



ORIGINAL

Factores asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en primer nivel atención



M.I. Ambriz-Mora^a, A. Zonana-Nacach^{b,*} y M.C. Anzaldo-Campos^c

^a Unidad de Medicina familiar (UMF) n.º 27, Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS), Tijuana, Baja California

^b Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica, Hospital General Regional (HGR) n.º 20, Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS), Tijuana, Baja California

^c Coordinadora de Educación e Investigación Médica, UMF No 27, IMSS, Tijuana, BC

Recibido el 18 de febrero de 2014; aceptado el 9 de julio de 2014

Disponible en Internet el 29 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Violencia doméstica;
Factores de riesgo;
Medicina de familia;
México

KEYWORDS

Intimate partner
violence;
Risk factors;
Primary Care Unit;
Mexico

Resumen

Objetivos: Evaluar la prevalencia y factores de riesgo de violencia doméstica (VD) en mujeres que asistieron a una unidad de medicina de familia en Tijuana, México.

Métodos: Se entrevistaron a 297 mujeres y se aplicaron 2 escalas validadas: violencia e índice de severidad y el APGAR familiar para evaluar VD y funcionalidad familiar.

Resultados: La edad promedio (\pm DE) fue de $40,6 \pm 13,8$ años y 120 (40,4%) mujeres tuvieron VD: 47 (15,8%) violencia psicológica; 31 (10,4%) violencia sexual y 77 (25,9%) física y en 19 (6,4%) fueron acciones que pusieron en peligro la vida de las mujeres. La causas más comunes de violencia doméstica que refirieron las mujeres fue que su pareja se había puesto celoso o sospechaba de sus amistades (37,4%). Veintidós (7,4%) de las mujeres con violencia doméstica refirieron que sí habían buscado ayuda.

Conclusiones: La prevalencia de VD fue alta y se asoció con la escolaridad de la pareja y la funcionalidad familiar.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intimate partner violence and family dysfunction among Mexican women seen a Primary Care Unit

Abstract

Objective: To assess the prevalence and risk factors for intimate-partner violence (IPV) in women who attended a Family Medicine Unit in Tijuana, Mexico.

Methods: A total of 297 women were interviewed and evaluated using two validated scales: violence and severity index and family APGAR to assess family functioning and IPV respectively.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zonanaa@yahoo.com (A. Zonana-Nacach).

Results: The mean age (\pm SD) was 40.6 ± 13.8 years, and 120 (40.4%) women had suffered IPV: 47 (15.8%) psychological violence; 31 (10.4%) sexual violence; 77 (25.9%) physical violence, and in 19 (6.4%) there were actions that threatened the lives of women. The most common causes of domestic violence were women who reported that their partner had been jealous, or suspicion from friends (37.4%). Twenty two (7.4%) of the women with domestic violence reported that they had sought help.

Conclusions: The prevalence of IPV was high and associated with the education level of the couple and family functioning.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Antecedentes

La violencia en contra de las mujeres ha sido un problema de la cultura humana durante siglos. Se presenta mundialmente, pero es en los países en vías de desarrollo donde el problema se agrava como resultado de normas culturales que son tolerantes con los hombres que ejercen poder sobre las mujeres y las niñas como una práctica comúnmente aceptada. Este poder es a menudo llevado a la práctica a través de actos físicos, psicológicos y sexuales de violencia. La familia es el lugar en el que se ejerce, de manera más constante, violencia sobre el género femenino, sobre todo por parte de sus compañeros sentimentales. La violencia doméstica (VD) se define como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual¹. Los comportamientos incluyen actos de violencia física agresión como bofetadas y patadas; maltrato psicológico como la intimidación y la humillación; las relaciones sexuales, otras formas de coerción sexual forzada y diversos comportamientos de control, tales como aislar a una persona de su familia y amigos, el seguimiento sus movimientos y restringir el acceso a la información o asistencia.

Datos muestran que una de cada 7 mujeres ha experimentado VD y entre el 20-40% de las mujeres han sido víctimas de VD al menos una vez en sus vidas y con efectos devastadores en la salud y el bienestar de mujeres y niños²⁻⁵. La investigación acerca de la violencia en contra de la mujer en México es muy reciente. Sus inicios se remontan a principios de la década de los 90, cuando se realizaron los primeros estudios de prevalencia. La prevalencia de VD en México de maltrato contra la mujer suele estar subestimada, las cifras de instituciones de salud e instancias de procuración de justicia son inferiores a las reales, solo se registran situaciones de violencia extrema o aquellas donde las víctimas denuncian a sus agresores⁶. En México, la prevalencia de la violencia contra las mujeres varía entre el 15-41%, en el 94% de los casos de violencia familiar denunciados las «receptoras» son mujeres, en el 90% de los casos «generadores», son hombres, es frecuente que las madres oculten los hechos cuando el victimario es un familiar y en general el 30% de las víctimas no los relatan por vergüenza⁷⁻⁹.

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos personales, surge cuando existe un desequilibrio de poder, permanente o

momentáneo, en el cual se establece una relación de abuso. Por medio de ese tipo de conducta se busca someter, doblegar o subordinar al otro miembro de la relación, ocasionándole daño físico, psíquico, económico, social y/o sexual. Las causas de este fenómeno son múltiples; se han señalado factores tales como problemas de personalidad y de dinámica interpersonal familiar, situaciones variables como el nivel de pobreza y el estrés económico, así como normas culturales que dan soporte a la violencia de género o a la provocada por la desigualdad social¹⁰. Los factores que se relacionan con VD son: abuso de alcohol, depresión, trastornos de personalidad, bajo nivel educativo, bajos ingresos; desempleo en la pareja, experiencia anterior de violencia, relaciones íntimas de pareja conflictivas y dominio masculino en la familia como la privación^{11,12}. En México, como en muchos otros países en vías de desarrollo, el adecuado desempeño de las funciones de la familia a menudo se ve obstaculizado por diversas vulnerabilidades de origen social, lo que deja a sus miembros en condiciones severas de indefensión e inseguridad. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y factores asociados con VD en mujeres vistas en una unidad de medicina de familia.

Métodos

El sistema mexicano de salud se compone de los sectores público y privado. Dentro del sector público, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) brinda atención de salud y servicios sociales a trabajadores y sus familias. El IMSS es la institución de seguridad social más grande en América. La ciudad de Tijuana tiene una población de 1.410,687, el 49,7% son mujeres y el 60% de la población es derechohabiente del IMSS.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal. El estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General Regional n.º 20 IMSS, Tijuana, México. Durante diciembre 2012 a febrero 2013 fueron invitadas a participar en el estudio las mujeres mayores de 18 años que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar n.º 27, IMSS, Tijuana, México, las cuales desearon participar en el estudio previo firma de consentimiento informado. Se calculó el tamaño de muestra con base en la prevalencia de VD reportada en México que es 30%⁶, por lo que se incluyeron a 297 pacientes.

Se evaluaron datos sociodemográficos de la mujer como de la pareja (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso mensual familiar), número de hijos, uso de anticonceptivos, consumo de alcohol en la pareja. Se consideró ingesta de alcohol el consumo de 8 o más bebidas semanalmente¹³. Posteriormente se aplicó el cuestionario APGAR Familiar¹⁴ con el propósito de evaluar la percepción de la funcionalidad familiar, examinando su satisfacción con las relaciones familiares. La escala consiste en 5 parámetros de funcionalidad familiar: adaptación (Adaptability), sociedad (Patternship), crecimiento (Growth), afecto (Affection) y resolución (Resolve) (el acrónimo APGAR compromete las 5 iniciales de cada parámetro, por sus siglas en inglés). Las opciones de respuesta son designadas para describir la frecuencia con la sensación de satisfacción con cada parámetro en una escala de 3 puntos en la que cero es casi nunca y 3 casi siempre. La funcionalidad familiar se clasifica como: familia funcional (7-10 puntos) y disfunción familiar (6 puntos o menos).

Así mismo, se aplicó la Escala de Violencia e Índice de Severidad¹⁵, la cual abarca la medición de violencia emocional, física, física severa y sexual. La Escala de Violencia e Índice de Severidad fue creada en nuestro país, tiene una consistencia interna de 0,99 por lo cual es un instrumento válido y confiable para medir la violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja. Se dan puntajes de 0 a la respuesta de nunca, 6 puntos «alguna vez», 12 puntos «varias veces» y 18 puntos «muchas veces».

Violencia psicológica. Se consideraron como «no caso de violencia psicológica» los valores de 0-5 puntos; como «caso de violencia psicológica» los valores ubicados de 5,1-18,2 y, por último «caso de violencia psicológica severa» los valores de 18,3-81. La Severidad de Violencia Psicológica corresponde a las preguntas ¿Le ha insultado?, ¿Le ha rebajado o menospreciado?, ¿Le menosprecia o humilla delante de otras personas?, ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?, ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?

Violencia sexual. Se consideraron como «no caso de violencia sexual» los valores de 0-1; como «caso no severo de violencia sexual» los valores entre 1,1-6 y, como «casos severos» los valores por arriba de 6. Severidad de Violencia Sexual corresponde a los reactivos ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales con él?, ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?, ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?

Violencia física. La Severidad de Violencia Física incluye 2 variables: violencia física y violencia física severa. Las preguntas que incluyen violencia física son: ¿Le ha pegado con el puño o con la mano?, ¿Le ha sacudido o zarandeado?, ¿Le ha torcido el brazo?, ¿Le ha pateado?, ¿Le ha empujado a propósito? Se consideraron como «no casos» los valores de 0-2,4; «caso de violencia física» los valores entre 2,5-12 se clasificó como violencia física leve y una puntuación arriba de 12 como casos de violencia física severa. Además, el cuestionario incluye preguntas que evalúan aquellas acciones que independientemente de su frecuencia, constituyen un riesgo real para la vida de la mujer; incluye 6 reactivos; ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?, ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?, ¿Le ha quemado con un cigarro u otra sustancia?, ¿Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?, ¿Le ha tratado de ahorcar o asfixiar? Se

Tabla 1 Características sociodemográficas de las 297 mujeres estudiadas

<i>Edad, X ± DE, años</i>	40,6 ± 13,8 (19-80)
<i>Estado civil, casada, n (%)</i>	176 (59,3)
<i>Parejas sexuales, X ± DE</i>	1,5 ± 1,2
<i>Una pareja sexual, n (%)</i>	202 (68)
<i>Escolaridad, X ± DE, años</i>	8,5 ± 4,3
<i>Ocupación hogar, n (%)</i>	150 (50,5)
<i>Originaria, B.C, n (%)</i>	68 (22,9)
<i>Tiempo radicar Tijuana</i>	25,5 (22,9)
<i>Anticonceptivos, n (%)</i>	129 (43)
<i>APGAR familiar, n (%)</i>	
Familia altamente disfuncional	11 (3,7)
Moderadamente disfunción	34 (11,4)
Sin disfunción familiar	252 (84,8)

consideran como «no casos» los valores de 0 y como «caso de violencia física severa» los valores por arriba de 0.

Análisis estadístico. Se calculó el tamaño de muestra con base en la prevalencia de VD reportada en México que es 30%⁶, por lo que se incluyeron a 297 pacientes.

La variable de interés se categorizó como la presencia o ausencia de VD. El análisis de los datos incluyó estadística descriptiva con cuantificación de medias y desviación estándar para las variables continuas. La prevalencia y frecuencias se expresaron en porcentajes. Para evaluar las variables asociadas con la presencia de VD se utilizó Razón de Momios (RM) con intervalos de confianza (IC) al 95% y se consideró significación estadística una $p \leq 0,05$. Finalmente, las variables significativamente asociadas con VD en el análisis bivariado se incluyeron en un modelo multivariado de regresión logística. La captura y análisis de datos se realizó en el programa estadístico SPSS, versión 18 (SPSS Inc, Chicago, IL, Estados Unidos).

Resultados

Se entrevistaron a 297 mujeres con una edad promedio (\pm DE) de 40,6 ± 13,8 años, 176 (59,3%) fueron casadas, con una escolaridad promedio (\pm DE) de 8,5 ± 4,3 años, 150 (50,5%) se dedica al hogar y 98 (33%) refirió consumo de alcohol. Ciento veintinueve (43%) mujeres refirieron el uso de algún método anticonceptivo. Doscientas treinta y ocho (80,1%) mujeres refirieron tener una pareja, con una edad promedio de 42 (\pm 14,5) años, escolaridad promedio de 9,2 (\pm 4,5) años y 35,4% la pareja ingieren bebidas alcohólicas.

La evaluación de la funcionalidad familiar con el APGAR familiar mostró que 11 (4%) de las mujeres encuestadas tuvo una familia altamente disfuncional, 34 (11%) una familia con moderada disfunción familiar y 252 (85%) consideraron que su familia fue funcional (tabla 1).

De las 297 mujeres entrevistadas, 120 (40,4%) mujeres tuvieron VD. Cuarenta y siete (15,8%) fueron víctimas de violencia psicológica y en 37 (12,5%) esta fue severa; 31 (10,4%) han sido víctimas de violencia sexual y 7 (2,4%) han sufrido una violencia sexual severa; 77 (25,9%) fueron víctimas de violencia física, 31 (10,4%) fueron violencia física leve, 27 (9,1%) violencia física severa y 19 (6,4%) fueron acciones que pusieron en peligro la vida de las mujeres.

La causas más comunes de violencia doméstica que refirieron las mujeres fueron: que su pareja se había puesto celoso o sospecha de sus amistades (37,4%); su pareja le ha sacudido zarandeado o jalado (27,5%), le ha insultado (26,9%); la pareja le ha exigido tener relaciones sexuales (19,2%); le ha empujado intencionalmente (17,8%); la mujer es poco atractiva o fea (16,8%) y ha sido golpeada con el puño o la mano (13,5%). En cuanto a las preguntas que ponen en peligro la vida de las mujeres: le ha quemado con cigarro u otra sustancia (1,3%), le ha amenazado con pistola o rifle (2,4%), le ha disparado con pistola o rifle (0,3%), le ha amenazado con arma, navaja, cuchillo o machete (2,3%), le ha agredido con navaja, cuchillo o machete (2,1%) (tabla 2).

En comparación con las mujeres sin VD (n=177), las mujeres en las que hubo VD (n=120) tuvieron significativamente una mayor frecuencia del consumo de alcohol por la mujer (42,5 vs. 26,6%, p=0,004, RM 2,0 IC 95% 1,25-3,34), por la pareja (65 vs. 51%, p=0,03, RM 1,3 IC 95% 1,03-3,04), la escolaridad de la pareja fue menor a 6 años (41 vs. 28%, p=0,03, RM 1,8 IC 95% 1,0-3,1) y disfuncionalidad familiar (27 vs. 7%, p=0,0001, RM 5,2 IC 95% 2,5-10,6) (tabla 3). El análisis de regresión logística mostró que las variables retenidas y asociadas significativamente con violencia doméstica fueron la escolaridad de la pareja y la funcionalidad familiar (tabla 4).

Veintidós (7,4%) de las mujeres con VD refirieron que sí habían buscado ayuda. Diez (3,4%) se lo comentaron a su médico y 3 fueron enviadas a psicología. Doce (4%), 3 solicitaron ayuda familiar, 3 al Ministerio Público, 4 acudieron al DIF, una acudió a terapia y otra a la iglesia.

Las causas por no comentar la violencia doméstica con su médico familiar fueron: no lo hicieron por vergüenza (n=3), no consideraron que sea la persona adecuada para tratar estos temas (n=2), no lo consideraron necesario (n=15), no sabían que podían contárselo (n=1), no sienten confianza con el médico (n=2), percibieron que el médico no le iba a ayudar (n=1), por tonta (n=1), porque el médico no se lo había preguntado (n=2), porque no ha vuelto a ocurrir violencia doméstica (n=5), ya se encuentra en terapia (n=1),

Tabla 2 Preguntas del instrumento para evaluar violencia doméstica en las 297 mujeres estudiadas

Pregunta	n	%
¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	57	19,2
¿Le ha pateado?	18	6,1
¿Le ha empujado intencionalmente?	53	17,8
¿Le ha golpeado con el puño o con la mano?	40	13,5
¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	50	16,8
¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	111	37,4
¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	12	4,0
¿Le ha rebajado o menospreciado?	50	16,8
¿Le ha torcido el brazo?	21	7
¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	22	7,4
¿Le ha insultado?	80	26,9
¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	42	16,2
¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	29	9,7
Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado	52	29,5

porque han terminado la relación (n=3), por su religión (n=1), no supo la paciente (n=2) y no lo había pensado (n=1).

Discusión

La VD puede tener consecuencias inmediatas, tales como lesiones, trauma y muerte, así como el impacto a largo plazo que afectan la calidad de vida y la salud de la

Tabla 3 Variables asociadas con violencia doméstica en la mujer

Variable	Violencia doméstica			
	Sí	No	p	IC 95%
	120	177		
Edad > 38 años (%)	69 (57%)	82 (46%)	0,05	0,63 (0,40-1,01)
Escolaridad < 6 años (%)	53 (44%)	66 (37%)	0,23	1,3 (0,83-2,13)
Originaria de BC n (%)	23 (19%)	45 (25%)	0,20	0,69 (0,39-1,22)
Consumo alcohol mujer (%)	51 (42%)	47 (26%)	0,004	2,0 (1,25-3,34)
Consumo alcohol pareja (%)	58 (65%)	78 (51%)	0,03	1,7 (1,03-3,04)
Con hijos (%)	111 (94%)	154 (87%)	0,04	0,42 (0,17-1,0)
Estado civil, casada (%)	65 (54%)	111 (62%)	0,14	0,70 (0,43-1,1)
> 2 parejas sexuales (%)	44 (37%)	51 (29%)	0,15	0,69 (0,42-1,14)
Anticonceptivos (%)	57 (47%)	72 (40%)	0,24	1,3 (0,82-2,10)
APGAR familiar (%)				
Disfuncional	33 (27%)	12 (7%)	0,0001	5,2 (2,5-10,6)
Edad pareja > 42 años (%)	50 (56%)	71 (47%)	0,18	0,70 (0,41-1,18)
Escolaridad pareja < 6 años (%)	37 (41%)	43 (28%)	0,03	1,8 (1,0-3,1)

Tabla 4 El análisis de regresión logística mostro que las variables asociadas con violencia doméstica fueron: APGAR familiar y escolaridad de la pareja

Variables en la ecuación			
Variable	B	Coefficiente	p
Estado civil	-,020	,003	0,95
Edad	-,011	,192	0,66
Consumo de alcohol de la mujer	,497	-2.132	0,14
Edad pareja	,007	,093	0,76
Escolaridad pareja	,093	5.499	0,19
Consumo de alcohol pareja	,510	2.322	0,12
APGAR disfuncional	1.485	11.966	0,001
Parejas sexuales	-,188	2.072	0,1550

víctima durante años después de la incidencia de la violencia. En este estudio se determinó la prevalencia de VD e identificaron los factores asociados en una muestra de mujeres adultas que acudieron a consulta a una unidad de medicina de familia. El análisis multivariado mostró que la baja escolaridad de la pareja y la disfuncionalidad familiar fueron las variables asociadas significativamente con VD.

Nuestro estudio mostró una prevalencia de VD de 40,4%, la cual es similar a la prevalencia de violencia contra la mujer en México que es entre el 30-60%⁶⁻⁹, a la reportada por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, el cual recientemente realizó un reporte de prevalencia de violencia sexual, acecho y violencia íntima de pareja, encontrando una prevalencia del 35,6% de mujeres que han sido violadas, asaltadas, acechadas por sus parejas íntimas en algún punto de sus vidas³ y mayor a la observada en España que es entre 16,6-29,2%¹⁶. Al igual que en otros estudios¹⁷, la VD psicológica fue la más frecuente seguida de la física, sexual y económica.

La disfunción familiar se observó en las 3 categorías de VD: psicológica (RM 4,0 IC 95% 2,1-7,8), física (RM 2,0 IC 95% 1,21-3,54) y sexual (RM 4,2 IC 95% 2,0-9,1). La disfunción familiar es el fracaso de la capacidad de vincularse efectivamente con los demás para participar en los procesos de cuidados mutuos y buenos tratos. En las familias disfuncionales, el marido se ve a sí mismo como el poder absoluto individual dentro del sistema familiar. Él cree firmemente que en su posición es el único sostén de la familia y le otorga el derecho a ejercer el control de todos los aspectos de la vida familiar y de todas las personas que viven en el mismo hogar. En una relación violenta, la asunción de roles es asimétrica, lo que significa que el socio dominante no es capaz de ponerse a sí mismo en el lugar de socio más débil¹⁸. La mayoría de los estudios realizados sobre funcionalidad familiar y VD han sido para evaluar la disfuncionalidad familiar con del abuso infantil más que con el maltrato a la mujer. Así mismo, se ha observado una alta prevalencia de VD entre las mujeres con parejas con menores niveles de educación¹⁹.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Los resultados no se pueden generalizar debido a que es una muestra de mujeres de una institución del gobierno federal que brinda

servicios de salud a la población afiliada a dicho instituto (60% de la población de México está afiliada al IMSS). No estudiamos otros factores que se han asociado con VD como son depresión, la violencia económica, antecedentes en las mujeres de historia de abuso sexual y la presencia de VD en el hombre. Los hombres también están en riesgo de victimización, 28,5% ha reportado haber sido padecido algún tipo de VD en algún momento de su vida¹¹.

Aunque la literatura sobre la VD es extensa, pocos estudios proporcionan datos sobre detección y manejo para guiar a los médicos de medicina de familia. Además, a pesar de que los servicios sanitarios son un punto clave para el abordaje de este tipo de violencia, rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación y solo se identifica un 1% del total estimado de casos de mujeres maltratadas²⁰. Debido a que el médico en medicina de familia usualmente no pregunta acerca de las relaciones de la pareja y su entorno¹⁶ o porque una gran mayoría de las mujeres que sufren de algún tipo de maltrato refiere que tiene una buena relación. Se trata de mujeres que son víctimas y no lo saben reconocer²¹. Nuestros resultados muestran que solamente el 3,4% de las mujeres maltratadas lo habían comentado con su médico de familia y 7,4% de las mujeres han buscado algún tipo de ayuda.

La VD actualmente es reconocida como un problema importante de salud pública. Es necesario que los médicos de atención primaria realicen un interrogatorio a todos los pacientes mayores de 12 años para la detección de VD y organizaciones profesionales especializadas recomiendan que los obstetras y los pediatras también lo lleven a cabo de manera regular³.

El médico de familia como proveedor de salud desempeña un papel fundamental para ayudar a reducir y prevenir la VD mediante el cribado y derivación de pacientes a los recursos apropiados, que esté familiarizándose con la respuesta de la víctima, y presentarse a sí mismos como aliados de cuidado y de confianza para sus pacientes que están sufriendo abuso de su pareja. Hay varios pasos que los médicos deben tener en cuenta cuando las mujeres reportan VD. En primer lugar, el médico debe reconocer la importancia del problema, agradecer al paciente por confiar en él y expresar preocupación por la seguridad del paciente. En segundo lugar, se sugiere preguntar al paciente si él o ella le gustaría ser conectado con los servicios de defensa de VD. En tercer lugar, los médicos deben considerar si se requieren servicios de protección infantil y en quinto lugar, se debe examinar a la paciente para la presencia de depresión coexistente, ansiedad y/o abuso de sustancias o alcohol; deben tener precaución al prescribir sedantes, ya que la acción sedante puede disminuir su capacidad física o mental de los pacientes a defenderse³.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360:1083–8.
2. Emery RC. Stay for the children? Husband violence, marital stability, and children's behaviour problems. *J Marriage Fam*. 2009;71:905–17.
3. Liebschutz JM, Rothman EF. Intimate partner violence- What physicians can do. *New Engl J Med*. 2012;367:2071–3.
4. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260–9.
5. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet*. 2008;71:1165–72.
6. Venegas Ochoa U, Muñoz Pérez E, Navarro Solares A, Nuño Gutiérrez B, Navarro Núñez C. Violencia contra la mujer y medicina familiar. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75:373–8.
7. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública Mex*. 2006;48:232–8.
8. Díaz-Olavarrieta C, Ellertson C, Paz F, de Leon SP, Alarcon-Segovia D. Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico. *Soc Sci Med*. 2002;55:1589–602.
9. Díaz Martínez A, Esteban-Jiménez R, Díaz-Michel E, de la Garza-Aguilar J, Saucedo-García JM, Castillejos-Vélez G, et al. Domestic violence. *Gac Med Mex*. 2003;139:353–76.
10. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex*. 1998;40:481–6.
11. Selic P, Pesjac K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: A sample from primary care patients. *BMC Public Health*. 2011;11:1–10.
12. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011;16:11, 109.
13. Friedman DP. Alcohol use in adults. *New Engl J Med*. 2013;368:365–73.
14. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231–9.
15. Valdez Santiago R, Hajar Medina M, Salgado de Snyder N, Rivera Rivera L, Avila Burgos L, et al. Violence scale and severity index: A methodological proposal for measuring violence by the partner in Mexican women. *Salud pública Mex*. 2006;48 Suppl 2:S221–31.
16. García Torrecillas JM, Torío Durántez J, Lea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 2008;40:455–61.
17. Gómez Dantés H, Vázquez Martínez JL, Fernández Cantón SB. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. *Salud Pública Mex*. 2006;48:279–87.
18. Forte JA, Franks DD, Forte JA, Rigsby D. Asymmetrical role-taking: Comparing battered and nonbattered women. *Social Work*. 1996;41:59–72.
19. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Gender violence prevalence in female users of health services in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2006;48 Suppl 2:S232–8.
20. Coll-Vinent B, Echeverría T, Rodríguez D, Santià M. Family and gender violence from the point of view of health professionals. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:317.
21. Sala Musach I, Hernández Alonso A, Ros Guitar R, Lorenz Castañe G, Parellada Esquiús N. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Aten Primaria*. 2010;42:70–8.