

Tipología de la Violencia y Calidad de Vida en Mujeres Adultas y Adultas Mayores Otomí

Resumen

El profesional de Enfermería, es estratégico del sistema sanitario para la detección, atención oportuna y tratamiento por su contacto con las víctimas de violencia. Objetivo: Determinar la prevalencia de la violencia, su tipología, y con ello, la calidad de vida y los dominios con mayor afectación, en mujeres adultas y adultas mayores Otomí (Hñáñho) del Municipio de Amealco del Estado de Querétaro. **Metodología.** Estudio transversal, observacional, descriptivo y comparativo, por conveniencia. Se utilizaron la escala de violencia (INMUJER) y calidad de vida (WHOQOL100). Se utilizó SPSS v 17. El estudio se apejó a la declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud. **Resultados:** Participaron 324 mujeres con consentimiento informado. Su rango de edad 20-88 años, 77.6% adultas y 22.4% adultas mayores. Del 46.8% de hablantes de dialecto, 88.8% Hñáñho. El 61.8% tiene ingreso familiar mensual de 0-1500 pesos. La calidad de vida global: adultas, 49.9% (IC95% 43.8-56.0); adultas mayores 46.3% (IC95% 34.6-58.0). Prevalencia de violencia: 12.6% adultas, 4.8% en adultas mayores. Tipología de violencia predominante: psicológica y física, que condicionan 5.8 y 2.3 más veces de mala calidad de vida respectivamente. **Conclusiones:** Existe una relación causa efecto directa entre la prevalencia de violencia psicológica y física en

mujeres adultas mayores, y su nivel de deterioro de la calidad de vida; ya disminuido por las condiciones de salud, precariedad, marginación y discriminación que les rodean.

Palabras clave: Violencia de Género, Mujer Indígena Hñáñho, Enfermería

Violence against women and Quality of Life in Adult and Elderly Otomí Women

Summary

The nurses are considered the strategic personnel of the sanitary system because their contact with women on violence. Objective: To determine the population profile of violence against women and its relation with the quality of life for Otomí (Hñáñho) elderly and adult women at the Municipality of Amealco in Querétaro. **Methodology:** A cross-sectional, descriptive and comparative study was carried out. Both, the scale of violence and severity index (INMUJER) and WHOQOL100 for quality of life were used. This study was attached to the declaration of Helsinki and the regulation of the General Law of Health in the matter of investigation in health. **Results:** 322 voluntary and informed women agree to participate. The participants aged were between 20-88 years old, 77.6% adult women and 22.4% elderly; 46.8% women are dialect speakers, those 88.8% are Hñáñho speakers. The 61.8% have family monthly income 0-1500 pesos. Their global quality of life: adults 49.9% (IC95% 43.8-56.0) and elderly 46.3% (IC95% 34.6-58.0). The prevalence of violence: adults, 12.6% and elderly 4.8%. The violence against women was predominantly as it follows: psychological and physical violence; showing an OR of 5.8x and 2.3x for the bad quality of life respectively. **Conclusions:** A direct cause effect relation was determined between the

*Lic. En Enfría. Hosp. General Jorge Soberon Acevedo.

Iguala Guerrero. E-mail: lisram38@yahoo.com.mx

**MSP Facultad de Medicina UAQ. E-mail:

romemara@yahoo.com.mx

***PhD docente-investigadora Nivel VII Facultad de Ingeniería y grupo colegiado de Bioética UAQ. E-mail: phd.hromero@gmail.com

Manuscrito 767 recibido junio, aceptado julio 2012.

prevalence of psychological and physical violence in elderly women, and their decreased level of quality of life; already diminished by their conditions of health, poverty, marginalization and discrimination that surround to them.

Key words: Gender, violence, Indigenous women, Hñáño community, nursing.

Introducción

En la profesionalización de enfermería es cotidiano encontrar las consecuencias que desequilibran la salud del ser humano como causa de la violencia, ante ello las y los profesionales de enfermería tiene el reto en su quehacer, teórico, práctico, profesional y ético, para llevar a cabo una adecuada atención primaria de la salud y para afrontar cualquier eventualidad que se presente en la salud del individuo y de la comunidad como consecuencia de la práctica de la violencia. En particular, en años recientes, la violencia intrafamiliar, dejó de ser parte de aquello considerado como un problema privado, para ser reconocido en el discurso político como problema mundial de salud pública. Sin embargo, por largo tiempo se ha ocultado, debido a que se vive como un problema privado con frecuencia vergonzante, y que al mismo tiempo se constituye en la normalidad de las relaciones conyugales¹.

La conducta violenta y sus consecuencias, en este caso, de manera particular contra la mujer, se han constituido en una causa significativa dentro de la morbilidad y mortalidad femenina. A pesar de ello, esta situación a la fecha es subestimada, ya que las cifras registradas tanto en las instituciones de salud como en las instancias de Procuración de Justicia, captan solamente las situaciones de extrema violencia, y no aquellas expresiones de violencia sufrida de manera crónica o en escalas menores, debido a que las víctimas no presentan su denuncia por miedo a las represalias que puedan ejercer contra ellas².

En la violencia contra la mujer e intrafamiliar, el abuso por parte de su compañero o pareja sentimental; se considera como la forma más frecuente de agresión y violencia. Conforme a La Ley General de Acceso de la Mujer a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), violencia es definida como: *cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado*, y declara que se incluirá la tipología de la violencia como física, sexual, psicológica y económica³. Esta LGAMVLV fue aprobada en el año 2006, entrando en vigor en el año 2007 a nivel nacional, brindando a la población la condición ante la ley de igualdad entre géneros, evitando la discriminación y con ello postulan-

do la actuación para erradicar la violencia de género e intrafamiliar paralela. De esta manera, se posibilita el instrumentar la atención a la persona víctima de violencia y con ello garantizar a través de los mecanismos jurídicos, la protección de la víctima y la protección del agresor, como una estrategia de erradicación de la violencia de género⁴.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres levantada por la Secretaría de Salud en México, cuantifica la magnitud de la violencia hacia las mujeres en el país, y describe la prevalencia de la violencia alguna vez en la vida del 60.4% y un 25.8% declaró haber tenido alguna relación violenta en su vida. También se reporta que el 7.8% de las mujeres entrevistadas reconoció una relación violenta con su pareja y la tipología más frecuente respondió a la psicológica o emocional (incluye la violencia verbal) con el 19.6%, siguiéndole la violencia física y la sexual con el 9.0% y 7.8% respectivamente, y por último la violencia económica con el 5.1%⁵.

La violencia doméstica incluye las agresiones físicas, psicológicas, sexuales y económicas llevadas a cabo en el hogar por parte de un familiar que vulneran la libertad de otra persona y que causan daño físico y psicológico y evidentemente afecta su calidad de vida⁶. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Calidad de Vida en función de cómo el individuo "percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive en relación con los objetivos, criterios y expectativas", esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales⁷. Conceptualmente la calidad de vida, hace referencia al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida entre otras cosas⁸.

En esta relación que se hace compleja al entrelazar el desarrollo de los individuos bajo un esquema familiar, en donde la presencia cultural o intencional de la violencia intrafamiliar irrumpe sus aspectos de calidad de vida, existe la necesidad de interpretar los diversos perfiles asociados a la dinámica de las relaciones en el hogar. Entre los principales hallazgos de la Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006 en México, son la descripción de la prevalencia de la violencia y la tipología que sufren las mujeres y las contrastan con los resultados del ENDIREH 2003. Una buena aportación es la descripción de problema en los ámbitos urbano y rural y se describe el problema entre la población indígena⁹.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la violencia, su tipología, y con ello, la calidad de vida y los dominios con mayor afectación, en mujeres adultas y adultas mayores

Otomí (Hñãñho) del Municipio de Amealco del Estado de Querétaro.

Metodología

Estudio transversal, observacional, descriptivo y comparativo de la prevalencia y tipología de la violencia intrafamiliar detectados en las comunidades con población indígena del municipio de Amealco de Bonfil del Estado de Querétaro. El Universo de estudio lo constituyó las 1666 mujeres que habitan en los barrios de San Idelfonso de las localidades Bonfil, Texquedó, El Bothé, Mesillas, El Saucito, El Rincón, San Juan Idelfonso, Yosphi, Tepozán, Cuisillo, Xajay, La Pini y La Colonia. La muestra se obtuvo con base al cálculo esperado del 20% de la población de mujeres con violencia familiar, mediante la fórmula $(Z\alpha)^2(p)(q)/\delta^2$, necesiéndose estudiar 324 mujeres. Para el levantamiento del estudio primero se entrevistó con líderes indígenas de la zona, quienes mostraron interés por el proyecto y sugirieron se realizara en las localidades enunciadas. Para el levantamiento de la encuesta se visitó cada localidad de los diferentes barrios Ñhãñho y con apoyo de los Regidores para asuntos indígenas delegacionales y de los líderes comunitarios convocados, y se invitó a participar a todas las mujeres de cada uno de los barrios de San Idelfonso. Del total de personas entrevistadas se distribuyeron por grupos programáticos de línea de vida, de 20 a 59 años, 254 mujeres y 70 mujeres adultas mayores de 59 años de edad.

La evaluación de los indicadores de calidad de vida, se llevó a cabo por medio de un instrumento validado a nivel Internacional WHOQHOL100 el cual comprendió 100 preguntas distribuidas en seis dominios y 24 fases; cuatro preguntas de ellas cuestionaron sobre la autopercepción de calidad de vida y cuatro preguntas restantes, referenciaron a la salud en general. Para medir la prevalencia e intensidad de violencia se utilizó la escala tipo Likert, denominada violencia e índice de severidad, que recomienda el Instituto Nacional de la Mujer (INMUJER), a través de la cual se evaluaron los diferentes tipos y frecuencias de violencia, clasificadas de la siguiente forma; Violencia verbal, Psicológica, Física, Sexual y Patrimonial, valorando la frecuencia con que se presenta la violencia.

Al término del levantamiento de datos en trabajo de campo, y de la formación de la base de datos con las respuestas obtenidas, se hicieron análisis descriptivos de tendencia central tales como promedios, rangos de desviación estándar e intervalos de confianza, se utilizó SPSS versión 17. Se analizaron los datos a través del análisis de varianza (ANOVA), con lo cual se identificó el nivel de significancia de los dominios de calidad de vida. En el análisis de correlación se utilizó la razón de momios de la prevalencia. Para obtener la significancia estadística

se utilizó la prueba de Chi Cuadrada de Mantel y Haenzel.

Este estudio se apegó a la declaración de Helsinki, referente que fue un trabajo de investigación que no puso en peligro la integridad biopsicosocial de las participantes. Se solicitó su consentimiento informado. También se tomaron en cuenta las normas nacionales e institucionales, y se dio seguimiento con apego, al reglamento de la Ley General de Salud ⁽¹⁰⁾ en materia de investigación en salud de acuerdo a lo establecido en el Título II donde se establecen los principios éticos en seres humanos.

Resultados

Las mujeres entrevistadas participantes se ubicaron en el rango de 20 a 88 años, con un promedio de edad de 49.6+/-19.3 años. Las mujeres de 20 a 59 años representan el 77.6% y las adultas mayores de 59 años de edad corresponde el 22.4% del total. La distribución porcentual de las mujeres adultas y adultas mayores participantes por auto adscripción a grupos indígenas y lengua interpretada; el 44.7% (144/322) de las participantes, se auto adscribieron como pertenecientes a un grupo indígena y de ellas el 52.8% (170/322) habla algún dialecto. De estas participantes hablantes de algún dialecto indígena, el 88.8% su lengua materna es el Otomí (Ñhãñho); esto significa que al menos el 46.8% de la población total entrevistada, declaró como lengua habitual el Otomí (Ñhãñho).

En cuanto a la vivienda, el 91.9% señaló tener "casa propia", el 95.3% tiene "agua entubada", con "corriente eléctrica" el 78.9% y sólo el 11.5% tiene "drenaje", las condiciones de la construcción de la vivienda son inadecuadas.

Con respecto a la salud, destaca que el 21.4% (69/322) reportaron tener alguna enfermedad, dentro de las cuales, el 40.5% reportó Hipertensión Arterial (HTA), 20.6% Diabetes Mellitus (DM), artritis, asma, cardiopatías y migraña con un 4.3%. Respecto al acceso a los sistemas de salud, el 82.3% (265/322) de las mujeres participantes en el estudio, reportaron que cuenta con atención médica, y un 17.7% reportó no disponer de ningún servicio de atención para su salud de parte de los servicios del sistema estatal de salud. El rango de años de evolución de la enfermedad fue de 1-40 años, resaltando que en el 60.3% de la población tenían menos de 5 años de haber iniciado su enfermedad, el 22.4%, con seis a nueve años, y un 17.3% de ellas con 10 o más años de evolución de su padecimiento. Las personas que reportaron contar con atención médica, el 67.4% son atendidas por el Seguro Popular, el 5.3% y 4.3% por el Centro y Casa de salud respectivamente, un 3.4% por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1.9% IMSS Oportunidades, y el 0.3% por servicio de medicina tradicional.

En el nivel escolar, el 31.1% reportó ser analfabeta, el 26.7% lee y escribe y 31.0% tuvo educación primaria. Cabe resaltar que solo un 1.2% reportó escolaridad a nivel carrera técnica o educación media superior (preparatoria). Por otra parte, la ocupación laboral fue señalada de la siguiente manera: el 87.3% (281/322) se ocupa del hogar, 4.7% (15/322) trabajan como comerciantes, 2.8% artesanas (9/322), 2.5% (8/322) empleadas, 1.9% (6/322) agricultoras y 0.3% costureras o estilistas. El ingreso familiar promedio mensual del 61.8% de las familias, es de 1500 pesos o menos; 26.7% tiene ingreso promedio mensual familiar de 1501 a 3000 pesos (uno a dos salarios mínimos mensuales), 9.9% tienen un ingreso promedio mensual familiar entre 3001 y 4500 pesos (dos a tres salarios mínimos mensuales), y solo el 1.6% tienen un ingreso entre 4501-6000 pesos.

Sobre su conformación familiar, el 50.9% (164/322) tienen familias con cuatro a seis integrantes, 28.6% (92/322) entre uno a tres integrantes, 16.5% (53/322) entre siete y nueve integrantes, y 4.0% de diez a doce integrantes.

En lo referente al índice de calidad de vida de las mujeres indígenas de 20 a 59 años de edad se obtuvo un valor global del 49.9% con un intervalo de confianza al 95% de 43.8 a 56.0 (IC95% 43.8-56.0); para cada dominio se puede observar que: el dominio Físico (42.1%, IC95% 36.0-48.2); el Psicológico (51.9%, IC95% 45.8-58.0), el Dominio de independencia (49.2%, IC95% 43.1-55.3); el Dominio social (49.0%, IC95% 42.9-55.1); y Dominio ambiental (48.9, IC95% 42.8-55.0), tienen valores de mala calidad de vida para cinco de seis dominios, rescatando únicamente la buena calidad de vida del Dominio espiritual (76.9%, IC95% 71.7-82.1). De manera similar, el índice de calidad de vida de las mujeres indígenas mayores de 59 años de edad, mostró un valor global del 46.3% (IC95% 34.6-58.0); para cada dominio correspondió: Físico 48.8% (IC95% 37.1-60.5); Psicológico 48.3% (IC95% 36.6-60.0); Dominio de independencia 45.9% (IC95% 34.2-57.6); Dominio social 29.7% (IC95% 19.0-57.7); y Dominio ambiental, 46.0 (IC95% 34.3-57.7), observándose una pérdida de calidad de vida sobre todo en el Dominio social; y el Dominio creencias con 83.5% (IC95% 74.8-92.2) pareciera verse fortalecido. **La Tabla 1** muestra los resultados de la evaluación de la calidad de vida y de los dominios de calidad de vida correspondientes a las mujeres adultas y adultas mayores participantes de la población Hñáñho de estudio.

La Tabla 2 muestra la violencia y la tipología de la violencia en mujeres de 20 a 59 y adultas mayores de 59 años de edad. Con referencia a la prevalencia de la violencia se tuvo un valor global de 12.6 en las mujeres de 20 a 59 años y del 4.8% en las mujeres adultas mayores de 59 años de edad. Cabe resaltar que los tipos de vio-

Tabla 1. Calidad de Vida Global y por Dominio WHOQOL-100

Calidad de Vida	Mujeres 20 a 59 Años	Intervalo de Confianza	Mujer de 60 y Mas Años	Intervalo de Confianza
FISICA	42.1	36.0-48.2	48.8	37.1-60.5
PSICOLOGICA	51.9	45.8-58.0	48.3	36.6-60.0
INDEPENDENCIA	49.2	43.1-55.3	45.9	34.2-57.6
SOCIAL	49.0	42.9-55.1	29.7	19.0-40.4
MEDIO AMBIENTE	48.9	42.8-55.0	46.0	34.3-57.7
CREENCIAS	76.9	71.7-82.1	83.5	74.8-92.2
GLOBAL	49.9	43.8-56.0	46.3	34.6-58.0

lencia más frecuentes entre las mujeres jóvenes correspondió a la Psicológica con un 23.7 y un 20.9% respectivamente. Asimismo, la misma tabla 2 muestra con respecto a la violencia física se registraron valores muy semejantes en ambos grupos del 7.7 y 7.9%. La violencia sexual y económica predominó entre las mujeres adultas mayores.

En lo referente a verificar si las diferentes formas de violencia se correlacionan con la mala calidad de vida, se efectuó análisis de correlación a través del cálculo de la razón de momios de la prevalencia (**Tabla 3**) y se verificó que la violencia física condiciona un 30% más de mala

Tabla 2. Violencia y Tipología de la Violencia.

Violencia	Mujeres 20 A 59 Años	Intervalo de Confianza	Mujer de 60 y más Años	Intervalo de Confianza
VERBAL	20.9	15.9-25.9	21.1	11.5-30.7
PSICOLOGICA	23.7	18.5-28.9	12.6	4.8-20.4
FISICA	7.7	4.4-11.0	7.9	1.6-14.2
SEXUAL	7.6	4.3-10.9	10.8	3.5-18.1
ECONÓMICA	8.8	5.3-12.3	10.5	3.3-17.7
GLOBAL	12.6	8.5-16.7	4.8	0.2-9.8

calidad de vida, comparativamente con las mujeres que señalan no padecer este tipo de violencia. La violencia verbal, psicológica, sexual y económica no tuvo datos estadísticos significativos. Al calcular la razón de momios de la prevalencia para revisar la mala calidad de vida y su posible asociación con la violencia, se obtuvo que la violencia verbal condiciona la probabilidad de 5.8 más veces deterioro de mala calidad de vida y la violencia física y sexual de 2.3 más veces entre las mujeres de 20 a 59 años de edad. Al calcular este estadístico en mujeres adultas mayores se aprecia que la violencia verbal, psicológica y física se obtiene resultados que permiten señalar la alta posibilidad de asociación de la violencia y mala calidad de vida; y la Chi cuadrada de Mantel y

Tabla 3. Razón de Momios y Chi Cuadrada de Mantel y Haenzel por Grupo de Edad, Calidad de Vida y Tipología de la Violencia

CARACTERISTICA	CALIDAD DE VIDA		RAZON DE MOMIOS DE LA PREVALENCIA	X ² MANTEL Y HAENZEL	INTERVALO DE CONFIANZA
	MALA	BUENA			
VIOLENCIA VEBAL					
Mujer 20 a 59	130	2	5.8	1.57	0.1-3.1
Adulta Mayor	31	6	164	8	4.7 - 11.4
VIOLENCIA PSICOLOGICA					
Mujer 20 a 59	211	22	0	0	0
Adulta Mayor	20	2	469	9	5.5 - 12.5
VIOLENCIA FISICA					
Mujer 20 a 59	77	2	2.3	7.6	4.3-10.9
Adulta Mayor	6	16	16.6	3.9	1.5 - 6.3
VIOLENCIA SEXUAL					
Mujer 20 a 59	42	1	2.3	0.4	0.4-1.2
Adulta Mayor	18	0	0	0	0
VIOLENCIA ECONOMICA					
Mujer 20 a 59	45	1	2.5	0.5	0.4-1.4
Adulta Mayor	18	0	0	0	0
VIOLENCIA GLOBAL					
Mujer 20 a 59	223	12	0	0	0
Adulta Mayor	2	36	1.7	0.5	0.1 - 3.3

Haenzel muestra resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, se hace necesario realizar diseños de investigación que avalen esta asociación como sería el estudio de casos y controles.

Los resultados obtenidos permiten identificar que existe una prevalencia del 12.6% entre las mujeres de 20 a 59 años de edad y de 4.8% en las mujeres adultas mayores. A este respecto, no existen datos a nivel regional o nacional con los cuales se pueda comparar, en virtud de que tanto en la Encuesta de Violencia Nacional 2003¹¹ y como la Encuesta Nacional 2006¹² con relación a la prevalencia de la violencia en el ámbito rural (ruralidad), entre la población indígena (etnicidad) ni con respecto a la comparativa entre grupos de mujeres adultas y mujeres adultas mayores.

Discusión

Los datos presentados muestran un perfil sociodemográfico caracterizado por mujeres con un promedio de 49 años de edad y la moda en mujeres adultas mayores de 60 años de edad, con un alto grado de analfabetismo y de escolaridad baja, donde la mayoría de ellas se dedican al hogar y el ingreso económico familiar mensual es menor a los 3000 pesos, lo que trae consigo un poder adquisitivo bajo como se ve reflejado en la pobre adquisi-

ción de aparatos electrodomésticos. Estos valores son muy parecidos a los reportados en las Encuestas Nacionales contra la Violencia de la Mujer (ENVIM) efectuadas en el 2003¹⁰ y 2006¹¹. Con respecto a la escolaridad, estudio efectuado en Durango¹², señala que la escolaridad máxima de las mujeres víctimas de la violencia es secundaria. El ingreso, la posibilidad que la pareja hable español y su lengua indígena, junto con el bajo nivel educativo, y el consumo de alcohol, hace que sean considerados como factores de riesgo que incrementan la posibilidad de que la mujer indígena se vea afectada por problemas de violencia. Con respecto a la violencia en áreas rurales es factible que los bajos resultados obtenidos, con énfasis en personas hablantes de lengua indígena, se deba a que han "normalizado" la situaciones como la pobreza, el consumo de alcohol y la violencia entre otros aspectos, donde la situación cultural y educativa en la formación de género.

Se identifica dentro del perfil de las mujeres estudiadas que un 17.7% de ellas no tiene acceso a los servicios de salud; que la principal institución que oferta la atención médica corresponde al seguro popular. Estudios señalan que la falta de acceso a los servicios de salud y la falta de capacitación del personal de salud ha sido limitante para el estudio de la prevalencia real de esta situación¹³.

La razón de momios de la prevalencia permite suponer la existencia de asociación entre la violencia verbal, psicológica y física como factores de riesgo asociados a la mala calidad de vida y permite corroborar nuestra hipótesis que la violencia es factor generador de mala calidad de vida y que ésta se acentúa con la edad, siendo mayor entre las mujeres adultas mayores; quienes tienen una mayor dependencia física, económica y social.

Conclusiones

La violencia contra las mujeres es un grave problema en México, tal como lo atestiguan los resultados de encuestas como la ENVIM (2003 y 2006), ENDIREH (2003 y 2006)¹⁴ y nuestro estudio. El papel del profesional de enfermería en los sistemas de vigilancia epidemiológica activa, se constituyen como una estrategia de salud de gran valía que debe ser fortalecida desde las políticas públicas y sanitarias. La profesionalización de las actividades relacionadas con la violencia contra la mujer, y sobre todo de aquellas mujeres con vulnerabilidad adicionalada como la cohabitancia en zonas indígenas catalogadas como áreas de muy alta marginación, dignifica aún más al profesional de enfermería como una situación incluso a nivel de derechos humanos.

Sugerencias

Este tipo de investigación debe ser apoyada por los Gobiernos Estatales, Municipales, de Dependencias Públicas como INMUJER y deben servir también a las Instituciones de salud para instrumentar programas de detección de la mujer violentada conocer su magnitud real y sobretodo impulsar la atención de la mujer violentada a través de Unidades de Atención Integral de la Violencia que permitan la aplicación de la Ley General de Acceso de la Mujer a una Vida Libre de Violencia. Unidades de atención integral que tenga los servicios para lograr el autocuidado de la mujer para la solución de este grave problema de salud. Donde los servicios de abogacía otorguen la asesoría jurídica, consultorio médico para la atención de lesiones y dictaminar si estas ponen en riesgo la vida de la mujer; así como, consultorios de Psicología para brindar todo el apoyo y terapia para mejorar la autoestima de la mujer. Se hace evidente la necesidad de la participación del personal de enfermería con énfasis en los servicios de urgencias, en la consulta de medicina familiar y de traumatología y ortopedia (sistemas de vigilancia centinela), y en su participación en la elaboración de criterios para la detección y diagnóstico a través de sistemas de vigilancia para poder detectar y orientar a las mujeres víctimas de violencia, sobre los aspectos relevantes de su autocuidado, del desarrollo de capacidades para toma de decisiones de la mujer con las herramientas previstas en la Ley General de Acceso de la Mujer a una Vida Libre de Violencia. Asimismo se pueden elaborar contenidos educativos dirigidos a víctima y victimario para su capacitación por separado intentando el empoderamiento mutuo de elementos para la convivencia, paternidad responsable, cohabitación, empatía, comunicación y desarrollo integral, autoestima y desarrollo de habilidades para la vida, considerando incluso la prevención de poblaciones en riesgo ante estos elementos.

Agradecimientos

Los autores agradecemos al Posgrado de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro por el apoyo académico para la realización de la presente investigación.

Referencias bibliográficas

- Herrera C, Rajsbaum A, Agoff C, Franco A. Entre la negación y la impotencia: Prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Rev. Salud Púb. Méx.* 2006; 48(supl2): 259-267.
- Salmerón-Castro J, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Méndez-Hernández P. Violencia contra la mujer. Conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Rev. Salud Púb. Méx.* 2003; 45: 472-482.
- Ley General de Acceso a las mujeres a una vida libre de violencia. Diario Oficial de la Federación, 2007. (consultado junio 2012, http://www.shcp.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/MarcoJuridicoGlobal/Leyes/232_lgavlv.pdf)
- Ruiz-Camacho R. El maltrato a la mujer: Propuesta de solución en Enfermería. *Rev. Desarrollo Científ Enferm. México.* 2007;15(4):175-179.
- Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Rev. Salud Pública Méx.* 2006; 48 (supl2): 232-238.
- Del Río-Zolezzi A. Violencia contra las mujeres mexicanas. Editorial. *Rev. Salud Púb. Méx.* 2006;48(supl2):219-220.
- Palacios RD, Castro OC. Calidad de vida una perspectiva individual. Selección de lecturas sobre trabajo social comunitario. Centro Gráfico Villa Clara. Versión electrónica (Consultado agosto 2009, www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vidas.html).
- Romero-Márquez RS & Romero-Zepeda H. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2010;48(1):91-102.
- Olaiz G, Rico B, Del Río A, Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres ENVIM 2003, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, México; 2003:132.
- Secretaría de Salud, Ley General de Salud en Materia de Investigación. Reforma 2009, Consultado en Junio 2012 en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref44_20ago09.pdf
- Olaiz G, Uribe P, Del Río A. Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres 2006. ENVIM 2006. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México 2009; (consultado Junio 2012, http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf).
- Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, y Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Rev. Salud Pública Méx.* 1998;40(6):481-486.
- OVSG, Actualizar el diagnóstico de la situación de violencia social y de género en el Municipio de Durango. Meta 1.1. CS-09-I-OV-025-10. Observatorio de violencia social y de género 2010. (consultado agosto 2012). http://cedoc.inmujeres.gob.mx/OVSG/ovs_dgo1.pdf.
- INEGI, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 2006; (consultado junio 2012, <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2006/default.aspx>).