencia debe partir de la base de que se trata de un fenómeno predecible y por lo tanto, prevenible. Existen barreras sociales que impiden detectar los efectos de la violencia sobre las condiciones de salud de la población; los homicidios, altercados, luchas y violaciones, entre otros, se encuentran clasificados de acuerdo con su frecuencia, en orden decreciente como ocurridos entre miembros de una misma familia, amigos, familiares y extraños⁷. En ese sentido la relación a veces tan cercana, entre agresores y agredidos, ocasiona que muchos de esos hechos no se denuncien.

No existe todavía una definición universalmente aceptada de violencia hacia la mujer; por tanto, la construcción de métodos de acercamiento, detección, atención o prevención, todavía están en incipiente desarrollo, a pesar de que se cuenta con una declaración universal y una convención interamericana cuyos objetivos son precisamente el combate y la erradicación de la violencia hacia la mujer y que en dos de las cumbres internacionales de derechos humanos de finales del siglo XX se reconoció que toda mujer tiene derecho a una vida sin violencia⁸.

Para fines de este trabajo se tomó en cuenta la definición de violencia en contra de la mujer de las Naciones Unidas, es una definición internacional amplia de violencia, basada en el concepto de género que además clasifica la violencia, aunque no tiene

en cuenta el tipo de perpetrador. La violencia de pareja hacia la mujer (VPM) se ha definido como “**todo tipo de violencia, física, psicológica y sexual, ejercida en contra de la mujer por parte de la pareja actual o antigua, producido en la vida pública y/o privada.**”⁸

Obsérvese que esta definición de violencia incluye tres dimensiones para referirse a:

Violencia física: uso de la fuerza física o/y el de armas en ataques que lesionan o hieren; como golpear, asfixiar, morder, arrojar objetos contra la otra persona, patear, empujar, utilizar un arma; como un revólver, cuchillo u objeto punzo cortante. Esta puede culminar con la muerte de la mujer.

Violencia psicológica: es el abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la estima hacia una o varias personas; mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor.

Violencia sexual: se define como cualquier acto u omisión orientado a vulnerar el ejercicio de los derechos humanos sexuales o reproductivos de las personas, dirigido a mantener o a solicitar contacto sexualizado, físico, verbal o a participar en interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza o la amenaza de usarla, la intimidación la coerción, chantaje, presión indebida, soborno, manipulación o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal de decidir acerca de la sexualidad y de la reproducción⁹.

Hablar de **violencia de género** es referirnos a esas dimensiones y a todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por una cultura patriarcal. Se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico. Esta violencia se expresa a través de conductas y actitudes basadas en un sistema de creencias sexista y heterocentrista, que tienden a acentuar las diferencias apoyadas en los estereotipos de género, conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos. La violencia de género adopta formas muy variadas,

tanto en el ámbito de lo público, como en los contextos privados. Ejemplos de ella son, entre otras: todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, institucional, laboral), el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto atrayente de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico, social, sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, y que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte.

2.4 ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCIÓN A LA SALUD.

El enfoque de riesgo es un método útil para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos que, permite determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, accidentarse o morir es mayor que la de otros; a tales grupos se les considera vulnerables. Esta vulnerabilidad es el resultado de un determinado número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, etc., que reunidas confieren un riesgo particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro.

Tradicionalmente los riesgos para la salud se han definido principalmente desde una perspectiva científica, aunque recientemente se ha identificado que su percepción e interpretación, por lo general es de un modo muy diferente entre los distintos grupos que conforman la sociedad: científicos, profesionales, políticos, administradores y público en general. El análisis de riesgos es considerado una actividad científica relativamente nueva, relacionada básicamente con las amenazas ambientales y otros peligros externos para la salud, como son la exposición a sustancias químicas, radiaciones o accidentes de tránsito.

Fue a principios de los ochenta cuando se inició la evaluación de los riesgos y fue entonces cuando se dio mayor atención a la manera de controlar los peligros o

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

factores de riesgo tanto a nivel individual como grupal. La prioridad cambió de la identificación de la probabilidad de acontecimientos adversos para diferentes factores de riesgo a la evaluación de la magnitud y la trascendencia de las posibles consecuencias, entre las cuales destacan las defunciones. Con esto se buscó reducir la incertidumbre de las estimaciones científicas. Una consecuencia destacada ha sido la idea de que el propio individuo puede contribuir a la transformación de los riesgos que corre su salud, pues muchos de éstos tienen su origen en el comportamiento y por consiguiente, el individuo puede controlarlos en gran medida. Esta perspectiva permitió el surgimiento de un enfoque de promoción de la salud basado en los cambios de estilo de vida, sin exentar de responsabilidad a los servicios de salud.

Los esfuerzos por el mejoramiento de los servicios de salud, así como el aprovechamiento de los recursos existentes, han propiciado el desarrollo de herramientas particularmente aplicables a los aspectos preventivos de la atención de la salud. El hecho de que las comunidades, las familias o los individuos, posean características que les confieren un “riesgo” especial de alteración de su salud, implica una cadena causal o secuencial, donde los riesgos relacionados es posible traducirlos como una expresión de las necesidades de atención¹⁰.

El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro y cuando se habla de riesgo se hace referencia a la probabilidad –como algo incierto- de que un evento suceda; este puede ser: enfermedad, muerte o éxito en una intervención. La medición del riesgo no es algo nuevo pero sí lo es su utilización en la determinación de prioridades, en la selección de intervenciones y en la distribución de recursos, esto puede deberse a su principal limitante: puede predecir *cuántos* morirán en una población dada, pero no puede predecir *quiénes* son los individuos que morirán. El examen de las características de las personas que murieron permiten identificar sus diferencias con los sobrevivientes; estas características diferentes se consideran *factores de riesgo*. Según John M Last “un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento de probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido”¹¹. En la medida que se cuenten con mejores

estimaciones de la probabilidad de que se produzcan resultados sanitarios adversos, se podrá mejorar la elaboración de políticas en salud.

Acorde al enfoque de riesgo es necesario contar con instrumentos que permitan la estimación de la presencia de esa(s) característica(s) asociada(s) a la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido. Para el caso de la violencia, existen múltiples factores que protegen o facilitan la ocurrencia del fenómeno. Estos factores no son necesariamente causas directas de la violencia o de la ausencia de ésta. Sin embargo, se ha comprobado que cuando existen factores de riesgo, la probabilidad de que ocurra la violencia es mayor.

3. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

De manera clásica se ha definido el término medir como “la asignación de números a objetos y eventos de acuerdo con reglas determinadas previamente”; sin embargo, esta definición es más apropiada para las ciencias físicas que para las ciencias sociales, ya que muchos de los fenómenos que son estudiados por éstas son abstractos y/ complejos, como para considerarse cosas que pueden verse o tocarse. Una definición más adecuada de medición es “el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”. A pesar de que, medir se mantiene como cuantificar determinadas características de un objeto, lo que se mide no es el objeto en sí mismo, sino más bien la expresión de sus características, factibles de ser traducidas cuantitativamente e implica *cuánto* de un atributo está presente, requiriendo una afirmación numérica de la cantidad. Así los registros del instrumento de medición representan valores observables, aunque existen excepciones en que se considera que la detección de la presencia o ausencia de un atributo es una forma de medición.¹² Teniendo en cuenta que una escena en la que una persona arremete físicamente contra otra persona es una conducta observable, ¿por ello podemos afirmar que se trata de violencia? Si en este caso puede ser debatible la respuesta, más lo será cuando se trate de juzgar el lenguaje y la forma de usarlo, de unas personas respecto

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a otras, por ejemplo ¿las palabras pronunciadas y escuchadas, son insultos, halagos, bromas?

El desarrollo de medidas estandarizadas requiere de gran cantidad de trabajo, pero una vez desarrolladas permite cierto control de las apreciaciones subjetivas, los juicios personales o conclusiones derivadas solo de procesos intuitivos; además tienen la ventaja de llegar a ser más económicas en tiempo y dinero, que las evaluaciones subjetivas, así como la de permitir una mejor comunicación de los hallazgos. Los índices numéricos hacen posible comunicar los resultados con mayor precisión que solo con juicios personales.

La estandarización de medidas se ha utilizado principalmente en la cuantificación de atributos psicológicos. La medición consiste en reglas para asignar números a los objetos con el propósito de representar cantidades del atributo¹² el término atributo indica que la medida tiene relación con alguna característica particular de los objetos; es decir, no se miden los objetos sino sus atributos, por lo tanto no se miden a las personas sino ciertos rasgos de su inteligencia, su comportamiento, su percepción, etc., ésto hace ver que la medición requiere de un proceso de abstracción. Aunque en la definición se señala el uso de reglas, no se especifica la naturaleza de tales reglas. Es importante hacer una clara distinción entre los estándares de la medición en su calidad de proceso de medición y los estándares para validación de las medidas, o determinar su utilidad una vez que está disponible la posibilidad de medida. Las reglas pueden desarrollarse a partir de modelos deductivos, basarse un gran número de experiencias previas bajo rigurosas pruebas, surgir del sentido común o proceder solo de intuiciones, pero en todos los casos es esencial saber qué tanto sirve la medida para explicar el fenómeno bajo estudio.

Es importante destacar que las operaciones de medición son casi siempre indirectas, por lo que se hace necesaria la determinación de los indicadores del fenómeno a medir; esta situación representa algunas dificultades para el desarrollo de instrumentos de medición¹³:

- a) Un mismo constructo puede ser definido de manera diferente, por lo cual distintos procedimientos de medida pueden conducir a inferencia disímiles en relación con aquél.

- b) Es difícil determinar las características de una muestra de elementos (ítems) de un test para que sea representativa en cuanto a extensión y variedad de contenidos, del dominio o constructo que se quiere medir.
- c) Las escalas de medición usadas en psicología carecen casi siempre, de un cero absoluto y de unidades de medidas constantes.

Estas dificultades obligan a quien elabora un instrumento de medición, a explicitar sus referentes teóricos y detallar los procedimientos utilizados para la validación, como las pruebas empíricas, elementos que permiten sopesar la abstracción realizada, misma que se concreta en indicadores indirectos que permitan una aproximación de medida rigurosa. La medición de la violencia contra las mujeres como un problema social, hace necesario la utilización de diversas técnicas cualitativas, que permitan desarrollar un instrumento con un lenguaje claro para la población en quien se ha de aplicar. En el caso que nos ocupa, como se detallará más adelante, el grupo focal es una manera de obtener información indispensable para conformar el contenido a medir y decidir qué lenguaje usar al momento de hacer las preguntas en relación a violencia.

Con la misma intención, de procurar el contenido apropiado, como una mediación entre lo referido en la literatura especializada respecto a la medición, la violencia y lo vivido por las mujeres es relevante ocuparse de su memoria. Estudios psicológicos han encontrado evidencia sobre la información con significado, contenida en la memoria, está organizada semánticamente en forma de redes de conocimiento, en las que las palabras y eventos forman relaciones que, en conjunto, producen el significado, a esto se le denomina “redes semánticas”. Se ha demostrado que estos elementos de información son estructuras de conocimiento en donde también están incluidas creencias, valores, actitudes, prejuicios y, en suma, toda la experiencia particular del individuo.^{14,15}

Es por ello que las redes semánticas son también conocidas como redes de significados, ya que permiten conocer los significados que las personas elaboran de cualquier objeto del entorno conocido, y lo expresan a través de un lenguaje

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cotidiano.¹⁶ El conocimiento de la percepción que tiene un grupo de una situación a partir de un lenguaje común para ellos, hace que cada vez más investigadores, utilicen esta técnica para el desarrollo de instrumentos que permitan medir el significado colectivo.

3.1 VALIDACIÓN.

Para que una escala pueda considerarse como capaz de aportar información objetiva debe reunir los dos siguiente requisitos básicos:

- a. *Validez*: indica la capacidad de la escala para medir las cualidades para las cuales ha sido construida y no otras parecidas. Es decir corresponde al grado de precisión con que los conceptos en estudio se representan por enunciados específicos de un instrumento. Una escala confusa no puede tener validez, lo mismo que en una escala que estén midiendo a la vez e indiscriminadamente distintas variables superpuestas. "Una escala tiene validez cuando verdaderamente mide lo que afirma medir".
- b. *Confiabilidad*: se refiere a la consistencia interior de la misma, a su capacidad para discriminar en forma constante entre un valor y otro. "Cabe confiar en una escala cuando produzca constantemente los mismos resultados al aplicarla a una misma muestra"; es decir, cuando siempre los mismos objetos aparezcan valorados en la misma forma.

La validez puede estimarse de diferentes maneras, pero especialmente debe estimarse a través de: a) validez del constructo y, b) validez del contenido¹⁷.

a) *Validez del constructo.*

Corresponde al hecho de fundamentar la estructura teórica subyacente en el instrumento de medida y de verificar hipótesis de asociación. El punto central del establecimiento de la validez de un constructo se basa en que una variable abstracta es un constructo en el sentido en que es algo que el científico representa en su imaginación, algo que no existe como una dimensión aislada u observable. A partir de observaciones, la mayoría de ellas indirectas, se construye deductivamente un cuerpo

de proposiciones que enuncian hipótesis de diverso grado de corroboración y que tienen funciones descriptivas, predictivas y fundamentalmente explicativas acerca de los fenómenos psicológicos, concebidos y denominados éstos mediante constructos hipotéticos, expresa y deliberadamente contruidos para estos propósitos¹⁸. Para establecer la validez de constructo se requiere una búsqueda de la evidencia, que generalmente se fundamenta mediante las revisiones bibliográficas.

b) Validez del contenido.

Se refiere a la representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir. Para establecer la validez de contenido, los enunciados se deben elegir a partir de un campo de estudio bien definido conformado desde un marco teórico, estudios precedentes e incluso, la opinión calificada de expertos y las experiencias de la población blanco de estudio. El procedimiento de recurrir a expertos permite juzgar si la elección de los enunciados de un instrumento de medida de carácter fáctico es adecuada. Un grupo de expertos juzga acerca de la validez del contenido de un instrumento de medida, examinando qué tanto el instrumento traduce el fenómeno que se quiere medir^a.

4. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

La detección de la violencia a la mujer es un reto, ya que no siempre existen manifestaciones evidentes que permitan sospecharla y en muchas ocasiones solo se manifiesta a través de síntomas o signos indirectos, que pueden corresponder a otros padecimientos. Es por ello importante conocer las consecuencias de la violencia, para seleccionar indicadores que puedan validar una detección apropiada.

^a Opinión que es sometida a un cálculo de concordancia

4.1 CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA VIOLENCIA.

Vulnerabilidad a enfermedades.

Algunos autores han encontrado que el dolor pelviano crónico está asociado significativamente a una historia de violencia en el hogar¹⁹. Asimismo, se ha reportado que haber sido víctima de maltrato en la niñez o de delitos violentos duplica la probabilidad de que una mujer padezca de problemas menstruales graves, enfermedades de transmisión sexual o infección de las vías urinarias; la violencia en el hogar triplica su probabilidad.²⁰ Otro indicador referido es el de pacientes que sufren del síndrome de intestino irritable en forma más severa, que se ha encontrado asociado con trauma sexual grave, maltrato sexual grave en la niñez o alguna forma de victimización sexual.²¹

Lesiones graves.

Las lesiones sufridas por las mujeres debido al maltrato físico y sexual pueden ser sumamente graves. Muchos incidentes de agresión dan lugar a lesiones que pueden variar desde equimosis y fracturas hasta discapacidades crónicas. Un alto porcentaje de las lesiones requiere tratamiento médico.^{22,23,24}

En muchos de los casos la violencia tiene consecuencias tan graves como la muerte: se ha identificado la mayoría de las mujeres que mueren de homicidio, son asesinadas por su compañero actual o anterior.²⁵ En Estados Unidos de Norteamérica alrededor del 11% de los homicidios entre 1996 y 2002 fueron cometidos por la pareja, la violencia tiende a ser más grave y más posibilidades de ser física cuando el compañero ha consumido alcohol.²⁶

4.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA.

Problemas de salud mental.

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras presentan síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible

que estén fatigadas en forma crónica o que no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse. Se ha mencionado que las mujeres maltratadas por su pareja, tienen entre cuatro y cinco veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que las mujeres que no sufrieron maltrato²⁷.

Otros estudios han reportado que el maltrato a los hijos de mujeres que han sido violentadas ocurre en casi la mitad de los casos²⁸.

Suicidio o intento de suicidio.

En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio.²⁹ Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas.

4.3 EFECTOS DE LA VIOLENCIA SOBRE LA PRODUCTIVIDAD Y EL EMPLEO.

Las mujeres que experimentan violencia pueden efectuar un menor aporte a la sociedad, así como a la propia realización de su potencial. En la encuesta nacional de Canadá sobre la violencia contra la mujer, 30% de los incidentes notificados de agresión, interfirieron con las actividades regulares de las mujeres y 50% de las mujeres que fueron lesionadas se ausentaron de sus trabajos por enfermedad.³⁰

En todo el mundo, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer y es una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados³¹.

4.4 VIOLENCIA SEXUAL.

La violencia sexual es un problema mundial, pero no existen suficientes datos sobre la incidencia y prevalencia de sus diferentes formas; algunas de las razones que se han identificado son:

- A veces las mujeres no reconocen la violencia sexual que han experimentado como una violación o como otro tipo de abuso debido a que el contexto sociocultural, naturaliza normaliza, minimiza, tolera o promueve estos actos.
- Con frecuencia las mujeres no reportan estos delitos al sistema de salud o de justicia por vergüenza, miedo de la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia.
- Las mujeres tienden a guardar silencio si se les pregunta sobre sus experiencias de violencia sexual. Esto ocurre más marcadamente en los casos en que estas experiencias han sido llevadas a cabo por familiares, la pareja o en el contexto de una situación íntima³².

Investigaciones independientes indican que entre 14% y 20% de las mujeres en Estados Unidos, experimentan una violación completa por lo menos una vez en la vida.^{33, 34}

4.5 FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA.

Si bien la mayoría de los instrumentos hasta ahora elaborados han sido para la detección de la violencia actual, es necesario considerar algunos factores relacionados con la condición de riesgo de sufrir violencia, para identificar de manera oportuna a mujeres vulnerables. Los factores asociados a la violencia de pareja en las mujeres se han explorado de manera complementaria a la presencia de violencia, aunque solo de algunas de las características estudiadas en las mujeres se ha medido su asociación a la presencia de violencia de pareja, en general los estudios se centran a investigar los aspectos individuales, sin considerar los aspectos comunitarios o sociales que pueden determinar la probabilidad de violencia.³⁵

La identificación de los factores de riesgo asociados con la violencia contra la mujer resulta decisiva a la hora de elaborar propuestas de intervención, tanto en lo que respecta a la atención del problema, como para el diseño de políticas de prevención.

Diversas investigaciones sobre violencia han encontrado una asociación positiva entre violencia y consumo de alcohol, principalmente cuando el consumidor es el agresor razón de momio (RM) de 3.47 [intervalo de confianza (IC) 95% 2.23 – 5.40]. Sin embargo existe un debate acerca de la relación entre el consumo de alcohol y la violencia y para algunos autores el alcohol es considerado como un facilitador o desencadenante de violencia y no como un factor de riesgo de la misma.³⁶ El consumo del compañero de alguna droga ilegal incrementa el grado de violencia hasta con una (RM de 6.17 IC 95% 2.37 – 16.03). Otros factores medidos son: historia de violación (RM 5.89, IC 95% 2.78 – 12.51), dos o más embarazos (RM 1.62 IC 95% 1.10 – 2.37), la violencia durante la infancia (RM 3.40 IC 95% 2.23 – 5.18), historia de violación RM 5.89 (IC 95% 2.78 – 5.18).³⁷

Dentro de los factores de la relación, los conflictos se han relacionado desde moderada hasta firmemente con la violencia masculina contra la pareja³⁸, se ha encontrado que estos conflictos iniciaban de manera verbal y precedían a la violencia.³⁹ El vivir más de 11 años con la pareja ha presentado una RM de 2.63 (IC 95% 1.55 – 4.25).

4.6 INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA.

Entre los instrumentos que se han desarrollado para el estudio de la violencia se encuentra el World Studies Abuse in Family Environments⁴⁰. Este instrumento fue construido para una encuesta poblacional dirigida a mujeres e incluye 98 preguntas cerradas para identificar la historia de violencia en la pareja, violencia con la pareja actual, historia de violencia familiar en la infancia y familia de origen. La integración de diferentes componentes de la violencia en un mismo instrumento lo hace extenso, requiriendo largo tiempo para su aplicación.

En un estudio donde se evaluaron las dimensiones: sociodemográfica y reproductiva, para violencia emocional o psicológica, física y sexual, se realizó la validez de contenido del instrumento de recolección de datos, por consenso de expertos. Aunque la confiabilidad del instrumento reportada fue: para violencia emocional 0.839, física 0.805, y sexual 0.656⁴¹, esta validación es solo interna ya que los resultados no son

representativos de la población donde se efectuó; por otro lado su extensión y el gran número de preguntas abiertas hace difícil su aplicación.

A pesar de la existencia de múltiples instrumentos de detección de violencia de pareja, la mayoría explora sólo algún componente o factor relacionado con ella, como el cuestionario de auto reporte de síntomas (SRQ) que indaga la historia de violencia conyugal en la pareja, antecedentes de violencia en la infancia de ambos cónyuges y nivel de salud mental de la mujer.⁴² La Escala de Beber (EBBA) evalúa el consumo de alcohol en la mujer.⁴³ El “A 3-question partner violence screen (PVS)” a pesar de que es breve está dirigido solo a mujeres que acuden a un área de urgencias, en estos contextos su sensibilidad es de 64.5% y especificidad de 80.3%.⁴⁴

La mayoría de los estudios obtienen sus resultados a partir de cuestionarios contruidos *ex profeso*. Ninguno es sensible a diferencias de género, ni tampoco incorporan elementos que permitan identificar a mujeres en riesgo de sufrir violencia.

La utilización de preguntas preformuladas ha permitido mejorar la forma como se identifica a la violencia de pareja. En un estudio en el que se introdujo un instrumento de detección de 5 preguntas directas, incorporado en la historia clínica de todas las pacientes de primera consulta, se aumentó a 38% la detección de violencia de pareja, en comparación con solo 7% de las víctimas detectadas cuando los proveedores hacían preguntas según su propio criterio considerando que la mujer es la víctima.⁴⁵ A pesar del incremento en la detección de violencia de pareja con la aplicación de este instrumento, se desconoce su validez y por tanto deja dudas sobre el fenómeno que se midió.

En el año 2003 el Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud (SSA), llevó a cabo la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003), en unidades de primero y segundo nivel de atención del sector público a nivel Nacional. La ENVIM 2003 contempló dos estrategias para la identificación de violencia en la pareja actual: la primera fue a través de pregunta directa "En los últimos 12 meses, ¿La relación con su novio, esposo, compañero o última pareja es o ha sido violenta?" La segunda fue la aplicación de una escala de violencia, que se aplicó a todas las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujeres independientemente de su respuesta a la pregunta anterior.²⁷⁴⁶ La diferencia entre las prevalencias obtenidas fue significativa, poniendo de manifiesto la importancia de dar oportunidad a las mujeres de revelar la violencia de que son objeto a través de diferentes preguntas; por otro lado, se confirmó que las preguntas que describen actos concretos como ¿su pareja le ha pegado con la mano? o ¿su pareja la insulta?, facilitan el reporte de los diferentes tipos de maltrato a diferencia de la pregunta general, que obliga a la mujer a evaluar y calificar su propia relación, a lo cual la mujer ofrece resistencia en un primer momento⁴⁷.

En México la SSA en su manual para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres⁴⁸ recomienda aplicar un cuestionario prediseñado a todas las mujeres que solicitan servicios de salud, dejando abierto al personal su elaboración y solo advierte que el interrogatorio sea puntual y directo, que genere confianza y seguridad, dejando a criterio del personal la identificación de “posibles víctimas de violencia”, lo que refleja la falta de reconocimiento de la complejidad del fenómeno de la violencia.

4.7 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA VIOLENCIA EN LAS MUJERES.

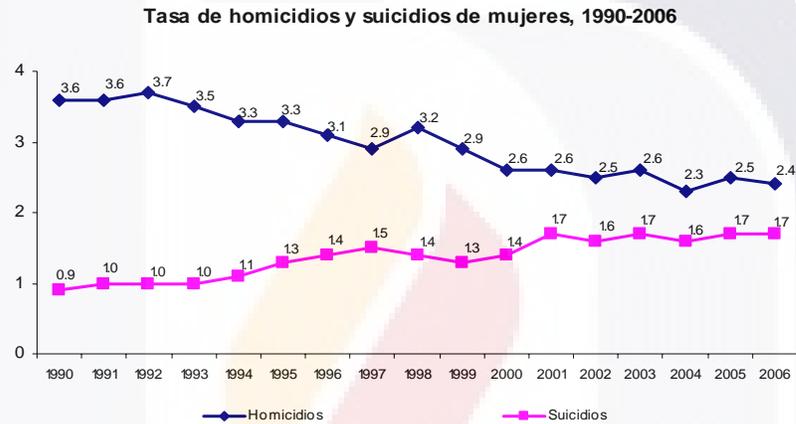
En México el interés por dimensionar y documentar a la violencia contra las mujeres incluida la violencia de pareja, motivó a organismos gubernamentales a realizar encuestas con representatividad nacional, una de las más recientes:

La Encuesta Nacional de la Dinámica en los Hogares en su versión 2006 (ENDIREH 2006)⁴⁹, que incluye información sobre la violencia contra las mujeres por parte del esposo o compañero, revela que 43.2% de las mujeres de 15 años y más sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su última relación conyugal.

De estas mujeres, 37.5% declaró haber recibido agresiones emocionales que afectan su salud mental y psicológica; 23.4% recibió algún tipo de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta. Dos de cada diez mujeres confesó haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocaron daños permanentes o temporales.

Las mujeres víctimas de violencia sexual cometida por sus propias parejas representaron el 9%; ellas declararon haber sufrido diversas formas de intimidación o dominación para tener relaciones sexuales sin su consentimiento.

Es importante destacar que en México, el homicidio ocupa el primer lugar como causa de muerte intencional, a diferencia de los países desarrollados donde es más frecuente el suicidio. Sin embargo, el número y frecuencia de los homicidios de mujeres presentan una tendencia a la baja, en tanto que los suicidios tienen un comportamiento a la alza.



4.8 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Las mujeres dentro del IMSS conforman un grupo singularmente importante y prioritario para todos los programas de salud dirigidos a la población derechohabiente por su relevancia demográfica, social y económica. De los 32 millones 510 mil 591 derechohabientes adscritos al servicio médico familiar a nivel nacional, las mujeres constituyen el 52%⁵⁰.

Las mujeres derechohabientes presentan menor escolaridad que los varones. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000), 5.4% de las mujeres derechohabientes son analfabetas en contraste con 2.7% de los hombres. La

proporción de la población con una escolaridad superior a la primaria es de 58.0% en las mujeres y 66.0% en los hombres, además de estas diferencias es importante señalar que 15.0% de las mujeres derechohabientes son jefas de hogar⁵¹.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el contexto de las instituciones de salud, el personal de salud tiene un papel importante en identificación de mujeres víctimas de violencia o en riesgo de sufrirla. Los servicios de salud representan un espacio de oportunidad para la detección y atención debido a la elevada proporción de usuarias, que en muchas ocasiones solicitan atención por las consecuencias de la violencia⁵². Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información. A pesar de ello, habitualmente la identificación de la violencia a la mujer generalmente se establece a partir de un daño físico, principalmente relacionado con lesiones de cara, tronco o abdomen y las derivadas de aparentes caídas o accidentes y prácticamente es nula la detección de condición de riesgo o su identificación en las etapas iniciales del problema.

Hasta hace poco tiempo el personal de salud rara vez tocaba temas de maltrato y violencia, incluso cuando había señales y síntomas, se evitaba hacer preguntas acerca de violencia porque esto suele ser difícil de tratar, tanto para el personal⁵³ como para la mujer; este problema ha sido ocasionado en gran medida por la ausencia de herramientas estandarizadas para la detección y registro de la violencia, particularmente en las unidades de primer nivel de atención. En los servicios de consulta externa y en los de urgencias, que son el primer contacto con los demandantes de atención, en ellos, se requiere contar con instrumentos validados en nuestro medio, de fácil aplicación y que puedan adaptarse a las condiciones reales de la disponibilidad de tiempo en tales servicios, con el fin de que sirvan de apoyo para la detección sobre todo en aquellos casos en los que las manifestaciones no son fácilmente reconocibles.

Una limitación importante para la utilización de alguno de los instrumentos que actualmente se aplican en otros países, es que han sido creados en otros entornos culturales y en diferentes idiomas, por lo que se dificulta su uso en población mexicana. Algunos de ellos son excesivamente extensos, o el tipo de reactivos (ítems) están planteados en forma general o no son aplicables al contexto institucional. Si bien algunos de estos reactivos pueden ser considerados en la elaboración de un nuevo instrumento que logre tanto la identificación de riesgo como de presencia de violencia, se tendrá que desarrollar nuevos ítems que no se han incluido en los instrumentos actuales. El desarrollo de la propuesta requerirá una validación propia para fundamentar su aplicación.

Contar con herramientas aplicables a nuestro contexto poblacional y social para la identificación de las mujeres con riesgo o víctimas de violencia de pareja, permitirán ofrecer un manejo adecuado y oportuno a las mujeres derechohabientes del IMSS.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El instrumento elaborado permitirá detectar a mujeres en riesgo o víctimas de violencia de pareja?

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar y validar un instrumento para detectar a mujeres en riesgo o víctimas de violencia de pareja.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un instrumento para detectar a mujeres en riesgo o víctimas de violencia de pareja.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Evaluar la validez y confiabilidad del instrumento para detectar mujeres en riesgo o víctimas de violencia de pareja.

8. HIPÓTESIS.

El instrumento permitirá detectar a mujeres en riesgo o víctimas de violencia de pareja con una confiabilidad de al menos 80%.

9. METODOLOGÍA.

9.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Validación de un instrumento de detección (transversal analítico).

9.2 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Diseño del instrumento.

Incluye los siguientes aspectos para su elaboración.

I. Constructo:

- a) Concepto.*
- b) Dimensiones.*
- c) Niveles.*

II indicadores de riesgo para sufrir violencia.

III. Ítems.

I. Constructo:

- a. Concepto.

El concepto de violencia se apega al de las Naciones Unidas (ver página 4) además de incluir la información obtenida en la discusión con grupos focales y entrevistas con informantes clave (personal de salud de diferentes categorías).

Para el riesgo de violencia: se consideran en riesgo de sufrir violencia, a las mujeres con uno o más de los siguientes factores de riesgo identificados en la literatura con una RM mayor a 2.

b. Establecimiento de dimensiones.

Definición conceptual. Dimensión es un aspecto o faceta específico de un concepto;⁵⁴ conocer las dimensiones que componen un tema/concepto en estudio, permite una mayor comprensión del mismo. Es reconocida la multidimensionalidad de la violencia a la mujer, tanto en las relaciones de pareja, como en el ámbito comunitario y social⁵⁵ por lo que fue necesario establecer las dimensiones a abordar en el instrumento. Las tres dimensiones consideradas han sido definidas en la página 33.

Operacionalización. A partir del marco conceptual se integraron las dimensiones de la violencia de pareja en las mujeres, partiendo de los tres tipos más frecuentemente identificados: física, psicológica y sexual.

c. Niveles.

Definición conceptual. Los niveles se refieren a los aspectos relacionados con:

- 1.- El riesgo de sufrir violencia.
- 2.- La presencia de violencia.

Operacionalización.

Los riesgos para sufrir violencia de pareja se seleccionaron a partir de la revisión de la literatura, considerando aquellos que presentan mayor asociación (Riesgo Relativo o, RM mayores a 2), aplicables al contexto de la población del IMSS.

La presencia de violencia se elaboró combinando tanto los indicadores de la literatura como a través de metodología cualitativa (grupos focales en mujeres y entrevistas a informantes clave).

Procedimientos para la elaboración del constructo.

1) Revisión de la literatura.

Se realizó una revisión exhaustiva de las principales bases de datos electrónicas en salud, búsqueda manual de bibliografía referida en artículos así como revisión de tesis.

Criterios de selección.

Los documentos se seleccionaron de acuerdo a criterios en dos dimensiones; conceptual y metodológica.

Conceptual. Las palabras claves para la búsqueda fueron:

- Domestic violence.
- Family violence.
- Battered women.
- Spouse abuse.
- Violencia de pareja en mujeres.
- Violencia de pareja.
- Violencia conyugal.
- Violencia doméstica.
- Violencia intrafamiliar.
- Violencia familiar.
- Riesgo de violencia de pareja.
- Riesgo de violencia de pareja en mujeres.

Metodológica: Fueron revisados meta-análisis y artículos originales derivados de cualquier tipo de estudios (cuantitativos y cualitativos)⁵⁶, que contuvieran alguna definición, dimensión o riesgo de violencia de pareja. Se revisaron los artículos científicos publicados del año 2000 al 2005, en inglés o español, sin restricción del país donde se hubiese realizado la investigación.

El primer paso consistió en buscar revisiones sistemáticas sobre cada uno de las dimensiones conceptuales, consultando por Internet la base de datos de revisiones sistemáticas Cochrane; posteriormente se amplió la búsqueda a las bases de datos generales.

Una vez obtenidos los artículos que contuvieran alguno de los criterios de selección establecidos, se analizaron para determinar la calidad de los artículos mediante los criterios metodológicos establecidos.^{57, 58}

Identificando que la *Violencia en la pareja*, frecuentemente es equiparada a *violencia doméstica* y a *violencia intrafamiliar*, definiéndola como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos que se presentaron de manera consistente en las definiciones encontradas fueron: la intencionalidad de las acciones y la reiteración de los actos violentos. Respecto al estudio de los riesgos para violencia fueron escasos los artículos localizados. (Anexo 1)

TOTAL DE ARTICULOS LOCALIZADOS:	940
(COMPLETO O RESUMEN)	
ARTICULOS COMPLETOS:	231

2) Metodología cualitativa. Se realizaron grupos focales^{b59}, entrevistas a informantes clave, y redes semánticas.

Tanto para las entrevistas a informantes clave, como para los grupos focales, se elaboraron guías de preguntas que exploraban diferentes aspectos relacionados con la violencia de pareja de acuerdo a cada grupo. La validación de la guía de preguntas se realizó a través de la revisión del instrumento por más de una persona que trabajaba el tema de violencia.⁶⁰ Con el consentimiento de los/as participantes las sesiones fueron grabadas, (anexos 2, 3, 4 y 5) posteriormente la información se transcribieron y se codificaron. Se realizó un proceso de codificación abierta con base en los temas relacionados a los objetivos de los grupos focales y de las entrevistas. Siguiendo el

^b Korman define un grupo focal como: "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación".

análisis de textos libres⁶¹⁶² se analizó la información obtenida en las discusiones con grupos focales y las entrevistas a informantes clave.

Discusión con grupos focales.

Se llevaron a cabo 2 grupos focales con mujeres mayores de 18 años, usuarias de los servicios de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 31, con el propósito de conocer: la percepción y creencias con respecto a la violencia de pareja. Se realizó un grupo por turno con la participación de 9 mujeres en el turno de la mañana y de 6 mujeres en el turno de la tarde.

Las participantes de los grupos focales fueron invitadas por el personal del área de trabajo social de la UMF y la única condición para participar en los grupos fue que tuvieran pareja. Las sesiones se desarrollaron en el aula de la unidad con la conducción de una psicóloga con experiencia en el manejo de grupos focales.

Los resultados se presentan a continuación en forma de viñeta para mantener el significado original de las respuestas.

La violencia de pareja fue un aspecto identificado por todas las participantes, haciendo alusión a la violencia física, psicológica, sexual y económica.

Percepción de la violencia de pareja en las mujeres.

Se aprecia la baja autoestima y sumisión en las mujeres, quienes al parecer tienen claro este aspecto.

- *“Mi esposo llevaba a la mujer esa con su mamá, y nosotros éramos casados bien. sus hermanos lo sabían”.*
- *“Pues que uno no se valora y permite que lo humillen, esto es violencia”.*
- *“Quedamos de ir a visitar a una tía, pero al momento de salir él dice que mejor no va, yo le insistí, discutimos y termino corriéndome de la casa”.*

- *“Y si él me veía que estaba yo platicando, aunque sea con una de sus primas, yo llegaba y me pegaba. Y ya en la casa me decía que no tenía que platicar con nadie”.*
- *“Aunque yo no quiera tener contacto sexual pues no me gusta cómo me trata, de todos modos se lleva a cabo el acto para no generar conflictos”.*
- *“Él me dice: no puedes salir a la calle, si quieres salir conmigo ponte una bolsa en la cara, no puedes salir a la calle sola, te tienes que llevar a tus dos hijos”.*
- *“No es que no quiera que yo trabaje, pero dice que estoy mejor en mi casa”.*
- *“El no me deja trabajar porque piensa que me voy a ir con otros hombres, me mide el tiempo cuando salgo, dice que es mi obligación tener sexo con él”*

Creencias con respecto a el `por qué de la violencia de pareja a las mujeres.

Las mujeres atribuyen la violencia a situaciones de herencia, nivel educativo y bajo nivel económico:

- *“No creo que sean factores socioculturales, hay gente que ya es violenta, siempre ha sido violenta incluso hasta puede ser una cuestión genética”.*
- *“Por ejemplo la educación: nos dicen que la mujer está para servir a su marido, que la mujer no puede superarse, todo viene desde la educación, de los principios que nos inculcan en la escuela y principalmente en la casa, porque siempre dicen por ejemplo: a las niñas les toca lavar los trastes, desde ahí ya nos están etiquetando”.*
- *“Yo creo que si es mucho más frecuente la violencia en familias de clase media baja”.*
- *“La misma historia nos dice que si nuestros papás, nuestros familiares o a veces hasta todas las personas que están en nuestro entorno son agresivas, también uno termina siéndolo, hasta parece que es contagioso”.*
- *“Ahora sí que desde la infancia, los hombres van generando violencia no de ahorita ya lo traen desde su infancia”.*

Entrevista individual a informantes clave:

Se entrevistó a personal de salud de la UMF sede con el fin de obtener información relacionada con:

- Percepción de la violencia de pareja a las mujeres.

- Posibles indicadores de presencia de violencia
- Identificación de mujeres víctimas de violencia.
- Barreras identificadas para la atención de violencia de pareja.

Las entrevistas se realizaron a:

- Un médico y una enfermera del servicio de urgencias.
- Un médico familiar.
- Una enfermera materno infantil.
- Una enfermera de módulo PREVENIMSS.
- Un médico y una enfermera de planificación familiar.

Para realizar esta actividad, el personal de salud que labora en dicha unidad fue convocado a través de los jefes de departamento cínico y la jefa de enfermeras. Los participantes fueron seleccionados a considerando el puesto que ocupan dentro de la UMF y el contacto con mujeres víctimas de violencias que tienen, se procuró que estuvieran representados el personal médico y el de enfermería.

Percepción de la violencia de pareja a las mujeres.

Para el personal de salud la violencia de pareja no está claramente identificada, pareciera que no se considera la intencionalidad de las acciones.

- *“Cuando se están golpeando un hombre y una mujer frecuentemente, considero que una violencia en este caso de alguna manera no puede ser solo verbal, sino también física, en forma verbal con el tono de la voz”.*
- *“Considero que no nada más son golpes, pueden ser agresiones, que a la persona la maltraten psicológicamente ¿no?, por decir los celos ¿A dónde vas?, no te tardes, ¿A qué hora llegaste?, ¿A dónde andas?”.*

- *“Prohibirle amistades, hacer infeliz a las personas, compararla, obligarla a tener relaciones sexuales que no desea ella, violencia psicológica, con malas palabras”*
- *“Es que todo puede ser violencia, hasta una simple mirada, o que simplemente le de algo y lo arrebate, se lo quite; a lo mejor con alguna mala palabra es violencia, es que todo es violencia”.*

Posibles indicadores de presencia de violencia de pareja.

El personal de salud mencionó algunos indicadores principalmente relacionados con comportamientos o signos físicos:

- *La forma en que vienen ellas de su casa y vienen a agredir; entonces es una forma de que uno se empieza a dar cuenta de que esa mujer tiene problemas en su casa.*
- *“La actitud ¿no?, de que a veces no quieren hablar o son calladas, o se les ve cierto miedo”.*
- *“Una señora vino a que se le diera atención y aparentemente se había caído de la azotea, pero los golpes que presentaba eran solamente en una parte de la cara, esto hace ver que no se había caído de la azotea, pero eso era no que refería la señora”.*

Identificación de mujeres víctimas de violencia.

El personal no cuenta con mecanismos sistematizados para la identificación de las mujeres víctimas de violencia de pareja, esta detección continua siendo principalmente por lesiones físicas.

- *“Desde el punto de vista visual a algunas personas luego, luego se les nota que han sido golpeadas o maltratadas, con un moretón, un arañazo, pero eso es a través de la exploración, porque hay golpes que no coinciden con el padecimiento y dicen me caí y cuando viene la paciente en forma repetitiva con ciertos moretones en determinados lugares no es normal.*

- *“No lo dicen abiertamente pero uno se da cuenta, simplemente al entrevistarla”*
- *“En el interrogatorio de los niños, estamos preguntando y algún detalle nos da la pauta para poder interrogar a la madre con respecto a su relación. Si hay golpes y todo eso aunque no nos lo expresen”.*
- *“Cuando se les hace el Papanicolaou se desnudan y vemos algún golpe, moretón o herida les preguntamos por lo regular que es lo que les pasó, y pues uno se da cuenta cómo reaccionan, les da miedo, uno se anima a preguntar pero no nos dan más datos”.*
- *“Muchas veces vienen a ponerse el dispositivo, preguntan ¿pero no lo va a sentir mi marido? porque lo hice a escondidas de él”.*

Barreras identificadas para la atención de violencia de pareja.

Este aspecto proporcionó información variada, desde el temor de las mujeres hasta situaciones atribuibles a la organización de los servicios de salud y también a condiciones propias del personal de salud.

- *“Por el miedo que tienen no van a trabajo social ni a esos lugares, ya que piensan que le van a decir al marido y les va a ir peor”.*
- *“En este servicio no tenemos suficiente tiempo para medicarlos, hace falta un poco de atención a los pacientes, platicar un poco más con ellos, porque muchas veces cuando vive una situación de violencia, una de dos o se muestra deprimida o se muestra agresiva”.*
- *“Se le puede dar un consejo; aunque a veces es un poco difícil porque no sabemos el pensar de la persona o si lo vaya a aceptar o no”.*

- *“Desafortunadamente creo que no tenemos todavía la educación o el valor de en determinado momento denunciarlo, no me refiero a denunciar a las personas con el Ministerio Público porque resulta que me golpean en la calle y voy al Ministerio Público y este ni siquiera me hace caso”.*
- *“Siempre como que las mujeres hemos tenido ciertas inhibiciones, este es un hombre cómo le voy a estar contando lo que pasó, como que siempre es más frío y la mujer a lo mejor con más tranquilidad les da más confianza”.*

Respecto a la atención institucional en relación a la violencia de pareja, se identificó baja demanda por parte de las usuarias.

- *“A lo mejor cada 5 meses un caso o cada 3 meses, pero por semana no.”*
- *“Yo le diría que por cada gente que vemos con una agresión física es fácil ver otro tanto que a lo mejor no llegan a manifestarse así, pero se ve en el trato, que llegan no a consulta la gente agredida, sino llegan trayendo al niño, pero las regañaron en la casa, y/o les pegaron porque descuidaron al niño, o cualquier otra cosa.”*

Redes Semánticas.

Se utilizó la técnica original de redes semánticas naturales⁶³ considerando que uno de sus objetivos es la identificación de aquellas conductas o indicadores que la población meta considera pertenecen al constructo de interés.

Como primer paso se realizó la identificación de las palabras estímulos a partir de definiciones teóricas y de la información obtenida en la discusión en grupos focales.

Se realizó la aplicación de redes semánticas a 50 mujeres identificadas víctimas de violencia. Con las siguientes palabras o frase estímulo:

Yo soy
Yo como mujer
Cuando hay un problema
Poder
Pareja

Cada palabra se imprimió en la parte superior de una hoja tamaño media carta, presentada en forma vertical y se le pidió a la mujer (seleccionada) definiera cada palabra estímulo con un mínimo de cinco palabras sueltas que pudieron ser verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, pronombres, etc., pidiendo no utilizaran ninguna preposición. Se insistió a las mujeres que escribieran las primeras palabras que les vinieran a la mente, de tal manera que con ello se evitará una estructuración del pensamiento que aportara definiciones y no el significado de una palabra para un colectivo social⁶³.

Las palabras estímulo fueron presentadas de manera aleatoria, considerando que los estímulos precedentes siempre causan efecto, además agregar un estímulo distractor (no de interés pero relacionado) para disminuir el efecto de adivinación.

Posteriormente se le pidió a la mujer jerarquizar todas y cada una de las palabras que propusieron como definatorias, en función de la importancia que consideraron tienen para con la palabra estímulo, asignándole el número (1) a la palabra más cercana, relacionada o que mejor define a la palabra estímulo; el número (2) a la que le sigue en relación; el (3) a la siguiente y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar todas las palabras definatorias que anotaron.

Antes de iniciar la tarea formal se realizó un ejercicio con un estímulo para garantizar la comprensión de las instrucciones, se utilizó el estímulo "MANZANA" por ser lo suficientemente universal y neutral para no influir en el resto de la tarea. Una vez que se estuvo seguro que era clara la tarea a realizar se le entregó a la mujer el cuadernillo con las palabras definatorias, este ejercicio permitió identificar la claridad de las instrucciones que se les daban a las mujeres.

Análisis de la información.

Se realizó una ponderación, con la asignación de un valor de diez puntos a la definidora número uno, nueve a la dos, ocho a la tres, y así sucesivamente, en una hoja de cálculo, en la que la primera columna se anotó la palabra definitoria y en diez columnas siguientes, se registró tanto la frecuencia como la jerarquización otorgada a cada una de las palabras generadas por las mujeres.

La frase estímulo con la que menor número de palabras definitorias se obtuvo fue: “Yo soy”, ya que para muchas de las mujeres resultó un término muy ambiguo; el mayor número de palabras definitorias se obtuvo con la frase estímulo “*cuando hay un problema*”; pareciera que fue más sencillo anotar más términos ya que no es solo una situación personal, es una situación que involucra a la pareja o la familia. A través de la ponderación de las palabras definitorias, se obtuvieron por cada frase estímulo las 10 palabras definitorias con mayor peso semántico.

El análisis de los conceptos identificados en la revisión de la literatura, los indicadores de violencia obtenidos a través de la discusión en grupos focales con las mujeres, las entrevistas al personal de salud de la UMF así como la ponderación de las redes semánticas permitieron llegar a los siguientes conceptos operacionales:

Violencia de pareja en las mujeres.

- ***“Todo acto percibido por la mujer como aquél que tenga o pueda tener la intención de provocarle un daño físico, psicológico y/o sexual, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, realizado por la pareja de manera repetida”.***

Las dimensiones identificadas fueron: la psicológica, física y sexual.

Dimensión psicológica

Es el abuso emocional y menoscabo de la estima de la mujer por parte de su pareja, mediante descalificaciones, insultos, comentarios despectivos y manipulación.

Dimensión física

Es el uso de la fuerza física por parte de la pareja, en ataques que lesionan o hieren a la mujer; como golpear, arrojar objetos, patear o empujar.

Dimensión Sexual

Es el uso por parte de la pareja de la fuerza, la amenaza de usarla, o cualquier otro mecanismo como la intimidación, coerción, chantaje, presión indebida, manipulación, que anule o limite la voluntad de la mujer para decidir acerca de su sexualidad y reproducción

II. indicadores de riesgo para sufrir violencia de pareja.

Los indicadores se seleccionaron a partir de resultados de 3 estudios, 1 de ellos no publicado. Fueron seleccionados independientemente del tipo de violencia al que estuvieran asociados.^{64, 65,66} Se consideran en riesgo de sufrir violencia, a las mujeres con uno o más de los siguientes factores de riesgo: tener una escolaridad de primaria o menor, ser empleada o estudiante, haber tenido su primera relación sexual antes de los 19 años, ser casada, tener más de 11 años viviendo, con su pareja, tener 3 o más hijos, cuando solo los hijos contribuyen al gasto de la casa, ser beneficiaria por los hijos, carecer de una persona en quien confiar o solo tener una.

III. Generación de ítems.

Para la identificación de factores relacionados con la violencia de pareja, a partir de la terminología utilizada por las mujeres en los grupos focales, se elaboraron 2 enunciados para la detección de riesgo para sufrir violencia, siendo consistentes con lo reportado en la literatura (cuestionario final).

- *Me casé a los 16 años, bueno me fui a vivir con él, porque había muchos problemas en mi casa, mi papá golpeaba a mi madre y a mis hermanos.*

Cuando era niña ví o escuche a mi padre golpear a mi madre

- *Y si él me veía que estaba yo platicando, aunque sea con una de sus primas, yo llegaba y me pegaba. Y ya en la casa me decía que no tenía que platicar con nadie.*

Mi pareja es celoso

El establecimiento de las definiciones permitió la construcción de ítems para una primera aproximación del cuestionario. Se cuidó que los ítems estuvieran balanceados en cuanto a su fraseo, es decir; se plantearon el mismo número de ítems en sentido negativo en el que se describen situaciones violentas y el opuesto en sentido positivo en el que se plantea un trato alternativo (no violento), estos se integraron en duplas, es decir, la misma situación se planteaba en sentido negativo y positivo. Para la dimensión física solo se elaboraron ítems negativos a sabiendas de que no existen situaciones positivas en la violencia física.

Considerando la información del análisis cualitativo se elaboraron 2 duplas (19 y 29 Anexo 6). A partir de frases expresadas por las mujeres se elaboraron estos ítems.

- *Acordamos ir a visitar a mi tía, pero cuando ya íbamos a salir, él me dijo que mejor no iba, yo le insistí y discutimos, acabo corriéndome de la casa.*

Mi pareja niega los acuerdos que hicimos

- *Me presiona a tener sexo diciendo que es mi obligación*
- *Accedo a tener relaciones sexuales para que él no se enoje*
- *Aunque yo no quiera tener contacto sexual pues no me gusta cómo me trata, de todos modos se lleva a cabo el acto para no generar conflictos*

Cuando no deseo tener relaciones sexuales, él me presiona para tenerlas

Adicionalmente se seleccionaron ítems propuestos en otros instrumentos con la finalidad de identificar alguno aspecto valioso para el instrumento en construcción:

- World Studies Abuse in Family Environments; sección C historia de violencia en la pareja⁶⁷.
- Tamizaje violencia de género. Programa de prevención y atención de la violencia de género. Gobierno del Distrito Federal, México.
- Cédula de Detección “Violencia de género” Programa de prevención y atención de la violencia de género. Gobierno del Distrito Federal, México.
- Herramienta de detección. Manual operativo. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual⁶⁸.
- Test electrónico ¿Vives la violencia en tu pareja? *El nuevo Diario* de Nicaragua y Mujeres Hoy⁶⁹
- Escala de violencia física⁷⁰

Se retomaron los 2 ítems de la escala de violencia física, los que presentaron mayor peso en el análisis factorial.

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| ✓ | Mi pareja me ha amarrado | 0.887 |
| ✓ | Mi pareja me ha quemado | 0.883 |

En el instrumento en primer lugar se anotaron primero las preguntas dirigidas a detectar el riesgo de sufrir violencia, seguidas de las preguntas para la detección de violencia. Los ítems cuya afirmación implicaba significado de violencia y se medían como negativos, fueron codificados inversamente a los fraseados en sentido positivo, de esta manera la respuesta de nunca tiene el número mayor, representa una situación que no ha ocurrido, que no ha vivido la mujer, que no ha sido violentada de tal manera; para el caso de el fraseo positivo (situación opuesta que conforma la dupla, según un contenido preciso), la escala de respuestas va de “nunca” a “siempre” el número mayor se otorgó a la respuesta de siempre, respuesta que hace alusión a la no violencia, en este caso, “nunca” tiene el número menor porque quiere decir que ha sido violentada, en los ítems con fraseo negativo el número mayor se le otorgo a la respuesta de “nunca” haciendo alusión a la no violencia si nunca se ha presentado la situación negativa y el número menor a “siempre” considerando la existencia de violencia si la situación negativa siempre se presenta.

Para la detección de presencia de violencia se elaboraron 28 duplas para la dimensión psicológica y 8 duplas para la dimensión sexual, para la dimensión física se construyeron 10 ítems, todos estructurados en sentido negativo, cuidando de no incluir palabras ofensivas o hirientes para las mujeres, de tal manera que todos los enunciados incluyeran situaciones que la mujer pudiera considerar posible de sucederle.

La realización de un número mayor de duplas para evaluar la dimensión psicológica se decidió considerando lo complejo de esta dimensión.

Derivado de la elaboración anterior la primera propuesta del instrumento estuvo integrada por 82 enunciados. (Anexo 6)

Validación del instrumento

En esta segunda fase se incluyó: A). Validación de contenido y B) Confiabilidad

A. Validación de contenido.

El juicio de los expertos se utilizó para procurar la validez de contenido.

Se invitó a un grupo de 5 expertos (3 mujeres y 2 hombres) de diferentes instituciones, investigadores y/o académicos, que trabajaban el tema de violencia de pareja o la construcción de instrumentos, a evaluar de manera individual lo siguiente:

1. Claridad y suficiencia de la definición de violencia asumida para el estudio.
2. Congruencia de las tres dimensiones con la definición de violencia de pareja.
3. Correspondencia y pertinencia de los enunciados (ítems) con la definición de cada dimensión. Calificaron cada uno de los ítems en una escala de cuatro puntos: 1= nada pertinente a 4 = muy pertinente.
4. Si los enunciados presentados por duplas eran opuestos o no; uno de ellos describe violencia y el opuesto, marcado con una "a", es un trato alternativo (no violento).

Posterior a cada ronda se seleccionaron los ítems que tuvieron puntuaciones de 3 ó 4 de pertinencia, con una concordancia entre los expertos de 4 de 5, se reestructuraron los reactivos que tuvieron una concordancia menor a 0.75, en muchos de los casos solo un ítem de la dupla obtenía el puntaje marcado, el instrumento se fortaleció con 3 rondas de expertos para obtener un nivel de concordancia aceptable (al menos de 0.75)

En cuanto a la pertinencia de los enunciados con la definición de la dimensión correspondiente, en la primera ronda las duplas con un IVC mayor a 0.75 fueron

- ✓ Dimensión psicológica 8 duplas

- ✓ Dimensión sexual 4 duplas
- ✓ Dimensión física 7 ítems

En la segunda ronda se obtuvo una dupla más en la dimensión psicológica y una dupla de la dimensión sexual. La dupla No.36 (Anexo 6)

Él se niega a tener relaciones sexuales conmigo para castigarme
A él le da gusto que tome la iniciativa para tener relaciones sexuales

Esta dupla fue sometida otra ronda de expertos por haber obtenido un índice de validez de contenido de 0.67, posterior a la realización de los cambios sugeridos este se incremento a 0.81, quedando como sigue:

- Si le doy a entender que deseo tener relaciones sexuales él se niega
- Ante cualquier acercamiento para tener relaciones sexuales, él responde con agrado

Las duplas obtenidas al final de la validación de expertos fueron: 8 para la dimensión psicológica, 5 para la dimensión sexual y 7 ítems para la dimensión física.

Una vez conformada la segunda versión del instrumento se realizó una validación lingüística del cuestionario se realizaron 30 entrevistas semiestructuradas, a mujeres mayores de 18 años, previo consentimiento informado, siguiendo la guía realizada *ex profeso* (anexo 7) dirigida a evaluar la comprensión, la interpretación, el lenguaje, la reformulación, y la aceptación, tanto para los ítems, como para las opciones de respuesta.

B. Confiabilidad.

Posterior a la etapa de validación por expertos, se realizó la aplicación en campo, en la que se evaluó la confiabilidad del instrumento. Este procedimiento se describe a continuación

Análisis factorial

Para verificar la dimensionalidad del instrumento, así como para seleccionar y otorgar significado teórico a un conjunto inicial de ítems heterogéneos, se realizó el análisis factorial confirmatorio.

9.4 SITIO DE ESTUDIO

- La sede fue la UMF No. 31 del IMSS, se localiza la zona oriente del Distrito Federal, en la delegación Iztapalapa. Considerada una zona de alta densidad poblacional y con alto grado de marginación, es la delegación con más casos atendidos de violencia en las unidades especializadas, junto con la delegación Xochimilco, según el registro de denuncias de violencia en el Distrito Federal 40% de los casos correspondieron a estas dos delegaciones en el 2007⁷¹.

9.5 UNIDAD DE ANÁLISIS.

- Mujeres mayores de 18 años que tuvieran pareja, que acudieron a la UMF sede del estudio.

Criterios de inclusión.

- Mujeres mayores de 18 años, con pareja, usuarias de la UMF No. 31.
- Que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

- Fueron eliminadas las mujeres que no proporcionaron una información al menos del 90%.

Obtención de la información.

Conforme a los criterios establecidos de selección de informantes previo la firma del consentimiento informado (Anexo 8), se realizó la aplicación de cuestionarios, este se efectuó por entrevistadoras previamente capacitadas a las mujeres que se encontraban en la sala de espera del servicio de consulta de medicina familiar o

medicina preventiva; se invitó a mujeres mayores de 18 años con pareja a participar en el estudio, seleccionando una mujer por consultorio hasta completar la cuota de 340 mujeres.

Selección de ítems.

Para la versión final del instrumento para la detección de mujeres víctimas de violencia de pareja, se seleccionaron aquellos ítems que: De acuerdo con el criterio de experto obtuvieron una concordancia mayor o igual a 0.70, y el análisis factorial cargaron mejor (≥ 4), la confiabilidad del instrumento fue de 0.92

10. ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación se apegó al artículo 100 de la Ley Federal de Salud de México en materia de investigación para la salud⁷², se considero de riesgo mínimo, ya que las participantes no fueron sometidas a ningún procedimiento invasivo; aunque considerando que la entrevista podría tener implicaciones psicológicas, se realizó una invitación verbal para participar en el estudio solicitándole la firma de la carta de consentimiento informado (anexo 8). La participación fue de manera voluntaria, pudiendo negarse a participar o a continuar participando en el estudio en el momento que ellas lo desearan, sin que esto haya afectado la atención que recibieron en el Instituto.

La naturaleza del tema hizo que lo relacionado a la seguridad de las mujeres, así como la confidencialidad, pericia y capacitación de las entrevistadoras fuera aún más importante que en otras investigaciones, por lo que para esta investigación se tomaron en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en lo referente a la conducción ética de las investigaciones sobre la violencia doméstica⁷³, y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.⁷⁴

Para proteger el anonimato de las mujeres y la confidencialidad de la información no se escribió el nombre de las mujeres que aceptaron participar.

El personal de campo que participó en la recolección de la información recibió una capacitación especializada y de apoyo continuo, que incluyó:

- Mecanismos para confrontar y superar sus propios prejuicios, temores, y estereotipos en lo referente a las víctimas de violencia.
- Técnicas sobre la manera de terminar una entrevista cuando el impacto de las preguntas fuera demasiado negativo.
- Se contó con material informativo sobre los servicios de apoyo disponibles, que fue ofrecido a las entrevistadas independientemente de si manifestaron haber sufrido violencia o no.
- Se programaron reuniones periódicas para propiciar un espacio donde las entrevistadoras expresaran sus sentimientos respecto a lo que escuchan de las mujeres participantes y la manera en que les afecta.

11. RESULTADOS

Para la detección de las mujeres en riesgo de sufrir violencia, se seleccionaron 18 factores de riesgo, identificados en la revisión de la literatura científica, el instrumento inicia con 9 factores de riesgo cuya información se maneja de manera habitual en los servicios de salud. Elaborando preguntas estructuradas. En los siguientes 9 factores de riesgo, se utilizó una escala dicotómica, considerando que corresponden a los antecedentes de violencia intrafamiliar en la mujer y en su pareja, celos en la pareja y adicciones como alcohol y drogas, en los que su presencia indica riesgo de violencia, fue necesario agregar la opción “no se” ya que muchas mujeres desconocen la información respecto a su pareja.

Ítems finales para detección de riesgos para sufrir violencia

<p>1. ¿Hasta qué año estudio usted? Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria o equivalente Licenciatura o algún grado mayor</p>	<p>5. Anote cuánto tiempo tiene viviendo con él: ____ Años</p> <p>6. ¿Cuántos hijos tiene usted? ____ </p>
<p>2. ¿Cuál es su ocupación actualmente? Ama de casa Obrera Empleada Comerciante Profesionista Estudiante Desempleada Jubilada</p>	<p>7. ¿Quién (es) aporta (n) recursos para el gasto? Yo aporto Esposo (pareja) Mi pareja y yo Hijo(s) Otros</p>
<p>3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años No he iniciado vida sexual</p>	<p>8. ¿Tiene usted derecho al seguro social por? Mi trabajo Mi Esposo (pareja) Mi Papá o mamá Mi Hijo(s)</p>
<p>4. ¿Actualmente vive con su pareja? En unión libre Casada Separada Divorciada En una relación de noviazgo</p>	<p>9. ¿Tiene alguna persona en quien pueda confiar si llegara a tener un problema? No tengo Tengo una Tengo dos o más</p>

Ítems dicotómicos finales para detección de riesgos para sufrir violencia

10.-Cuando era niña vi o escuché a mi padre golpear a mi madre
11.-Durante mi niñez recibí maltratos por mis padres
12.-Durante mi niñez fui golpeada por mis padres
13.-Fui violada cuando era niña
14.- En el hogar donde creció mi pareja, a su madre la golpeaba su pareja
15.-Cuando mi pareja era niño, su familia usó el castigo físico para corregirlo
16.-Mi pareja es celoso
17.-Mi pareja toma hasta emborracharse
18.-Mi pareja ha consumido alguna droga

Para la validación lingüística del cuestionario se realizaron 30 entrevistas semiestructuradas, a mujeres mayores de 18 años, previo consentimiento informado, siguiendo la guía realizada *ex profeso*, para evaluar tanto para los ítems, como para las opciones de respuesta, el análisis cualitativo mostró la necesidad de modificar. El enunciado “Mi pareja respeta mi decisión cuando no deseo tener relaciones sexuales”. Respecto a la interpretación, y el lenguaje no mostraron dificultad, la reformulación fue más difícil de evaluar ya que algunas de las mujeres, más que reformular el enunciado mencionaban ejemplos. Hubo aceptación del instrumento aplicado, ya que las mujeres encuestadas no lo percibieron como algo intimidatorio, ni como una intromisión en su vida privada y consideraron su aplicación en los servicios de salud, como una oportunidad para manifestar su problemática y recibir ayuda.

Las opciones de respuesta fueron consideradas adecuadas para 90% de las mujeres entrevistadas, solo para 3 de ellas no fue clara la opción “no aplica” ya que algunas de las mujeres no habían iniciado actividad sexual, resultando adecuada la escala utilizada. Además se pudo medir el tiempo necesario para responder el instrumento que fue entre 8 y 17 minutos.

Confiabilidad

La consistencia interna del instrumento final (23 ítems) para detectar violencia de pareja, evaluada mediante el coeficiente de correlación alfa de Cronbach fue de 0.92.

En el análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se obtuvieron 3 factores con un autovalor (eigenevalue) ≥ 1.0 que explicaban un 62% de la varianza total. Los 6 ítems de la dimensión física se agruparon en el factor I, denominado violencia física, en este factor se encontraron las cargas más altas, todas por arriba de 0.54, lo que permite identificar estos ítems como significativos para este factor denominado: violencia psicológica, que explicó 47.4% de la varianza total. En la dimensión psicológica 9 de los ítems cargaron significativamente en este factor ($\pm .4$), y 9 ítems de la dimensión sexual cargaron en el factor II identificado como violencia sexual. Las cargas factoriales de los ítems fueron superiores a 0.43, explicando en su conjunto 26.6% de la varianza total. Asimismo 6 ítems cargaron en el factor III, identificando violencia psicológica y la carga factorial fue por arriba de 0.42. Este factor explicó 26% de la varianza total. Los ítems *“He deseado trabajar o estudiar”*, *“Destaca mis cualidades al compararme con otras mujeres”* y *“El método que utilizamos para no tener hijos fue escogido por:”* fueron eliminados por su bajo poder discriminante, es decir no cargaron significativamente en ninguno de los tres factores. Los ítems: *“Si le doy a entender que deseo tener relaciones sexuales él se niega”*, *“Cuando mi pareja y yo tenemos relaciones sexuales, es porque yo también estoy de acuerdo”*, *“Tomo la iniciativa para tener relaciones sexuales”*, *“Cuando no deseo tener relaciones sexuales el respeta mi decisión”*, *“Las relaciones sexuales con mi pareja me complacen”*, *“Me compara con otras mujeres”*, *“Me anima a frecuentar a mis amistades”* y *“Respeta mi decisión sobre el tiempo que invierto para hacer las cosas fuera de casa”* fueron eliminados debido a que se consideró que conceptualmente son ambiguos.

MATRIZ FACTORIAL DE COMPONENTES PRINCIPALES CON ROTACION ORTOGONAL DEL INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA

Ítems	Factores		
	I	II	III
	Violencia psicológica	Violencia sexual	Violencia física
Me jalonea	0.7441	0.0227	0.1124
Me pega	0.7384	0.0291	0.0575
Me ha empujado a propósito	0.6539	0.0829	0.1089
Me pateo	0.6530	0.0685	0.0329
Ha llegado a golpearme tanto que he creído que iba a matarme	0.5585	0.1250	0.0329
Ha tenido que ir al médico debido a los golpes que me dio	0.5468	0.0905	0.1652
Mi pareja usa la fuerza física cuando no deseo tener relaciones sexuales	0.0392	0.7054	0.0432
Las cosas que me pide hacer cuando tenemos relaciones sexuales me incomodan	0.1222	0.7037	0.0997
Cuando no deseo tener relaciones sexuales el me presiona para tenerlas	0.0298	0.6514	0.0634
Respeto mis preferencias sobre la forma en que tenemos relaciones sexuales	0.2801	0.5131	0.2524
Cuando no deseo tener relaciones sexuales el respeta mi decisión	0.3713	0.4315	0.1684
Me insulta	0.3905	0.532	0.6753
Tengo libertad para decidir lo que hago	0.2358	0.0104	0.6490
Se burla de mi	0.2697	0.0043	0.5815
El determina en cuanto tiempo debo de hacer las cosas fuera de casa	0.2987	0.0112	0.5527
Me alienta para continuar con lo que me propongo	0.3429	0.0406	0.5370
Me trata dignamente	0.4155	0.0476	0.5351
Él se molesta cuando tomo decisiones sobre mi persona	0.3318	0.0814	0.5325
Me respeta	0.4307	0.0437	0.5149
Trata de alejarme de las amistades que tengo	0.4094	0.0652	0.5066
Me pone trabas en lo que hago	0.3921	0.1269	0.4892
Cuando discutimos avienta objetos	0.1377	0.0192	0.4746
Me impide trabajar o estudiar	0.3471	0.0942	0.4524

Se considero que un ítem cargaba significativamente si su peso era $\pm .4$

n=384

Edición del instrumento

El formato seleccionado para el instrumento fue tamaño medio carta, con orientación vertical, integrado por varias páginas engrapadas por el centro; tipo cuadernillo. Tratando de facilitar su manejo al momento de llenarlo.

Contenido:

1. Carátula donde se anotó el título de la encuesta
2. Presentación del objetivo de la encuesta instrucciones para su llenado y las preguntas semiestructuradas que exploran los factores de riesgo. (2 páginas)
3. En la siguiente sección se anotaron las instrucciones para el llenado de esta sección un recuadro con el significado de las opciones de respuesta y los 34 enunciados validados para la identificación de presencia de violencia. (3 páginas)

El orden en que se anotaron los ítems para la identificación de violencia, fue iniciando con enunciados sencillos, evitando que correspondieran a la dimensión sexual, se cuidó que los enunciados de las tres dimensiones estuvieran intercalados (positivos y negativos) y que no quedara alguna dupla junta. Para una mejor identificación de los enunciados se sombrearon alternadamente.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES
QUE INFLUYEN EN LA SALUD
DE LAS MUJERES



Con el propósito de identificar algunos factores de la relación de pareja que pueden influir en su estado de salud y con ello poder atenderle mejor, le pedimos contestar las siguientes preguntas.

Marque con una "X" en el óvalo, de esta manera, (X) la resp que considere refleja mejor su situación.

NUNCA: quiere decir que en ninguna ocasión se ha presentac situación, durante el tiempo que tiene con su actual pareja.

ALGUNAS VECES: cuando es muy raro que se presente la si

MUCHAS VECES: se refiere a que la situación ocurre seguid

SIEMPRE: que todo el tiempo se presenta la situación.

NO APLICA: puede seleccionar esta respuesta cuando es una situación que no ha vivido, como el tener relaciones sexuales.

Me pone trabas en lo que hago:

Nunca Algunas veces Muchas veces Si

Me insulta:

Nunca Algunas veces Muchas veces Si

Tengo libertad para decidir lo que hago:

Nunca Algunas veces Muchas veces Si

Se burla de mí:

Nunca Algunas veces Muchas veces S

Me jalonea:

Nunca Algunas veces Muchas veces S

Me respeta:

Nunca Algunas veces Muchas veces S

He tenido que ir al médico debido a los golpes que me dio:

Nunca Algunas veces Muchas veces S

Me pega:

Nunca Algunas veces Muchas veces S

Ha llegado a golpearme tanto que he creído que iba a matarme:

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Cuando no deseo tener relaciones sexuales, él me presiona para tenerlas:

No aplica Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Cuando discutimos avienta objetos:

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Trata de alejarme de las amistades que tengo:

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Me ha empujado a propósito:

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Pienso que me alienta para continuar con lo que me propongo:

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Él se molesta cuando tomo decisiones sobre mi persona:

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Cuando no deseo tener relaciones sexuales él respeta mi decisión:

No aplica Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Me impide trabajar o estudiar:

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Las cosas que mi pareja me pide hacer cuando tenemos relaciones sexuales me incomodan:

- No aplica Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Mi pareja usa la fuerza física cuando no deseo tener relaciones sexuales:

- No aplica Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Me trata dignamente:

- Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Él determina en cuánto tiempo debo de hacer las cosas fuera de la casa:

- Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Respeto mis preferencias sobre la forma en que tenemos relaciones sexuales:

- No aplica Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Me pateo:

- Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre
-

GRACIAS
POR SU PARTICIPACIÓN
ESPERAMOS SERVIRLE MEJOR

12. DISCUSIÓN.

Una de las más grandes preocupaciones de los investigadores en la última década respecto a la violencia de pareja, ha sido conocer la “magnitud” del problema en términos numéricos. Las prevalencias reportadas presentan variaciones, aunque recientemente ese rango se ha ido acortando, quizá como efecto de un mejor diseño en el desarrollo de los instrumentos de medición. Sin embargo el hecho de que las estadísticas estén mejorando no quiere decir que realmente se esté “midiendo” el fenómeno de la violencia. La revisión de la literatura permitió identificar que existe variabilidad en la connotación de la violencia de pareja y se le llega a considerar como violencia intrafamiliar o violencia doméstica, lo que la restringe al ámbito familiar, desconociéndola como una asimetría en el rol de género. A pesar de que los estudios han utilizado diferentes técnicas estadísticas para darle sustento a la magnitud reportada, se advierte un limitado alcance de los trabajos (algunos con representatividad nacional), al carecer de una conceptualización de la violencia de pareja y además al considerar que se percibe de igual manera en las diferentes poblaciones, sin considerar el carácter social de la violencia.

Los resultados de este trabajo muestran que la propuesta de un instrumento dirigido al personal de salud para la identificación de las mujeres que se encuentran ya sea en riesgo de sufrir violencia de pareja o a las mujeres víctimas de ella, requiere que su construcción esté basada en el contexto propio de la población a la que se desea atender. Es importante tomar en cuenta la influencia de las situaciones sociales para la percepción de la violencia, ya que ésta varía de acuerdo al entorno cultural; por ejemplo, mientras que en algunos contextos sociales dirigirse a una persona mediante gritos no representa una conducta violenta, en otro sitio esta conducta puede ser una manifestación de agresión. Por ello, en la construcción del instrumento aquí presentado se creyó necesario partir de este supuesto, lo que hizo necesaria la incorporación de una metodología que permitiera trabajar desde la perspectiva de las propias mujeres, su percepción de la violencia y su propio lenguaje para expresarla.

La elaboración de ítems que partieran de definiciones no solo seccionadas de la literatura, sino considerando la percepción de las mujeres y validada por expertos en el área, permitió integrar un instrumento que mostró buenas propiedades psicométricas, con validez de constructo, contenido y confiabilidad. El análisis factorial permitió

precisar la presencia de tres factores, claramente identificados para la violencia física y para la violencia sexual, no así para la violencia psicológica; esto último refleja la dificultad para la construcción de la dimensión psicológica y confirma que aunque conceptualmente la violencia de pareja puede ser clasificada en diferentes tipos, puede resultar artificial separar el daño psicológico que tiene su origen en la violencia física, del que tiene su origen en la violencia sexual⁷⁵.

La aportación que este trabajo pretende es ofrecer una herramienta útil y válida que sea un apoyo al personal de salud interesado en una atención integral a las mujeres que demandan los servicios y que sufren de condiciones que las hacen vulnerables a sufrir violencia de pareja; principalmente, el interés es responder a la necesidad de identificar a quienes no han presentado aún lesiones graves que las haga demandar atención médica, pero que reflejan sus condiciones derivadas de la violencia de pareja en su estado de salud físico y mental. Las características del instrumento deben destacarse, ya que es confiable para una rápida detección de mujeres tanto víctimas de violencia de pareja como en riesgo de padecerla, su llenado es sencillo y autoaplicado, puede efectuarse en corto tiempo y con un lenguaje claro, además de que demostró su aceptabilidad por las mujeres. Estas ventajas lo hacen particularmente aplicables para los servicios de salud de las Instituciones públicas, donde generalmente se carece de suficiente infraestructura humana como personal especialmente dedicado a actividades de detección adicionales a los programas que tradicionalmente se han considerado prioritarios.

La limitante principal del estudio es que a pesar de contar con un instrumento su validez se reduce a las mujeres, de la población donde se trabajó la validación y no es posible asegurar su representatividad en la misma ya que es necesario reconocer que solo se incluyeron mujeres usuarias de los servicios; posiblemente, aquellas mujeres que sufren violencia y no solicitan atención tengan condiciones distintas que requerirán estudios adicionales. Asimismo, se requerirá continuar con la línea de investigación que aquí se ha iniciado con el fin de evaluar: la validez de criterio para medir la sensibilidad y especificidad del instrumento, validez externa del instrumento, así como su impacto en el número de consultas de medicina familiar.

Por último, la implementación en los servicios de esta herramienta representará un reto muy importante para los servicios de salud y particularmente para médicos y

enfermeras, ya que permitirá que las mujeres hablen cada vez más del problema de la violencia de pareja y demanden apoyo para su solución. Por lo tanto, la identificación de los casos que actualmente se encuentran ocultos, así como del reconocimiento de quienes viven con riesgo para ser violentadas, hará evidente la necesidad del desarrollo de modelos integrales de atención a las mujeres derechohabientes víctimas de violencia de pareja identificadas.





Anexo 1

CUADRO DE REVISIÓN DE LA LITERATURA

Palabras clave	BASE DE DATOS OVID MEDLINE		BASE DE DATOS MEDIC LATINA		BASE DE DATOS CUIDEN		BASE DE DATOS COCHRANE	
	Artículos localizados	Cumplen criterios	Artículos localizados	Cumplen criterios	Artículos localizados	Cumplen criterios	Artículos localizados	Cumplen criterios
Domestic Violence	181	22	1	-	2	1	98	22
Family Violence	181	3	-	-	-	-	21	4
Battered Women	41	5	-	-	-	-	39	1
Spouse Abuse	100	12	-	-	-	-	90	2
Violencia de pareja en mujeres	-	-	3	3	13	7	-	-
Violencia de pareja	-	-	6	1	14	1	-	-
Violencia conyugal	-	-	3	2	12	5	-	-
Violencia doméstica	3	-	4	-	44	1	-	-
Violencia intrafamiliar	1	-	8	5	11	1	-	-
Violencia familiar	2	-	11	4	40	1	1	-
Riesgo de violencia de pareja en mujeres	-	-	-	-	5	-	-	-
Riesgo de violencia de pareja	-	-	-	-	5	-	-	-
TOTAL	509	42	36	15	146	17	249	29
RESTRINGIDOS	39	9	-	-	10	-	-	-

Anexo 2

Diseño y validación de un instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja

Percepción de la violencia

Guía de entrevista individual a personajes clave

Objetivo. Conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre la violencia de pareja hacia la mujer, posibles indicadores de presencia de violencia, Identificación de mujeres víctimas de violencia así como las barreras identificadas para la atención de violencia de pareja.

Información para contextualizar.

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿Cuál es su escolaridad?
3. ¿Con quién vive?
4. ¿Cuánto tiempo lleva con su pareja actual?
 - a. ¿Cuánto tiempo se conocieron antes de vivir juntos?
 - b. ¿Tienen hijos?
 - c. ¿De qué edades?
5. ¿De quién es la casa donde viven?
6. ¿Quiénes contribuyen al ingreso familiar?

7. ¿Su pareja trabaja? ¿en qué?
8. ¿Me puede dar su definición de lo que es violencia?
9. ¿Qué es lo que usted siente cuando escucha violencia en pareja?
10. ¿Para usted es un problema?
11. Usted considera que existen factores socioculturales que favorezcan la violencia en pareja.
12. ¿Usted considera que la historia de vida de la persona violenta tiene alguna influencia en su vida actual?
13. ¿A usted que le hace sentir una persona que vive en una situación de violencia?
14. ¿El personal de salud cómo detecta a las mujeres que viven en estas situaciones de violencia?
15. ¿Con qué frecuencia se presentan mujeres que demanden atención por sufrir violencia de pareja?
16. ¿Del tiempo que usted ha trabajado en esta Unidad médica a la fecha estas situaciones han sido más frecuentes?
17. ¿Hay algo más que quisiera comentarme sobre la violencia contra las mujeres?

Muchas gracias

Anexo 3

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud CMN SXXI

Unidad de Medicina Familiar No. 31

Consentimiento informado para participar en entrevista individual a personajes clave

Diseño y validación de un instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja

Buenos días (tardes) estamos realizando un estudio de investigación para conocer; que es la violencia de pareja para las mujeres usuarias de esta Unidad de Medicina familiar.

Estamos invitando a personal de esta Unidad que proporcione cualquier tipo de atención a mujeres mayores de edad, la participación que le solicitamos es contestar algunas preguntas de manera individual, además le solicitamos su autorización para grabar la sesión. No hay respuestas correctas ni incorrectas, queremos conocer su opinión.

Su participación es voluntaria, puede retirarse del estudio en el momento que lo desee. Si requiriera alguna información puede solicitárnosla con toda confianza.

La información que nos proporcione se utilizara únicamente con fines de investigación.

¿Está interesada(o) en participar? Si

No ¿Por qué no le interesó participar?

Nombre y firma de la entrevistada(o)

Nombre, firma, matrícula de la investigadora principal

México, D. F. a ____ de _____ 200_

Anexo 4

Diseño y validación de un instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja

Guía de discusión con grupos focales

Objetivo. Conocer la percepción y creencias de las mujeres sobre la violencia de pareja hacia la mujer.

Introducción (breve sobre la relación de pareja).

Me pudieran comentar si han oído hablar sobre la violencia de pareja.

¿Alguien les ha hablado sobre la violencia de pareja hacia las mujeres?

Para ustedes ¿qué es la violencia de pareja hacia las mujeres?

¿Por qué creen que se da la violencia de pareja hacia las mujeres?

Anexo 5

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud CMN SXXI

Unidad de Medicina Familiar No. 31

Consentimiento informado para la participación en grupos focales

Diseño y validación de un instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja

Buenos días (tardes) estamos realizando un estudio de investigación para conocer; que es la violencia de pareja para las mujeres usuarias de esta Unidad de Medicina familiar.

Estamos invitando a participar a mujeres mayores de edad que tengan o hayan tenido pareja, la participación que le solicitamos es contestar algunas preguntas en una reunión con otras mujeres, además le solicitamos su autorización para grabar la sesión. No hay respuestas correctas ni incorrectas, queremos conocer su opinión.

Su participación es voluntaria, puede retirarse del estudio en el momento que lo desee, sin afectar la atención que recibe en el Instituto. Si requiriera alguna información puede solicitárnosla con toda confianza, o si desea, acudir a Trabajo Social de esta unidad.

La información que nos proporcione se utilizara únicamente con fines de investigación.

¿Está interesada en participar? Si

No ¿Por qué no le interesó participar?

Nombre y firma de la entrevistada

GRACIAS

Nombre, firma, matrícula de la investigadora principal

MSP Gloria María Galván Flores
9061207

México, D. F. a ____ de _____ 200_
60

Anexo 6

ÍTEMS POR DUPLAS

Dimensión psicológica

1	Estoy temerosa de expresarme
1 ^a	Me siento segura de expresarme
2	Cuando estamos a disgusto ni nos hablamos
2 ^a	Ante un mal entendido, nos preocupa hablar lo antes posible
3	Pienso que me engaña con otra mujer
3 ^a	Estoy segura de su fidelidad
4	He querido separarme de él
4 ^a	Quiero seguir con él
5	Pienso que no le gusto
5 ^a	Creo que considera que soy bonita
6	Me desagrada cómo se dirige a mí
6 ^a	Me gusta cómo se dirige a mí
7	Pienso que él se molesta cuando tomo decisiones sobre mi persona
7 ^a	Tengo libertad para decidir lo que hago
8	Siento que me pone trabas en lo que hago
8 ^a	Siento que me alienta para continuar con lo que me propongo
9	Ver a mi familia depende del permiso de él
9 ^a	Acudo cuando quiero a las reuniones familiares
10	Ante un desacuerdo es difícil platicar porque él se enoja
10 ^a	En casos de desacuerdo platicamos tranquilamente, para tomar una decisión
11	Le desagradan las soluciones que doy a los problemas
11 ^a	Siento que me apoya en las soluciones que doy a los problemas
12	Creo que es mi obligación darle gusto a él

12 ^a	Me siento libre para complacerlo
13	Siento que soy inferior que él
13 ^a	Creo que soy tan importante como él
14	Cuando algo sale mal solo yo tengo la culpa
14 ^a	Los dos aceptamos la responsabilidad de nuestras acciones cuando las cosas no andan bien
15	Me presiona dejando de hablarme
15 ^a	Él procura mantener comunicación conmigo
16	Me insulta
16 ^a	Me respeta
17	Él se burla de mí
17 ^a	Me trata dignamente
18	Me amenaza con irse de la casa
18 ^a	Me expresa su satisfacción por nuestra vida juntos
19	Mi pareja niega los acuerdos que hicimos
19 ^a	Mi pareja cumple con lo que acordamos
20 ^a	No me deja trabajar o estudiar
20 ^a	Me apoya si deseo trabajar o estudiar
21	Debo hacer las cosas fuera de la casa en el tiempo que él dice
21 ^a	Yo decido el tiempo para las cosas que tengo que hacer fuera de la casa
22	Olvida los gastos de la casa
22 ^a	Está pendiente de los gastos de la casa
23	Me muestra indiferencia
23 ^a	Es atento conmigo
24	Me considera inferior a él
24 ^a	Considera que los dos valemos lo mismo
25	Él ignora mis opiniones

25 ^a	Él toma en cuenta mis opiniones
26	Piensa que le soy infiel
26 ^a	Confía en mi fidelidad
27	Me compara con otras mujeres para humillarme
27 ^a	Reconoce mis cualidades sobre otras mujeres
28	Trata de alejarme de las amistades que tengo
28 ^a	Ve con buenos ojos que frecuente a mis amistades

Dimensión sexual

29	Cuando no deseo tener relaciones sexuales, él me presiona para tenerlas
29 ^a	Cuando mi pareja y yo tenemos relaciones sexuales, es porque yo también lo quiero
30	Las relaciones sexuales con mi pareja me hacen sentir complacida
30 ^a	Las cosas que mi pareja me pide hacer cuando tenemos relaciones sexuales me hace sentir incómoda
31	Mi pareja respeta mi decisión cuando no deseo tener relaciones sexuales
31 ^a	Mi pareja usa la fuerza física cuando no deseo tener relaciones sexuales
32	Mi pareja expresa que le gusta tener relaciones sexuales conmigo
32 ^a	Mi pareja dice que no lo tengo contento cuando tenemos relaciones sexuales
33	Me siento segura de satisfacer sexualmente a mi pareja
33 ^a	Pienso que no sirvo para satisfacer sexualmente a mi pareja
34	Él acepta utilizar condón
34 ^a	Él se molesta si le pido que utilice condón
35 ^a	Ambos decidimos si llevamos un método para no tener hijos
35 ^a	Él es quien decide si utilizamos métodos de planificación familiar

36	Él se niega a tener relaciones sexuales conmigo para castigarme
36 ^a	A él le da gusto que tome la iniciativa para tener relaciones sexuales

Dimensión física

37	Me ha golpeado
38	He tenido que ir al médico debido a los golpes que me dio
39	Me ha jaloneado
40	Cuando discutimos avienta objetos
41	Me ha pegado con la mano o puño
42	Me ha pateado
43	Me ha golpeado, pero yo tuve la culpa
44	He tenido que dejar de hacer mis labores habituales debido a los golpes que me dio
45	Me ha empujado a propósito
46	Ha llegado a golpearme tanto que he creído que iba a matarme.

Anexo 7

Diseño y validación de un instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de Violencia de Pareja

VALIDACIÓN LINGÜÍSTICA

GUÍA DE ENTREVISTA

Para los enunciados

1. ¿Ha y alguna palabra que no conozca que significa?
2. ¿Es clara la pregunta?
3. ¿Existe alguna dificultad para comprender la pregunta?
4. Por favor explique con sus palabras qué quiere preguntar esta pregunta.
5. ¿Cómo haría usted la pregunta?
6. ¿Le parece una pregunta importante par que se haga en la consulta con el médico?

Para las respuestas

1. ¿Hay alguna palabra de la cual no conozca el significado?
2. ¿Usaría otras palabras?
3. ¿Falta alguna opción?
4. ¿Sobra alguna opción?

Anexo 8

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud CMN SXXI

Unidad de Medicina Familiar No. 31

Consentimiento informado

**Diseño y validación de un instrumento para la Detección de Mujeres en Riesgo o Víctimas de
Violencia de Pareja**

Buenos días (tardes) estamos realizando una encuesta para probar algunas preguntas que nos permitan conocer sobre los problemas o riesgo de violencia en la pareja, que pueden enfrentar las mujeres usuarias de esta unidad.

Estamos invitando a mujeres mayores de edad que tengan o hayan tenido pareja, la participación que le solicitamos es contestar un cuestionario. El tiempo aproximado que le podría llevar es entre 10 y 15 minutos. No hay respuestas correctas ni incorrectas, queremos conocer su opinión y su experiencia personal.

Su participación es voluntaria, puede retirarse del estudio en el momento que lo desee, sin afectar la atención que recibe en el instituto. Si requiriera alguna información puede solicitárnosla con toda confianza, o si desea acudir a Trabajo Social de esta unidad.

La información que nos proporcione se utilizara únicamente con fines de investigación.

¿Está interesada en participar? Si No ¿Por qué? _____

Nombre y firma de la entrevistada

Gracias

Nombre, firma, matrícula de la investigadora principal

MSP Gloria María Galván Flores
9061207

REFERENCIAS

- ¹ Fuente AD, Salamanca CA, Sánchez CS ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en atención Primaria? Nure investigación. 2005 15; 1 -10
- ² Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., 2003.
- ³ Bourdieu P. La dominación masculina. Revista de estudios de género. 1996, 3:7-15
- ⁴ Integrating gender into the World Bank's work: a strategy for action. Washington DC, World Bank, January 2002.
- ⁵ World Health Organization. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007.
- ⁶ Cañetas Y., Rivera S., Diaz R. Desarrollo de un instrumento de satisfacción marital. La psicología social en México. IMUSA. México 2000.
- ⁷ Wilson JQ, Herrnstein RJ. Crime and human nature. The definitive Study of the Causes of Crime New York. 3rd Printing. Simon & Schuster, NY, U.S.A.1986.
- ⁸ Pérez DME. La violencia familiar, un concepto difuso en el derecho internacional y en el derecho nacional: Boletín Mexicano de derecho comparado, Universidad Nacional Autónoma de México. [serie en Internet]. 2001 [Citado 03/05/05] 101(5): [aprox. 5 p.] Disponible en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/101/art/art5.htm>
- ⁹ Londoño VA. Derecho a los derechos. Atención integral a sobrevivientes de delitos sexuales. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Colombia 2001;39
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud- organización Panamericana de la Salud. Manual de enfoque para la atención materno infantil. Serie Paltex No.7 Washington. D.C. 1986
- ¹¹ Last JM. Dictionary of Epidemiology . Oxford University Press 1983
- ¹² Nunnaly J. Teoría psicometrica. Editorial Trillas. México 1987 (reimp 1991)
- ¹³ Martinez AR. Psicometría. Madrid. Sintesis psicológica 2005
- ¹⁴ Figueroa JG, Solis VM, Gonzalez E. The possible influence of imagery upon retrieval and representation in LTM. Acta Psicologica, 1974; 38:423-428
- ¹⁵ Zermeño AI. Arellano AC. Ramírez VA. Redes semanticas naturales: técnica para representar el significado que los jóvenes tienen sobre televisión, internet y expectativa de vida. Estudios sobre las culturas contemporáneas. Época II vol. XI. Núm 22, Colima 2005, pp 305- 334
- ¹⁶ Vera NJ. Pimentel CE. Batista AF. Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos Ximhai, 20051; 3: 439 - 51
- ¹⁷ Fortin MF El proceso de investigación: de la concepción a la realización. Mc Graw-Hill Interamericana. México 1996.

¹⁸ Miljánovich CM Validez de constructor hipotéticos en psicología. Revista de Psicología.1997- 1;1 [citado 05/05/07] disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/psicologia/1997_n1/validez.htm#re

¹⁹ Schei B, Bakketeig L. Gynecological impact of sexual and physical abuse by spouse: study of a random sample of Norwegian women. BJOG. 1989;96:1379-1383

²⁰ Schei B, Bakketeig L. Gynecological impact of sexual and physical abuse by spouse: study of a random sample of Norwegian women. BJOG 1989; 96:1379 - 1383.

²¹Walker EA, et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. American Journal of Psychiatry, 1993; 150:1502 - 1506.

²² Bradley C. Why male violence against women is a development issue: reflections from Papua New Guinea. [Occasional Paper] jul 1997 [citado 05/06/05] disponible en <http://www.who.int/gender/violence>

²³ Nelson E, Zimmerman C. Household survey on domestic violence in Cambodia. Ministry of Women's Affairs, Project Against Domestic Violence, Cambodia, 1996.

²⁴Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. Juristat service bulletin, Statistics Canada, 1994;14(9).

²⁵ Watts C, Osam S, Win E. The private is public: a study of violence against women in Southern Africa. Zimbabwe, Women in Law and Development in Africa, 1995.

²⁶ Garcia-Moreno C et al. WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women. Geneva, World Health Organization. 2005.

²⁷ Valdez SR, Juárez RC. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Salud Mental 1998; 21; 6:1-10.

²⁸Berenguer A. Alternativas desde la medicina legal y experiencias sobre la violencia intrafamiliar. En: Corporación de la Mujer. Violencia en la Intimidad. Bogotá, Corporación de la Mujer, York, Oxford University Press, 1991.

²⁹ Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg M, Fenley M, eds. Violence in America: a public health approach. New York, Oxford University Press, 1991.

³⁰ Day T. The health related costs of violence against women in Canada: the tip of the iceberg. London, Ontario, Center of Research on Violence Against Women and Children, 1995.

³¹Banco Mundial. Informe mundial sobre el desarrollo: invertir en salud. Banco Mundial, Washington, D.C. 1993.

³² Ramos-Lira L, y cols. Violencia Sexual y problemas asociados en mujeres atendidas en un centro de salud .Salud Pública de Méx 2001;43:182-191

³³ Koss M, Gidycz C A, Wisniewski N, The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. Journal of consulting and clinical psychology, 1987, 55.

³⁴ Kilpatrick DG, Edmunds CN, Seymour AK, Rape in America: a report to the nation. Arlington, VA, The National Victim Center, 1992

-
- ³⁵ Population Report. Ending Violence *Against Women*. Published by the Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore, Maryland, USA. P 8
- ³⁶ Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. En: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:171–181.
- ³⁷ Rivera-Rivera L., Lazcano-Ponce E., Salmerón-Castro J., Salazar-Martínez E., Castro R Hernández-Avila M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Pública de Méx* 2004;46:2
- ³⁸ Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (<http://www.nnh.org/risk>).
- ³⁹ Organización Panamericana de la Salud *Informe mundial sobre la violencia y la salud* Washington, D.C: OPS, 2003
- ⁴⁰ Internacional Clinical Epidemiology Network. World Studies of Abuse in Family Environments. Inclen.org/research/ws.html
- ⁴¹ Alvarado-Zaldivar G., Salvador-Moysén J., Estrada-Martínez S., Terrones-González A., Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública de Méx* 46; 6: 481-486.
- ⁴² Vicente B, Vielma M, Rioseco P, Medina E. Validación del Autorreportaje de Síntomas (SRQ) como instrumento de screening en estudios comunitarios. *Revista de Psiquiatría*. 1994; 11:180-5.
- ⁴³ Viazcarra M.B., Cortés J., Bustos M., Alarcón M. Muñoz S. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista Médica de Chile*. 2001.129; 12
- ⁴⁴ Felthaus K.M. et al Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 277;17:1357-1361.
- ⁴⁵ Guedes A, Bott S, Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78(Suppl 1):S57-S63.
- ⁴⁶ Silva C, McFarlane J, Soeken K, Parker B, Reel S. Symptoms of post-traumatic stress disorder in abused women in primary care setting. *Women's Health*, 6(5): 488-545, 1977.
- ⁴⁷ Instituto Nacional de Salud Pública/SSA. Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres. México 2003 pp 66
- ⁴⁸ Instituto nacional de las Mujeres –SSA manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de Salud. 2003
- ⁴⁹ Instituto Nacional de las Mujeres Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM. Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006. México 2008
- ⁵⁰ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera del IMSS 2002.
- ⁵¹ Gómez-Dantés H y Cols.- Género y Salud en Cifras Secretaría de Salud 2003 1; 2: 9 - 15

52 Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial de violencia y salud: resumen. Washington, DC; 2002

53 Díaz-Olavarrieta C, Paz F, García de la Cadena C, Campbell J. Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses' aides in Mexico. Arch Med Res 2001;32:79-89.

54 Babbie E. Fundamentos de la Investigación Social. Internacional Thomson Editores. México 2000.

55 Blanco P., Ruiz-Jarabo., García V.L., La violencia de pareja de las mujeres. Gaceta Sanitaria 2004;18 supl 1:S182-8

56 Letelier LM, Manríquez J, Rada G. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? Rev Méd Chile 2005; 133: 246-249

57 Novell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin 1995; 105: 740-43

58 Muir Gray JA, Brian Haynes R, Sackett DL, Cook DJ, Guyatt GH. Transferring evidence from research into practice: 3 Developing evidence-based clinical policy. Evidence-Base-Medicine 1997;2(2):36-38.

59 Aignerren, Miguel. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales, Artículo publicado en CEO, Revista Electrónica no. 7, Disponible en <http://huitoto.udea.edu.co/~ceo/>

60 PATTON M Q. QUALITATIVE EVALUATION AND RESEARCH METHODS, SAGE PUBLICATIONS, NEWBURY PARK, CA. 1990

61 Álvarez-Gayou, J.L. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós. 2005

62 Patton, MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3a ed. Thousand Oaks, CA: Sage.2002

63 Reyes LI. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. Revista de psicología social y personalidad, 1993; 9:1 84-97

64 Alvarado ZG, Salvador MJ, Estrada MS, Terrones GA. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública de Mex 1998; 40:481-486

65 Rivera-R. L., Lazcano P. E., Salmerón C. J., Salazar M. E., Castro R., Hernández A. M., Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. Salud Pública de Mex 2004;46:113-122

66 Reyes MH, Galván FG. Diagnóstico del contexto de violencia de pareja en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006 (Datos no publicados)

67 International Clinical Epidemiology Network. [citado 4 febrero 2007] Disponible en <http://www.inclenrust.org/index.php?option=content&task=view&id=293&Itemid=347>

68 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud. Reproductiva. Secretaria de Salud. Manual operativo. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. México 2006 pp82

69 Mujeres hoy [citado 10 de septiembre 2006] Disponible en <http://www.mujereshoy.com/secciones/773.shtml>

70 Cienfuegos MY. Evaluación del conflicto, satisfacción marital y apoyo social en mujeres violentadas: un estudio comparativo. Tesis Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2004

⁷¹ Informe anual 2007 sobre violencia familiar de las instituciones del Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de Desarrollo Social http://www.equidad.df.gob.mx/vfamiliar/sievif/informeanual_2007.pdf

⁷² Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley general de salud. Título quinto. Última Reforma DOF 14-02-2006.

⁷³ Organización Mundial de la Salud: Dar prioridad a la mujer: recomendaciones éticas y de seguridad para las investigaciones sobre la violencia doméstica contra la mujer. WHO/FCH/GW/01.1 Ginebra, Suiza 2001

⁷⁴ Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002 [citado 6 Marzo 2006] Disponible en www.bioetica.ops-oms.org

⁷⁵ Delgado A. Aguar M. Castellano M. Luna Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres *CJ Aten Primaria* 2006; 38: 82 – 89

