



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

Tesis para obtener el Título de Especialista en Medicina Familiar

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE SOMATIZACIÓN Y RELACIÓN CON VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES”

Presenta:

TERESITA DE JESÚS PORRAS PORTILLO

Asesores:

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

Dr. Grego Orlando Salinas Merlos

Tijuana, Baja California. Enero 2017.

Tijuana, Baja California a 17 de Enero del 2017.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA Y PSICOLOGIA

ASUNTO: Voto Aprobatorio.

Habiendo fungido como Presidente de la tesis titulada **Frecuencia de síntomas de somatización y relación con violencia familiar en mujeres** elaborada por Teresita de Jesús Porras Portillo, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta.
Presidente de Tesis

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California a 17 de Enero del 2017.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA Y PSICOLOGIA

ASUNTO: Voto Aprobatorio.

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **Frecuencia de síntomas de somatización y relación con violencia familiar en mujeres** elaborada por Teresita de Jesús Porras Portillo, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Catalina Verdin Bravo.
Sinodal

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California a 17 de Enero del 2017.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA Y PSICOLOGIA

ASUNTO: Voto Aprobatorio.

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **Frecuencia de síntomas de somatización y relación con violencia familiar en mujeres** elaborada por Teresita de Jesús Porras Portillo, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Xochilt Adriana Morales Ochoa
Sinodal

C.c.p. Archivo

29/11/2016

Carta Dictamen



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **201** con número de registro **13 CI 02 002 193** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA 29/11/2016

MTRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS

P R E S E N T E

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

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE SOMATIZACIÓN Y RELACIÓN CON VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES.

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

Núm. de Registro
R-2016-201-81

ATENTAMENTE

DR.(A). MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
H. G. Z. NUM. 30
BAJA CALIFORNIA
REVISADO

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios por todas y cada una de las bendiciones que ha puesto en mi vida, por no soltar mi mano y porque cuando todo parece perdido, él siempre muestra la puerta que nos lleva al milagro de una segunda oportunidad.

A mi hija Ana Paula, llegaste a mi vida a darle sentido a todo, eres la mejor hija, la mejor compañera, la mejor confidente que puede haber en el mundo, gracias por cada sonrisa, por cada abrazo, por tu sacrificio y tu apoyo para poder lograr esta meta, estoy orgullosa de ti, eres grande, esto es por ti, te amo.

A mis padres, ejemplo de lucha, valores, dedicación, por su apoyo en todo momento a pesar de los fracasos; por impulsarme y apoyarme para superarme, por cada día que me han ayudado en todo sentido, no tengo forma de pagarles tanto.

A mi familia, hermanos, tíos, primos, gracias por siempre estar ahí, mostrarme su apoyo y ayudarme en los que les fue posible.

A mi tía Carmen y mi tío David por abrirme las puertas de su hogar, y ayudarme con todo lo que estuvo en sus manos, dándome casa y alimento, en esta etapa de formación, Dios les recompense todo el apoyo dado.

A CS, gracias por no cortar mis alas, por estar ahí en esos momentos difíciles de depresión y soledad, por no dejarme rendir, por recordarme el por qué estaba aquí y por leer mil veces y darme la opinión sobre este trabajo.

A mis maestros por cada una de sus enseñanzas durante estos tres años, por cada minuto dedicado a mi formación y por todo su apoyo.

A mis compañeros y amigos de la residencia, por convertirse en otra familia para mí, por cada momento, bueno, malo o regular que vivimos en estos tres años.

A mis asesores de tesis Dra. Anzaldo y Dr. Salinas gracias, por su apoyo, guía y asesoría en la realización de la misma.

ÍNDICE

Resumen	3
Antecedentes	4
Marco teórico	9
Patogénesis	10
Factores de riesgo	10
Formas de presentación	11
Tratamiento	13
Justificación	16
Planteamiento del problema	17
Objetivo general	18
Hipótesis de trabajo	19
Material y métodos	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de no inclusión	21
Criterios de exclusión	21
Método	21
Plan de análisis	23
Definición conceptual de variables	24
Definición operacional de variables	25
Aspectos éticos	27
Recursos utilizados	29
Aspectos de bioseguridad	26

Resultados	30
Discusión	36
Conclusiones	39
Cronograma de actividades	40
Bibliografía	41
Anexos	44

2. RESUMEN

TÍTULO:

FRECUENCIA DE SINTOMAS DE SOMATIZACIÓN Y RELACIÓN CON ANTECEDENTE DE VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES

Investigadores: Dra. Teresita de Jesús Porras Portillo, Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dr. Grego Orlando Salinas Merlos.

Antecedentes: La Violencia Familiar es la tercera causa de años perdidos de vida saludable a nivel mundial. En México se estima que 30.4% de personas sufren violencia doméstica. Se asocia a altas tasas de tentativas de suicidio, a la presencia de alteraciones psíquicas y a una mayor utilización de los servicios médicos y de urgencias.

Objetivo: Determinar la relación que hay entre los síntomas de somatización y el antecedente de violencia familiar en primer nivel de atención.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo, trasversal, con muestreo de tipo no probabilístico, tamaño de muestra de 339 pacientes, que acudieron a solicitar atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No 27. Periodo de realización del 01 Noviembre del 2016 al 01 Enero 2017. Previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 203 del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la aprobación del Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, se procedió a la selección de la muestra. En un aislado que garantice la privacidad de las pacientes, se estudiarán variables sociodemográficas y se aplicará Encuesta de Violencia contra la Mujer y el Test de Othmer y DeSouza para determinar síntomas de somatización. Análisis estadístico tipo descriptivo y prueba no paramétrica con chi cuadrada para análisis bivariado. Las diferencias estadísticamente significativas se considerarán con valores de $p < 0.05$. Se analizarán los resultados con paquete estadístico SPSS versión 20.

Palabras clave: Violencia familiar, somatización, mujeres.

4. ANTECEDENTES

En la actualidad el tema de la violencia intrafamiliar a nivel mundial, ha tomado gran relevancia ya que se ha convertido en un problema de Salud Pública. En México las estadísticas muestran la gravedad del problema según INEGI 30.4% de los hogares de nuestro país sufre alguna forma de violencia familiar. Como base la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, levantada del 3 de octubre al 11 de noviembre de 2011, en la información captada por la ENDIREH, de un total de mujeres casadas o unidas de 15 y más años en el ámbito nacional, se registra que 11 018 415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal, cifra reveladora de un alto índice de violencia de género.¹

Así mismo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, reporta que el 38% de las mujeres en nuestro país sufre violencia en el hogar.²

El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, desafía la percepción de que el hogar es un lugar seguro para la mujer, mostrando que las mujeres corren mayores riesgos de experimentar la violencia en sus relaciones íntimas que en cualquier otro lugar. Es particularmente difícil responder con eficacia a la violencia doméstica porque muchas mujeres aceptan esa violencia como “normal”. Al considerar la violencia contra la mujer desde una perspectiva de Salud Pública, pueden observarse las numerosas dimensiones del fenómeno a fin de establecer respuestas multisectoriales. Los

sistemas sanitarios suelen ser el primer punto de contacto de las mujeres que son víctimas de la violencia.³

Los estudios existentes, que son principalmente de los países occidentales, han puesto en manifiesto que las pacientes víctimas de violencia pueden tener problemas de salud mental, como la depresión y ansiedad. Por lo que sabemos, sólo un estudio ha abordado los efectos comparativos en la salud mental de las mujeres víctimas de los diversos tipos de violencia, con resultados que muestran que la agresión psicológica está fuertemente asociada con la depresión, la ansiedad y somatización.⁴

Las pacientes que han sufrido violencia tanto sexual como no sexual, son las más propensas a reportar síntomas diferentes y experimentar síntomas muy frecuentes o crónicos. En diferentes estudios se apreció una alta probabilidad de sintomatología en pacientes que experimentaron sólo la violencia sexual, seguido por las mujeres que experimentaron sólo la violencia no sexual, los resultados apoyan una asociación dosis-respuesta entre la exposición a la violencia y los síntomas somáticos, lo que sugiere que los síntomas pueden ser marcadores de victimización.⁵

La evaluación del abuso psicológico entraña una gran dificultad, ya que la ausencia de una definición consensuada del mismo, plantea importantes problemas a la hora de operacionalizarlo.⁶

La alta utilización de recursos expresada a través de la solicitud de estudios innecesarios e interconsultas a especialistas, genera altos costos y riesgo de complicaciones iatrogénicas. La insistencia en buscar el origen de los síntomas y la imposibilidad de calzar con un molde diagnóstico, sumado a la falta de

reconocimiento del origen psicosocial, genera una sensación de ineffectividad en el profesional de la salud, frustración e inclusive antipatía, mientras los pacientes no alivian su sufrimiento ni mejoran su incapacidad.⁷

La Violencia Familiar es la tercera causa de años perdidos de vida saludable, tras la diabetes y los problemas de parto. Se asocia a altas tasas de tentativas autolíticas y de suicidio, a la presencia de enfermedades sistémicas de alteraciones psíquicas, así como a una mayor utilización de los servicios médicos y de urgencias. Un 60% de las mujeres víctimas de maltrato presenta patología psíquica. Se ha descrito la asociación de la violencia familiar con distintas patologías somáticas como el colon irritable, la fibromialgia, la hipertensión, las cefaleas, el dolor torácico, las lesiones traumáticas, las enfermedades ginecológicas, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.⁸

La mayoría de estas pacientes buscan atención en el servicio de Urgencias de manera frecuente. Es importante que los médicos sospechen de abuso, cuando los síntomas nuevos o recurrentes no se pueden atribuir a una condición médica. Igual que con los abusos recientes, las pacientes con antecedentes de abuso físico, sexual o psicológico también tienden a usar servicios médicos con mayor frecuencia.⁹

La oportuna detección de casos clínicos relacionados con violencia de pareja requiere evaluación diligente y astuto diagnóstico aplicado en el marco de una relación empática entre un médico y un paciente. Los médicos son una pieza clave para identificar y tratar los problemas físicos y psicosociales relacionados

con la violencia infligida por la pareja porque muchas mujeres maltratadas buscan atención médica después de la victimización. Se ha estimado que sobre un tercio de todas las mujeres que presentan al servicio de urgencias de los hospitales son víctimas de violencia doméstica.¹⁰

Violencia de pareja resulta en altos niveles de estrés psicológico para la víctima.

A pesar de que el conocimiento sobre efectos de la violencia familiar de tipo psicológica en la salud mental es limitado, algunos estudios han indicado que la agresión psicológica puede estar más fuertemente vinculada a la depresión, la ansiedad, somatización y el trastorno de estrés postraumático, que otros tipos de maltrato. En algunos estudios se habla de una relación dosis-respuesta entre el número de episodios de violencia física en los últimos 12 meses y el número de síntomas somáticos y enfermedades. Las mujeres expuestas a 3 o más episodios de violencia física en los últimos 12 meses registran un promedio de 4.8 diferentes síntomas y 1.2 enfermedades.¹¹

De acuerdo con un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud, independientemente del tipo de violencia, los efectos del maltrato persisten mucho tiempo después que éste ha cesado, y con el transcurso del tiempo el daño que ocasiona se va acumulando y produce considerables padecimientos y consecuencias negativas para la salud. En los países industrializados parece existir una asociación entre las mujeres que experimentan violencia familiar y/o sexual y el incremento en uso de los servicios de salud. Esa mayor necesidad de atención agrega costos considerables a los servicios de salud. Estos datos son escasos en los países en desarrollo, especialmente porque en casos de violencia física y/o sexual, las mujeres no acuden a los servicios de salud y optan por

fuentes informales, como los vecinos o la familia, y dejan para la atención médica las consecuencias, como es la depresión y la ansiedad. Es más probable que las mujeres con historias de violencia en el hogar experimenten intervalos de desempleo, cambien más a menudo de trabajo y sufran más problemas de salud física y mental que pueden afectar su desempeño laboral; además, el sentimiento de intimidación por la violencia de su pareja les impide avanzar en su trabajo. La violencia familiar, además del impacto directo en la mujer y su vida, tiene consecuencias para sus hijos, quienes la experimentan como testigos o víctimas, y para la sociedad por su importante carga social y económica.¹²

4. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.¹³

La violencia intrafamiliar se entiende como el acto u omisión, único o repetido, cometido por una persona en contra de otra u otras con quien se tiene una relación de parentesco por consanguinidad, civil o, de hecho, esto incluye a la pareja, hijos, padres, hermanos.¹⁴

La violencia familiar comprende: Abandono que se define como al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud. Maltrato físico, acto de agresión que causa daño físico. Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos. Maltrato sexual, la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.¹⁵

La somatización es la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda de ayuda médica.¹⁶

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como “un patrón crónico de conducta de

enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias.¹⁷

Patogénesis: Los síntomas somáticos son el tipo de defensa psicológica, que tiene como objetivo la reducción del dolor intrapsíquico. Este mecanismo es conocido como la “ganancia primaria”, que busca restaurar el equilibrio psicológico redirigiendo la atención a los síntomas. El problema real, origen de la inestabilidad psíquica, se bloquea o es solo parcialmente experimentado, sin que sea registrado por la conciencia. Una vez presente puede ser usado conciente o inconcientemente, con el fin de obtener beneficios interpersonales para el individuo que lo padece. Esto es conocido como la “ganancia secundaria”. No hay acuerdo en explicación de por qué los pacientes recurren a defensas somáticas. Los factores que han sido asociados incluyen edad mayor, clase social baja, historia personal o familiar de enfermedades físicas, pertenecer a grupos sociales que desalientan la expresión emocional, alexitimia y temor a la estigmatización psiquiátrica. El que o por que un paciente elige un signo o síntoma específico, permanece sin aclarar.¹⁸

Factores de riesgo de somatización:

Factores etiológicos: La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad.

Factores psicológicos y de personalidad: Tanto la depresión como la ansiedad pueden presentarse como síntomas somáticos. La ansiedad crónica aumenta la sensibilidad a las sensaciones, y los pacientes ansiosos demuestran una

tolerancia disminuida para el dolor. **Factores familiares:** En muchas familias los malestares somáticos evocan atención y cariño, mientras que los malestares emocionales no evocan ninguna respuesta. Las familias psicósomáticas demuestran ausencia de lenguajes psicológicos, falta de resolución verbal del conflicto y negación del problema psicológico. **Factores socioculturales:** La estructura social y la cultura afectan la manera en la cual se experimentan los procesos biológicos y psicológicos. La somatización es más prevalente en personas con menos educación, de vivienda rural, de clase socioeconómica baja.¹⁹

Formas de presentación: Cabe diferenciar las somatizaciones en agudas y crónicas.

Las somatizaciones agudas se dan en individuos con una personalidad y un nivel previo de adaptación normales, que debido a un estrés psicosocial presentan síntomas somáticos. Estos pacientes, sin una orientación adecuada, pueden llegar a cronificarse. **Las somatizaciones crónicas** se dan en pacientes con nivel previo de adaptación insatisfactorio y frecuentes problemas de personalidad, que presentan desde hace mucho tiempo, un mínimo de 6 meses, múltiples síntomas físicos inexplicados que les producen mucha incapacidad. El paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas somáticos que afectan diferentes órganos: síntomas generales (astenia, cansancio), musculoesqueléticos (cervicalgias, dolores generalizados), gastrointestinales (dolor y distensión abdominal, meteorismo, diarrea, estreñimiento), cardiorrespiratorios (palpitaciones, dolor torácico, sensación de falta de aire), neurológicos (cefalea, mareos, debilidad

muscular, alteraciones de la visión o de la marcha), genitourinarios (disuria, prurito, dispareunia).²⁰

Es de vital importancia descartar enfermedades crónicas con síntomas inespecíficos y en múltiples sistemas que evidentemente se asemejan en su presentación al trastorno de somatización, algunas de ellas son: Lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, neurosífilis, tumores neuroendocrinos y del sistema nervioso central, porfiria intermitente aguda, hiper o hipoparatiroidismo, enfermedades parasitarias crónicas, hemocromatosis, miastenia gravis, enfermedad de Addison, hiper o hipotiroidismo.²¹

Como consecuencia de la substancial morbilidad física y psiquiátrica asociada a la violencia doméstica, las víctimas han aumentado el uso de servicios de salud en comparación con los no han sido abusados. La violencia doméstica se asocia con importantes costos sanitarios, con costos en cuidados de salud médica y mental de aproximadamente o £ 1730 millones anuales en el Reino Unido y \$ 4,1 billones en los Estados Unidos.²²

La forma más endémica de la violencia contra las mujeres es el abuso de las mujeres por sus parejas íntimas. Los estudios han documentado abuso severo y permanente de las mujeres en casi todas las culturas, excepto para un puñado de pequeñas sociedades donde la agresión a las esposas ocurre solamente raramente.²³

Estos datos son escasos, ya que se cuenta con poca información, no todas las mujeres denuncian los hechos violentos que padecen y solo se registran datos parciales; muchas veces las mujeres acuden a los servicios de salud para

atenderse de otros problemas y los problemas relacionados a violencia no se detectan por falta de capacitación de médicos y enfermeras. Las consecuencias directas de la violencia o los daños físicos pueden ser una parte menor del problema pues algunas mujeres sufren más por las huellas psicológicas y sexuales del maltrato.²⁴

Hay un creciente reconocimiento y entendimiento de las potenciales consecuencias en salud que la violencia de pareja tanto en relación con los impactos de salud agudos y crónicos más allá de los casos de traumatismos físicos observados en los servicios de urgencias de los hospitales de atención primaria.²⁵

Varios estudios han mostrado que las violencias se pueden asociar con una variedad de problemas de salud, abuso de drogas, sexuales, trastornos ginecológicos y gastrointestinales. Por esta razón es que las mujeres víctimas de violencia son visitantes comunes de los servicios de urgencias y es por esto que es más importante que los profesionales de la salud tengan las habilidades para reconocer los signos ocultos de violencia, como el uso frecuente del servicio de urgencias. Las tasas de detección de la violencia doméstica en las salas de emergencia, son todavía bajas, a pesar del hecho de que un alto porcentaje de las mujeres víctimas de violencia doméstica acuden a los servicios de emergencia para el tratamiento.²⁶

Tratamiento no farmacológico: Se han propuesto diversas intervenciones psicológicas estructuradas para hacer frente a los trastornos de somatización y a los problemas psicológicos subyacentes. Algunas de ellas pueden ser factibles y

útiles en la atención primaria y otras probablemente solo estarán al alcance de profesionales especialmente formados o motivados, pero difícilmente pueden aplicarse de forma generalizada en este ámbito asistencial. Las terapias de orientación cognitivo-conductual son particularmente eficaces en la reducción de la sintomatología, aunque el efecto global es de pequeña magnitud. La reatribución es una forma específica de la terapia que tiene como objetivo favorecer que el paciente cambie su interpretación de que los síntomas somáticos que presenta, son manifestaciones de una enfermedad orgánica a una nueva atribución a causas fisiológicas o psicosociales. Esta terapia tiene la finalidad de conseguir que el paciente somatizador que acude a atención primaria admita y reconozca su malestar psicológico y transforme la atribución orgánica de sus síntomas físicos en una atribución psicológica a partir de la cual sería más fácil el manejo clínico adecuado de los problemas psicológicos del paciente, algunos cambios o mejoras organizativas facilitarían un mejor abordaje de la somatización en atención primaria.²⁷

Tratamiento farmacológico: Actualmente, no se conoce ningún tratamiento biológico eficaz para los trastornos somatomorfos. Dada la elevada comorbilidad con trastornos ansiosos y depresivos, hay que estar atentos por si éstos aparecen y tratarlos. El tratamiento de elección en estos casos es con Inhibidores Selectivos de Receptación de Serotonina. Los benzodiacepinas deben usarse sólo por periodos breves. En general, los síntomas suelen ser refractarios a los tratamientos médicos y medidas paliativas usuales. Sobre el tratamiento farmacológico del dolor crónico de otras etiologías, sí existen algunos estudios que pueden servir de orientación, ya que el dolor es el síntoma más frecuente en los

trastornos somatomorfos. Los antidepresivos tricíclicos tienen una acción antiálgica específica, más precoz que la acción antidepresiva. La amitriptilina, en estos casos, se usa a dosis bajas, empezando por 10-25 mgr. por la noche. Se puede ir aumentando, poco a poco, hasta unos 75 mgr/día, si es necesario. También tienen indicación para el dolor neuropático diabético en adultos la duloxetina, a dosis de 60-120 mgr/día. Los antidepresivos serotoninérgicos no son superiores a placebo, si no hay depresión asociada.

El abordaje del paciente con trastorno somatomorfo se considera exitoso si se consigue disminuir el sufrimiento del paciente, mantener al paciente alejado de los Servicios de Urgencias, y si se reduce la exposición a procedimientos iatrogénicos, lo cual hará que disminuya nuestro desgaste emocional.²⁸

5. JUSTIFICACIÓN

La violencia familiar es un tema que ha ido cobrando importancia a nivel mundial con el transcurso de los años, debido no solo al impacto que se tiene sobre la persona que es víctima de esta, sino también por el impacto que tiene a nivel familiar y social.

Día a día, durante nuestras actividades médicas, nos encontramos con pacientes frecuentadoras de los diferentes servicios, quienes, refieren afecciones crónicas, multitratadas, referidas a segundo nivel de atención, sin mostrar mejoría de su sintomatología; lo que conlleva a un aumento de gastos a nivel institucional, al uso indebido de medicamentos, una utilización inadecuada de recursos, a la insatisfacción de los pacientes y en algunas ocasiones a la frustración médica.

En nuestra formación como Médicos Familiares, realizamos estudios de Salud Familiar para otorgar un tratamiento multidisciplinario a nuestros pacientes; durante este proceso, hemos observado, que la mayoría de nuestras pacientes con datos de somatización han sido víctimas de algún tipo de violencia familiar.

La importancia de este estudio es determinar si el antecedente de violencia familiar es causa de la somatización en nuestras pacientes, para así poder otorgar una atención multidisciplinaria desde el aspecto biopsicosocial que nos interesa como Médicos Familiares y así con esto contribuir en una mejora en la calidad de vida de nuestras pacientes, en la mejora de la dinámica familiar y en una mejor utilización de los recursos de nuestra Institución.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en nuestro país, aproximadamente el 38% de las mujeres que acuden a nuestras Unidades de Medicina Familiar de manera regular, han sido víctimas de algún tipo de violencia familiar por algún miembro o miembros de la familia.

Diariamente los diferentes servicios, se encuentran sobresaturados por pacientes en su mayoría mujeres, frecuentadoras, que refieren presentar síntomas que no se relacionan con algún padecimiento físico y que a su vez han sido víctimas de violencia familiar en algún momento de su vida.

Por lo cual me planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre los síntomas de somatización y el antecedente de Violencia Familiar en pacientes femeninas que acuden Unidad Médica Familiar No 27, Tijuana, BC?

7. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que hay entre los síntomas de somatización y la violencia familiar en mujeres de 19-59 años que acuden a solicitar atención médica en UMF No 27.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la prevalencia mujeres con violencia familiar en UMF No 27.
- Estimar la prevalencia de síntomas somáticos en mujeres en la UMF No 27.
- Determinar los principales síntomas somáticos de las pacientes que sufren violencia familiar.
- Determinar las características sociodemográficas de las pacientes que padecen síntomas somáticos y tienen antecedente de violencia familiar.

8. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Hi: Existe relación entre síntomas de somatización y antecedente de violencia familiar en mujeres que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 27 del IMSS de Tijuana, BC.

HIPÓTESIS NULA

- Ho: No Existe relación entre los síntomas de somatización y antecedente de violencia familiar en mujeres que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 27 del IMSS de Tijuana, BC.

9. MATERIAL Y MÉTODO.

Tipo de Diseño: Estudio con diseño descriptivo, trasversal y prospectivo.

Lugar del Estudio: Sala de espera de Consulta Externa de Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Población: Mujeres derechohabientes que acudieron a solicitar valoración médica en la Unidad de Medicina Familiar No 27.

Periodo: 01 de Noviembre del 2016 al 01 Enero 2017.

Muestreo: De tipo no probabilístico, por conveniencia.

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la prevalencia de violencia intrafamiliar a nivel nacional que es de 33%, resultando un tamaño de muestra de 339 pacientes en base a la fórmula:

$$N = Z^2 \times P(1-P) / m^2$$

N= tamaño de la muestra

Z= nivel de significancia del 95% (valor estándar de 1.96)

P= prevalencia estimada de la población a estudiar

m= margen de error del 5% (valor estándar de 0.05).

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 19 - 59 años que acudieron a solicitar atención médica en la UMF No 27.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica.
- Pacientes que no firmaron consentimiento informado.
- Pacientes que se negaron a participar.
- Pacientes acompañadas de pareja.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que contaron de forma parcial el cuestionario.

Método

Prevía autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 203 del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la aprobación del Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, se procedió a la selección de la muestra.

En la sala de espera de la Consulta Externa de Medicina Familiar de UMF No.27, se abordó a las mujeres de 19 a 59 años de edad, que acudieron a solicitar atención médica y que no fueran acompañadas de su pareja, se explicó la naturaleza y objetivo del estudio; si la paciente accedía a participar, se ofreció pasar a un aislado previamente autorizado, garantizando la privacidad de las pacientes, donde se le otorgó un consentimiento informado y se realizó la recolección de variables sociodemográficas, así como la aplicación de la Encuesta de Violencia Contra la Mujer (WAST) y el Test de Othmer y DeSouza.

Se valoró la Violencia Familiar en base a la Encuesta de Cribado de Violencia contra la mujer WAST (Woman Abuse Screening Test), utilizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que es un instrumento de cribado, auto aplicado,

para la identificación de mujeres que están experimentando abuso por parte de sus parejas. Es una escala tipo Likert que consta de 8 ítems con tres posibles respuestas, donde se pregunta directamente sobre la presencia de episodios violentos y abusivos, tanto a nivel, físico, sexual y emocional.

Interpretación: Se otorga 1 punto a todas las respuestas positivas (*mucha tensión, mucha dificultad, muchas veces, algunas veces*) y 0 puntos a las respuestas negativas. Así, en la puntuación final un puntaje de 2 se considera positivo a violencia. (Ver anexo 3)

En cuanto a los síntomas de somatización, se valoraron conforme a los resultados obtenidos en el Test de Othmer y DeSouza que es un instrumento auto aplicado, que fue validado en 1996. Cada uno de los ítems explora síntomas somáticos en el *último mes*, consta de 7 ítems que valoran síntomas: Dificultad para tragar, quemazón, amnesia, dificultad para respirar, vómitos, dismenorrea, dolor en extremidades, cada respuesta positiva tiene el valor de 1 punto y se interpreta: 0-2 puntos sin trastorno, 3-7 puntos somatización.

Los cuestionarios con 3 puntos o más se consideran positivos para somatización, esta prueba tiene una sensibilidad del 87% y especificidad del 97%; clasificando bien al 91% de los casos.

Se aplicó una encuesta que contiene variables sociodemográficas como escolaridad, edad, sexo, estado civil.

Posterior a la realización de las encuestas a todas las pacientes se les otorgó un folleto que contiene información sobre violencia contra la mujer, así como datos de

las principales instituciones que atienden a víctimas de Violencia en esta ciudad.

(Ver anexo 5)

En las pacientes que se detectaron víctimas de violencia, se siguió lo indicado en la Norma Oficial Mexicana 046 para la atención de Violencia familiar, sexual y contra la mujer y la Guía de Práctica Clínica para la Detección y Atención de la Violencia de Pareja y de la Violencia Sexual en el Primer y Segundo niveles de atención, se tomaron las medidas necesarias correspondientes: Envío a Médico Familiar y Trabajo Social para otorgar información, consejería, búsqueda de redes de apoyo para así otorgar un tratamiento multidisciplinario y en su caso se derivaron a al servicio de Psicología.

PLAN DE ANÁLISIS.

Se utilizó estadística descriptiva para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión, pruebas no paramétricas, prueba Chi cuadrada para análisis bivariado. Las diferencias estadísticas significativas se consideran con valores de $p < 0.05$; utilizando el paquete estadístico SPSS versión 24 para el procesamiento de datos.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable independiente

- **Síntomas de Somatización:** Respuesta fisiológica ante un suceso psicológico.

Variables dependientes:

- **Violencia familiar:** El acto u omisión, único o repetido, cometido por una persona en contra de otra u otras con quien se tiene una relación de parentesco por consanguinidad, civil o, de hecho.
 - **Relación abusiva de pareja:** Maltrato o comportamiento manipulador con la pareja.
 - **Tipos de violencia:**
 - **Violencia física:** Maltrato físico, acto de agresión que causa daño físico.
 - **Violencia Emocional:** Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
 - **Violencia Sexual:** Maltrato sexual, la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.
- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
- **Religión:** Conjunto de creencias, normas de comportamiento que el hombre reconoce como una divinidad.
- **Estado civil:** Condición de una persona en función de si tiene o no pareja.
- **Escolaridad:** Período de tiempo en que una persona que asiste a la escuela aprender.
- **Ocupación:** Actividad o trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa.

- **Lugar de origen:** Lugar de procedencia de una persona u cosa.
- **Alcoholismo:** Consumo de alcohol.
- **Tabaquismo:** Adicción al tabaco.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN.
Encuesta de cribado de Violencia contra la mujer (WAST)	El acto u omisión, único o repetido, cometido por una persona en contra de otra u otras con quien se tiene una relación de parentesco por consanguinidad, civil o de hecho.	Cualitativa	1) Sin violencia: 0-1 puntos 2) Con violencia: 2-8 puntos
Dimensión Relación abusiva de pareja	Maltrato o comportamiento manipulador con la pareja.	Cualitativa	1) Si 2) No
Dimensión Tipo de violencia	Maltrato físico, acto de agresión que causa daño físico. Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos. Maltrato sexual, la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.	Cualitativa	1) Violencia física 2) Violencia Sexual 3) Violencia emocional 4) Sin violencia
Test de Othmer y DeSouza para detección de somatización	Respuesta fisiológica ante un suceso psicológico	Cualitativa	1) Sin trastorno: 0-2 puntos 2) Somatización: 3-7 puntos

Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1. Menores de 18 años 2. 18-19 años 3. 20-35 años 4. 35-50 años 5. Mayores de 50 años
Religión	Conjunto de creencias, normas de comportamiento que el hombre reconoce como una divinidad.	Cualitativa	1. Católica. 2. Cristiana. 3. Testigo de Jehová 4. Mormón 5. Otro
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Otro
Escolaridad.	Periodo de tiempo en que una persona que asiste a la escuela aprender.	Cualitativa	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura
Ocupación	Actividad o trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Cualitativa	1. Empleado 2. Comerciante 3. Pensionado 4. Jubilado 5. Estudiante 6. Hogar 7. Desempleado 8. Otra
Alcoholismo	Consumo excesivo de alcohol.	Cualitativa	1. Casi todos los días 2. 1-3 veces por semana 3. Nunca
Tabaquismo	Adicción al tabaco	Cualitativa	1. Casi todos los días 2. 1-3 veces por semana 3. Nunca

10. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se ajusta a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki, revisada en Octubre 2008, en la 59a Asamblea General.

Es un estudio descriptivo que sigue la reglamentación de la Ley General de Salud para la investigación en México, así como a la normatividad en investigación del IMSS.

Previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 203 del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la aprobación del Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

En este estudio no se corren riesgos, los resultados se obtuvieron en base la aplicación de encuestas, previa autorización por consentimiento informado por la paciente, se guardó la confidencialidad de los sujetos de investigación.

En casos de violencia detectados, se siguió lo indicado en la Norma Oficial Mexicana 046. Violencia familiar, sexual y contra la mujer y la Guía de Práctica Clínica para la Detección y Atención de la Violencia de Pareja y de la Violencia Sexual en el Primer y Segundo niveles de atención, se tomaron las medidas necesarias correspondientes: Envío a Médico Familiar y Trabajo Social para otorgar información, consejería, búsqueda de redes de apoyo y derivación a otros servicios para otorgar un tratamiento multidisciplinario, además de que se otorgó un folleto con información sobre violencia e Instituciones que apoyan a víctimas.

11. RECURSOS UTILIZADOS

Los recursos fueron solventados por el investigador principal, así mismo, fue quien realizó los instrumentos de medición y la recolección de datos.

Su realización fue factible ya que se cuenta con los recursos humanos y los recursos que se utilizaron fueron solventados por el investigador, sirviéndose de las instalaciones de la Unidad Médica Familiar No 27 para la realización de estos, previa autorización otorgada por autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

12. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

La presente investigación no involucra aspectos de bioseguridad.

13. RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados de las encuestas aplicadas a mujeres que acuden a solicitar atención médica en la Unidad de Medicina Familiar no 27.

Características sociodemográficas de las pacientes

La media de edad fue de 34 años, la mediana y moda de 30 años, desviación estándar de 5.478, rango de 35 años, mínimo de 18 años y máximo de 59 años. Al categorizar esta variable el 1.8% (6) corresponde a pacientes con edad entre 18 - 19 años, 59.6% (202) son de 20 – 34 años, 31.6% (107) se encuentran en edades de 35 - 50 y el 7.1 % (24) de 51 a 59 años.

En cuanto a escolaridad encontramos que en nuestras pacientes predomina la secundaria completa con 48.1% (163), seguido de preparatoria 22.71% (77). La religión católica se profesa de manera predominante con un 61.95% (210). La mayoría de nuestras pacientes son empleadas con un 61.65% (209) seguido de ama de casa con un 32.15% (109).

De acuerdo al estado civil observamos que la mayoría viven en unión libre con un 54.87% (186) seguido de pacientes casadas con un 41% (139).

Características sociodemográficas de la pareja

La media de edad fue de 28.55 años, la mediana de 28 años y la moda de 30 años, desviación estándar de 6.52, rango de 41 años, mínimo de 18 años y máximo de más de 50 años. Al categorizar esta variable el 2.1% (7) corresponde a edades de 18-19 años, 51% (173) son de 20 - 34 años, 37.5 % (127) se encuentran en edades de 35-50 años y el 9.4% (32) a mayores de 50 años.

La escolaridad predominante fue la secundaria con un 42.2% (143), seguido de preparatoria 23% (78).

La ocupación predominante en las parejas fue de empleado con un 86.4% (293) y comerciante con un 10.9% (37). (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes encuestadas

Edad en años (media + DE)	28.55 ± 5.4		
		n (339)	Porcentaje
Edad de las pacientes	18- 19 años	6	1.8%
	20-34 años	202	59.6%
	35-50 años	107	31.6%
	51-59 años	24	7.1%
Escolaridad	Analfabeta	4	1.2%
	Primaria	75	22.1%
	Secundaria	163	48.1%
	Preparatoria	77	22.7%
Ocupación	Licenciatura	20	5.9%
	Empleado	209	61.7
	Comerciante	2	2.1%
	Pensionado	3	0.9%
Religión	Estudiante	10	2.9
	Ama de casa	109	32.2%
	Desempleado	1	0.3%
	Católica	210	61.9%
	Cristiana	73	21.5%
	Testigo de Jehova	17	5.0%
	Mormón	4	1.2%
	Otra	35	10.3%

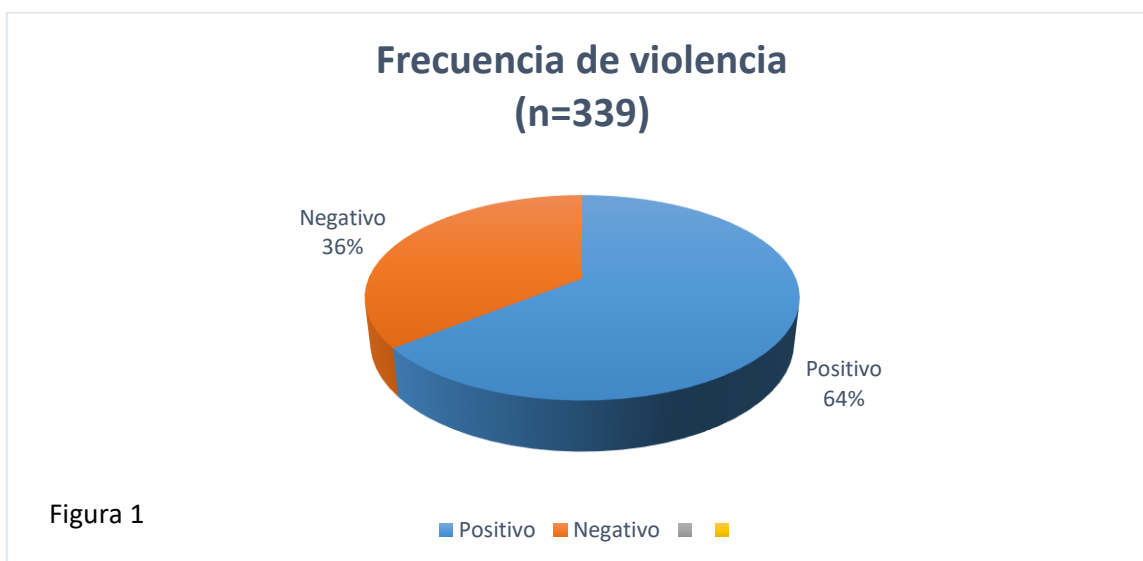
<i>Estado civil</i>	Soltero	8	2.4%
	Casado	139	41%
	Unión libre	186	54.9%
	Otro	6	1.8%

La frecuencia en el consumo de alcohol nos muestra que el 50.74% de las parejas consume ocasionalmente y un 36.87% (125) nunca consume, mientras que en el consumo de tabaco el 59% (200) nunca consume y el 27.14% (92), lo realiza de manera ocasional.

Frecuencia de violencia

La aplicación de la Encuesta de Violencia contra la mujer (WAST) nos muestra que un 64.3% (218) sufren de algún tipo de violencia.

Violencia emocional 24.2 % (82), violencia física 18% (61), y violencia sexual 4.4 % (15). (Figura 1)



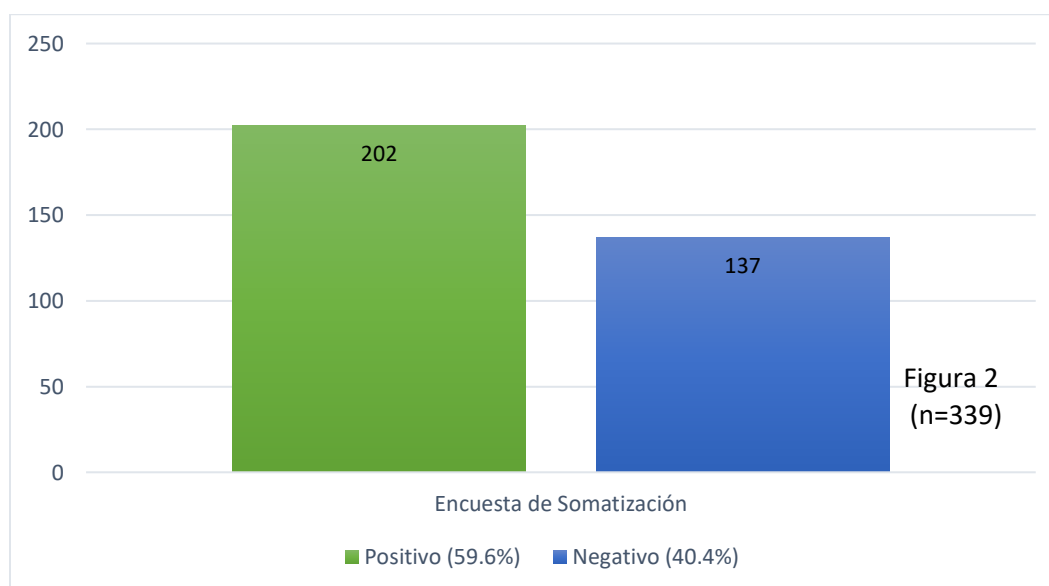
Las edades que con más frecuencia sufren algún tipo de violencia es entre 20-34 años con 36.57% (124). (Tabla 1)

TABLA 1: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (N= 339)

EDAD	NEGATIVO	POSITIVO	TOTAL
18- 19 AÑOS	0%	1.8%	1.8%
20- 34 AÑOS	23%	36.6%	59.6%
35-50 AÑOS	9.7%	21.8%	31.6%
51-59 AÑOS	2.9%	4.1%	7.1%
TOTAL	35.7%	64.3%	100%

Frecuencia de Somatización

La aplicación de la Encuesta de Cribado de Síntomas de Somatización de Othmer y deSouza se obtuvo hallazgo de 59.6 % en somatización positiva. (Figura 2)



Las edades en las que detectamos mayor somatización es 20-34 años con un 32.7% (111) seguido de 35-50 años con un 21.2 % (72).

Las pacientes somatizadoras con escolaridad secundaria corresponden al 29.8% (101), mientras que primaria corresponde a el 13.9% (47) seguido de preparatoria en un 12.1% (41).

En cuanto a la religión encontramos que las pacientes que más somatizan son católicas en un 36.3% (123) seguidas de religión cristiana en un 13.3% (45).

La ocupación en la que hay mayor frecuencia de somatización es empleado con un 37.8% (128), seguido de ama de casa 17.1% (58).

El estado civil predominante en la somatización es la unión libre con un 34.5% (117) seguido de casado 21.8% (74).

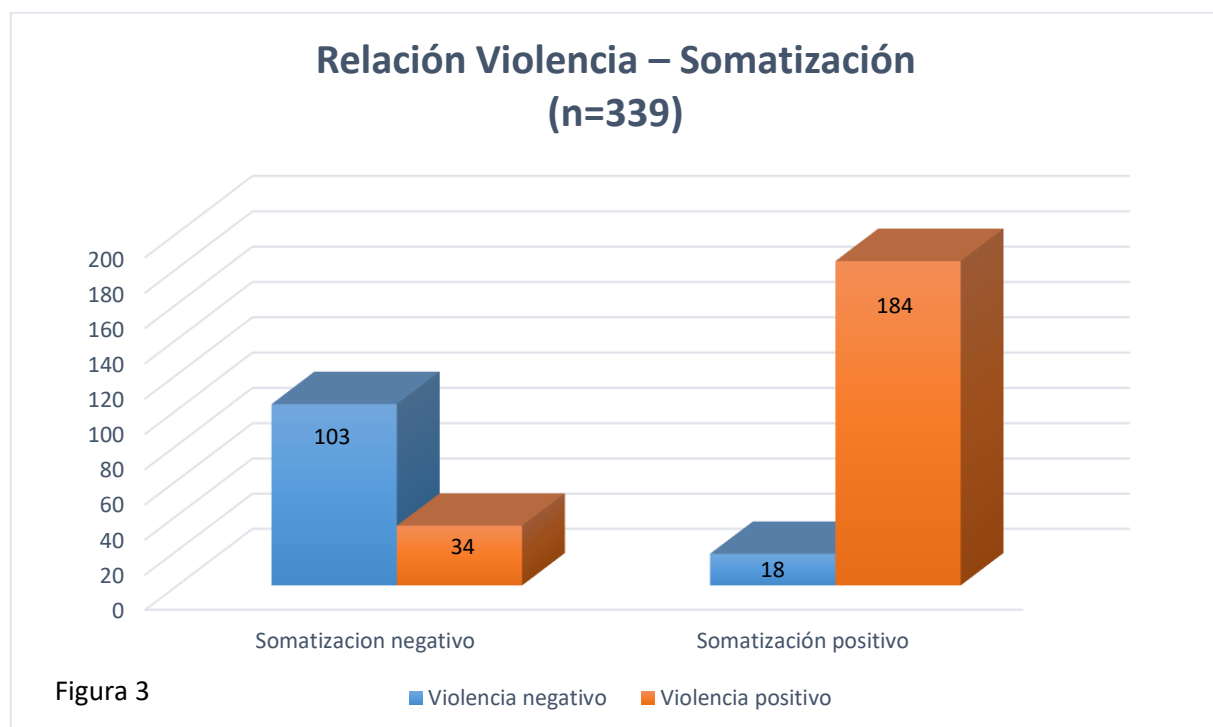
La edad de las parejas con mujeres somatizadoras corresponde a los 20-34 años con un 26.3%, seguido de los 35-50 años 26% (88). La escolaridad de predominio fue la secundaria con un 26.3% (89), siguiendo primaria 14.5%(49) y preparatoria 12.7% (43). La ocupación predominante es la de empleado 50.4% (171) y comerciante 7.4% (25).

En cuanto a adicciones en las parejas de las mujeres con somatización encontramos que el 33% (112) consume alcohol de manera ocasional seguido de un 7.1% (58) que no consume alcohol. El tabaquismo ocasional es el predominante con un 17.4% (59) seguido de consumo diario en un 6.2% (21).

Las pacientes refieren uno o más síntomas somáticos los cuales son: dificultad para tragar 47.8% (162), quemazón genital 20.6% (70), perdida de la memoria 39.2%(133), dificultad para respirar 41.3% (140), vómitos frecuentes 13.9% (47), dismenorrea 26.3% (89), dolor de dedos 24.8% (84). (Tabla 2)

Relación Violencia y Somatización

De forma global observamos que del total de las pacientes que obtuvieron resultados de violencia positivos 64.3% (218) un 54.27 % (184) pacientes tienen resultados positivos para somatización. (Figura 3)



Análisis estadístico

Se realizó una tabla de contingencia con variables de interés, mediante χ^2 para identificar la asociación que hay entre estas observando:

Con respecto a las variables de violencia y somatización se encontró una $p=0.001$, estadísticamente significativa que nos permite asociar estas dos variables.

Así mismo se utilizó la razón de riesgo en el que se observa que un 5.6 de las pacientes que sufren violencia tienen riesgo de somatizar con una $p=0.001$, la cual es estadísticamente significativa.

14. DISCUSIÓN

La violencia familiar actualmente se considera un problema de Salud Pública a nivel mundial, con un impacto en la vida de los pacientes y sus familias.

Así mismo sabemos que hay pacientes frecuentadoras de los diferentes servicios médicos a las que no se les da una atención adecuada por que no son debidamente diagnosticados.

Este estudio evalúa la asociación que hay entre los síntomas de somatización y el antecedente de violencia familiar.

En relación al estudio realizado en la ciudad de Mozambique en víctimas de violencia de pareja encontramos similitud en que estos síntomas son más frecuentes en pacientes jóvenes y que han sufrido violencia en algún momento de su vida.³

Al igual que en los resultados encontrados por Buesa y Calvete⁶ y Achor y Ibekwe¹⁰, observamos que la violencia de tipo psicológico ya sea sutil o manifiesta, es la que tiene mayor impacto en la salud de la mujer asociándose más frecuentemente a síntomas somáticos.

Similar a lo encontrado por Eberhard-Gran y colaboradores¹¹ en Noruega donde se encontró que la edad de mayor frecuencia es a los 33.2 años, son casadas o viven en unión libre, en nuestro estudio encontramos que el 59.6% (202) tienen edades entre los 20-34 años de edad, el 34.5% (117) de nuestras pacientes viven en unión libre.

Las limitantes encontradas en el estudio fueron las escasas investigaciones sobre el tema a nivel nacional y mundial además de que el tema sobre violencia en mujeres es considera aún como un tema tabú en la población mexicana.

Las fortalezas del estudio son que es un tema de gran relevancia a nivel mundial, en el que se utilizaron escalas validadas, cortas y de fácil comprensión para las pacientes.

15. CONCLUSIONES

Debido a la importancia de la salud física y mental en las mujeres de nuestro país, así como la relevancia que actualmente rodea el tema de la violencia familiar a nivel mundial.

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio, puedo concluir si hay una relación significativa en pacientes con síntomas de somatización que han sido víctimas de violencia familiar en alguna de sus variantes.

Las pacientes jóvenes sufren con mayor frecuencia síntomas de somatización que mujeres de 35 años y más.

Las pacientes con escolaridad secundaria sufran más frecuentemente de síntomas de somatización y además son con más frecuencia víctimas de violencia familiar.

La religión católica sigue siendo la de predominio en nuestra comunidad con un mayor índice de somatización, y así mismo sufren más violencia.

La ocupación de empleado tanto en las pacientes como en sus parejas es la de mayor frecuencia.

Al ser un problema de Salud Pública en la actualidad, se requiere de la realización de más investigaciones para lograr la creación de una estrategia mundial multidisciplinaria para la atención de estas pacientes, para con ello poder disminuir los gastos innecesarios a nuestras Instituciones de Salud, así como brindar una atención de calidad a estas pacientes con la finalidad de mejorar su calidad de vida, su salud física y mental; además de fomentar una mejor dinámica familiar.

16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abril 2015 – Octubre 2016	Noviembre 2016	Noviembre - Diciembre 2016	Enero 2017	Enero 2017	Febrero 2017	Febrero 2017
Elaboración del protocolo	xxx						
Registro del protocolo		xxx					
Recolección de datos			xxx				
Resultados				xxx			
Análisis de resultados y discusión					xxx		
Reporte final de la investigación						xxx	
Entrega							xxx

17. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares [internet]. México: Inegi; 2011 [actualizada en 2011; acceso 04 abril 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx>.
2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [sede web]. México: Ensanut; 2012 [actualizado en el año 2012; acceso Mayo de 2015]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec24oct.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia domestica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. OMS. Ginebra: OMS; 2005. Serie de informes técnicos: 309.
4. Zacarias A, Macassa G, Soares J, Svanström L, Antai A. Symptoms of depression, anxiety, and somatization in female victims and perpetrators of intimate partner violence in Maputo City, Mozambique. *Int J Womens Health* 2012; 4: 491–503.
5. Halpern CT, Tucker CM, Bengtson A, Kupper LL, McLean SA, Martin SL. Somatic symptoms among US adolescent females: Associations with sexual and physical violence exposure. *Matern Child Health J* 2013 Dec;17(10):1951-60.
6. Buesa S, Calvete E. Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *An Psicol* 2011;27:774-782.
7. Guzmán Guzmán Ramiro Eduardo. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* 2011;4(3):234-243.
8. Garcia-Estevea L, Torresa A, Navarroa P, Ascasob C, Imaza M.L, et.al. Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health- care setting. *Med Clin Barc* 2011;137(9):390-7.
9. Glen E. Michael, J. Stephen Huff. Conversion Disorder, Psychosomatic Illness and Malingering. In: Adams JC. *Emergency Medicine: Clinical Essentials*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier. 2013. pp. 1648–52.
10. Achor JU, Ibekwe PC. Challenges of Recognition of the Psychiatric Aspects of Intimate Partner Violence. *Ann Med Health Sci Res*. 2012; 2(1): 78–86.

11. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med* 2007;22:78-84.
12. Secretaría de Salud. Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. [Internet]. México: salud.gob.mx; 2013 [acceso 13 de Mayo 2016] disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington: OMS;2003. Publicación Científica y Técnica No 588.
14. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. NOM-046-SSA2-2005. México. SS-CNEGySR, primera edición 2009.
15. Secretaría de Salud. Programa Mujer Salud (PROMSA). Violencia Familiar [Internet]. México: Secretaría de salud; 2002 [acceso 03 marzo 2016] disponible en: http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf.
16. López S, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y psicología clínica* 2002;7:73-93.
17. Guzmán RE. Trastorno por somatización: Su abordaje en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* 2011; 4:234-243.
18. Gaedicke Hornung A, González Hernández J. Somatización y trastorno conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Rev Memorista* 2010;6:1-14.
19. Gimenez Pedemonte JN, Gonzalez MD, Vidal Davalos J, Pucheta FD, Roux GM. Manejo del Paciente que Somatiza. *Rev postgrado Via Catedra Med* 2010;(200):27-30.
20. Pascual Pascual P, Cerecedo Pérez MJ. Somatización o Síntomas somáticos y trastornos relacionados. *AMF* 2015;11(5):281-286.
21. Rangel Urrea O, Barrera Guío N, Escobar Córdoba F. Algoritmo para el diagnóstico diferencial del trastorno por somatización en cuidado médico primario. *Rev Fac Med* 2009; 57(4):334-346.
22. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and Meta-Analysis. *PLOS One*. 2012 [consultado el 22 de Abril 2016];7(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530507/>.
23. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC 2004;53:03.

24. Lozano, Rafael. Efectos de la violencia doméstica salud: Ciudad de México. En Morrison y María Loreto Biehl (eds.). El Costo del Silencio. Violencia doméstica en las Américas. Segunda edición. Washington:1999, pág. 95.
25. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Saifur R. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. Int J Family Med 2012;13:15-25.
26. Farchi A, Polo A, Asole S, Ruggieri M.P, Di Lallo, D. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. BMC Women's Health 2013; 3(13):1-7.
27. Aragones E. Estrategias no farmacológicas para el tratamiento de las somatizaciones. Barcelona. FMC. 2015;22(6):332-338.
28. Servicio Canario de la Salud. Salud Mental en Atención Primaria. Trastorno Somatomorfo [Internet]. España: Gobierno de Canarias; 2008 [acceso 07 mayo 2016] disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/bfb8d2a8-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL4.pdf



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California a _____ de 2016.

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación titulado: Frecuencia de síntomas de somatización y relación con antecedente de violencia familiar en mujeres.

Justificación y Objetivo del estudio: Actualmente en nuestro país el 38% de las mujeres sufre violencia doméstica, convirtiéndose en una causa de años perdidos en vida útil, asociándose a una alta tasa de comorbilidades, por lo que este estudio pretende determinar la frecuencia de síntomas de somatización y su relación con antecedente de violencia familiar en pacientes de la Unidad Medico Familiar No 27.

Procedimientos: Se le otorgará un cuestionario y se le pedirá que conteste las preguntas con la mayor honestidad posible, confiando en que sus respuestas se mantendrán en total confidencialidad.

Posibles riesgos y molestias: No existe riesgo para la aplicación de este cuestionario.

Posibles Beneficios al participar en este estudio: Conocer si hay una relación entre la presencia de síntomas de somatización y la violencia familiar además de asociación con otras variables sociodemográficas. Así mismo se otorga un folleto que contiene información sobre violencia contra la mujer y datos sobre Instituciones de apoyo a víctimas de violencia.

Privacidad y confidencialidad: Se respetará su privacidad, por lo que no se citará su nombre en el estudio, sus respuestas no serán divulgadas de manera que las puedan identificar, sin embargo, los casos positivos, se derivará a su respectivo Jefe de consulta, Medico familiar y Trabajo social para envío a los diferentes servicios para otorgar un tratamiento multidisciplinario.

Se hace de su conocimiento que usted conserva el derecho de retirarse del estudio en el momento que considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibe en el instituto.

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

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

Investigador responsable: Dra. Teresita de Jesús Porras Portillo, Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar adscrita a la UMF No. 27; matrícula: 98023177; teléfono: 2471004401; correo electrónico: dratporras@gmail.com

Asesora metodológica: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos; coordinadora de Educación e Investigación, adscrita a la UMF 27; matrícula: 9920153; teléfono: 664 629 63 85; correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Asesor temático: Dr. Grego Orlando Salinas Merlos; Médico Familiar adscrito a la UMF No. 27; matrícula: 990246; teléfono: 664 188 26 63; correo electrónico: orlandosalinas@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comisión Ética de investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque "B" de la unidad de congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador responsable Dra. Teresita de Jesús Porras P.

TESTIGOS

Nombre y firma de Testigo.

Nombre y firma de Testigo.

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

NOMBRE:**NSS:****EDAD:** AÑOS

1) MENOR DE 18 AÑOS 2) 18-19 AÑOS 3) 20-35 AÑOS 4) 35-50 AÑOS 5) MAYORES DE 50 AÑOS

ESCOLARIDAD:

1) ANALFABETA 2) PRIMARIA 3) SECUNDARIA 4) PREPARATORIA 5) LICENCIATURA

RELIGION:

1) CATOLICA 2) CRISTIANA 3) TESTIGO DE JEHOVA 4) MORMON 5) OTRA

OCUPACION:

1) EMPLEADO 2) COMERCIANTE 3) PENSIONADO 4) JUBILADO 5) ESTUDIANTE 6) HOGAR 7) DESEMPLEADO 8) OTRA

ESTADO CIVIL:

1) SOLTERO 2) CASADO 3) UNION LIBRE 4) OTRO

PAREJA:**EDAD:** AÑOS

1) MENOR DE 18 AÑOS 2) 18-19 AÑOS 3) 20-35 AÑOS 4) 35-50 AÑOS 5) MAYORES DE 50 AÑOS

ESCOLARIDAD:

1) ANALFABETA 2) PRIMARIA 3) SECUNDARIA 6) PREPARATORIA 5) LICENCIATURA

RELIGION:

1) CATOLICA 2) CRISTIANA 3) TESTIGO DE JEHOVA 4) ADVENTISTA 5) OTRA

OCUPACION:

1) EMPLEADO 2) COMERCIANTE 3) PENSIONADO 4) JUBILADO 5) ESTUDIANTE 6) HOGAR 7) DESEMPLEADO 8) OTRA

ESTADO CIVIL:

1) SOLTERO 2) CASADO 3) UNION LIBRE 4) OTRO

ALCOHOLISMO:

1) TODOS LOS DIAS 2) 1- 3 VECES POR SEMANA 3) OCASIONALMENTE 4) NUNCA

TABAQUISMO:

1) TODOS LOS DIAS 2) 1-3 VECES POR SEMANA 3) OCASIONALMENTE 4) NUNCA

ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Marque la opción deseada:

1.- En general ¿Cómo describiría usted la relación con su pareja?

- a) Mucha tensión b) Alguna tensión c) Sin tensión

2.- Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

- a) Mucha dificultad b) Alguna dificultad c) Sin dificultad

3.- Al terminar las discusiones ¿Se siente mal o decaída con usted misma?

- a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca

4.- Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones

- a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca

5.- Siente miedo de lo que su pareja diga o haga

- a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca

6.- Su pareja ha abusado de usted físicamente

- a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca

7.- Su pareja ha abusado de usted emocionalmente

- a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca

8.- Su pareja ha abusado de usted sexualmente

- a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca

INSTRUCCIONES: Responda si o no en la opción deseada.

1.- ¿Ha tenido en el último mes dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?

a) Si

b) No

2.- ¿Ha tenido en el último mes sensación de quemazón en los órganos genitales o en el recto?

a) Si

b) No

3.- ¿Ha tenido en el último mes dificultad para recordar lo que ha hecho horas o días antes?
(Descartando el consumo de drogas o alcohol en ese periodo)

a) Si

b) No

4.- ¿Ha tenido en el último mes dificultad para respirar?

a) Si

b) No

5.- ¿Ha padecido en el último mes vómitos frecuentes?

a) Si

b) No

6.- ¿Ha sufrido en el último mes de forma repetida dolores menstruales intensos?

a) Si

b) No

7.- ¿Ha padecido en el último mes dolores frecuentes en los dedos de las manos y de los pies?

a) Si

b) No

DR. ABRAHAM MARTINEZ
DIRECTOR DE LA UMF No. 27

Asunto: Solicitud de autorización para realizar trabajos de Investigación en UMF No. 27.

Estimado Director:

Junto con saludarle cordial y respetuosamente a usted, Yo Teresita de Jesús Porras Portillo, residente de tercer año de Medicina Familiar, a través de la presente carta solicito a usted autorización para acceder a la unidad de salud que usted dirige, con el fin de realizar proyecto de investigación titulado "Frecuencia de Sintomas de Somatización y relación con Violencia Familiar en Mujeres", presentado y aprobado el día 29 de Noviembre 2016 por el comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, con número de registro R-2016-201-81, como requisito para optar al título profesional de Médico Familiar.

La referida investigación tiene como propósito de identificar la somatización en nuestras pacientes, detectar casos de violencia familiar y así poder otorgar una atención multidisciplinaria y estará bajo la asesoría y supervisión de la Dra. Ma. Cecilia Anzaldo Campos, Investigadora Asociada en Hospital General Regional No. 20. La permanencia y el horario dentro de la Unidad de Medicina Familiar, será de acuerdo a los horarios establecidos por la institución, permitiendo el aprendizaje para todos los involucrados.

Agradeciendo su apoyo y las orientaciones que tenga a bien realizar quedo a sus órdenes.

Teresita de Jesús Porras Portillo
Residente de Tercer grado de Medicina Familiar
Matricula 98023177 Cedula Prof.7886307

PARA SU SUP Y CONOC.

c.c. Dra. Ma. Cecilia Anzaldo Campos

Investigadora Asociada en Hospital General Regional No. 20.-presente

c.c. Dr. Juan José Camacho Romo

Profesor titular de Residencia de Medicina Familiar

QUIEN AMA
NO LASTIMA,
NO HUMILLA,
NO
MALTRATA.

**Instituto de la Mujer para el Estado de Baja
California (Zona Costa)**
Plaza Barranquita local 7 y 8
Blvd. Agua Caliente No. 10470
Col. Revolución C.P. 22015
Tel. (664) 608-08-88 y 608-40-44

Servicio: Asesoría Legal, Asesoría Psicológica y
Canalización. Unidad Operativa de Violencia
Doméstica (Secretaría de Seguridad Pública
Municipal)
Tel. (664) 680 31 87

Asesoría Legal y Asistencia Psicológica. Instituto
Municipal de la Mujer (INMUJER)
Tel. (664) 622 25 31 y 622 23 77 Servicio:
Atención y Canalización Diferentes Problemáticas
de la Mujer.
Grupo de Apoyo
Tel. (664) 682 90 55

Servicio: Asesoría Legal, Asesoría Psicológica y
Albergue para Víctimas de Violencia Doméstica.
El lugar de la Tía Juana
Tel./Fax. (664) 688 05 45

Servicio: Atención Psicológica.
Ministerio Público (AEDSVI) Agencia
Especializada en Delitos Sexuales y Violencia
Intrafamiliar (PGJE)
Tel. (664) 686 30 48 y (664) 686 29 24

Servicio: Atención Legal y Asesorías
Psicológicas.
Lunes a Viernes de 8:00 a 11:00 p.m.
Sábado 8:00 a 1:00 p.m. Procuraduría de la
Defensa del Menor y la Familia (DIF Estatal)
Tel. (664) 701 74 96 al 99

Servicio: Asesoría Legal. Policía Municipal
066
Centro de Desarrollo Integral
Tel. (664) 686 24 30 y 681 81 20 Servicio:
Asesoría Psicológica en Violencia y Abuso
Sexual.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Por un mundo libre de violencia



Eres mujer, no mereces recibir
violencia, ni física o
emocional.

TIPOS DE VIOLENCIA

Violencia sexual: te toca o te besa sin tu permiso, te obligue a tener relaciones sexuales, te obligue a prostituirte, te hostigue o acose etc.

Violencia psicológica: te insulta, te humilla, te hace sentir que no vales, se burla de ti, te ignora, es celoso, te controla.

Violencia física: golpes, empujones, cachetadas, tirones de cabello.

Violencia económica: te quite el dinero, controle tu sueldo.

En todo el mundo, una de cada tres mujeres ha sufrido algún tipo de violencia, principalmente por parte de su compañero sentimental.

Violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento sexual, físico o emocional a la mujer.

En el mundo cada 15 segundos una mujer es víctima de violencia.

FORMAS DE VIOLENCIA

