

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y LA OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL”**

Estudio de corte transversal realizado en el Programa de Clínicas Familiares
de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Rodrigo Josue Montenegro Carrera
Ricardo Antonio Villeda Anzueto
Angélica Luyanni Mérida Gómez
Pablo Roberto Domínguez Luarca

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2017

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que los estudiantes:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------|---------------|
| 1. Rodrigo Josue Montenegro Carrera | 200918044 | 2177417380101 |
| 2. Ricardo Antonio Villada Anzueto | 201010223 | 2048114810101 |
| 3. Angélica Luyanni Mérida Gómez | 201021448 | 2172372230101 |
| 4. Pablo Roberto Domínguez Lvarca | 201021524 | 2564667421001 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y LA OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL"

Estudio de corte transversal realizado en el Programa de Clínicas Familiares
de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Trabajo asesorado por el Dr. Dorian Edilzar Ramírez Flores y revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el seis de octubre del dos mil diecisiete


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

1. Rodrigo Josue Montenegro Carrera 200918044 2177417380101
2. Ricardo Antonio Villeda Anzueto 201010223 2048114810101
3. Angélica Luyanni Mérida Gómez 201021448 2172372230101
4. Pablo Roberto Domínguez Luarda 201021524 2564667421001

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y LA OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL"**

Estudio de corte transversal realizado en el Programa de Clínicas Familiares
de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el tres de octubre del dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



Guatemala, 03 de octubre del 2017

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que nosotros:

1. Rodrigo Josue Montenegro Carrera
2. Ricardo Antonio Villeda Anzueto
3. Angélica Luyanni Mérida Gómez
4. Pablo Roberto Domínguez Luarca



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

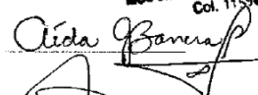
**"ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y LA OBESIDAD
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL"**

Estudio de corte transversal realizado en el Programa de Clínicas Familiares
de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados
obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y
recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisora: Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez
Reg. de personal 20030843

Aída G. Barrera P.
MSc en Alimentación y Nutrición
Col. 11594


Asesor: Dr. Dorian Edilzar Ramírez Flores



Dorian E. Ramírez F.
MSc en Salud Pública
Col. 12323

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Quien nos ha orientado durante toda la vida, principalmente en nuestra carrera, nos acompañó, guió y brindó las herramientas necesarias para poder alcanzar esta meta.

A nuestros padres:

Por su amor, apoyo y comprensión brindado durante toda nuestra vida. Por ser una guía y enseñarnos a cada uno que las metas en la vida se obtienen por medio de voluntad y sacrificio por lo que este logro es de ustedes.

A nuestra familia y amigos

Con quienes hemos compartido alegrías y tristezas durante toda nuestra vida, gracias por su apoyo incondicional durante toda la carrera, su amor, consejos y compañía.

A nuestros pacientes:

Por su confianza en nosotros, de quienes hemos aprendido y el día de hoy somos médicos gracias a ellos.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala:

Por las oportunidades que nos ha brindado y permitarnos alcanzar nuestro sueño. A nuestros catedráticos, principalmente a Dra. Aida Barrera y Dr. Dorian Ramírez por paciencia, apoyo y enseñanzas.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años que asisten a las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el periodo de julio y agosto del 2017. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio cuantitativo descriptivo con diseño de corte transversal realizado en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas. Se entrevistó a 433 mujeres para obtener datos demográficos, factores de riesgo para obesidad y experiencia de violencia intrafamiliar. Las mujeres fueron medidas y pesadas para determinar el índice de masa corporal. Se contó con el aval del Comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas. **RESULTADOS:** El rango de edad que con mayor frecuencia asiste a las clínicas es de 18 a 24 años con un 22%, el 80% es ladino, el 50% exhibe una escolaridad hasta primaria, el 72% es casada, el 46% demuestra un nivel socioeconómico medio, el 82% no fuma, el 20% realiza algún tipo de ejercicio físico, el 55% tiene una dieta no saludable, el 30% muestra obesidad, el 56% presentó violencia intrafamiliar, de las cuales 53% sufre de violencia psicológica, 34% violencia física y 22% sexual. De la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad, se encontró un OR = 1.85 (IC=95% 1.21-2.84; P=0.0041). **CONCLUSIONES:** Existe asociación entre violencia intrafamiliar y obesidad en las mujeres que asisten a las clínicas familiares, siendo la violencia psicológica la más frecuente.

Palabras clave: *Violencia doméstica, violencia contra la mujer, factores de riesgo, obesidad.*

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco de referencia.....	3
2.1 Marco de antecedentes.....	3
2.1.1 Epidemiología de la violencia a nivel mundial, Latinoamericano y en Guatemala.....	3
2.1.2 Estudios desarrollados.....	4
2.2 Marco teórico.....	7
2.3 Marco conceptual.....	9
2.3.1 Violencia intrafamiliar.....	9
2.3.2 Tipos de violencia.....	9
2.3.3 Ciclo de la violencia	10
2.3.4 Factores de riesgo.....	11
2.3.5 Violencia y salud.....	12
2.3.5.1 Consecuencias en la salud.....	12
2.3.6 Estado nutricional.....	13
2.3.6.1 Obesidad.....	14
2.3.6.2 Etiopatogenia.....	14
2.3.6.3 Factores de riesgo asociados a la obesidad.....	16
2.3.6.4 Clasificación de la obesidad.....	18
2.3.6.5 Consecuencias psicológicas de la obesidad.....	18
2.4 Marco geográfico.....	20
2.5 Marco demográfico.....	20
2.6 Marco institucional.....	20
2.7 Marco legal.....	20
3. Objetivos.....	27
3.1 Objetivo general.....	27
3.2 Objetivos específicos.....	27
4. Hipótesis.....	29
4.1 Hipótesis nula.....	29
4.2 Hipótesis alternativa.....	29
4.3 Hipótesis estadística.....	29
5. Población y métodos.....	31

5.1 Enfoque y diseño de investigación.....	31
5.2 Unidad de análisis y de información.....	31
5.2.1 Unidad de análisis.....	31
5.2.2 Unidad de información.....	31
5.3 Población y muestra.....	31
5.3.1 Población.....	31
5.3.2 Muestra.....	32
5.3.2.1 Marco muestral.....	32
5.3.2.2 Tipo y técnica de muestreo.....	32
5.4 Selección de sujetos a estudio.....	32
5.4.1 Criterios de inclusión.....	32
5.4.2 Criterios de exclusión.....	33
5.5 Definición y operacionalización de las variables.....	34
5.5.1 Variables.....	34
5.6 Recolección de datos.....	39
5.6.1 Técnicas.....	39
5.6.2 Procesos.....	39
5.6.3 Instrumentos de medición.....	40
5.6.3.1 Ensayo de roles.....	40
5.7 Procesamiento y análisis de datos.....	41
5.7.1 Procesamiento de datos.....	41
5.7.2 Análisis de datos.....	43
5.8 Alcances y límites de investigación.....	43
5.8.1 Obstáculos.....	43
5.8.2 Alcances.....	43
5.9 Aspectos éticos de la investigación.....	44
5.9.1 Principios éticos generales.....	44
5.9.2 Categoría de riesgo.....	45
6. Resultados.....	47
6.1 Características demográficas, estado nutricional y exposición a violencia intrafamiliar.....	48
6.2 Factores de riesgo según presencia o ausencia de obesidad.....	50
6.3 Tipo de violencia intrafamiliar asociado con mayor frecuencia a obesidad.....	51

6.4 Asociación entre violencia intrafamiliar y obesidad.....	52
7. Discusión.....	53
8. Conclusiones.....	59
9. Recomendaciones.....	61
10. Aportes.....	63
11. Referencia Bibliográficas.....	65
12. Anexos.....	69
12.1 Características demográficas.....	69
12.2 Tablas de 2x2 comprando las distintas violencias.....	72
12.3 Distribución de combinaciones de violencia.....	73
12.4 Distribución del trabajo de campo por investigador.....	74
12.5 Consentimiento informado.....	75
12.6 Consentimiento informado a testigo.....	76
12.7 Encuesta.....	77
12.8 Nota de referencia a psicología.....	87

1. INTRODUCCIÓN

Las mujeres a nivel mundial y en Guatemala tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, debido a esto tienen más necesidades en cuanto a la salud, en parte por sus funciones reproductivas. Esto significa que deben ser una prioridad en la protección de su salud tomando en cuenta sus condiciones sociales, económicas y culturales. En el ámbito de la justicia, la violencia hacia la mujer ha imperado en el país y se ha agravado debido a las relaciones desiguales de poder existentes entre hombres y mujeres, en el campo social, económico, jurídico, político, cultural y familiar.¹

La prevalencia de la violencia intrafamiliar es alta a nivel mundial y ha sido reconocida como un problema de salud pública por la OMS, dada la magnitud del número de víctimas de este tipo de violencia y la muerte de mujeres, la cual va en aumento en muchos países.²

Estimaciones mundiales de la OMS indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física o sexual de pareja, o por terceros en algún momento de su vida, al igual, estima que 36% de las mujeres de América Latina han sufrido violencia de pareja (física o sexual) o violencia sexual perpetrada por otras personas.² En esta región, los países con las tasas más altas de violencia física contra las mujeres son Bolivia (53%), Perú y Colombia (39%).³ Según este estudio aproximadamente una de cada dos mujeres guatemaltecas es víctima de violencia psicológica y una de cada tres de violencia física o sexual.

En Guatemala para el año 2013, se reportaron 36,170 casos de la violencia intrafamiliar teniendo un incremento del 439% respecto al año 2004.⁴ El sobrepeso y la obesidad se encuentran en más de la mitad de las mujeres guatemaltecas (52%).⁵

Por lo anteriormente expuesto se plantearon las siguientes preguntas de investigación ¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años de edad? ¿Cuáles son las características demográficas, estado nutricional y exposición a la violencia intrafamiliar en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consulta a las clínicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala? ¿Cuál es la distribución de los factores de riesgo según la presencia o ausencia de obesidad? ¿Qué tipo de la violencia intrafamiliar se asocia con mayor frecuencia a la obesidad en mujeres de 18 a

49 años de edad? ¿Existe asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años de edad?

El diseño de la investigación fue descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo en el que se realizó una encuesta sobre la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años a un total de 433 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de antecedentes

2.1.1 Epidemiología de la violencia a nivel mundial, latinoamericano y en Guatemala

Estimaciones mundiales de la OMS indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.⁶ Se estima que 36% de las mujeres de América Latina han sufrido violencia de pareja (física o sexual) o violencia sexual perpetrada por otras personas.² En esta región, los países con las tasas más altas de violencia física contra las mujeres son Bolivia (53%), Perú y Colombia (39%).³

La violencia intrafamiliar está definida por la ley guatemalteca como cualquier acción u omisión que cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público, como en el privado a todo integrante del grupo familiar y que sea causado por parientes, o convivientes o ex convivientes, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.⁷

Un estudio que se realizó en el año 2011 sobre la violencia intrafamiliar en Guatemala, evaluó durante el periodo del 2008 al 2011 el total de denuncias por estos casos, que fueron de 240,602. Hay que tomar en cuenta que muchas mujeres no presentan una denuncia por miedo a tener repercusiones de la misma. Durante este periodo se presentó un incremento del 12%; el promedio anual de denuncias es de más de 48 mil al año.⁸

El estudio demostró que los departamentos más violentos del país cuentan a la vez con el mayor número de casos de la violencia intrafamiliar, los cuales son el departamento de Guatemala con 33.6%, Quetzaltenango con el 8.5%, y Escuintla con 6.5%; un dato que debe de poner en alerta a todos los sectores encargados de la seguridad y a los entes oficiales que velan por la erradicación de éste mal, tal como lo es la Coordinadora Nacional para la Prevención de la

Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres (CONAPREVI) y la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM).

La violencia intrafamiliar tiene su origen en el núcleo familiar, en 2011 se concluyó que en total 50,622 mujeres fueron víctimas de las cuales 2,740 son niñas y 8,323 fueron hombres de los cuales 2,504 son niños. Esto refleja que el 86% de las víctimas son mujeres y 14% son hombres; estas cifras no pueden dejar indiferente a nadie, debido a que su perpetuación repercute directamente sobre la sociedad en general.

Las cifras de víctimas ponen de manifiesto la desigualdad que las mujeres continúan sufriendo en Guatemala, el goce de derechos continúa siendo desigual entre hombres y mujeres, no es casualidad que el país se encuentre en el puesto 109 de 134 países evaluados en cuanto a equidad de género.³

En Guatemala para el año 2013, se reportaron 36,170 casos de la violencia intrafamiliar teniendo un incremento del 439 por ciento respecto al año 2004. Las tasas de violencia intrafamiliar para este año muestran para el sexo femenino un valor de 41.7 por cada 10,000 habitantes.⁴ La violencia intrafamiliar hacia la mujer constituye un serio problema de la salud pública para Guatemala, siendo un obstáculo para el desarrollo socioeconómico y violación a los derechos humanos en relación con la violencia en la salud siendo causa significativa de discapacidad y muerte en mujeres en edad reproductiva.⁹

2.1.2 Estudios desarrollados

En el año 2004, se realizó un estudio para evaluar la relación entre el antecedente de abuso y otros factores de riesgo con obesidad en pacientes femeninas con enfermedad gastrointestinal. Se evaluó el riesgo relativo de antecedentes de abuso con el sobrepeso y obesidad en 239 pacientes mujeres con enfermedad gastrointestinal. El 41% de las pacientes fueron diagnosticadas con sobrepeso u obesidad, 49% reportaron antecedentes de abuso físico y el 42% tuvieron antecedente de abuso sexual. El antecedente de abuso físico (OR 1.34; IC 95% 1.05–1.40; $P < 0.03$), raza no blanca (OR 2.66; IC 95% 1.54–2.09; $P < 0.01$), ser de edad mayor (OR 1.03; IC 95% 0.92–1.16; $P < 0.02$) y tener poca

escolaridad (OR 1.11; IC 95% 1.06–1.32; $P < 0.05$). Se encontraron fuertemente asociados con el sobrepeso y obesidad. Se concluyó en esta población que el antecedente de haber sido abusado físicamente está relacionado con padecer de sobrepeso y obesidad.¹⁰

En el año 2007 se publicó un estudio realizado en California, cuyo objetivo fue examinar la relación entre el maltrato infantil y obesidad en una muestra de mujeres adultas residentes de California, en relación con otros factores de riesgo como demografía, inseguridad alimentaria, consumo inadecuado de alimentos e inactividad física. Los datos fueron recolectados por medio de la Encuesta de Salud de Mujeres de California en los años 2002, 2003, y 2004, y fueron analizados en el año 2006. Se incluyeron 11,115 mujeres no embarazadas y mayores de 18 años que brindaron una información completa para las variables en estudio.

Las mujeres con obesidad fueron significativamente más propensas a reportar maltrato durante su infancia (OR 1.32; IC 95% 1.23–1.42; $P < 0.001$). En un modelo multivariable ajustado para edad, raza, educación, inseguridad alimentaria, consumo inadecuado de alimentos, inactividad física y percepción de estrés, las mujeres que fueron expuestas a maltrato infantil persistieron más propensas a ser mujeres con obesidad que las no expuestas (OR 1.27; IC 95% 1.13–1.40; $P < 0.001$). Como conclusión determinaron que la exposición a maltrato infantil está asociada con la obesidad en la adultez en las mujeres de California.¹¹

En octubre del 2009 se publicó un estudio donde se buscó determinar si los individuos que experimentaron abuso físico o sexual y abandono durante la infancia contaban con un mayor riesgo de presentar Índice de Masa Corporal (IMC) alto y obesidad en comparación con un grupo control. Fue un estudio de cohorte prospectivo donde se compararon niños abusados y abandonados con los que no presentaron estas características y los casos fueron seguidos hasta la edad adulta. Utilizando este tipo de estudio, los niños con casos sustentados de abuso físico, sexual y abandono (edades de 0-11 años) de un condado del Medio Oeste de Estados Unidos durante 1967-1971 ($n=410$) fueron comparados con niños de la misma edad, sexo, raza/etnia y clase social sin antecedentes de abuso o abandono ($n=303$) y fueron seguidos y evaluados a la edad media de 41 años. Las medidas

de resultado incluyen el IMC y la obesidad evaluado en los años 2003-2004 como parte de una entrevista y examen médico. El abuso físico en la niñez predijo significativamente valores más altos de IMC en la edad adulta ($\beta = 0.14$, $P < 0.05$) controlando incluso características demográficas, tabaquismo y consumo de alcohol ($\beta = 0.16$, $P < 0.01$). El abuso sexual ($\beta = 0.07$, no significativo) y abandono ($\beta = 0.02$, no significativo) no fueron predictores significativos de IMC en la edad adulta. Estos resultados demostraron el impacto en el peso en la edad adulta a largo plazo del abuso físico en la niñez.

También se mencionaron mecanismos que vinculan el abuso físico en la niñez con mayores índices de masa corporal en la edad adulta. Lo que se propuso fue que el abuso físico en la niñez puede tener un impacto en la activación del eje hipotálamico-hipofisario-adrenal, a través de la desregulación de este eje y posteriores aumentos en el cortisol periférico que ha sido relacionado con la obesidad abdominal. Otro mecanismo sería el comer como una forma de afrontar los traumas de la niñez y este patrón puede continuar hasta la adultez. Finalmente se menciona el aumento de tamaño asociado con el aumento de peso en los niños abusados físicamente como un mecanismo de protección contra el daño.¹²

Un estudio publicado en el año 2010 realizado en Pittsburgh, tuvo como objetivo examinar la asociación entre maltrato y abandono infantil con adiposidad central y obesidad en una muestra de 311 mujeres de mediana edad. Las participantes fueron elegidas en el estudio por criterios de inclusión, siendo estas mujeres de 42 a 52 años, pre menopáusicas, sin terapia de reemplazo hormonal o anticonceptivos orales, no haberse sometido a histerectomía u ooforectomía y no estar embarazadas o en periodo de lactancia. Durante 8 visitas de seguimiento se midió la circunferencia abdominal y el IMC. También se realizó un cuestionario que evaluó retrospectivamente el abuso emocional, físico y sexual, y el abandono emocional y físico durante la infancia. Los análisis mostraron que las mujeres con antecedentes de maltrato o abandono infantil (OR 1.76; IC 95% 1.48–2.05; $P < 0.08$) y específicamente de abuso físico y sexual (OR 1.66; IC 95% 1.35–1.80; $P < 0.10$), tenían una circunferencia abdominal y un IMC significativamente más alto que las mujeres sin antecedentes de maltrato.

Como conclusión, este estudio sugiere que hay una asociación entre el maltrato o abandono infantil con la adiposidad adulta y que los niños que han sido maltratados pueden estar más sensibilizados a sentimientos de enojo, particularmente en interacciones interpersonales, y con el tiempo estas frecuentes expresiones de enojo pueden tener un efecto tóxico sobre la adiposidad. Además, se logró asociar el maltrato y el abandono infantil a menores niveles de globulina fijadora de hormonas sexuales, proteína que también se asocia a una mayor adiposidad.¹³

Un estudio publicado en el año 2011 realizado en Egipto, buscó determinar la asociación de violencia doméstica y obesidad en 4928 mujeres de 15 a 49 años, que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud de Egipto del año 2005. Durante la encuesta realizada, se administró un módulo de violencia doméstica basado en la escala de tácticas de conflicto, preguntando temas como la violencia psicológica, violencia física y violencia sexual, por su actual o último esposo en el año anterior.

El IMC medio registrado fue de 30.0 kg/m². Menos del 1% de las mujeres tenían bajo peso y más de tres cuartos tenían sobrepeso (35%) y obesidad (44%). La exposición de las mujeres a la violencia doméstica también fue alta, con más de un tercio (34%) que habían experimentado algún tipo de violencia física, psicológica o sexual. Las mujeres que estuvieron expuestas a violencia psicológica no tuvieron asociación con la probabilidad de ser mujeres con obesidad. Sin embargo, las probabilidades de ser obeso fueron más altas en las mujeres con cualquier exposición previa a violencia física (OR 1.19; IC 95% 0.93–1.44; P < 0.02) o violencia sexual (OR 1.35; IC 95% 1.00–1.74; P < 0.03). Como conclusión estos hallazgos sugieren que las mujeres expuestas a violencia física o sexual, pueden experimentar efectos psicológicos secundarios que conducen a una ingesta excesiva y a inactividad física.¹⁴

2.2 Marco teórico

El desarrollo de la obesidad involucra una serie de factores en múltiples contextos que interaccionan colocando a la persona en riesgo de tener sobrepeso. La teoría ecológica de sistemas proporcionó un punto de vista multidimensional, interactivo para la

comprensión y explicación de la aparición y mantenimiento de la obesidad, específicamente en relación con la dieta alimenticia, actividad física y comportamiento sedentario, influyendo en el aumento de peso y determinando, asimismo, las respuestas asumidas por las personas con obesidad. Los resultados brindados por el estudio “Aspectos intrapersonales y familiares asociados a aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico”, basados en ésta teoría, describieron que la obesidad ocurre debido a las interacciones dentro y entre aquellos contextos formados principalmente por los factores intrapersonales, constituidos por pensamientos, sentimientos y actitudes de cada individuo; los factores familiares, representados por el medio ambiente familiar que rodea la alimentación, prácticas alimenticias, comportamientos al comer, los roles modelo-parentales y los factores culturales, como el medio ambiente escolar, influencia de los medios de comunicación, estilos de vida, apoyo clínico y apoyo social. En general, todos estos contextos actúan en conjunto como determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.¹⁵

Una teoría propone que los alimentos sirven como mecanismo compensador principalmente en niños que han vivido una experiencia traumática o que viven en ambientes hostiles y que tienen deficiencias afectivas. El antecedente de maltrato puede exacerbar riesgos psicosociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Existe poca investigación de la asociación entre el abuso sexual y la obesidad. El primer estudio para examinar esta relación fue motivada por la observación clínica que el abuso sexual infantil parecía ser sorprendentemente común entre los pacientes obesos inscritos en un programa de pérdida de peso. Una revisión de 131 pacientes evidenció que el 60% de los que reportaron un historial de violación o abuso sexual se encontraban con más de 50 libras sobre el peso ideal, en comparación con sólo el 28% de las personas igualado en sexo y edad, pero sin antecedentes de abuso.¹⁶

Basado en información extraída de expedientes médicos de los pacientes, el abuso se relacionó a menudo con la aparición de la obesidad. Las investigaciones posteriores han aportado pruebas adicionales en la relación entre el abuso infantil y la obesidad.¹⁶

Entre las modificaciones neurobiológicas debidas al maltrato durante la infancia se ha descrito el desequilibrio del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales que suele manifestarse por secreción elevada de cortisol. Esta hormona promueve la diferenciación

de precursores de adipocitos y estimula la lipogénesis en presencia de insulina. Algunos estudios han hallado una relación directa entre los niveles altos de cortisol con índices cadera-cintura relativamente elevados en mujeres. Este desequilibrio puede tener influencia negativa que favorece conductas de mala adaptación. Se sugiere que se reduce la actividad de la vía 5-hidroxitriptamina, la cual juega un papel importante en la regulación del apetito.

Otra explicación que se ha sugerido para esta asociación plantea a la obesidad como un mecanismo de adaptación. Algunas mujeres que sufrieron abuso sexual pueden volverse mujeres con obesidad como una forma de protección contra el acoso sexual de parejas potenciales no deseadas o de agresores.¹⁷ En un estudio realizado a 511 mujeres, pacientes de medicina familiar en una comunidad rural en el medio oeste de los Estados Unidos, con una historia de abuso infantil tenían una mayor probabilidad de tener sobrepeso (definido como 40% o más por encima del peso corporal ideal), en comparación con controles de pacientes no abusados.¹⁶

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar según La Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto 97-96 del Congreso de la República de Guatemala la define como una violación a los derechos humanos, que debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial; tanto en el ámbito público como en el privado, a una persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o convivientes, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas”.⁷

2.3.2 Tipos de violencia

La violencia psicológica consiste en cualquier acción u omisión destinada a degradar, limitar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de las mujeres, por medio de intimidación, manipulación, engaño, presión social o económica, amenaza directa o indirecta, humillación, maltrato, agresión verbal,

aislamiento o cualquier otra conducta que provoque un daño en la integridad psicológica, la autodeterminación, la autonomía y la obstaculización del pleno ejercicio de los derechos fundamentales y el desarrollo personal de las mujeres.

La violencia física que consiste en cualquier acción u omisión que arriesgue, atente o dañe la integridad corporal de la mujer y que puede o no provocar lesiones.¹⁸

La violencia económica es cualquier acción u omisión que implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención, restricción de acceso o control, y/o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos de la mujer.⁷

La violencia sexual que se refiere a cualquier comentario, insinuación, acto per se, tentativa o amenaza de naturaleza sexual con fines de lucro o no, ejercida bajo coacción, coerción o presión, en el hogar, el trabajo, la escuela, los espacios comunitarios o institucionales, independientemente de la relación que pueda existir entre agresor y víctima.⁷

2.3.3 Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia descrito por Leonor Walker consiste en tres fases: la primera se denomina aumento de la tensión, la segunda denominada incidente agudo de agresión y la última denominada arrepentimiento y comportamiento cariñoso. Estas etapas se repiten una y otra vez, disminuyendo entre una y otra.

- Primera fase: aumento de la tensión

El tiempo de esta fase puede durar días, semanas, meses o años y se presentan incidentes menores de agresión como gritos o peleas pequeñas. En esta fase es donde se trata de calmar al agresor, puede existir un proceso de auto-culpabilización y se tiende a atribuir la agresión a factores externos como el estrés.

- Segunda fase: incidente agudo de agresión

Dura de aproximadamente 2 a 24 horas. Al final de la fase uno se alcanza un nivel de tensión que ya no responde a ningún control, posteriormente en la fase dos hay una descarga incontrolable de la violencia física. La naturaleza incontrolable es su característica típica. Por lo general el agresor culpa al agredido de esta reacción. Posterior al acto hay una etapa de confusión y síntomas de aislamiento, depresión, impotencia en la persona agredida.

- Tercera fase: arrepentimiento y comportamiento cariñoso

También se le llama “luna de miel”, el tiempo de duración es generalmente más largo que la segunda fase y más corta que la primera fase. Se caracteriza por un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento por parte del agresor. La tensión disminuye a sus mínimos niveles. Hay sentimientos nuevamente de felicidad y confianza. Se estrecha la relación de dependencia víctima-agresor. El agresor generalmente se siente arrepentido, suplica perdón y promete que no lo hará nunca más.¹⁹

2.3.4 Factores de riesgo

Según la OMS los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos.

Factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual:

- Bajo nivel de instrucción
- Exposición al maltrato infantil
- Experiencia de violencia familiar
- Trastorno de personalidad antisocial
- Uso nocivo del alcohol
- Hecho de tener muchas parejas o de sospechas de infidelidad en la pareja.
- La desigualdad de la mujer con respecto al hombre.

Factores asociados específicamente a la violencia de pareja:

- Antecedentes de violencia
- Discordia e insatisfacción marital
- Dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja.

Factores asociados específicamente a la violencia sexual:

- Creencia en el honor de la familia y la pureza sexual
- Ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre
- Levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.⁹

2.3.5 Violencia y salud

La OMS define violencia como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.⁶

2.3.5.1 Consecuencias en la salud

- Salud física

El daño físico resultante de la violencia puede incluir hematomas; laceraciones y abrasiones; lesiones abdominales o torácicas; fractura y rotura de huesos o dientes; daño visual y auditivo; lesiones craneales; lesiones en cuello y espalda.

- Salud sexual y reproductiva

La violencia de pareja y la violencia sexual pueden ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual. Un estudio de 2013 reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales a manos de su pareja tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en algunas regiones, en comparación con las mujeres que

no habían sufrido violencia de pareja. Por otra parte, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos.

- Salud mental

El abuso se ha vinculado con abuso de alcohol y drogas; desórdenes alimenticios; trastornos del sueño; falta de actividad física; baja autoestima; estrés postraumático; tabaquismo; heridas autoinflingidas; comportamiento sexual sin protección. Las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar pueden padecer de estrés crónico y como consecuencia de esto se presenta enfermedades tales como hipertensión, diabetes, asma y obesidad.⁹

2.3.6 Estado nutricional

El estado nutricional de un individuo se define como el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos.²⁰ Un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de las funciones corporales, así como a la sensación de bienestar y a la calidad de vida. Por el contrario, un estado nutricional inadecuado contribuye a la morbilidad asociada a las enfermedades crónicas y a mayor mortalidad.²¹

La valoración nutricional puede ser definida como la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Dicha información es utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes.²²

La talla: es el parámetro fundamental para enjuiciar el crecimiento en longitud pero es menos sensible que el peso a las deficiencias nutricionales; por eso sólo se afecta en las carencias prolongadas, sobre todo si se inician en los primeros años de la vida. En los adultos la talla se utiliza para calcular otros índices importantes de valoración como: IMC, Índice creatinina, requerimientos calóricos, la superficie corporal.

Peso actual o peso real: es el peso en el momento de la valoración. El peso ideal se establece mediante unas tablas de referencia en función del sexo, talla y complexión del individuo. Porcentaje del peso ideal (PPI): el peso puede valorarse como porcentaje del peso ideal.

$$\text{PPI (\%)} = (\text{peso actual (kg)} / \text{peso ideal (kg)}) \times 100$$

- Desnutrición grave < 69
- Desnutrición moderada 70-80
- Desnutrición leve 80-90
- Normalidad 90-110
- Sobrepeso 110-120
- Obesidad >120

2.3.6.1 Obesidad

La obesidad se deriva del latín obesus que significa “persona que tiene gordura en demasía”, reflejo del aumento de grasa en los depósitos tanto subcutáneos como viscerales. Según la OMS la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el IMC.¹⁷

Los adipocitos presentes en múltiples depósitos de tejido adiposo, están adaptados para almacenar con eficacia los excesos de energía en forma de triglicéridos y, cuando sea necesario, liberar estos depósitos como ácidos grasos libres para que puedan ser utilizados en otros lugares.

2.3.6.2 Etiopatogenia

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. La etiopatogenia de la obesidad es un fenómeno complejo. La teoría de un aumento crónico de la ingesta en relación con el gasto, es simple, ya que la obesidad es un trastorno específico y heterogéneo por su origen, en el cual están implicados diversos factores.

a) Factores genéticos

Entre los genes implicados en la etiología de la obesidad se encuentran genes metabólicos, que codifican péptidos encargados de controlar las señales de hambre y saciedad, genes reguladores del gasto energético y genes reguladores del crecimiento y la diferenciación de los adipocitos.¹⁸

b) Factores metabólicos

Se ha postulado que una anomalía metabólica básica podría incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo y como consecuencia la obesidad se hace presente por varios caminos.

- La desviación de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos.
- El aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.
- Una mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, lo que da por resultado una situación en la que se requiere menos energía y el exceso de esta se convierte en triglicéridos que se almacenan en el tejido graso.
- La inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.²²

c) Factores del sistema nervioso

Los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer se localizan a nivel del sistema nervioso central; de manera específica, en el encéfalo. Dicho sistema desempeña también papel clave en la regulación del metabolismo energético al influir sobre la secreción hormonal.²²

d) Factores psicológicos

Las perturbaciones emocionales en ocasiones precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad.²² El estrés crónico como consecuencia presenta enfermedades como la obesidad. En términos generales, la respuesta fisiológica del estrés es activada por un estresor. Esta respuesta fisiológica cumple una misión protectora y es activada en forma instantánea por secreción hormonal. Lo que permite un aumento en la concentración de glucosa en la sangre facilitando un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, poder muscular y resistencia al dolor; todo esto en cuestión de minutos. La liberación de dichas hormonas permite el inicio de un proceso de comunicación inmediata con el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático y permiten enlazar la experiencia del estrés con los componentes psicofisiológicos de la emoción preparando al organismo para un estado de alerta.²³

e) Factores sociales

La prevalencia de obesidad recibe una notable influencia de los factores sociales, económicos, raciales y otros relacionados con el estilo de vida.²²

2.3.6.3 Factores de riesgo asociados a la obesidad

1. Factores ambientales

a. Nivel socioeconómico: Las mujeres de condición socioeconómica alta de sociedades desarrolladas poseen el hábito de realizar algún tipo de dieta y restringir el consumo de alimentos, lo cual no es frecuente en una condición socioeconómica baja. Existe una mayor práctica de actividad física en mujeres de condición socioeconómica alta, producto de mayor disponibilidad de tiempo y mayor oportunidad de realizar ejercicio con fines recreativos.

b. Actividad física: La contribución del sedentarismo al aumento de peso ha sido utilizado como un fuerte predictor no sólo de la ganancia de peso sino de la recuperación de éste una vez perdido.

c. Dieta: Los cambios en los estilos de vida de la población en general aumentan el riesgo de desarrollo de obesidad, al promover dietas hipercalóricas, con altos contenido de grasas, carbohidratos e incluso proteína. Estudios relacionan la inactividad física y una dieta alta en grasa como uno de los factores que podrían condicionar el aumento de peso en humanos, por su asociación con un balance positivo de energía.

d. Tabaquismo: La nicotina aumenta la tasa metabólica basal, por lo que los requerimientos de individuos fumadores tienden a ser superiores a los normales. Es común observar que individuos que suspenden el hábito de fumar presentan aumento de peso, lo cual posiblemente obedece a un aumento en los niveles de ansiedad, así como a las modificaciones en sus requerimientos energéticos.

2. Fármacos

Se ha demostrado que la utilización de diversos fármacos se asocia a la ganancia de peso en humanos, entre los que se destacan los psicotrópicos, especialmente los anti convulsionantes, antidepresivos, y antipsicóticos. También se observa con el uso de algunos antihipertensivos, diuréticos, antihistamínicos, hormonas y antidiabéticos.

3. Factores metabólicos y genéticos

Actualmente se estudia la asociación entre la leptina (hormona polipeptídica asociada con la saciedad y el metabolismo energético) y la obesidad. Estudios evidencian que los obesos

poseen mayores niveles de esta hormona, sin embargo, se menciona posible resistencia. También alteraciones metabólicas asociadas con hipotiroidismo, hiperinsulinemia e insulino-resistencia, síndrome de ovario poliquístico, síndrome de Cushing disfunciones hipotalámicas (traumas, tumores y cirugías), forman parte de factores que influyen en la etiología de la obesidad en humanos.²⁴

2.3.6.4 Clasificación de la obesidad

La OMS define obesidad como IMC arriba de 30 kg/m²

- La obesidad se subdivide en tres clases:
 - Clase I: IMC de 30 a 34.9 kg/m²
 - Clase II: IMC de 35 a 39.9 kg/m²
 - Clase III (obesidad mórbida): IMC >40 kg/m²

El IMC proporciona la medida más útil para estimar sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos abarcando todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.²⁵

2.3.6.5 Consecuencias psicológicas de la obesidad

Los problemas psicológicos en la obesidad van desde el rechazo social hasta la ansiedad y la depresión grave. Las personas con obesidad reciben críticas, comentarios negativos, bromas y chistes, y son víctimas de discriminación. Estas experiencias llegan a afectar la autoestima de las personas y pueden ser un factor determinante en los problemas de imagen corporal.

La obesidad es un problema al que la persona debe adaptarse, y trae consigo una serie de limitaciones físicas y problemas psicológicos, sin dejar de lado el peso que tiene en la sociedad. La baja autoestima está

asociada con un mayor peso, y las personas con obesidad tienden a tener una personalidad más dependiente.

Mientras más temprano se inicia con obesidad, se encuentran mayores problemas para adherirse a un tratamiento. En la edad adulta, por lo regular buscan apoyo social y ayuda para lograr un bienestar tanto físico como psicológico.

El inicio temprano de la obesidad puede influenciar en la imagen corporal que la persona tenga de sí misma, lo que ocasiona una baja autoestima y favorece conductas de evitación social. Como consecuencia, existe un déficit en las relaciones interpersonales y el nivel de satisfacción de vida de la persona. Algunas personas tienden a ser más introvertidas, a sentir vergüenza y culpa por no poder ser delgados, pueden experimentar el rechazo de la sociedad, y en ocasiones también el de su propia familia. Hay sentimientos de tristeza y minusvalía, negación de su propio problema, lo cual hace más difícil que se acepten y se adhieran a un tratamiento benéfico para ellos. Se vuelve un círculo vicioso donde la obesidad causa depresión y la depresión hace que coman más de lo debido.

De entre todas las consecuencias emocionales y problemas derivados de la obesidad, resultado de la disminución en la calidad de vida, se podría decir que la depresión y/o ansiedad son los más comunes.

2.4 Marco geográfico

El estudio se llevó a cabo en las Clínicas Familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

Tabla 2.1 Clínicas Familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Municipio	Nombre de la clínica
Guatemala	El Trébol, Jocotales, La Chácara, La Verbena y Santa Fe
Mixco	Belén, Claret y Santa Marta
Villa Nueva	Llano Alto

2.5 Marco demográfico

Las características demográficas a tomar en cuenta en el estudio son: edad, debido a que se realizó el estudio en mujeres de 18 a 49 años de edad; estado civil, ya que se tomó en cuenta mujeres solteras, unidas, casadas, divorciadas, separadas o viudas; educación, debido a que se determinó el grado de escolaridad; factores socioeconómicos, debido a que se tomó en cuenta el nivel económico de las mujeres en estudio.

2.6 Marco institucional

Las instituciones donde se enmarca el estudio son las Clínicas Familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Clínica Familiar Belén, Clínica Familiar El Trébol, Clínica Familiar Jocotales, Clínica Familiar La Chácara, Clínica Familiar La Verbena, Clínica Familiar Santa Fe, Clínica Familiar Llano Alto, Clínica Familiar Santa Marta, Clínica Familiar Claret.

2.7 Marco Legal

El decreto número 97-1996 de la Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar de 28 noviembre 1996, Guatemala, ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, el congreso de la república de Guatemala, considerando: Que el Estado de Guatemala garantiza la igualdad de todos los seres

humanos en dignidad y derechos y que el hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil tienen iguales oportunidades y responsabilidades.

Guatemala ratificó por medio del Decreto Ley 49-82 la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y por medio del Decreto Número 69-94, se obliga a adoptar todas las medidas adecuadas para llegar a dicha meta.

El Estado de Guatemala en el artículo 47 de la Constitución Política de la República garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia. En el artículo 171 de la Constitución Política de la República de Guatemala decretó la ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar.

Artículo 1. Violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.

Artículo 2. De la aplicación de la presente ley.

La presente ley regulará la aplicación de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de la violencia intrafamiliar Asimismo tiene como objetivo brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos y ancianas y personas, discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada caso. Las medidas de protección se aplicarán independientemente de las sanciones específicas establecidas por los Códigos Penal y Procesal Penal, en el caso de hechos constitutivos de delito o falta.

Artículo 3. Presentación de las denuncias.

La denuncia o solicitud de protección que norma la presente ley, podrá hacerse en forma escrita o verbal con o sin asistencia de abogada o abogado y puede ser presentada por:

- a) Cualquier persona, no importando su edad, que haya sido víctima de acto que constituya la violencia intrafamiliar.
- b) Cualquier persona, cuando la víctima agraviada sufra de incapacidad física o mental, o cuando la persona se encuentra impedida de solicitarla por sí misma.
- c) Cualquier miembro del grupo familiar, en beneficio de otro miembro del grupo, o cualquier testigo del hecho.
- d) Miembros de servicios de salud o educativos, médicos que por razones de ocupación tienen contacto con la persona agraviada, para quienes la denuncia tendrá carácter de obligatoria de acuerdo al artículo 298 del Decreto Número 51-92 del Congreso de la República. Quien omitiere hacer esta denuncia será sancionado según lo establecido en el artículo 457 del Código penal.
- e) Las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones sociales cuyo objeto sea la protección de los derechos de la mujer, de los menores y en general, las que atienden la problemática familiar entre sus fines.
- f) Si la víctima fuera menor de edad será representada por el Ministerio Público, cuando concurren las siguientes circunstancias: 1) Cuando la agresión provenga de quien ejerce la patria potestad y, 2) Cuando se trate de menores que carezcan de tutela y representación legal.

Artículo 4. De las instituciones.

Las instituciones encargadas de recibir el tipo de denuncias mencionadas en el artículo anterior, serán:

- a) El Ministerio Público, a través de la Fiscalía de la Mujer, atención permanente y oficina de atención a la víctima.
- b) La Procuraduría General de la Nación, a través de la Unidad de Protección de los Derechos de la Mujer.

- c) La policía nacional.
- d) Los juzgados de familia.
- e) Bufetes Populares.
- f) El Procurador de los Derechos Humanos.

Quien reciba la denuncia deberá remitir a un juzgado de familia o del orden penal, según corresponda, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas.

Artículo 5. De la obligatoriedad del registro de las denuncias.

Todas las instituciones mencionadas en el artículo anterior, estarán obligadas a registrar denuncias de la violencia intrafamiliar y remitirse a Estadística Judicial, para efectos de evaluar y determinar la eficacia de las medidas para prevenirla, sancionarla y erradicarla y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.

Artículo 6. Juzgados de turno.

Los juzgados de paz de turno atenderán los asuntos relacionados con la aplicación de la presente ley, con el objeto de que sean atendidos los casos que por motivo de horario o distancia no pudiesen acudir en el horario normal, siendo de carácter urgente la atención que se preste en los mismos.

Artículo 7. De las medidas de seguridad.

Además de las contenidas en el artículo 88 del Código Penal, los Tribunales de Justicia, cuando se trate de situaciones de la violencia intrafamiliar, acordarán cualquiera de las siguientes medidas de seguridad. Se podrá aplicar más de una medida:

- a) Ordenar al presunto agresor que salga inmediatamente de la residencia común. Si resiste, se utilizará la fuerza pública.
- b) Ordenar la asistencia obligatoria a instituciones con programas terapéutico-educativos, creados para ese fin.

- c) Ordenar el allanamiento de la morada cuando, por la violencia intrafamiliar, se arriesgue gravemente la integridad física, sexual, patrimonial, o psicológica de cualquiera de sus habitantes.
- d) Prohibir que se introduzcan o se mantengan armas en la casa de habitación, cuando se utilicen para intimidar, amenazar o causar daño a alguna de las personas integrantes del grupo familiar.
- e) Decomisar las armas en posesión del presunto agresor, aun cuando tenga licencia de portación.
- f) Suspender provisionalmente al presunto agresor, la guarda y custodia de sus hijos e hijas menores de edad.
- g) Ordenar al presunto agresor abstenerse de interferir, en cualquier forma, en el ejercicio de la guarda, crianza y educación de sus hijos e hijas.
- h) Suspender al presunto agresor el derecho de visitar a sus hijos e hijas, en caso de agresión sexual contra menores de edad.
- i) Prohibir, al presunto agresor que perturbe o intimide a cualquier integrante del grupo familiar. Prohibir el acceso del presunto agresor al domicilio permanente o temporal de la persona agredida y a su lugar de trabajo o estudio.
- j) Fijar una obligación alimentaria provisional, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.
- l) Disponer el embargo preventivo de bienes, del presunto agresor. Para aplicar esta medida no será necesario ningún depósito de garantía. A juicio de la autoridad judicial competente, el embargo recaerá sobre la casa de habitación familiar y sobre los bienes necesarios para respaldar la obligación alimentaria en favor de la persona agredida y los dependientes que correspondan, conforme a la ley.
- m) Levantar un inventario de los bienes muebles existentes en el núcleo habitacional, en particular el menaje de casa u otros que le sirvan como medio de trabajo a la persona agredida.

n) Otorgar el uso exclusivo, por un plazo determinado, del menaje de casa a la persona agredida. Deberán salvaguardarse especialmente la vivienda y el menaje amparado al régimen de patrimonio familiar.

ñ) Ordenar, al presunto agresor, que se abstenga de interferir en el uso y disfrute de los instrumentos de trabajo de la persona agredida. Cuando ésta tenga sesenta (60) años o más o sea discapacitada, el presunto agresor no deberá interferir en el uso y disfrute de instrumentos indispensables para que la víctima pueda valerse por sí misma o integrarse a la sociedad.

o) Ordenar al presunto agresor, la reparación en dinero efectivo de los daños ocasionados a la persona agredida, o a los bienes que le sean indispensables para continuar su vida normal. Se incluyen gastos de traslado, reparaciones a la propiedad, alojamiento y gastos médicos. El monto se hará efectivo en la forma y procedimiento que la autoridad judicial estime conveniente para garantizar que la misma sea cumplida.⁷

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años que asisten a las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el periodo de julio y agosto del 2017.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Describir a las mujeres estudiadas según sus características demográficas, estado nutricional y exposición a la violencia intrafamiliar.
- 3.2.2 Describir la distribución de los factores de riesgo según la presencia o ausencia de obesidad.
- 3.2.3 Describir el tipo de la violencia intrafamiliar con mayor frecuencia asociado a obesidad en las mujeres estudiadas.
- 3.2.4 Calcular la fuerza de asociación entre la obesidad y la violencia intrafamiliar.

4 HIPÓTESIS

4.1 Ho (Hipótesis nula)

No existe una relación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años de edad.

4.2 Ha (Hipótesis alternativa)

Existe una relación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años de edad.

4.3 Hipótesis estadística

Ho: OR (Odds Ratio) = 1

Ha: OR $\neq$ 1

5 POBLACIÓN Y MÉTODOS

5.1 Enfoque y diseño de la investigación

Enfoque cuantitativo y diseño de corte transversal.

5.2 Unidad de análisis y de información

5.2.1 Unidad de análisis:

Respuestas obtenidas en el cuestionario administrado a los pacientes que asisten a las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el periodo de julio y agosto del año 2017.

5.2.2 Unidad de información:

Mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

5.3 Población y muestra

5.3.1 Población:

Tabla 4.1: Total de mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan en las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala. n=433

Clínica familiar	Población	Porcentaje	Muestra
Belén	144	8.6	38
El Trébol	168	10.0	43
Jocotales	135	8.1	35
La Chácara	152	9.1	39
La Verbena	344	20.5	88
Santa Fe	146	8.7	38
Llano Alto	130	7.8	34
Santa Marta	150	9.0	39
Claret	305	18.2	79
Total	1674	100	433

5.3.2 Muestra:

5.3.2.1 Marco muestral

Estudios previos han reportado prevalencias de exposición desde el 34%¹⁴ hasta 49%¹⁰ a algún tipo de violencia en mujeres con obesidad, con OR desde 1.2¹¹ hasta 2.66.¹⁰ El número y la distribución de las mujeres de 18 a 49 años que consultaron a las clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, fue estimado según los registros de 2016 (ver tabla 4.1). Las entrevistas se realizaron en un periodo de 8 semanas. Utilizando el programa EpiInfo, se calculó la muestra para detectar un OR mínimo de 1.8, con un poder de 80% y un nivel de confianza de 95%, asumiendo un 42% de mujeres sin obesidad, expuestas a la violencia y un 56.6% de mujeres con obesidad expuestas a violencia, para un tamaño de muestra de 394 mujeres. Considerando un 10% de pérdidas y datos faltantes, se decide entrevistar a 433 mujeres.

5.3.2.2 Tipo y técnica de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo utilizando como población el total de pacientes que asistieron a las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante julio y agosto del 2017; una vez obtenido el número total de muestra se realizó una asignación proporcional al número de pacientes por clínica.

5.4 Selección de sujetos a estudio

5.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres de 18 a 49 años.
- Pacientes que acudan a las clínicas familiares Belén, Clínica Familiar El Trébol, Clínica Familiar Jocotales, Clínica Familiar La Chácara, Clínica Familiar La Verbena, Clínica Familiar Santa Fe, Clínica Familiar Llano Alto,

Clínica Familiar Santa Marta, Clínica Familiar Claret, en el periodo de julio y agosto del 2017.

- Pacientes que acepten contestar el cuestionario de violencia doméstica.

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con enfermedades metabólicas (por ejemplo: Hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, disfunciones hipotalámicas (traumas, tumores y cirugías, hiperinsulinismo, ovario poliquístico).
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o con disminución de la habilidad cognitiva.
- Pacientes que utilizan anticonceptivos orales o tuvieron resección quirúrgica de ovarios.

5.5 Definición y operacionalización de variables

5.5.1 Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha. ²⁶	Edad en años cumplidos hasta la fecha proveída por paciente. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Númerica	De razón	Unidad de medida: número de años cumplidos.
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente a una misma comunidad lingüística y cultural. ²⁶	Etnia que pertenece la paciente. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal	Ladina, Indígena
Nivel de escolaridad	Clasificación por años durante el individuo asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza. ²⁶	Nivel de escolaridad aprobada. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Ordinal.	Ninguna, primaria, básica, diversificada, universitaria.

Estado conyugal	Es la situación legal en que se encuentra una persona frente a los demás, con relación al ejercicio de sus derechos y obligaciones o deberes que le corresponden. ⁷	Situación civil del individuo, al momento de realizar la encuesta. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal, policotómico.	Soltero, unido, casado.
Estado nutricional	Es el resultado de la relación existente entre el consumo de nutrientes y el requerimiento de los mismos. ²⁷	Se estimó el índice de masa corporal utilizando datos de talla y peso de cada mujer a través de la siguiente fórmula: $IMC = kg/m^2$ $IMC = 18.5 - 24.9 \text{ Kg}/m^2$ $IMC = 25 - 29.9 \text{ Kg}/m^2$ $IMC = 30 - 34.9 \text{ Kg}/m^2$ $IMC = 35 - 39.9 \text{ Kg}/m^2$ $IMC > 40 \text{ Kg}/m^2$.	Categórica	Ordinal	Normal Sobre peso Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad grado III

Nivel socioeconómico	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. ²⁶	Características del material utilizado en la construcción de la vivienda en la que habita. Datos obtenidos durante la entrevista.	Categórica	Ordinal	Alto Medio alto Medio Bajo Muy bajo
Tabaquismo	Adicción al tabaco provocado por nicotina. ²⁴	Consumo habitual de tabaco. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal	Si No
Dieta	Cantidad de alimento que se proporciona a un organismo. ²⁴	Alimentos consumidos altos en grasa y carbohidratos. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal	Respuesta afirmativa a más de una pregunta.
Dieta saludable	Dieta que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. ²⁴	Tipo de alimentos consumidos y su frecuencia con respecto a la olla nutricional durante la semana que se realizó la entrevista.	Categórica	Nominal	Si No

Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por músculos esqueléticos que exija gasto de energía. ²⁴	Tiempo y días que emplea haciendo actividad física. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal	Respuesta afirmativa a más de una pregunta.
Violencia psicológica	Es el abuso emocional, verbal, maltrato y menosprecio de la estima hacia una persona, mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor. ⁷	Ejecución de control del tiempo, actividades y dinero, menosprecios y humillaciones, amenazas de agresión física. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal	Respuesta afirmativa a más de una pregunta.
Violencia Física	Cualquier acción u omisión que arriesgue, atente o dañe la integridad corporal de la mujer y que puede o no provocar lesiones. ⁷	Ejecución de golpes, fracturas, heridas u otras lesiones. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal	Respuesta afirmativa a más de una pregunta.

Violencia sexual	Cualquier comentario, insinuación, acto per se, tentativa o amenaza de naturaleza sexual sin el consentimiento de la persona. ⁷	Ejecución de tocamientos, insinuaciones, relaciones sexuales en contra de la voluntad de la persona. El dato se obtuvo durante la entrevista.	Categórica	Nominal	Respuesta afirmativa a más de una pregunta.
------------------	--	---	------------	---------	---

5.6 Recolección de datos

5.6.1 Técnicas

Entrevistas, observación sistemática, peso y talla.

5.6.2 Procesos

- Aprobación del proyecto por la unidad de Medicina Familiar de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Aprobación del proyecto por la unidad de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Revisión y aprobación por el comité de ética de la Facultad.
- Elaboración de instrumento de recolección de datos realizada por los estudiantes del grupo de investigación.
- Validación del instrumento.
- Identificación de todas las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra.
- Realización de entrevistas en salas o clínicas para preservar la privacidad de las entrevistadas.
- Peso de las entrevistadas, se les solicitó que se removieran los zapatos, accesorios, contenido de bolsillos y suéteres o abrigos. Preferiblemente en ayunas luego de haber evacuado recto y vejiga. La entrevistada permanece de pie inmóvil en el centro de la plataforma con el peso distribuido entre ambos pies y se anota dato en kilogramos.
- Medición de las entrevistadas, se les solicitó que se retiren los zapatos y accesorios de pelo. Se tomó de pie con los talones juntos, cuidando que el mentón se ubique recogido de manera que el borde inferior de la cavidad orbitaria se encuentre en línea horizontal con la parte superior del trago de la oreja y se anotó la medida en metros.
- El resto de la entrevista se realiza de frente al pacientes, ambos sentados.
- Se agradece al paciente por su colaboración de manera verbal.

5.6.3 Instrumentos de medición.

- Para la medición del peso se utilizó una báscula marca Discover con sensibilidad de 0 a 130kg, la cual fue calibrada cada cinco pacientes.
- Para la toma de la talla, se utilizó un tallímetro de madera operado manualmente por el entrevistador.
- Las preguntas de las entrevistas fueron tomadas de:
 - Encuesta de Salud Nacional Materno-Infantil (ENSMI) 2014-2015.
 - Encuesta de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública (EVIPES) 2013.
- Para la entrevista se utilizaron la siguiente cantidad de preguntas
 - Información general: 7 preguntas
 - Factores de riesgo: 17 preguntas
 - Violencia: 28 preguntas
- Previa a la realización de la entrevista se llevó a cabo una prueba piloto con datos recolectados de 31 personas siendo el 10% de la muestra que no son del grupo de estudio pero que se encuentren en el mismo rango de edad. El objetivo de esta prueba fue determinar si la redacción de las preguntas era adecuada para una buena comprensión de las mismas por parte de las personas entrevistadas, considerar si la duración de la entrevista es la adecuada o para superar otras dificultades que pueden presentarse en el proceso de comunicación y así se aseguró la validez de la entrevista.

5.6.3.1 Ensayo de roles

Previo al proceso de las entrevistas, se realizó una práctica simulada de entrevista a pacientes, la cual contó con el apoyo de una licenciada en psicología del área de UNADE. Dichos roles, focalizados a la coordinación de la actividad que plantea el grupo, con el fin de identificar y poder solucionar los problemas, principalmente emocionales, que se presentaron al momento de la entrevista.

5.7 Procesamiento y análisis de datos

5.7.1 Procesamiento de datos

Posterior a la recolección de datos se tabuló la información. Este se realizó en una doble base de datos en el programa Microsoft Excel®, para evitar posibles errores de ingreso de datos como incongruencias, confusión de variables, etc.

Para determinar dieta saludable se utilizaron las preguntas propuestas por la ENSMI⁵ y se añadieron dos preguntas para evaluar el consumo de tortilla y pan. Se clasificó como dieta saludable de acuerdo a las siguientes respuestas:

Tabla 4.2: Ponderación de respuestas para determinar dieta saludable

Pregunta	Dieta saludable
Comida rápida por semana	No consume o menos de uno
Bebidas carbonatadas por semana	No consume o menos de uno
Alimentos en el día	3-5 veces
Raciones de fruta por día	2 o más
Raciones de verdura por día	2 o más
Carnes por semana	3 o más
Tortillas por día	1 – 3 tortillas
Panes por día	1 – 3 panes

Con base a los criterios del Instituto Nacional de Estadística (INE) para evaluar nivel socioeconómico,⁴ se preguntó con relación a la vivienda que habitan, tipo de material de las paredes de la vivienda, material del techo de la vivienda y combustible que utilizan para cocinar y se clasificó de la siguiente manera según sus respuestas:

Tabla 4.3: Ponderación de respuestas para determinar nivel socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Vivienda	Paredes	Techo	Combustible
Alto	Propia y totalmente pagada	Block	Concreto/loza/terraza	Gas propano, gas corriente (kerossene) o electricidad
Medio alto	Propia y pagándola a plazos	Madera	Concreto/loza/terraza	Gas propano, gas corriente (kerossene) o electricidad
Medio	Alquilada	Adobe	Concreto/loza/terraza	Gas propano, gas corriente (kerossene) o electricidad
Bajo	Prestada o cedida	Lámina	Teja, lámina de zinc/metálica o lámina de asbesto (duralita)	Leña o carbón de leña
Muy bajo	Otro	Ladrillo de barro o material de desecho	Paja/pajón/palma u otro	Residuos agrícolas

5.7.2 Plan de análisis de datos

Después de la recolección de datos y obtener una base de datos, se realizó el análisis de la información recopilada.

Para cumplir con los objetivos específicos 3.2.1 y 3.2.2 se presentaron los resultados en tablas bivariadas con uso de estadística descriptiva para analizar las variables presentes.

Para el objetivo específico 3.2.3 se describió cuál fue el resultado obtenido y para el objetivo 3.3.4 se realizó un análisis bivariado donde se estableció asociaciones por medio de tablas de 2x2 para la determinación de Odds Ratio (OR), sus respectivos indicadores para evaluar significación estadística: Intervalo de confianza al 95% y valor p.

5.8 Alcances y límites de la investigación

5.8.1 Obstáculos

La investigación se encuentra limitada al momento de tener poca colaboración por parte de las mujeres encuestadas, el rechazo de la entrevista y obtener datos falsos por miedo a decir la verdad. Otra limitante es que no se llegue a una muestra representativa para los fines del estudio.

5.8.2 Alcances

En esta investigación se pretende identificar la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años utilizando un estudio descriptivo de corte transversal durante el mes de julio y agosto del 2017 en las clínicas familiares Belén, Clínica Familiar El Trébol, Clínica Familiar Jocotales, Clínica Familiar La Chácara, Clínica Familiar La Verbena, Clínica Familiar Santa Fe, Clínica Familiar Llano Alto, Clínica Familiar Santa Marta, Clínica Familiar Claret, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

5.9 Aspectos éticos de la investigación

5.9.1 Principios éticos generales

Se aplicaron los siguientes principios éticos:

- **Beneficencia:** No hubo beneficios directos para los participantes. Se beneficiará indirectamente a futuras pacientes con las conclusiones del estudio para lograr identificar factores de riesgo para la violencia intrafamiliar y obesidad y poder prevenir enfermedades crónicas posteriores. También se brindaron nombres y números de teléfono de centros donde pueden acudir o denunciar si está sufriendo algún tipo de violencia independientemente de su estado nutricional. Pacientes que se detectaron con obesidad, recibieron plan educacional sobre estilos de vida saludable y se les brindó un documento de la olla alimentaria guatemalteca y verbalmente se explicó la misma haciendo énfasis en una dieta balanceada.
- **No maleficencia:** Se tomaron las medidas de precaución para minimizar los posibles daños, tanto psicológicos como físicos hacia las participantes en el estudio mientras se realizó la entrevista. Se tomaron todas las medidas para disminuir los riesgos de daño a las participantes, utilizando un tiempo adecuado para realizar la entrevista, garantizando la confidencialidad de los datos, explicando verbalmente a participante el fin del estudio en presencia de un testigo que hizo constar que verbalmente la paciente participó de forma voluntaria en dicho estudio, esto con el fin de proteger a las participantes y minimizar el riesgo de provocar la violencia intrafamiliar.
- **Autonomía:** La participación fue voluntaria. La entrevista se llevó a cabo en un espacio privado, adecuado, donde ninguna persona externa escuchó la entrevista, donde estuvieron presentes la entrevistada, el entrevistador y si era posible una estudiante de la facultad de ciencias médicas como testigo. Se respetó la confidencialidad de los datos recolectados ya que los datos eran anónimos y no se tomó el nombre o los datos personales de la entrevistada. Se explicaron los verdaderos objetivos del estudio utilizando

lenguaje comprensible y se realizó un consentimiento informado para la participante y para el testigo.

- Justicia: Los beneficios y los riesgos son igual para todas las participantes.

5.9.2 Categoría de riesgo

El estudio a realizar fue de categoría II (con riesgo mínimo) ya que comprende estudios o el registro de datos por medio de procedimientos diagnósticos de rutina (físicos o psicológicos).

6. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en nueve clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, las cuales fueron: clínica familiar Llano Alto, clínica familiar Belén, clínica familiar El Trébol, clínica familiar Jocotales, clínica familiar La Chácara, clínica familiar La Verbena, clínica familiar Santa Fe, clínica familiar Santa Marta y clínica familiar Claret, durante los meses de julio y agosto del 2017. La muestra utilizada fue de 433 mujeres comprendidas entre las edades de 18 y 49 años que asisten a dichas clínicas.

Los resultados se presentan en el siguiente orden:

- Características demográficas, estado nutricional y exposición a la violencia intrafamiliar.
- Factores de riesgo según presencia o ausencia de obesidad.
- Tipo de la violencia intrafamiliar con mayor frecuencia asociado a obesidad.
- Asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad.

6.1 Características demográficas, estado nutricional y exposición a la violencia intrafamiliar

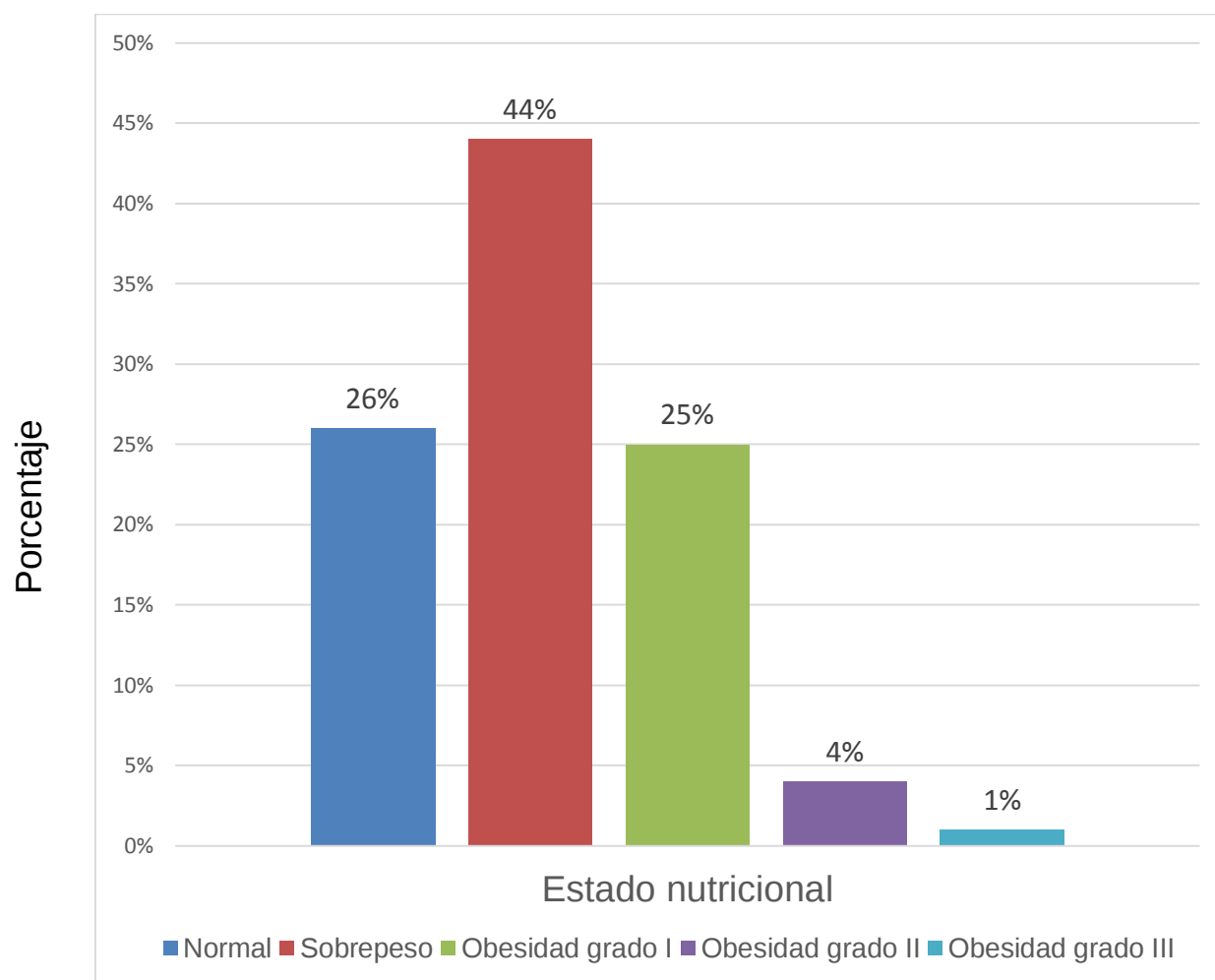
Tabla 6.1: Características demográficas y exposición a la violencia intrafamiliar en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, julio-agosto del 2017
(n=433)

Características demográficas	Total	
	f	%
Edad (años)		
18 a 24	97	22.40
25 a 29	83	19.17
30 a 34	80	18.48
35 a 39	65	15.01
40 a 44	55	12.70
45 a 49	53	12.24
Etnia		
Indígena	85	19.63
Ladina	348	80.37
Otro	0	--
Escolaridad		
Ninguna	21	4.85
Primaria	219	50.58
Básica	119	27.48
Diversificada	67	15.47
Universitaria	7	1.62
Estado conyugal		
Soltera	93	21.48
Casada/Unida	316	72.98
Divorciada/separada	16	3.70
Viuda	8	1.85
Violencia intrafamiliar		
Si	244	56.35
No	189	43.65

Fuente: Tabla 12.1 en anexos.

La media de la edad es de 32 años, con un Q1=25.68 y Q3=34.04 para un IQR=8.36

Gráfica 6.1: Estado nutricional en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consulta a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala julio y agosto de 2017
n=433



Fuente: Tabla 12.3 en anexo

6.2 Factores de riesgo según presencia o ausencia de obesidad

Tabla 6.2 Factores de riesgo según la presencia o ausencia de obesidad en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consulta a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala
(n=433)

Variables	Obesidad		TOTAL
	Presente	Ausente	
	f (%)	f %	f %
	132 (100)	301 (100)	433 (100)
Nivel socioeconómico			
Muy bajo	0 (--)	1 (0.33)	1 (0.23)
Bajo	14 (10.61)	36 (11.96)	50 (11.55)
Medio	56 (42.42)	141 (46.84)	197 (45.50)
Medio alto	16 (12.12)	27 (8.97)	43 (9.93)
Alto	46 (34.85)	96 (31.90)	142 (32.79)
Tabaquismo			
Si	24 (18.18)	53 (17.61)	77 (17.78)
No	108 (81.82)	248 (82.39)	356 (82.22)
Actividad física			
Si	24 (18.18)	63 (20.93)	87 (20.09)
No	108 (81.82)	238 (79.07)	346 (79.91)
Dieta			
No saludable	No saludable	No saludable	No saludable
Saludable	Saludable	Saludable	Saludable
Violencia intrafamiliar			
Psicológica	85 (64.39)	147 (48.83)	232 (53.58)
Física	54 (40.91)	96 (31.56)	150 (34.64)
Sexual	40 (30.30)	54 (17.94)	94 (21.71)
Cualquier tipo de violencia	88 (20.32)	156 (36.03)	244 (56.35)

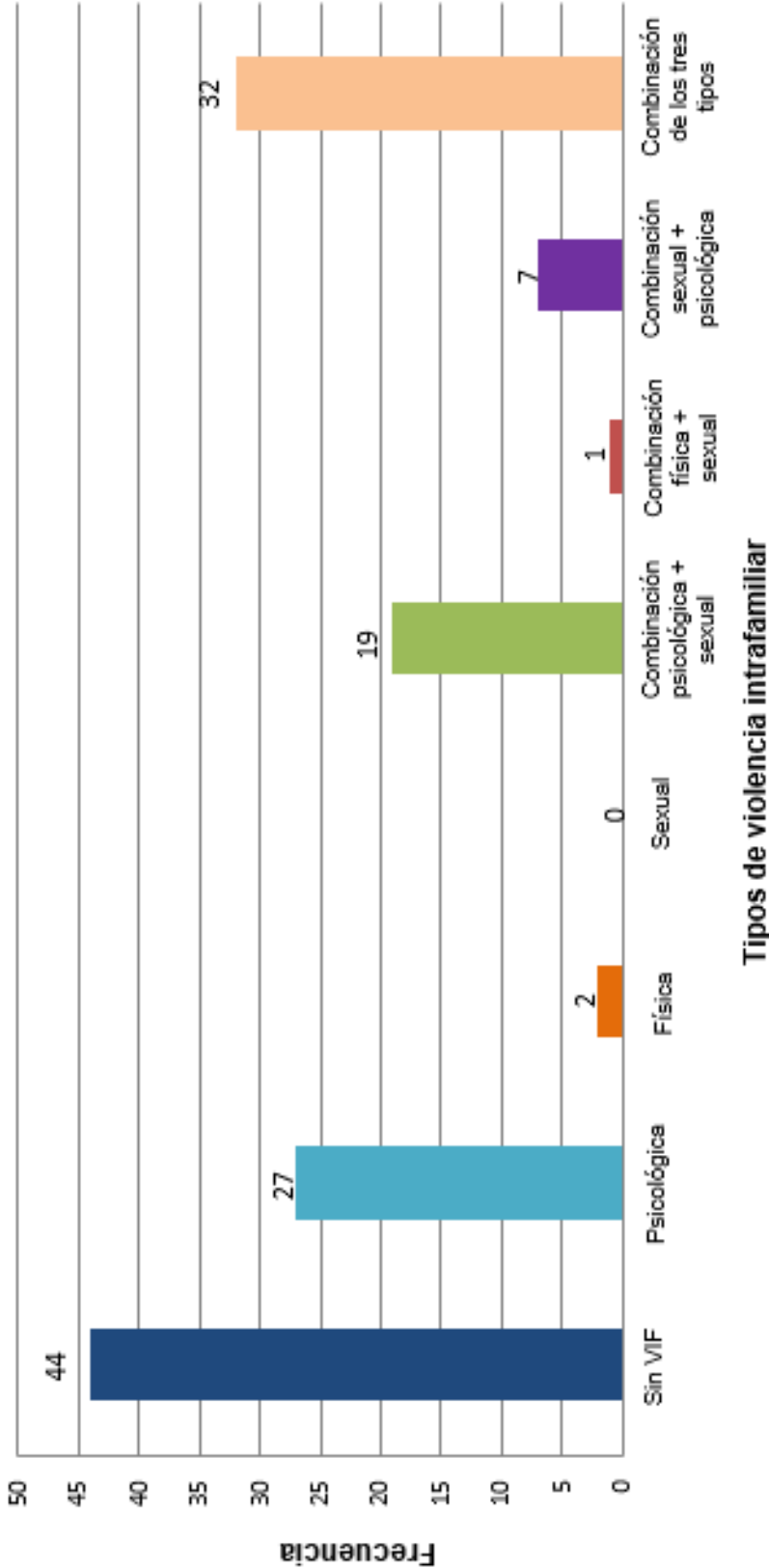
Interpretación: La categoría de la violencia intrafamiliar no suma un total del 100% (433), ya que varias mujeres han sufrido más de un tipo de violencia intrafamiliar.

6.3 Tipo de la violencia intrafamiliar asociado con mayor frecuencia a obesidad

Gráfica 6.2: Distribución de los tipos de la violencia intrafamiliar (VIF) en las mujeres con obesidad de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

n=132

Mujeres con obesidad



Fuente: Tabla 12.8 de Anexos

6.4 Asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad

Tabla 6.3: Asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Tipo de violencia	OR	IC 95%	Valor-p	Significativo Si / No
Violencia psicológica	1.81	1.01 - 3.23	0.042	Si
Violencia psicológica + violencia física	1.27	0.68 – 2.39	0.44	No
Violencia psicológica + violencia física + violencia sexual	2.45	1.38 – 4.33	0.0017	Si
Violencia intrafamiliar *	1.85	1.21- 2.84	0.0041	Si

Fuente: Anexo 12.2.

* La variable la violencia intrafamiliar incluye todas las combinaciones posibles de los diferentes tipos de violencia estudiados.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio dio a conocer la asociación entre las mujeres que sufren uno o varios tipos de violencia con respecto a la obesidad. Después de una búsqueda de información se encontraron ciertos estudios relacionados al tema, en su mayoría enfocados a la exposición de violencia en la niñez y adolescencia y sus repercusiones en la adultez.

La violencia intrafamiliar se define como una violación a los derechos humanos, que debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial; tanto en el ámbito público como en el privado, a una persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o convivientes, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.⁷ Estimaciones mundiales de la OMS indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.⁶

Un estudio que se realizó en el año 2011 sobre la violencia intrafamiliar en Guatemala, demostró que en el periodo del 2008 al 2011 se reportaron 240,602 denuncias relacionadas con la violencia intrafamiliar. Los departamentos que mostraron un mayor número de casos fueron Guatemala y Santa Rosa.⁸

Actualmente, la violencia intrafamiliar y la obesidad son problemas cuya prevalencia ha ido en aumento en la población guatemalteca, ambas consideradas como problemas de salud pública presentando consecuencias físicas, psicológicas y sociales que impactan en el ámbito personal, familiar y laboral de las mujeres.

Siguiendo los lineamientos establecidos, se realizaron entrevistas a mujeres comprendidas entre las edades de 18-49 años que asisten a las clínicas familiares de la facultad de Ciencias Médicas durante el periodo de julio y agosto del año 2017. De 433 entrevistas de las que se obtuvieron datos, 38 corresponden a la clínica familiar de Belén, 43 corresponden a clínica familiar de El Trébol, 35 corresponden a la clínica familiar de Jocotales, 39 corresponden a la clínica familiar de La Chácara, 88 corresponden a la clínica familiar de La Verbena, 38 corresponden a la clínica familiar de Santa Fe, 34

corresponden a la clínica familiar de Llano Alto, 39 corresponden a la clínica familiar de Santa Marta y 79 corresponden a la clínica familiar de Claret. (Ver tabla 4.1)

De los datos obtenidos, en términos de la estructura por edad, un 22% de las mujeres entrevistadas están comprendidas en la edad de 18 a 24 años, con una edad promedio total de 32 años. Los datos mostraron que la etnia ladina es la que muestra predominio con el 80%, por lo tanto, que se determinó que se trata de una población joven como se demostró en la pirámide de población de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, que indica que el 58% de la población de Guatemala es joven y solo el 8% corresponde a adultos mayores.⁵

En lo que respecta a la educación alcanzada, el porcentaje de mujeres sin instrucción es del 4 % mientras que el 50 % de las mujeres tienen educación primaria. El sistema educativo en Guatemala ha tenido históricamente un nivel muy desfavorable en el campo de la educación. El nivel de escolaridad en Guatemala es sumamente bajo, el Instituto Nacional de Estadística,⁴ estima que el promedio es de solo 2.3 años. Esto se vio reflejado en las mujeres que formaron parte de este estudio debido a que el 50% de ellas tenían solamente educación primaria, incluso sin concluirla.

El porcentaje de mujeres actualmente casadas o unidas es de 73%, mientras que el 21% son solteras lo que difiere de los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil que reportó que solo el 58% de mujeres de 15 a 49 años se encontraban casadas o unidas.⁵

También se evaluaron características del estado nutricional; según los datos obtenidos, el 45% de las mujeres presentó sobrepeso y el 25% obesidad. Se determinó que actualmente existe una amplia disposición de comida rápida, rica en carbohidratos que contribuye a la publicidad agresiva del consumo de este tipo de alimentos, ya que el incremento de peso que se registra se vio afectado por el ambiente alimentario, pues este influye en las decisiones de consumo de menor costo. Otro aspecto que influye en el sobrepeso y obesidad son las perturbaciones emocionales, pues se ha encontrado que en ocasiones precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad.²²

En cuanto a la exposición a la violencia en la muestra estudiada, el 53 % de las mujeres entrevistadas refieren haber sufrido violencia psicológica, el 34 % violencia física y el 21 % ha sufrido violencia sexual. Además, algunas mujeres han sufrido distintas combinaciones de los diferentes tipos de violencia. (Ver gráfica 6.2). Según la OMS los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Se estima que el 36% de las mujeres de América Latina han sufrido violencia de pareja (física o sexual) o violencia sexual perpetrada por otras personas;⁶ dicha estimación difiere significativamente de este estudio, ya que el 56% de las participantes evidenciaron exposición a cualquier tipo de violencia independientemente del estado nutricional en el cual se encontraban (ver tabla 6.2).

Los factores de riesgo incluyen una serie de elementos que interaccionan en múltiples contextos predisponiendo a las mujeres a desarrollar sobrepeso. La teoría ecológica de sistemas proporcionó un punto de vista multidimensional, interactivo para la comprensión y explicación de la aparición y mantenimiento de la obesidad, específicamente en relación con la dieta alimenticia, actividad física, comportamiento sedentario y tabaquismo lo que influye en el aumento de peso y determina asimismo, las respuestas asumidas por las personas con obesidad.¹⁵ Se demostró una prevalencia del 30% de participantes con obesidad y 25% sin obesidad, sin tomar en cuenta el sobrepeso. Entre las participantes sin obesidad, se determinó que más de la mitad llevan una dieta saludable según los alimentos consumidos y los tiempos de comida que realizan; por el otro lado, 42% de las participantes con obesidad demostraron tener una dieta poco balanceada, consumiendo abundante cantidad de carbohidratos simples (tortillas, pan francés y pan dulce) Sin embargo, esto difiere de los resultados proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil que reporta que el patrón alimentario en Guatemala se basa principalmente en los cereales, azúcares y frijoles.⁵

La Organización Mundial de la Salud advierte en su Informe Anual sobre Enfermedades No Transmisibles 2013, que en el mundo aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente; las tasas de obesidad se duplicaron en todas las regiones del mundo entre 1980 y el 2008. Los mayores niveles se registran en el continente americano, donde el 26% de los adultos son obesos. ⁶ La actividad física ha sido utilizada como un fuerte predictor no sólo de la ganancia de peso sino de la recuperación de éste una vez perdido. Esto se vio reflejado

en el estudio, el cual cuatro de cada cinco participantes con obesidad demostraron llevar una vida sedentaria.

Con respecto al consumo de tabaco, se tomó como referencia el consumo de cigarrillos alguna vez en su vida, siendo afirmativa la respuesta en 18% de las participantes con obesidad y en 17% de las participantes sin obesidad. Según estudios realizados sobre los factores asociados a la obesidad en mujeres en edad fértil, la nicotina aumenta la tasa metabólica basal, por lo que los requerimientos de los individuos fumadores tienden a ser superiores a los normales.²⁴ Es común observar que individuos que suspenden el hábito de fumar presentan aumento de peso, lo cual posiblemente obedece a un aumento en los niveles de ansiedad, así como a las modificaciones en sus requerimientos energéticos. Sin embargo, la población a estudio reveló datos poco significativos en relación al consumo de tabaquismo por lo que se determinó que el tabaquismo no se relaciona con la obesidad en la muestra estudiada.

En cuanto a la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años, de las 433 mujeres que participaron en el estudio, se obtuvo un riesgo de 1.85 el cual indica la presencia de una relación directa entre ambas variables, lo cual concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio publicado en el año 2011, en Egipto, en mujeres de 15 a 49 años, durante la encuesta realizada, se administró un módulo de violencia doméstica, preguntando temas como la violencia psicológica, violencia física y violencia sexual, por su actual o último esposo en el año anterior. Más de tres cuartos tenían sobrepeso y obesidad. La exposición de las mujeres a la violencia doméstica también fue alta, con más de un tercio que habían experimentado algún tipo de violencia física, psicológica o sexual. Las mujeres que estuvieron expuestas a violencia psicológica no tuvieron asociación con la probabilidad de ser mujeres con obesidad. Sin embargo, las probabilidades de ser obesa fueron más altas en las mujeres con cualquier exposición previa a violencia física con un riesgo de 1.19; o violencia sexual con 1.35. Estos hallazgos sugieren que las mujeres expuestas a violencia física o sexual, pueden experimentar efectos psicológicos secundarios que conducen a una ingesta excesiva de alimentos e inactividad física.¹⁴ Dicho resultado difiere del obtenido en este estudio ya que se indagó sobre el tipo de violencia con mayor frecuencia presente en las pacientes con obesidad, obteniendo un 20% en violencia psicológica, seguido por la violencia física con un 2%, sin embargo los datos obtenidos demostraron un alto porcentaje que incluye a más

de un tipo de violencia relacionado, con un 30%. Estas diferencias con el estudio de Egipto, pueden tener más de una explicación, por un lado, desde un posible sub reporte de violencia psicológica en el estudio de Egipto, debido a que es difícil concebir que exista violencia física sin estar precedida o acompañada de violencia verbal y psicológica. Por otro lado, también existe la posibilidad de un sub reporte de violencia física en nuestro estudio, lo que podría haber sesgado el OR hacia una hipótesis nula de no asociación.

En California, en el año 2007, se realizó un estudio comparativo cuyo objetivo fue examinar la relación entre el maltrato infantil y la obesidad en un grupo de mujeres residentes de ese estado. Las mujeres con antecedente de maltrato infantil fueron significativamente más propensas a padecer obesidad con un riesgo de 1.32. Por lo tanto, se concluyó que hubo una relación directa entre la violencia y padecer obesidad.¹¹

Según estudios médicos, la violencia intrafamiliar afecta directamente a la salud de las mujeres, e indirectamente interviene en problemas crónicos de la misma. Cuanto más frecuente se presenta la violencia intrafamiliar, mayor es el impacto en la salud física y mental de la mujer. En adición se ha encontrado, en estudios anteriores, un vínculo con el abuso de alcohol y drogas, desórdenes alimenticios, tabaquismo, entre otros.¹

El desarrollo de la obesidad involucra una serie de factores en múltiples contextos que interaccionan colocando a la persona en riesgo de tener sobrepeso. Los resultados brindados por el estudio “Aspectos intrapersonales y familiares asociados a aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico”, basados en ésta teoría, describieron que la obesidad ocurre debido a las interacciones de los factores intrapersonales, constituidos por sentimientos, pensamientos y actitudes de cada individuo; los factores familiares, representados por el medio ambiente familiar que rodea, la alimentación, prácticas alimenticias, comportamientos al comer, los roles modelo-parentales y los factores culturales, como el medio ambiente escolar, influencia de los medios de comunicación, estilos de vida, apoyo clínico y apoyo social. En general, todos estos contextos actúan en conjunto como determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.¹⁵

Una teoría propone que los alimentos sirven como mecanismo compensador ante una experiencia traumática o que viven en ambientes hostiles y que tienen deficiencias afectivas. El antecedente de maltrato puede exacerbar riesgos psicosociales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.¹⁶

Entre las modificaciones neurobiológicas debidas al maltrato durante la infancia se ha descrito el desequilibrio del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales que suele manifestarse por secreción elevada de cortisol. Esta hormona promueve la diferenciación de precursores de adipocitos y estimula la lipogénesis en presencia de insulina. Algunos estudios han hallado una relación directa entre los niveles altos de cortisol con índices cadera-cintura relativamente elevados en mujeres. Este desequilibrio puede tener influencia negativa que favorece conductas de mala adaptación. Se sugiere que se reduce la actividad de la vía 5-hidroxitriptamina, la cual juega un papel importante en la regulación del apetito.¹⁸

Otra explicación que se ha sugerido para esta asociación plantea a la obesidad como un mecanismo de adaptación. Algunas mujeres que sufrieron abuso sexual pueden volverse mujeres con obesidad como una forma de protección contra el acoso sexual de parejas potenciales no deseadas o de agresores.¹⁷

Durante la realización de las entrevistas, se pudo observar en algunas participantes el impacto emocional, que ciertas preguntas personales ocasionaban en ellas mostrando cierta incomodidad, que en ocasiones provocaba llanto o expresiones corporales de nerviosismo. Dichas actitudes se pudieron apreciar más frecuentemente ante entrevistadores de sexo masculino, evidenciándose afectación emocional ante esto pudiendo evadir o cambiar las respuestas de ciertas preguntas, por lo que se sugiere en posteriores estudios, incluir entrevistadoras femeninas para evitar este problema.

Dicho estudio es de impacto social debido a que actualmente existe escasa información a nivel nacional sobre este problema. Hay estudios sobre asociación de violencia y la obesidad, sin embargo, la mayoría son estudios realizados en otros países enfocados en el maltrato infantil y no se encuentran actualizados.

8. CONCLUSIONES

- 8.1 Ocho de cada diez mujeres que consultan a las clínicas familiares están casadas o unidas, cinco de cada diez mujeres refieren que dejaron los estudios antes de terminar la primaria y son de raza ladina; tres de cada diez mujeres están diagnosticadas con obesidad grado uno y seis de cada diez han sufrido algún tipo de violencia.
- 8.2 De los factores de riesgo evaluados en las mujeres con obesidad, la mitad pertenece a la clase media, una de cada cuatro fuma, una de cada cinco realiza alguna actividad física, la mitad afirma llevar una dieta saludable.
- 8.3 La violencia psicológica es de mayor frecuencia en mujeres con obesidad, sin embargo, los datos obtenidos demostraron un alto porcentaje que incluye a más de un tipo de violencia asociado con obesidad.
- 8.4 Las mujeres expuestas a la violencia intrafamiliar tienen más riesgo de desarrollar obesidad.

9. RECOMENDACIONES

9.1 Al personal docente del programa de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad de San Carlos de Guatemala

- Integrar los resultados de este estudio a las funciones y actividades de docencia y extensión de la USAC, promoviendo la transferencia de conocimiento para la formación de profesionales de la salud, así como a la implementación de acciones en beneficio de la salud de la población.
- Capacitar a los estudiantes para detectar signos de la violencia intrafamiliar para poder ayudar a la paciente en la medida que ella lo permita.
- Colocar material visual en las clínicas que informe sobre direcciones y horarios de clínicas de apoyo gratuitas, como por ejemplos las clínicas de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos, y números para realizar denuncias sobre la violencia intrafamiliar.
- Se recomienda incorporar en las distintas clínicas familiares a estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que realizan su EPS, para poder brindar apoyo emocional a las mujeres que experimentan violencia intrafamiliar.
- Acercarse al programa de extensión universitaria y solicitar apoyo para implementar actividades con énfasis en estilos de vida saludable en mujeres, y como pueden aplicar estos conocimientos en casa y en familia, con el propósito que desde joven se puedan educar, concientizar, mejorar sus conocimientos y actitudes, para disminuir la incidencia de obesidad.

9.2 Al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Que la obesidad forme parte del sistema nacional de vigilancia epidemiológica, implementando una ficha epidemiológica en cada hospital de referencia, centros y puestos de salud, de modo que se pueda llevar un control más detallado y específico de la misma.
- Aumentar el material educativo visual en hospitales, centros y puestos de salud, sobre estilos de vida saludable, al igual de información de cómo y en donde denunciar si son víctimas de la violencia intrafamiliar.

- A través de publicidad en los medios, habilitar cuentas en redes sociales para facilitar cualquier denuncia de violencia intrafamiliar.

10. APORTE

- 10.1 El presente estudio generó información para la identificación y determinación de los factores de riesgo para la obesidad en mujeres y su relación con la violencia. Servirá de marco de referencia para futuras investigaciones ya que a nivel nacional se contaba con pocos estudios que asociaran estos temas tan importantes en nuestra sociedad. Aporta datos fidedignos sobre la población estudiada, y sobre su severidad, para que puedan ser utilizados por las autoridades correspondientes, con el fin de gestionar programas de protección y estilos de vida saludable.
- 10.2 A las pacientes que presentaban obesidad se les brindó plan educacional sobre estilos de vida saludable junto con un trifoliar para que se llevarán a su domicilio sobre este tema. A las pacientes que se detectaron que sufrían de violencia intrafamiliar se les brindo la dirección y horario de las clínicas de apoyo psicológico gratuitas de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 10.3 Se creó y repartió material informativo sobre estilos de vida saludable, el cual fue adaptado para la población que acudió a las clínicas.
- 10.4 Se realizará una presentación en Power Point la cual será presentada en la reunión mensual de los doctores del programa de clínicas familiares.
- 10.5 Con los resultados de este estudio se preparará un artículo, el cual se presentará para publicación en una revista indexada.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OPS; 2002.
2. Guedes A, García-Moreno C, Bott S. Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. Foreign Affairs Latinoamérica [en línea]. 2014 [citado 26 Feb 2017]; 14 (1): 41–48. Disponible en: <https://goo.gl/9SqAk6>
3. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las mujeres en America Latina y el Caribe: Analisis comparativo de datos poblacionales de doce paises. Washington, D.C: OPS; 2014.
4. Orozco A, Castro S. Violencia intrafamiliar ha subido 439%. Prensa Libre [en línea]. 18 Jul 2014 [citado 26 Feb 2017]; Comunitario [aprox. 1 pant.] Disponible en: <https://goo.gl/d1XBHW>
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala: MSPAS; 2015.
6. Organizacion Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 26 Feb 2017]. Violencia contra la mujer; [aprox. 6 pant.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
7. Guatemala. Congreso de la República. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, Decreto número 97-96 [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 1996 [citado 27 Feb 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/fZGbD3>
8. Grupo de Apoyo Mutuo [en línea]. Guatemala: GAM; 2012 [citado 27 Feb 2017]; Violencia intrafamiliar se encuentra en aumento en Guatemala; [aprox. 6 pant.]. Disponible en: <https://goo.gl/rbdhLc>
9. Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en américa latina: Estudio de caso en diez países [en línea]. Washington, D.C.: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000 [citado 27 Feb 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/NQbRNp>

10. Jia H, Li J, Leserman J, Hu Y, Drossman D. Relationship of abuse history and other risk factors with obesity among female gastrointestinal patients. *Digestive Diseases and Sciences* [en línea]. 2004 [citado 28 Feb 2017]; 49 (5): 872-877. Disponible en: <https://goo.gl/8rdkBA>
11. López G, Perea A, Loredó A. Obesidad y maltrato infantil: Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México* [en línea]. 2008 [citado 27 Feb 2017]; 29: 342-346. Disponible en: <https://goo.gl/S5TwBf>
12. Bentley T, Widom CS. A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity* [en línea]. 2009 [citado 28 Feb 2017]; 17 (10): 1900-1905. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19478789>
13. Chalovich JM, Eisenberg E. Childhood abuse is associated with adiposity in mid-life women: possible pathways through trait anger and reproductive hormones. *Psychosom Med* [en línea]. 2010 [citado 28 Feb 2017]; 72 (2): 215-223. Disponible en: <https://goo.gl/LBLeMy>
14. Yount K. Domestic violence and obesity in egyptian women. *J Biosoc Sci* [en línea]. 2011 [citado 28 Feb 2017]; 43 (1): 85-99. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20809993>
15. Cabello M, Zúñiga J. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*. 2007; 10 (2): 183-188.
16. Gustafson TB, Sarwer DB. Childhood sexual abuse and obesity. *Obes Rev* [en línea]. 2004 [citado 02 Mar 2017]; 5 (3): 129-135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15245381>
17. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Comisión Europea de Ayuda Humanitaria. Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país: Informe final [en línea]. Bogotá D.C.: OPS; 2005 [citado 02 Mar 2017]; Disponible en: <https://goo.gl/k8k5Mv>
18. Gil A. Obesidad y genes: una relación de causa consecuencia. *Vox Paediatrica* [en línea]; 2002 [citado 02 Mar 2017]; 58 (9): 492-496. Disponible en: <https://goo.gl/gY8E1E>

19. Jiménez R. Protocolo para la atención de la violencia sexual y/o doméstica en el Departamento de Medicina Legal [en línea]. Poder Judicial; 2008 [citado 02 Mar 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/DhWjCU>
20. Noriega J. Factores determinantes del estado nutricional deficitario del adulto mayor institucionalizado. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala:Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010. [citado 03 Mar 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8725.pdf
21. Turcios S. Estado nutricional del adulto mayor: Estudio comparativo en una comunidad rural y dos instituciones urbanas de Quetzaltenango [tesis Médico y Cirujano] . Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas;2012.
22. Martínez A, Isassi J. Proporción de violencia en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad que asisten al servicio de nutrición en el Hospital Municipal Guadalupe Victoria, Villa Victoria, Estado de Mexico durante enero-marzo 2013. [tesis Química Bióloga en línea]. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2013. [citado 04 Mar 2017]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14949?show=full>
23. Moscoso MS. De la mente a la célula: impacto del estres en psiconeuroinmunoendocrinología. Liberbit [en línea]. 2009 [citado 10 Mar 2017];15 (2):143–152. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a08v15n2.pdf>
24. Solís V. Factores asociados a la obesidad en mujeres en edad fértil. Rev Costarric Salud Pública [en línea]. 2004 [citado 10 Mar 2017];1 (13): 42–47. Disponible en: <https://goo.gl/Y5bKtm>
25. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 08 Mar 2017] Obesidad y sobrepeso [aprox. 6 pant.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
26. Oxford dictionaries online [en línea]. Oxford (UK): Oxford University Press; 2017 [citado 20 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.oxforddictionaries.com/>
27. Gonzales J. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan Nueva Sonrisa, Dispensario Santa Francisca Romana. [tesis Nutricionista Dietista en línea]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias; 2011. [citado 22 Mar 2017]. Disponible en:

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>



A handwritten signature in black ink, appearing to be "R. de la Cruz".

12. ANEXOS

12.1 Características demográficas

Tabla 12.1: Características demográficas en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, julio-agosto del 2017.
(n=433)

Clínicas	Llano Alto	Belén	El Trébol	Jocotales	Chácara	Verbena	Sta. Fe	Sta. Marta	Claret	Total
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Familiares	34(100)	38 (100)	43 (100)	35 (100)	39 (100)	88 (100)	38 (100)	39 (100)	79 (100)	433 (100)
Características demográficas										
Edad										
(años)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
18 a 24	7 (20.59)	13 (34.21)	8 (18.60)	3 (8.57)	12 (30.77)	17 (19.32)	13 (34.21)	9 (23.08)	15 (18.99)	97 (22.40)
25 a 29	4 (11.76)	9 (23.68)	9 (20.93)	7 (20.00)	8 (20.51)	17 (19.32)	10 (26.32)	6 (15.38)	13 (16.46)	83 (19.17)
30 a 34	8 (23.53)	7 (18.42)	6 (13.95)	7 (20.00)	5 (12.82)	15 (17.05)	9 (23.68)	11 (28.21)	12 (15.19)	80 (18.48)
35 a 39	2 (5.88)	3 (7.89)	11 (25.58)	8 (22.86)	8 (20.51)	16 (18.18)	2 (5.26)	6 (15.38)	9 (11.39)	65 (15.01)
40 a 44	5 (14.71)	3 (7.89)	4 (9.30)	6 (17.14)	4 (10.26)	12 (13.64)	3 (7.89)	4 (10.26)	14 (17.72)	55 (12.70)
45 a 49	8 (23.53)	3 (7.89)	5 (11.63)	4 (11.43)	2 (5.13)	11 (12.5)	1 (2.63)	3 (7.69)	16 (20.25)	53 (12.24)
Etnia	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Indígena	4 (11.76)	12 (31.58)	5 (11.63)	3 (8.57)	10 (25.64)	18 (20.45)	8 (21.05)	11 (28.21)	14 (17.72)	85 (19.63)
Ladino	3 (88.24)	26 (68.42)	38 (88.37)	32 (91.43)	29 (74.36)	70 (79.55)	30 (78.95)	28 (71.79)	65 (82.28)	348 (80.37)
Otro	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)

Tabla 12.2: Características demográficas en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, julio-agosto del 2017.

(n=433)

Clínicas Familiares	Llano Alto	Belén	El Trébol	Jocotales	Chácara	Verbena	Sta. Fe	Sta. Marta	Claret	Total
Escolaridad	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Ninguna	1 (2.94)	2 (5.26)	0 (0)	1 (2.86)	1 (2.56)	1 (1.14)	5 (13.2)	2 (5.13)	8 (10.13)	21 (4.85)
Primaria	14 (41.18)	18 (47.37)	22 (51.16)	18 (51.43)	15 (38.46)	66 (75.00)	12 (31.6)	21 (53.85)	33 (41.77)	219 (50.58)
Básica	7 (20.59)	13 (34.21)	13 (30.23)	11 (31.43)	15 (38.46)	18 (20.45)	13 (34.2)	10 (25.64)	19 (24.05)	119 (27.48)
Diversificado	11 (32.35)	4 (10.53)	7 (16.28)	5 (14.29)	8 (20.51)	3 (3.41)	8 (21.1)	6 (15.38)	15 (18.99)	67 (15.47)
Universitaria	1 (2.94)	1 (2.63)	1 (2.33)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	4 (5.06)	7 (1.62)
Estado Conyugal	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Soltera	9 (26.47)	4 (10.53)	5 (11.63)	8 (22.86)	11 (28.21)	16 (18.18)	11 (28.9)	11 (28.21)	18 (22.78)	93 (21.48)
Casada/ Unida	20 (58.82)	33 (86.84)	35 (81.40)	23 (65.71)	27 (69.23)	67 (76.14)	27 (71.1)	26 (66.67)	58 (73.42)	316 (72.98)
Divorciada/ separada	3 (8.82)	1 (2.63)	2 (4.65)	4 (11.43)	0 (-)	1 (1.14)	0 (-)	2 (5.13)	3 (3.80)	16 (3.70)
Viuda	2 (5.88)	0 (-)	1 (2.33)	0 (-)	1 (2.56)	4 (4.55)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	8 (1.85)

Tabla 12.3: Estado nutricional y exposición violencia intrafamiliar en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consulta a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala julio y agosto de 2017.
n=433

Clínicas familiares	Llano Alto	Belén	El Trébol	Jocotales	Chácara	Verbena	Santa Fe	Santa Marta	Claret	Total
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
	34 (100)	38 (100)	43 (100)	35 (100)	39 (100)	88 (100)	38 (100)	39 (100)	79 (100)	433 (100)
Estado Nutricional										
IMC	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Normal	5 (14.71)	16 (42.11)	7 (16.28)	11 (31.43)	12 (30.77)	26 (29.55)	14 (36.84)	13 (33.33)	8 (10.13)	112 (25.87)
Sobrepeso	14 (41.18)	13 (34.21)	21 (48.84)	18 (51.43)	22 (56.41)	33 (37.50)	15 (39.47)	17 (43.59)	36 (45.57)	189 (43.65)
Obesidad grado I	14 (41.18)	6 (15.79)	12 (27.91)	3 (8.57)	5 (12.82)	26 (29.55)	9 (23.68)	9 (23.08)	26 (32.91)	110 (25.40)
Obesidad grado II	1 (2.94)	3 (7.89)	2 (4.65)	3 (8.57)	0 (--)	3 (3.41)	0 (--)	0 (--)	5 (6.33)	17 (3.93)
Obesidad grado III	0 (--)	0 (--)	1 (2.33)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	4 (5.06)	5 (1.15)
Exposición a Violencia										
Violencia	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Psicológica	27 (79.41)	24 (63.16)	26 (60.47)	31 (88.57)	11 (28.21)	26 (29.55)	18 (47.37)	21 (53.85)	48 (60.76)	232 (53.58)
Física	10 (29.41)	16 (42.11)	18 (41.86)	17 (48.57)	9 (23.08)	14 (15.91)	19 (50.00)	17 (43.59)	29 (36.71)	149 (34.41)
Sexual	12 (35.29)	12 (31.58)	11 (25.58)	3 (8.57)	5 (12.82)	9 (10.23)	13 (34.21)	7 (17.95)	23 (29.11)	95 (21.94)

12.2 Tablas de 2x2 comparando las distintas violencias

Tabla 12.4 Asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala julio y agosto del 2017.

Violencia intrafamiliar	Mujeres con obesidad		Total
	Si	No	
Si	88	156	244
No	44	145	189
	132	301	433

OR = 1.85 IC 95% = (1.21 – 2.84) Valor p = 0.0041

Tabla 12.5 Asociación entre la violencia psicológica y la obesidad en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala julio y agosto del 2017.

Violencia intrafamiliar	Mujeres con obesidad		Total
	Si	No	
Si	27	49	76
No	44	145	189
	71	194	265

OR = 1.81 IC 95% = (1.01 – 3.23) Valor p = 0.042

Tabla 12.6 Asociación entre la violencia psicológica, violencia física y la obesidad en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala julio y agosto del 2017.

Violencia intrafamiliar	Mujeres con obesidad		Total
	Si	No	
Si	19	49	68
No	44	145	189
	63	194	257

OR = 1.27 IC 95% = (0.68 – 2.39) Valor p = 0.44

Tabla 12.7 Asociación entre la violencia psicológica, violencia física y violencia sexual con la obesidad en las mujeres de 18 a 49 años de edad que consultan a las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala julio y agosto del 2017.

Violencia intrafamiliar	Mujeres con obesidad		Total
	Si	No	
Si	32	43	75
No	44	145	189
	76	188	264

OR = 2.45 IC 95% = (1.38 – 4.33) Valor p = 0.0017

12.3 Distribución de combinaciones de violencia

Tabla 12.8: Distribución de combinación de la violencia en mujeres entre 18 y 49 años según la presencia o ausencia de obesidad que consultan las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

n=433

Violencia	Presencia de obesidad	Ausencia de obesidad	Mujeres
Sin violencia	44	145	189
Violencia psicológica	27	49	76
Violencia física	2	3	5
Violencia sexual	0	6	6
Violencia psicológica + física	19	49	68
Violencia física + sexual	1	0	1
Violencia psicológica + sexual	7	6	13
Combinación de las tres violencias	32	43	75
Total	132	301	433

12.4 Distribución del trabajo de campo por investigador

Tabla 12.9: Distribución del trabajo de campo por investigador.

Investigador	Clínica Familiar
Pablo Domínguez	Llano Alto
Luyanni Mérida	Jocotales
Rodrigo Montenegro	Belén
Rodrigo Montenegro	Santa Fe
Luyanni Mérida	Santa Marta
Rodrigo Montenegro	La Chácara
Ricardo Villeda	La Verbena
Pablo Domínguez	Claret
Ricardo Villeda	El Trébol

12.5 Consentimiento informado

“Asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres en edad fértil”

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Nuestro estudio pretende analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años las pacientes que asisten a las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el periodo de julio y agosto del 2017. El motivo del siguiente documento es para darle información e invitarla a participar de manera voluntaria en este estudio mediante la respuesta de una serie de preguntas, unas de carácter general y otras personales, las cuales se realizarán por el entrevistador en un periodo de 20 minutos aproximadamente. Si tiene alguna duda mientras lee este consentimiento o durante la entrevista, puede hacérselo saber para solucionarla. La entrevista se llevará a cabo en un espacio privado, adecuado, donde ninguna persona externa escuchará la entrevista, donde estarán presentes la entrevistada, el entrevistador y si es posible una estudiante. Este estudio no forma parte de la atención que normalmente se ofrece en esta clínica. Es un estudio que se está realizando como trabajo de graduación. No estamos recibiendo ninguna remuneración por esta investigación.

Diversos estudios a nivel mundial sobre la violencia intrafamiliar, han demostrado que afectan a la salud, siendo un factor de riesgo que ocasiona serios problemas en la salud física, sexual y psicológica. Por lo que el estudio pretende evaluar dichos datos y servir de referencia para una futura intervención.

Su participación en este estudio es voluntaria, no recibirá ningún incentivo económico o de otro tipo por su participación. Aún, si Ud. decide participar, posteriormente en cualquier momento puede terminar su participación. Si desea puede preguntar en la clínica el resultado de la investigación cuando termine la misma. La atención que se le brinde en esta institución no variará según la decisión que tome. Su nombre y la información recolectada serán confidenciales y utilizados únicamente para esta investigación. Se realizará una entrevista de carácter privado para una recolección de los datos para su posterior análisis, sin interferir en la evaluación por parte del médico a cargo. Será pesada y medida. Si se encuentra algún signo o síntoma relevante a su salud durante la entrevista, el entrevistador se lo hará saber. Ud. No recibirá ningún beneficio directo a su salud, pero puede ayudar a mejorar la salud de las familias de la comunidad. Esta investigación pasó previamente por el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas.

Por lo tanto,

He comprendido la información proporcionada por el grupo de estudiantes a cargo del estudio de la asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres de 18 a 49 años y la misma presente en este documento. Me han solucionado las dudas que me han surgido mientras se me informaba de la misma. Acepto participar voluntariamente en esta investigación sin que esto afecte la atención recibida en esta institución.



12.6 Consentimiento informado a testigo

“Asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres en edad fértil”

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Nuestro estudio pretende describir “Asociación entre la violencia intrafamiliar y la obesidad en mujeres en edad fértil” de las pacientes que asisten a las clínicas familiares de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el periodo de julio y agosto del 2017.

El motivo del siguiente documento hace constar que la colaboradora con número de cuestionario _____ accede verbalmente, participar voluntariamente, en este estudio siendo de su conocimiento las condiciones bajo las cuales se realizara la entrevista.

Nombre de testigo _____

No. De DPI _____ Firma _____

Fecha _____

Nombre de la institución _____

IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

N° cuestionario: |_|_|_|_|

Fecha de entrevista: Día |_|_| Mes |_|_| Año |_|_|

Identificación lugar:

A) Departamento: _____

B) Municipio: _____

C) Clínica Familiar: _____

Nombre encuestador/encuestadora: _____

Hora de inicio: Hora |_|_| Minutos |_|_|

I. DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? |_|_| años

2. ¿En dónde nació? A) Departamento: _____

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

a. Soltera

b. Casada / Unida

c. Divorciada / Separada

d. Viuda

4. (Si fuera casada o vive en pareja) ¿Cuánto tiempo hace que vive en pareja?

|_|_| años |_|_| meses

5. ¿Cuál es el último grado o curso que aprobó? (encerrar en círculo)

Nivel	Grado					
0. Ninguno	0					
1. Primario	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6
2. Secundario	2.1	2.2	2.3			
3. Diversificado	3.1	3.2	3.3	3.4		
4. Universitario/Superior	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6

6. Grupo étnico
a. Indígena
b. Ladino
c. Otro (especifique): _____
7. Peso actual: _____ Talla actual: _____. IMC:Kg/m²Estado nutricional: _____

II. FACTORES DE RIESGO

8. ¿La casa donde actualmente viven es propia, alquilada o prestada?
a) Propia y totalmente pagada
b) Propia y pagándola a plazos
c) Alquilada
d) Prestada o cedida
e) Otra _____
9. ¿Cuál es el material principal de las paredes de su casa?
a) Block
b) Adobe
c) Madera
d) Lámina
e) Ladrillo de barro
f) Material de desecho
g) Otro _____
10. ¿Cuál es el material principal del techo de su casa?
a) Concreto/ loza/terraza
b) Teja
c) Lámina de zinc/metálica
d) Lámina de asbesto (duralita)
e) Paja/pajón/palma
f) Otro _____
11. ¿Qué tipo de combustible usan en su casa para cocinar?
a) Gas propano
b) Gas corriente (kerossene)
c) Electricidad
d) Leña
e) Carbón de leña
f) Residuos agrícolas
g) Ninguno no cocinan
h) Otro _____
12. ¿Aproximadamente cuánto tiempo camina usted al día?
a) Menos de 1 hora
b) De 1 a 2 horas
c) Más de 2 horas
13. ¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?

Horas |_|_| Minutos |_|_|

14. En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?

Número de días: |_|_|

15. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?

1. Sí 2. No 7. No recuerda

16. ¿Durante los últimos 30 días, ha fumado cigarrillos?

1. Sí 2. No 7. No recuerda

17. ¿Cuántas veces a la semana come comida rápida?

a) Menos de 1
b) 1 – 3 veces
c) Más de 4
d) No consume

18. ¿Cuántas bebidas gaseosas consume a la semana?

a) Menos de 1
b) 1 – 2
c) 3 o más
d) No consume

19. ¿Cuántas veces come durante el día?

a) Menos de 1
b) 1 – 2 veces
c) 3 – 4 veces
d) 5 veces
e) Más de 5 veces

20. ¿Cuántas raciones de fruta come al día?

a) 5 o más
b) 3 – 4 veces
c) 2 o menos

21. ¿Cuántas raciones de verdura come al día?

- a) 5 o más
- b) 3 – 4 veces
- c) 2 o menos

22. ¿Cuántas veces por semana come carne, pollo o pescado?

- a) 3 o más veces
- b) 1 – 2 veces
- c) Menos de 1 vez

23. ¿Cuántas tortillas come al día?

- a) 1 – 3 tortillas
- b) 4 – 6 tortillas
- c) Más de 6 tortillas

24. ¿Cuántos panes de dulce o francés come durante el día?

- a) 1 – 3 panes
- b) 4 – 6 panes
- c) Más de 6 panes

III. EXPERIENCIA DE VIOLENCIA

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la forma en que la trata su esposo o pareja y familiares. Sus respuestas son muy importantes para ayudar a conocer las experiencias de algunas mujeres en Guatemala. Sus respuestas son completamente confidenciales.

25. Tiene que pedirle permiso a su esposo para

- a) ¿Salir sola fuera de casa a cualquier parte?
- b) ¿Realizar algún gasto de la casa?
- c) ¿Ir a visitar a sus familiares?
- d) ¿Ir a visitar a sus amigos?
- e) ¿Trabajar fuera de casa?
- f) ¿Usar algún método de Planificación Familiar?
- g) ¿Ir con un médico cuando se siente enferma?
- h) ¿Participar en actividades de su comunidad?
- i) ¿Administrar el dinero de la casa?
- j) ¿Si quisiera seguir estudiando o quisiera aprender algún oficio?

Sí	No	No desea contestar
1	2	9
1	2	9
1	2	9
1	2	9
1	2	9
1	2	9
1	2	9

En esta comunidad y en otras, la gente tiene diferentes ideas sobre la familia y sobre lo que es un comportamiento aceptable tanto para el hombre como para la mujer. Por favor, dígame si por lo general usted está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones.

26. Una buena esposa debe obedecer a su esposo aunque no esté de acuerdo con él.

1. Sí 2. No 8. No sabe

27. Los problemas familiares deben ser conversados solamente con personas de la familia.

1. Sí 2. No 8. No sabe

28. El hombre tiene que mostrar que él es que manda en su casa.

1. Sí 2. No 8. No sabe

29. Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera.

1. Sí 2. No 8. No sabe

30. Si el hombre maltrata a su esposa, otras personas que no son de la familia deben intervenir.

1. Sí 2. No 8. No sabe

31. En su opinión, hay situaciones en que un hombre tiene derecho a pegarle a su esposa/pareja?

1. Sí 2. No 8. No sabe

32. Ahora tengo algunas preguntas sobre su niñez, antes que usted cumpliera los 15 años de edad, ¿Alguna vez vio o escuchó a su padre o padrastro maltratar físicamente a su madre o madrastra?

1. Sí 2. No 8. No sabe

33. Antes que usted cumpliera los 15 años, ¿Usted fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?

1. Sí 2. No 7. No recuerda

34. Y después de que usted cumplió los 15 años hasta ahora ¿fue alguna vez golpeada o maltratada físicamente por alguna persona, incluyendo familiares?

1. Sí 2. No 7. No recuerda

35. ¿Quién le golpeó o maltrató físicamente después de que usted cumplió los 15 años de edad?

MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS

- | | |
|------------------------------|------------------|
| a. Padre | b. Madre |
| c. Hermano | d. Hermana |
| e. Padrastro/Madrastra | f. Esposo |
| g. Novio | h. Otro familiar |
| i. Amigo/Conocido | j. Desconocido |
| k. Otro (especifique): _____ | |

Cuando dos personas se casan o viven juntas, por lo general comparten buenos y malos momentos. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre como su esposo/pareja (ex-esposo/ex-pareja) la trata (trataba). Me gustaría asegurarle que sus respuestas serán mantenidas en total confidencialidad, y que no tendrá que responder ninguna pregunta que no desee. (Si es soltero o nunca casada/unida pasar a pregunta 49)

36. Durante los últimos 12 meses (el último año) de su unión ¿Con qué frecuencia ve usted (vio usted) a su esposo/pareja (ex-esposo/ex-pareja) tomado o borracho? ¿Diría usted que todos o casi todos los días, una o dos veces por semana, 1-3 veces al mes, ocasionalmente, nunca?

- a. Todos o casi todos los días
- b. Una o dos veces por semana
- c. 1-3 veces al mes
- d. Ocasionalmente
- e. Nunca
- f. No sabe

37. Quisiera que me diga si alguna vez en su vida algún esposo/pareja o expareja le ha hecho alguna de las siguientes cosas:

	Sí	No
a. ¿La ha insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?	1	2
b. ¿La ha menospreciado o humillado frente a otras personas?	1	2
c. ¿Él ha hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas?	1	2
d. ¿La ha amenazado con lastimarla a usted o a alguien que a usted le importa?	1	2
e. ¿La ha amenazado con quitarle los hijo/as?	1	2

38. ¿Alguna vez en su vida, algún esposo/pareja o expareja le ha....

	Sí	No
a. Abofeteado tirado cosas que pudieran herirla?	1	2
b. Empujado, arrinconado o jalado el pelo?	1	2
c. Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?	1	2
d. Pateado, arrastrado o dado una golpiza?	1	2
e. Intentado estrangularla o quemarla a propósito?	1	2
f. Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?	1	2

39. ¿Alguna vez en su vida con algún esposo/pareja o expareja....

	Sí	No
a. Usted ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearla por miedo a su pareja?	1	2
b. Él la ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?	1	2
	1	2

(Si nunca tuvo violencia física o sexual, pasar a pregunta 49)

40. ¿Durante las veces que usted fue agredida física o sexualmente, alguna vez respondió usted físicamente (aun para defenderse)?

1. Sí

2. No

41. ¿Alguna vez usted golpeó o maltrató físicamente a algún esposo/pareja cuando él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?

1. Sí

2. No

(Si no tuvo violencia física o sexual durante el último año, pasar a pregunta 49)

42. Ahora, quisiera saber más sobre las consecuencias de la agresión que usted sufrió durante el último año a manos de su (s) pareja(s). Como consecuencia de esta agresión, ¿usted ha quedado con:

	Sí	No
a. ¿Dolores de cabeza o en el cuerpo?	1	2
b. ¿Angustia tal que no podría cumplir con sus deberes?	1	2
c. ¿Miedo a que la persona le vuelva a agredir?	1	2
d. ¿Falto a su trabajo o no realizó actividades para ganar dinero?	1	2
e. ¿Depresión y tristeza?	1	2
f. ¿Deseo de morir?	1	2
g. ¿Deseo de agredir a alguien?	1	2

43. Durante el último año, ¿Usted fue lesionada físicamente como resultado de la violencia/abuso de su(s) esposo(s) o pareja(s)?

1. Sí

2. No

44. ¿Qué tipo de daño o lesión tuvo?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| a. Cortes, mordeduras | f. Tímpano roto, heridas en los ojos |
| b. Rasguños, rozaduras, moretones | g. Fracturas, huesos rotos |
| c. Torceduras, dislocaciones | h. Dientes rotos |
| d. Quemaduras | i. Otro _____ |
| e. Heridas penetrantes | |

45. ¿Usted recibió asistencia médica por ese daño o lesión?

1. Sí

2. No

46. ¿Le dijo al trabajador de salud la causa real de su daño o lesión?

1. Sí

2. No

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que pasó cuando su pareja es/fue violento durante el último año.

47. ¿Cuáles son las situaciones particulares que lo ponen/ponían violento?

a. No hubo razón

h. Cuando ella está embarazada

b. Cuando él está borracho o drogado

i. Él está celoso de ella

c. Problemas de dinero

j. Ella se niega a tener sexo

d. Problemas con su trabajo

k. Ella desobedece

e. Cuando él está desempleado

l. Ella le reclama

f. Cuando no hay comida en casa

m. Otro _____

g. Problemas con la familia de él o ella

48. Alguna vez, ¿Se fue usted (de la casa), inclusive por solo una noche, debido a la violencia?

1. Sí

2. No

Muchas mujeres han sufrido otros tipos de violencia por parte de parientes, conocidos y/o desconocido.

49. Alguna vez en su vida ¿Alguien la obligo o la ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración (violación) cuando usted no quería?

1. Sí

2. No

7. No recuerda

9. No desea contestar

50. ¿Qué edad tenía usted cuando le pasó por primera vez?

a. Años: _____

b. No recuerda

51. ¿Quién(es) la ha(n) obligado a tener relaciones sexuales aun cuando usted no quería?

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| a. Esposo/compañero | h. Maestro |
| b. Ex –esposo/ ex –compañero | i. Novio/ex novio |
| c. Padre | j. Patrón/hijo del patrón |
| d. Padrastro | k. Vecino/amigo/conocido |
| | l. Líderes religiosos |
| e. Hermano | m. Desconocido |
| f. Tío | n. Otro ¿quién? _____ |
| g. Primo | |

52. ¿En qué forma usualmente le castigan (castigaban) a usted sus padres?

- a. Nalgadas
- b. Regaño
- c. Prohibiendo algo que le gusta
- d. No dándole de comer
- e. Golpeándola o castigo físico
- f. Quemándola
- g. Dejándola encerrada
- h. Ignorándola
- i. Poniéndole más trabajo
- j. Dejándola fuera de casa
- k. Hundiéndola en agua
- l. Quitándole la ropa o pertenencias
- m. Echándole agua
- n. No dándole dinero
- o. Hincándola en maíz o piedras
- p. Otra _____

12.8 Nota de referencia a psicología

