

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



**VIOLENCIA DOMESTICA Y EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE
EN USUARIAS DE CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ESCUELA, 2013-2014**

PRESENTADO POR

LESTER NAPOLEON MENDOZA ALVARADO

PREVIA OPCION AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

DRA. EMILIA ALDUVÍN

TEGUCIGALPA M.C.D. MARZO 2014

RECTORA

Dra. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERECTORA ACADEMICA

Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICERRECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Lic. AYAX IRIAS COELLO.

VICE RECTORA DE RELACIONES INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Lic. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Dra. LETICIA SALOMON

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. MARCO TULIO MEDICINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL DE POSGRADOS F.C.M.

Dra. ELSA PALOU

COORDINADOR DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE

AGRADECIMIENTOS:

A mi Tutora Dra. Emilia Alduvín por su invaluable acompañamiento académico.

A la Dra. María Félix Rivera por su amistad y apoyo incondicional.

A los Maestros que fueron mis profesores, especialmente a M.Sc. Astarté Alegría.

Al Centro de Derecho de Mujeres (CDM).

Al personal Médico y de Enfermería de Gastroenterología del Hospital Escuela.

INDICE DE CONTENIDOS

I. OBJETIVOS.....	1
A. GENERAL	
B. ESPECIFICOS	
II. MARCO TEORICO.....	2
III. HIPOTESIS.....	33
IV. METODOLOGIA.....	34
A. DISEÑO METODOLOGICO	
V. RESULTADOS.....	38
VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	80
VII. CONCLUSIONES.....	92
VIII. RECOMENDACIONES.....	94
IX. BIBLIOGRAFIA.....	96
X. ANEXOS.....	98

INTRODUCCION

La atención en Salud Pública ha estado regida desde muchos años por el modelo de atención biomédico, dicha tendencia tiene sus bases en el auge de las diferentes corrientes bacteriológicas, microbiológicas y virales que han surgido en el desarrollo histórico de la medicina, descuidando de alguna manera la dimensión psicosocial de la enfermedad. Es así que las intervenciones en salud han estado tradicionalmente impulsadas hacia la atención curativa.

Con el surgimiento, en las últimas décadas de nuevas reflexiones filosóficas sistémicas que enfatizan la interdependencia de los entornos, los estudios científicos para la generación de entornos saludables, cuidado ecológico y la fuerza adquirida por las ciencias sociales, se han promovido enfoques de atención en salud que rompen los paradigmas reduccionistas biológico-médicos, y han abierto el camino para una atención que tome en cuenta todos los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, considerando como ejes fundamentales la cultura, los procesos económicos, los derechos humanos, la equidad de género y la violencia doméstica entre otros. De esta manera es concluyente en la actualidad que los aspectos psicosociales tienen un impacto significativo en la fisiología del organismo y pueden desencadenar

trastornos a nivel somático que generalmente han sido tratados solamente a nivel del síntoma.

El presente estudio pretendió descubrir la implicación de la violencia doméstica como una de las causas del Síndrome de Intestino Irritable en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela. .La metodología permitió descubrir dicha relación entre, el estrés causado por la violencia , su impacto negativo en la salud de las mujeres y la tendencia a enfermedades psicosomáticas. Se evidenció que las mujeres con Síndrome de Intestino Irritable habían experimentado mayor porcentaje de haber sido agredidas en comparación con mujeres que tenían otro diagnóstico. A continuación se detallan en los resultados de esta tesis.

I. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar la relación existente entre la violencia doméstica de pareja contra la mujer y el padecimiento del Síndrome de Intestino Irritable en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela en el período de noviembre 2013 a febrero 2014.

B. ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a las mujeres diagnosticadas con el Síndrome de Intestino Irritable por el médico especialista tratante y que acuden al servicio de gastroenterología de la Consulta Externa del Hospital Escuela.
2. Determinar la existencia o formas en que se manifiesta la violencia de pareja en la situación estudiada.
3. Determinar el Síndrome de Intestino Irritable y el grado de asociación con la violencia doméstica contra la mujer en la población en estudio.

II. MARCO TEORICO

A partir de los primeros cinco años de la década de los noventa se incrementó la preocupación a nivel internacional acerca del aumento y los matices que ha estado adquiriendo la violencia en sus diferentes manifestaciones.

Debido a esto, los organismos internacionales que se interesan en el desarrollo humano y la salud han convocado diferentes foros y generado espacios para analizar el fenómeno de la violencia como un problema de la salud pública.

En particular se le ha dado mucha importancia a la violencia doméstica, concretamente la que está dirigida hacia la mujer (OPS 2003).

La Violencia Doméstica desde la Teoría Social de Género.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, hacen un abordaje de la violencia hacia la mujer con el propósito de provocar en la comunidad mundial una conciencia y responsabilidad sobre las consecuencias que este problema produce. De igual manera, la 49 Asamblea Mundial de la Salud instó la promoción de investigaciones sobre la violencia y su impacto en el proceso salud-enfermedad de las mujeres (OPS 2003).

Siguiendo esta tendencia, entre 1992 y 1993 se desarrolló en Honduras la primera investigación sobre violencia contra la mujer, encontrándose con

resultados de que era una de las significativas causas de mortalidad femenina en dos importantes áreas del país: la Región Metropolitana y la Región # 3 (centro y norte del país). También se ha reforzado la posición del Estado de Honduras, en enfocar y prevenir la violencia contra la mujer desde la perspectiva de la salud pública, por ejemplo, la creación de las Consejerías de Familia, los grupos de autoayuda, la educación para los hombres en masculinidad no violenta y la promulgación de leyes sobre el tema. Sin embargo y a pesar de este esfuerzo los femicidios aumentaron en el primer semestre del 2011 marcando un incremento del 25% comparados con el año 2010 según el Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres. Estas cifras concuerdan con el dato manejado por la Organización Mundial de la Salud el cual establece que cada año 1.6 millones de personas son víctimas de la violencia.

“Las víctimas en su mayoría son individuos que tienen pocas oportunidades de luchar por sus derechos, el sufrimiento y el dolor psicológico que esto trae es inmedible, en el caso particular de las mujeres, se debe considerar que la situación se agrava debido a que la sociedad, el sistema económico y las estructuras de poder pueden promover y aprobar la violencia, a pesar del esfuerzo por legislar y penalizar dichas prácticas” (OMS,2003,p.3).

Dadas estas circunstancias se refleja que la violencia se ha convertido en algo más que una lesión física o una muerte, y que tiene sus raíces y expresiones en la cultura, en la forma en que los hombres ejercen el poder en el seno de la familia, en la política, la economía, etc.(Ferrer 2001).

Igualmente se afirma que la violencia doméstica no se limita a la simple utilización de fuerza física, sino que establece parámetros mucho más amplios,

en donde el simple hecho de nacer biológicamente mujer trae desventajas (OMS 2003). Ante estas condiciones se plantea el desafío de explicar la violencia doméstica hacia la mujer con un nuevo enfoque teórico que responda a las características actuales del fenómeno, así surge el Enfoque Social de Género, el cual permite definir las estructuras que sostienen sistemas que, avalados por instituciones y costumbres sociales, pueden ser promotores, desencadenantes y catalizadores para el ejercicio de la violencia doméstica hacia la mujer de parte de su pareja (Calvin 2001).

La problemática se concentra en el hecho de lo “invisible” que puede parecer el suceso violento, por lo que se ha hecho énfasis sólo en las consecuencias inmediatas, por ejemplo; homicidios, golpes, los aspectos de tipo legal, custodia y protección de los hijos, etc., inadvertiendo que sus consecuencias no necesariamente deben ser físicas y a corto plazo, y que el maltrato puede manifestarse por años en la relación de pareja de forma sutil y silenciosa, afectando considerablemente la salud de la mujer, la cual puede llegar a presentar afecciones que aparentemente son de tipo fisiológico, sin reconocer sus verdaderas causas, de tal manera que el problema se traslada exclusivamente al campo de la medicina (Vera 1996).

Lo anterior ha generado que la mayoría de los países miden la violencia en base a la mortalidad y/o lesiones físicas, por lo que no existen indicadores o sistemas que documenten las consecuencias no mortales del problema. Es muy

común que los datos sobre la violencia doméstica experimentada por la mujer son recibidos en la consulta sanitaria brindando la información sobre la lesión o el padecimiento físico pero sin hacer referencia a las circunstancias en que esta afección se produce (OMS 2003).

Es así como las consecuencias no mortales de la violencia hacia la mujer son subconsideradas, incluso se puede verificar que en muchos países el mismo fenómeno violento es aceptado como algo natural y común con la consecuente justificación y aprobación social, por lo que se maneja "a puerta cerrada" Los efectos de tal situación es que las mujeres se convierten en uno de los grupos más vulnerables, llegando al extremo de ser marginadas por las instituciones encargadas de su protección, por ejemplo, la OMS (2003) en su Informe Mundial sobre Violencia y Salud muestra que se realizó en Suráfrica una encuesta domiciliar, la cual reveló que entre el 50 y 80 % de las víctimas recibieron tratamiento médico por lesiones o enfermedades, pero el incidente violento no fue denunciado a las autoridades. Otro estudio efectuado en Estados Unidos de Norte América concluyó que el 46% de las víctimas asisten a tratamiento médico, pero no se notificó a la policía o se refirió a la víctima a algún tipo de apoyo psicológico, por lo que se infiere que este escenario puede estar sucediendo a gran escala en Honduras, ya que no hay datos que revelen la incidencia de la violencia intrafamiliar en la salud general de las mujeres. Por otro lado , existe la tendencia social a estigmatizar a las personas que expresan problemas emocionales, además del miedo a las consecuencias legales, lo que

puede provocar en las mujeres sobrevivientes de violencia, la inclinación a no reportar dichos problemas , pasando desapercibidos por los profesionales que las atienden, ya que ellas en algún momento pueden ocultar su situación (Vera 1996).

También es fundamental destacar otras características de la violencia hacia la mujer, los estudios revelan el protagonismo del hombre, que en la mayoría de los casos es el esposo o el compañero sexual, la pareja, el padre o el padrastro, además de ser el protagonista en la violencia pública y la consecuente inseguridad ciudadana. Las estadísticas señalan que la causa de mayor mortalidad en la violencia doméstica es la agresión de los hombres hacia sus compañeras sexuales en Honduras se registran 8 muertes mensuales de mujeres en estas circunstancias (Kennedy 1999).

Casi siempre el hombre agresor ejerce el poder y control sobre la mujer y ésta a su vez es dependiente económica y afectivamente, reflejando una especial dinámica en el maltrato de la pareja (Ellsberg 2008).

Las investigaciones han comprobado que las mujeres, en esta dinámica, experimentan no solo el maltrato físico, sino que, en la mayoría de los casos, también experimentan maltrato psicológico y que este se ha venido manifestando por largo tiempo, en muchas ocasiones la mujer tiene años en la relación de pareja, con una exposición diaria y sistemática a la agresión, por lo

que las consecuencias a largo plazo son considerablemente destructivas (Díaz 1999).

Las culturas, mayoritariamente, han tratado a la mujer como ciudadana de segunda categoría, como una especie de propiedad del hombre, generando el machismo, el cual establece que pegarle a la mujer es admisible (Rivera 2003).

Esta idea machista de pensamiento tiene su expresión más elocuente en el Patriarcado que tiene como base la superioridad del hombre, promoviendo la desigualdad de las personas a causa del género, entonces, la diferencia biológico-anatómica de los humanos es la base para marcar el ejercicio del poder y la autoridad en el seno familiar, en la economía, la política, el mundo del trabajo, etc., y que además enfatiza la unión heterosexual, garantizando la dependencia afectiva y económica de la mujer, el resultado histórico y actual es que las mujeres están sometidas en todas las dimensiones a los mandatos y deseos del hombre, incluyendo los sexuales, sin considerar su propia satisfacción (OPS 2003).

El fenómeno del Patriarcado fue abordado y analizado desde la década de los sesenta, debido a que en el ámbito de las ciencias sociales surgió un nuevo movimiento intelectual que desarrolló la Teoría Social de Género que critica la existencia de grupos hegemónicos de poder, subrayando la variable género como la causa de muchos problemas relacionados con la falta de equidad.

“ El énfasis en la diferencia de los sexos se ve entonces impregnado por las relaciones de poder, convirtiéndose en un factor esencial para ejercerlo mediante prohibiciones y el control” (Foucault, 1997, p.104)

Estas relaciones de poder forman parte de la cultura misma, materializándose en el arte, la religión, la política, incluso la ciencia, ya que muchos paradigmas científicos surgen de la experiencia de la construcción social (Kennedy 1999).

Por lo tanto, la relación entre el hombre y la mujer se ve impregnada por esta desigualdad, por el hombre que busca ser obedecido y que ejerce el poder de forma violenta, esta desigualdad puede provocar secuelas catastróficas para la salud psicológica y corporal de la mujer. Son numerosas las investigaciones que se han hecho para comprobar las consecuencias negativas que tienen en la salud de las mujeres el verse sometidas a este fenómeno de convivir con un hombre violento (Larraín 2001).

Por todo lo anteriormente descrito y fundamentado en los estudios realizados, se ha comprobado, según la OMS (2003), que existen características comunes en todos los países en cuanto a las circunstancias que acompañan el acto violento, entre las más importantes se encuentran la de no obedecer al hombre, contestarle mal, no tener preparada la comida a tiempo, no atender adecuadamente los hijos y el hogar, preguntarle al hombre por cuestiones de dinero, salir sin permiso, negarse a tener relaciones sexuales y sospechas (por parte del hombre) de infidelidad. Además, el perfil psicológico del maltratador no corresponde en su mayoría a un sujeto enfermo con algún tipo de patología mental o de la personalidad, son sujetos comunes que han sido formados en el machismo y han aprendido a resolver los problemas de pareja con la violencia.

La respuesta de la mujer se encuentra entonces limitada por la educación recibida y el sometimiento a las costumbres socioculturales, de tal forma ella se ve impedida a tomar decisiones rápidas y efectivas tardando un promedio de 5 a 6 años si decide separarse del maltratador (Ferrer 2001).

Otras características comunes revelan los factores de riesgo: condiciones de pobreza, los hombres son generalmente consumidores asiduos de alcohol con un historial de exposición a la violencia en su infancia, e indicadores que dan a conocer inestabilidad y disfunción familiar (OPS 2003).

También es importante resaltar que la violencia hacia la mujer se desarrolla con mayor frecuencia en comunidades que son socioeconómicamente más pobres, en este sentido, Levinson (1997) concluye que cuando las mujeres son dependientes económicamente del hombre, el riesgo de ser maltratadas aumenta y que inversamente proporcional, cuando la mujer comienza a independizarse en la economía, esto produce mayor independencia afectiva y le permite a la mujer organizarse en grupos de apoyo y trabajo, disminuyendo el riesgo (Calvin 2001).

El maltrato a las mujeres se manifiesta sobre todo en sociedades en donde el hombre tiene el poder económico y la toma absoluta de decisiones en el hogar (Kennedy 1999).

Del mismo modo se ha evidenciado que la violencia doméstica, en todas sus formas, y sobre todo la de tipo psicológico, provocan consecuencias negativas a

nivel de la salud en un 20 % de la población femenina, asumiendo que del 20 al 50% de las mujeres han sufrido o se han visto expuestas a la violencia, con un 25% que la sufren actualmente (OPS 2003).

Dadas estas circunstancias se han patentizado consecuencias negativas en la salud de las mujeres, entre ellas las más importantes son problemas a nivel sexual y de la salud reproductiva, a nivel psicológico y del comportamiento; el abuso del alcohol, depresión, ansiedad e insomnio, baja autoestima, comportamientos suicidas, culpabilidad y estrés; a nivel físico lesiones abdominales y torácicas, moretones, hinchazón, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos del aparato digestivo, síndrome de intestino irritable y lesiones oculares. Además las consecuencias mortales como el homicidio, suicidio y las relacionadas con el SIDA (OPS 2003).

El Estrés y su Impacto en la Salud.

Las secuelas del maltrato pueden perdurar por mucho tiempo, aún después de haber terminado la relación de pareja, ya que los efectos son acumulativos, dado que el organismo ha estado sometido al mismo estrés durante años, agotando psicológica y fisiológicamente los mecanismos de soporte (Larraín 2001).

Este mismo estrés, de estar sometidas a circunstancias de conflicto y peligro, conduce a la mujer a sufrir mayores riesgos para desarrollar patologías físicas y psicológicas, y cuando el maltrato no se evidencia en lesiones físicas, las

consecuencias de este se manifiestan a nivel de trastornos funcionales o sea, dolencias que no tienen aparentemente causas médicas discernibles (Larraín 2001).

Por lo tanto es revelador que el estrés sistemático es un factor importante para el desarrollo de enfermedades cuya frecuencia están relacionadas con el corazón, la diabetes, alteraciones metabólicas y disfunciones gastrointestinales. Ya desde principios del siglo XX las ciencias biológicas y sociales comenzaron la investigación del impacto del estrés en el cuerpo y la mente de las personas. Las respuestas de adaptación demostraron científicamente la participación de los procesos emocionales en la modulación de respuestas fisiológicas y bioquímicas ante todo tipo de estímulos estresantes y la posibilidad de que las capacidades individuales para tolerarlo puedan colapsar (Ardila 2010).

Se ha demostrado que las mujeres que se encuentran por años bajo el estrés psicológico de la violencia, provocan la denominada carga allostática. El término ha sido acuñado basado en los estudios de McEwen y colaboradores, refiriéndose al sistema de retroalimentación del organismo, que a pesar de estar destinado al equilibrio, deja de funcionar adecuadamente, causando daños.

McEwen trabajó con ratas en el laboratorio para valorar cómo el estrés produce el desgaste del funcionamiento psicológico y bioquímico del organismo. Las ratas fueron sometidas a una reducción del espacio físico, sin posibilidad de muchos movimientos, los resultados evidenciaron atrofas en regiones del

cerebro como el hipocampo, mostrándose cambios en el comportamiento tales como la intensificación de la agresividad, la ansiedad y la incapacidad de enfrentarse a otras ratas “invasoras” (Goode 2003).

También se realizó un estudio en la Universidad de Carnegie Mellon en Pittsburg, dicho trabajo consistió en un grupo de voluntarios, inoculando en el grupo experimental virus del resfrío, los voluntarios sometidos a situaciones de estrés tendían a enfermarse más que los menos estresados pertenecientes al grupo control. Las investigaciones de Wolf (1950) permiten medir la dependencia y conexión entre el estrés, la conciencia de estrés y la reacción fisiológica que explica la lesión estructural (Ridruejo 1997).

Koss y Woodruff (1991) hicieron estudios para correlacionar la exposición a la violencia y su repercusión en la salud de la mujer, los resultados fueron concluyentes: en que la violencia hacia la mujer, provoca en su organismo una disminución de la resistencia inmunológica contra las enfermedades y el descuido de la propia salud.

Del mismo modo, los estudios de Resnick y Kilpatrick (1997) proponen un modelo donde se puede observar la dinámica que surge de la violencia doméstica provocadora de estrés y la posibilidad en aumento del riesgo de experimentar problemas de salud.

Según el Manual de Diagnósticos y Estadísticas Psiquiátricas, el estrés puede indicar tanto un estímulo externo patógeno como una reacción defensiva del organismo, en donde hay una interacción entre fuerzas externas del medio

ambiente y la influencia que estas ejercen sobre el organismo, la magnitud de la fuerza puede determinar el restablecimiento de la homeostasis, que depende de la capacidad de tolerancia del organismo y que a veces puede desencadenar una ruptura irreversible del equilibrio, hasta inclusive, la muerte (Gómez 1997). Por tanto, existe un proceso de psicogénesis entre el estar expuesto al estrés y la adquisición de enfermedades , así como también la vulnerabilidad a procesos de tipo psicosomático en donde el factor psicológico es motor de padecimientos de este tipo (Gómez 1997).

La respuesta del organismo al estrés es un proceso de tres fases distintas, este modelo propuesto por Hans Selye se denomina Síndrome General de Adaptación (SGA), el modelo incluye procesos normales y anormales de adaptación (De la Fuente 2011).

Las fases de este modelo o proceso son, primero, la reacción de alarma que consiste en la rápida activación del sistema nervioso simpático, preparando a todo el organismo para una movilización, usando todos los recursos disponibles para una respuesta de enfrentamiento (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, aumento del flujo sanguíneo a los músculos, etc.). La segunda es la fase de resistencia, cuando el organismo mantiene el estado de alarma en los sistemas sanguíneo, respiratorio y hormonal. Mientras siga estando presente el estímulo-amenaza, hay disposición para hacerle frente, pero si el estresor

persiste por un período largo de tiempo, comienza a romperse la resistencia y el organismo empieza a agotarse (De la Fuente 2011).

De esta forma en la última fase se agotan las reservas del organismo y trae como consecuencia una vulnerabilidad a la enfermedad, Selye denomina a estas patologías como enfermedades de adaptación y desgaste. Por lo tanto, el organismo requiere de un período de descanso para reponer sus fuerzas, sin embargo, a pesar de dichos períodos, la capacidad de adaptación se va perdiendo, de tal manera que el desgaste deja alteraciones indelebles que afectan directamente el sistema inmunológico, llevando al organismo a las primeras señales de envejecimiento que en tales circunstancias es prematuro.

La respuesta al agente estresor comienza desde la recepción del estímulo, esta receptividad puede ir desde la piel u órganos sensoriales hasta las emociones que tienen que ver con el miedo, la inseguridad, la sensación de peligro o amenaza física o psicológica y esta información es llevada al cerebro. Allí se activa el sistema hipotalámico-hipofisiario produciendo la hormona corticotropa (ACTH) que estimula la glándula cortico-suprrenal y la secreción de corticoides (Gómez 1997).

En este sentido se le ha llamado al cortisol la hormona del estrés, cuyo objetivo es hacerle frente, con dosis adecuadas de adrenalina, movilización de glucosa y otros factores defensores. Cuando la situación ha sido enfrentada, el nivel del cortisol vuelve a normalizarse, si el estrés continúa durante semanas, meses o años, los niveles de cortisol permanecen elevados, convirtiéndose en una

fuerza destructora que afecta la célula u órgano en el cuerpo humano. La acción de los corticoides va a ser la causa inmediata de una gran cantidad de disfunciones somáticas y de trastornos específicos como la disminución de las defensas inmunitarias, atrofia del ritmo, aparición de úlceras gastroduenales, etc. (Peskin 1997).

Durante esa fase de alarma en el SGA, es importante también el papel que desempeña la adrenalina, la cual, al ser segregada por períodos prolongados es la causante de muchas enfermedades, sobre todo de tipo cardiovascular.

Las respuestas del organismo no solo se relacionan con el sistema nervioso, endocrino e inmunológico; a nivel muscular se presentan respuestas como gritar, agitarse, llorar, etc., además de la aparición de tensión, que desembocan en mialgias, deficiencia en la coordinación motora como parálisis parciales o totales de las extremidades (Peskin 1997).

Las reacciones también se manifiestan a nivel cognitivo-emocional que promueven el surgimiento de pensamientos, sentimientos y creencias autodestructivas y que son suscitados por la presencia del estresor (Sarason 2006).

Entonces el estrés crónico provoca en el sistema inmunológico, particularmente a nivel de las células linfocitos B y T, menor sensibilidad a los cambios, “ Los factores psicosociales pueden alterar las respuestas a enfermedades autoinmunes, a las infecciones y al cáncer” (Kaplan 1999) de tal manera que el

resultado de la interacción que existe entre fuerzas externas psicológicas del medio y la influencia que estas ejercen sobre el organismo es la ruptura de la homeostasis.

Para entender mejor el impacto del estrés en la dimensión biológica de un individuo se hace necesario establecer un nexo entre la neurología, la endocrinología e inmunología del cuerpo humano y al mismo tiempo determinar la influencia de los factores psicológicos en todo el proceso (Gómez 1997).

Se debe a Bunge, que en 1989 acuñó el término de psiconeuroinmunología, este concepto facilitó establecer la relación entre el estrés, los elementos psicosociales y las enfermedades (Gómez 1997).

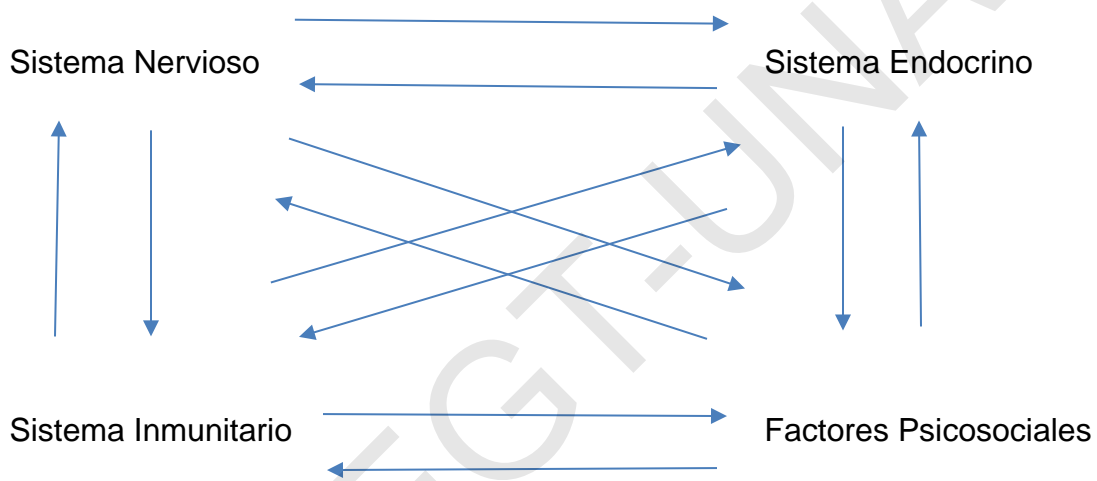
La psiconeuroinmunología es una disciplina que estudia cómo la interacción de los sistemas y su funcionamiento, pueden influir a favor o en contra del organismo, en este último caso es que se desarrollan las enfermedades psicosomáticas.

Así, se verifica que estos sistemas no son independientes el uno del otro, sino que tienen una capacidad extraordinaria de interacción, por ejemplo, se ha evidenciado que hay cierto tipo de neuronas en el hipotálamo que se encargan de sintetizar hormonas, pero las neurosecreciones generalmente no distinguen entre neuronas y células endocrinas.

“ Ya no creemos en sencillas relaciones de causa-efecto, sino en una compleja red de influencias mutuas, recíprocas, entre diversos sistemas del organismo. No olvidemos que al hablar del sistema inmunitario, nervioso y endocrino realizamos una abstracción. El organismo vivo no conoce sistemas, ya que esa disección es completamente mental. Con el avance de nuestros conocimientos, hemos aprendido a ver cómo el sistema endocrino se entrelaza en maraña

compleja con el sistema nervioso y el sistema inmunitario, no solo depende del endocrino, sino que está influido poderosamente por los procesos de la inmunidad” (Carballo,1984, p 58).

Se puede ilustrar este concepto con la figura # 1:



Gasto (1995) también realizó estudios basados en la teoría de los reflejos condicionados, apoyando el desarrollo de la psiconeuroinmunología, fundamentándose en la escuela rusa biopsicológica para la explicación de las patologías psicósomáticas (Peskin 1997).

Las conclusiones de las evidencias empíricas del Profesor Gasto establecen que las alteraciones de las respuestas inmunitarias pueden ser condicionadas, que la estimulación eléctrica o la lesión de ciertas estructuras del sistema nervioso son capaces de alterar el sistema inmunológico, que el estrés altera la respuesta inmunitaria, el crecimiento de tumores y la aparición de infecciones en animales de experimentación y que la activación del sistema inmunitario se

correlaciona con las alteraciones neurofisiológicas, neuroquímicas y neuroendocrinas del sistema nervioso.

Durante muchos años se consideró que el sistema nervioso era el único capaz de mantener comunicación, integración y respuesta, sin embargo, desde 1905, Maaok y Starling, descubrieron que otros sistemas podían manejar comunicaciones complejas, independientemente del sistema nervioso, por ejemplo, descubrieron que la secretina era una hormona producida por las paredes del intestino cuando la comida penetraba en el tubo gástrico y que tenía como misión estimular al páncreas cuyos jugos son necesarios para la adecuada digestión (Ardila 2010).

El sistema endocrino entonces, asume mecanismos de acción y secreciones internas que tienen un significado comportamental de mucha importancia.

Los estudios de Leukel (1986) y Berne(1993) sobre la glándula tiroides, establecieron que mediante la tiroxina, se aumenta y mantiene el metabolismo en general y con ello se hace posible el abastecimiento de la energía, la vitalidad y actividad que el organismo necesita. Por eso a este accionar se agregan los mecanismos del impulso, la respuesta al estrés y vigor psicomotor, así como la repercusión en las diferencias individuales de motivación, atención, tiempo interno y coordinación. Es de muy particular importancia que las reacciones al estrés, ante un desequilibrio en la producción de la tiroxina pueden ser muy aceleradas e intensas (Ardila 2010).

La glándula paratiroides juega un papel esencial en el control del calcio y fósforo hemáticos tan necesarios para el funcionamiento del sistema nervioso y los músculos, además de su influencia en el mantenimiento de un equilibrio emocional. También la glándula suprarrenal con las hormonas corticoides son de mucha importancia para la resistencia al estrés, por esto se enfatiza su importancia en este estudio. Todavía son de mayor relevancia las hormonas que segrega la médula, la adrenalina y noradrenalina las cuales son estimuladas por el simpático y su relación con el sistema vegetativo que le conecta directamente con el enfrentamiento del estrés. Es así como todos estos sistemas se entrelazan para lograr el equilibrio saludable del cuerpo humano (Gross 2012).

Al presentarse una situación de peligro el organismo puede responder de diferente forma, por ejemplo enfrentando al estresor o huyendo de él, sin embargo la respuesta siempre busca recuperar la homeostasis y por lo tanto obtener el mínimo nivel de adaptación al medio, no obstante existe una frontera que tiene que ver con la resistencia, de tal manera que el organismo, si es sometido a situaciones extremas de estrés llega al punto de agotamiento y comienza a deteriorarse todo el sistema psiconeuroendocrino con la consecuente deficiencia del sistema inmunológico (Gómez 1997).

Estudios realizados en la Universidad "Simón Bolívar" de Venezuela en 1997 (Buceta,1999) tuvo como objetivo evaluar la relación entre el estrés, la salud mental y los cambios inmunológicos.

Se descubrió que los niveles aumentados de estrés son directamente proporcionales al aumento de la ansiedad y la depresión, la disfunción social y la tendencia a la somatización, al respecto se tomó una muestra de 20 estudiantes de primer año se midieron los indicadores inmunológicos al comienzo del período académico y al final, durante los exámenes finales, se observó una disminución significativa de los linfocitos T (T8 y T activados) en las células NK y linfocitos totales, lo cual supone una inmunodepresión del sistema de defensa. Se comprobó una correlación significativa entre la intensidad del estrés , la somatización y la depresión con un porcentaje de neutrófilos, leucocitos totales, células CD8 e interleukina, así como una relación negativa con linfocitos T activados, lo cual sugiere un desajuste en el funcionamiento del sistema inmune asociado a mayores niveles de estrés y deterioro de la salud mental (Gómez 1997).

De esta forma el estrés tiene la facultad de estimular la producción de las catecolaminas que parecen tener un efecto negativo en el sistema inmunológico, el cual al estar asociado por células mediadoras y receptoras tienen como función defender al organismo de los ataques de los agentes microbianos, bacteriales o virales y contra la intrusión y desarrollo de moléculas extrañas, el mecanismo de este sistema es en base al reconocimiento de los antígenos y por lo tanto gracias a este reconocimiento puede elaborar una respuesta ante los agentes patógenos (Díaz 1999).

“El cometido de algunas aminos y neuromediadores, así como el caso de la serotonina parece ostentar un mecanismo supresor de la inmunidad, este efecto

inmunoregulador de la serotonina se lleva a cabo a través de mecanismos periféricos” (Gómez,1997, p72).

De esta forma las situaciones psicológicas surgidas del medio tienen un efecto en el sistema inmunológico, ya que se estimula una alteración en los niveles de las catecolaminas, provocando una respuesta inmunitaria deficiente y da lugar al surgimiento de enfermedades psicosomáticas (Peskin 1997).

El estrés disminuye la resistencia a las infecciones, así lo demuestran los estudios de Bartrop (1997) , los cuáles consistieron en el análisis empírico de veinte y seis viudas durante las diez y seis semanas posteriores al fallecimiento de sus esposos por accidentes o enfermedades . Los resultados fueron comparados con un grupo control, estos no brindaron diferencias entre el número de células linfoides, electroforesis sérica, hipersensibilidad retardada y presencia de anticuerpos ni de concentraciones hormonales. Sin embargo mostraron una diferencia, se encontró una reactividad mitógena de las células T, abiertamente disminuida cuando se exploraba a las viudas en las primeras seis semanas del duelo (Kaplan 1999).

En esta misma línea, los resultados de Baker (1981), Dorian (1982) y Landmann ((1984) concluyen que el estrés provoca la disminución de la respuesta inmunitaria, tomando en cuenta el entorno psicosocial, cultural y las características de la personalidad.

Todo lo anterior conduce a la conclusión de que existe una relación entre los factores psicosociales, la función inmune, la salud y la enfermedad (Bujorovich 2001).

En 1968, Solomon sugirió que el estrés emocional afecta negativamente el sistema inmunitario disminuyendo los linfocitos T, luego fue confirmado por Keller (1973) el cual observó un descenso de los linfocitos en ratas que no podían escapar del estrés producido por choques eléctricos.

En 1975, Ader observó la supresión condicionada de las respuestas inmunológicas en ratas y redefinió el concepto de psicoimmunología por el de psiconeuroinmonología explicando la interconexión entre el sistema nervioso, hormonal, inmunitario y psicológico (Gómez 1997).

También los investigadores David Phillips y Daniel Smith (1997), observaron que los acontecimientos positivamente psicológicos como fiestas o conmemoraciones de tipo religioso, el afecto familiar y el buen trato interpersonal tienen un efecto favorable sobre la mortalidad en pacientes con cáncer o una enfermedad cerebro vascular. Los acontecimientos socioculturales tenían un gran efecto al respecto, por ejemplo la celebración de la pascua judía o las fiestas de la cosecha en las mujeres chinas, permitían prolongar la vida y mejorar la salud en general y a corto plazo en este tipo de pacientes, evidenciando que el aspecto cultural es muy importante, la significación del símbolo positivo en la persona mejora la respuesta en el sistema inmunológico (Kaplan 1999).

Por tanto, existe suficiente apoyo empírico que demuestra la asociación entre el estrés y el impacto en el organismo a nivel inmunológico haciéndolo más vulnerable a los agentes patógenos posibilitando el desarrollo de enfermedades , también favorece el desarrollo de sintomatología cuyo componente primordial es el aspecto psicológico, dicho proceso es el de tipo psicosomático (Peskin 1997).

El Proceso Psicosomático.

El término psicosomático se refiere a la tendencia natural del organismo de responder ante estímulos psicológicos, por ejemplo: el miedo, la alegría, el estrés, la frustración, etc., que desencadenan reacciones diversas de tipo orgánico como aumento de la frecuencia cardíaca, elevación de la presión arterial, aceleración del ritmo respiratorio, sensación de ahogo, etc.(Peskin 1997). Este proceso de la relación mente-cuerpo es de muy antigua tradición, se remonta incluso a la pugna entre la visión médica de una atención integral que inicia con Hipócrates en la escuela de Cos, quien defendió el sentido dinámico y multicompreensivo del enfermo, frente a la concepción de Galeno y su escuela de tendencia analítica y mecanicista que no consideraba la influencia de la mente en el cuerpo y el surgimiento de las enfermedades (Ridruejo 1997).

Desde este momento se desarrolló la pugna entre un punto de vista psicosomático que promueve una atención integral y la medicina unilateral y

positivista que separa y desintegra al organismo “especializándose” en las diferentes áreas de órganos y sistemas del cuerpo humano (De la Fuente 2011).

En este sentido la historia de la medicina refleja diferentes posiciones y modos de abordaje de las enfermedades que dependen de la época , por ejemplo, en la Ilustración francesa , Felipe Pinel (1794) ya realizaba estudios de lo que él llamaba “neurosis digestiva” como muestra de la influencia de lo psíquico sobre lo orgánico. Por otro lado se aprecia la posición positivista mecanicista de Luis Pasteur con la teoría del germen que da paso al auge de la escuela microbiologista, con una medicina que atiende, trata y cura una enfermedad localizada y específica.

La medicina psicosomática surge formalmente con la obra de J. Heinroth en 1818 cuando publicó su libro “Somatopsiquia”, en cuyo tratado dio a conocer los resultados de sus observaciones empíricas de la influencia de lo “pasional” en las patologías cancerosas y tuberculosas, al mismo tiempo el papel que desempeñan las enfermedades en los estados de ánimo, la denominada correlación psicosomática y somatopsíquica (Gross 2012).

Para 1876 el investigador Mandsley, publicó su libro “The Physiology of Mind” en dónde expone su teoría de la influencia y fijación de las emociones en los órganos y Rosenbach en 1890 establece la terapia psíquica de las enfermedades internas (Ardila 2012).

A través de los años la psicósomática ha ido adquiriendo mayor especificidad, particularmente con el desarrollo de las grandes escuelas psicológicas y la ayuda de la inmunología y endocrinología (Gross 2012).

Fue hasta Engel en 1977 desde la Universidad de Rochester que se estableció el paradigma Psicobiosocial. Con esto se logra visualizar un nuevo futuro sobre el quehacer de la medicina, en donde el esquema biomédico es cada vez más insuficiente, incapaz de satisfacer las necesidades que actualmente demanda la atención en salud, apoyando este nuevo modelo psicobiosocial está el trabajo investigativo de Lipowski (1976) que también ayudó para que la psicósomática se convirtiera en una disciplina científica (Peskin 1997).

Es importante señalar la influencia de la escuela rusa con los estudios de Pavlov que establece que el fundamento de las enfermedades psicósomáticas es la teoría del reflejo, la respuesta del organismo a los estímulos del medio ambiente en donde se manifiesta la comunicación dialéctica del organismo y el entorno, las reacciones del organismo a la excitación de sus exteroceptores.

El aporte de Cannon (1927) también demuestra la consecuencia fisiológica de la emoción en el sistema nervioso autónomo. Este autor desarrolló el concepto de estrés cuyo significado se refiere al estímulo que es capaz de provocar reacciones “agónicas” dando lugar a potencialidades patógenas y que posteriormente Selye completó (Díaz 1999).

El fenómeno psicósomático se ve enriquecido con los trabajos investigativos de Mead, Meyer y Colmes (1976) y su énfasis en la teoría sociocultural en donde

muestran que las patologías psicosomáticas se vinculan con la interacción personal y social, la influencia socioestructural, las perturbaciones de la comunicación, la relación familiar y los acontecimientos estresantes que afectan la salud física y mental (Gross 2012).

Por tanto, existe la evidencia, desde los enfoques psicológicos más relevantes y los estudios en la medicina, de que los factores provocadores del estrés desarrollan reacciones en el organismo, que en determinadas circunstancias, se pueden convertir en enfermedades psicosomáticas, sin embargo, en esa variedad de estresores se deben considerar los provenientes de la violencia doméstica contra la mujer y específicamente los que se manifiestan en el tracto digestivo que se expresan en el aumento del peristaltismo, náuseas, vómitos, aumento o disminución de la secreción gástrica, salivar y diarreas (Kendall 2000). Se puede entonces concluir que en términos reales, la ideología que existe en torno al problema de la violencia contra la mujer hace que las respuestas en la detección y tratamiento de las causas del Síndrome de Intestino Irritable en las mujeres por parte de los prestatarios de los servicios de salud pública sean inadecuados e insuficientes en la mayoría de los casos (Rodríguez 2001).

Las Enfermedades Gastrointestinales Funcionales.

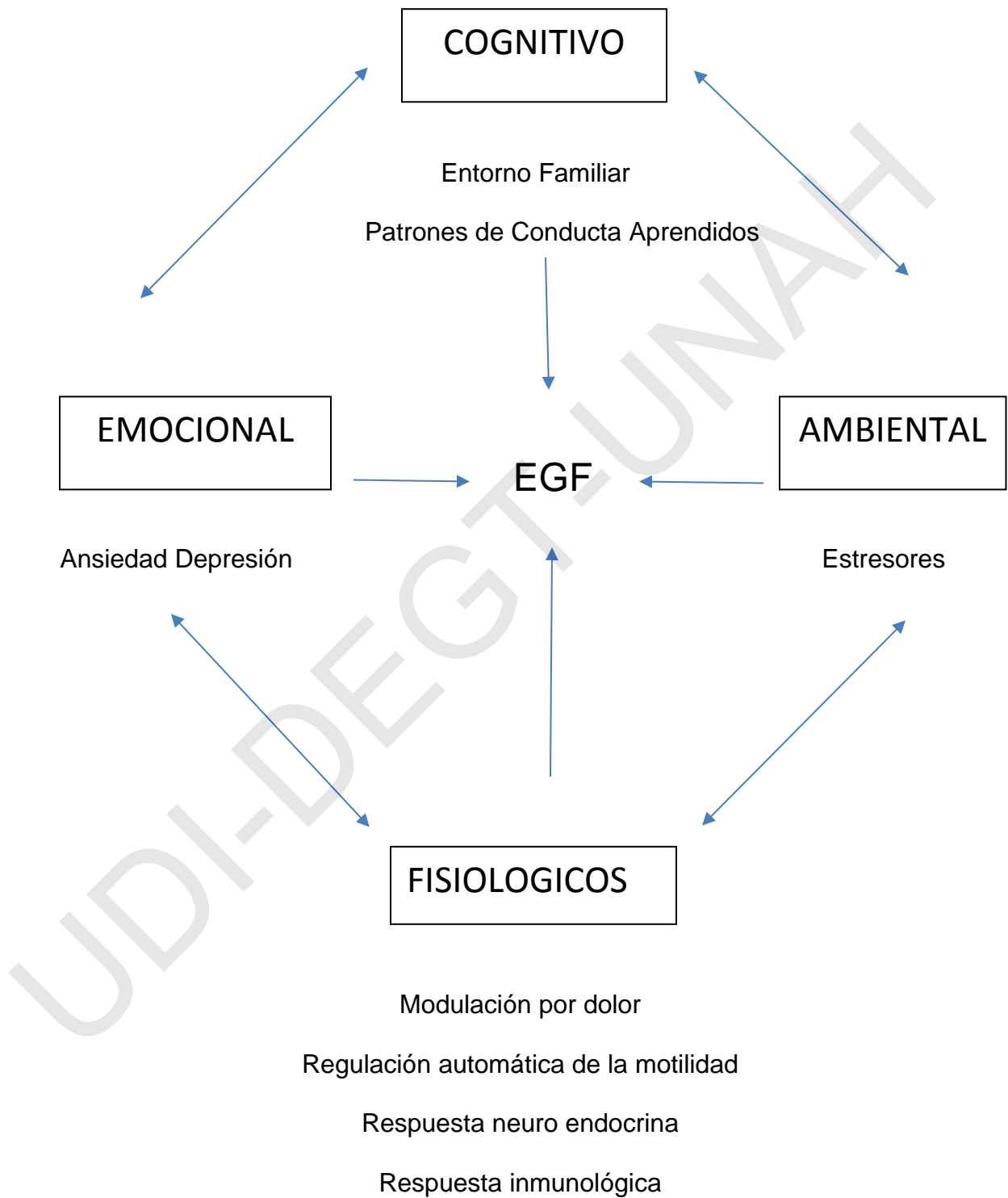
El presente estudio buscó encontrar el nexo entre la violencia doméstica contra la mujer, considerada como un estresor que provoca en la sobreviviente un

deterioro que la lleva a padecer una serie de enfermedades gastrointestinales funcionales (EGF) las cuales consisten en una serie de síndromes caracterizados por un conjunto de síntomas inespecíficos que no tienen una causa orgánica o biológica demostrable (Maldonado 2003).

De todas las EGF, el Síndrome de Intestino Irritable (SII) es el diagnóstico más frecuente y constituye del 25 al 50 % de los casos referidos a los gastroenterólogos, además de ser una causa frecuente de consulta primaria y es la segunda causa de ausentismo laboral después del resfrío (Brizuela 1996). También es importante señalar que de todos los casos, entre el 30 y 70 % de los pacientes son adultos jóvenes y maduros, siendo más frecuente en mujeres que en hombres en la proporción de 2 a 1. Esta proporción aumenta de 3 a 1 en América Latina o sea que lo presenta el 50% de la población. Diferentes estudios comprueban la relación entre el estrés y el SII (Kendall 2000).

Desde 1820 se han propuesto numerosos mecanismos para explicar la fisiopatología de las EGF, particularmente del SII, se han encontrado como causas las alteraciones del sistema nervioso entérico y el papel que la 5-hidroxitriptamina (serotonina 5HT) juega en la motilidad y sensibilidad visceral.

El desarrollo de los síntomas de las EGF puede ser explicado por la interrelación de las alteraciones de la neurofisiología visceral con la influencia de los factores cognitivos, conductuales y viscerales lo cual se puede visualizar de manera gráfica en el esquema siguiente:



Específicamente, en el SII, los factores psicosociales son en la actualidad, y sin duda, los de mayor relevancia en la etiología del síndrome, hasta el punto de ser considerado como un trastorno psicofisiopatológico (Kendall 2000).

Whitehead (1997) ha señalado la relevancia de los factores psicológicos como contribuyentes a la sensibilización de las vías aferentes viscerales al dolor en pacientes con SII. Entre tanto, Gwee (1999) ha confirmado la compleja interacción entre factores biológicos y psicológicos en el desarrollo del SII en donde las alteraciones emocionales provocan cambios al nivel del sistema nervioso central, demostrando al mismo tiempo que las mujeres relatan con mayor frecuencia síntomas atribuibles al SII en comparación con los hombres, con mayor variabilidad en los síntomas sensoriales intestinales y extraintestinales. Además, el 40% de las mujeres refieren un aumento de su sintomatología durante el ciclo menstrual. Lee y colaboradores (1999) han demostrado con la tomografía computarizada con emisión de positrones, que las mujeres en comparación con los hombres, poseen diferencias en las respuestas del sistema nervioso central al dolor visceral y a la anticipación del dolor, encontrando diferencias en los mecanismos serotoninérgicos que modulan el dolor.

Por tanto, la alteración del sistema nervioso entérico de los receptores periféricos, las vías nerviosas aferentes, la percepción en el sistema nervioso central de los estímulos viscerales y la influencia de los factores psicológicos y

hormonales en la fisiología de la hiperalgesia visceral en el SII es compleja, multifactorial y precisa mejor definición (Mayer 1999).

Con el objetivo de buscar esta mejor definición se ha logrado establecer la sintomatología del SII, la cual está caracterizada por un conjunto de síntomas gastrointestinales como dolor abdominal y alternancia del hábito intestinal (diarrea y estreñimiento) asociados a menudo a síntomas extradigestivos (fatiga, cefaleas e insomnio), y sin que hasta el momento se conozca una causa orgánica que justifique el cuadro clínico. No causa inflamación, sangrado, daño al colon, ni cáncer, ni enfermedades graves (Maldonado 2003).

El diagnóstico del SII se hace luego de descartar las enfermedades intestinales. Hasta la década de los sesenta, los pacientes con un trastorno digestivo funcional eran calificados como neuróticos. Los criterios diagnósticos se basan en los siguientes indicadores: dolor abdominal aliviado por defecación o asociado a un cambio en la frecuencia o consistencia de las heces, alteración en la evacuación de las heces, eliminación de mucus junto a las heces, sensación de distensión abdominal subjetiva u objetiva acompañada a menudo de meteorismo y aerofagia (Whitehead 1997).

También se deben tomar en cuenta otros datos clínicos como edades menores de 60 años, mayor frecuencia en las mujeres, ausencia de síntomas nocturnos, ausencia de sangrado rectal, inexistencia de fiebre, situaciones de estrés mantenidas, ansiedad, depresión y alteraciones del carácter y comportamiento.

Desde el ámbito psicológico no se han encontrado trastornos patológicos en los pacientes con SII, lo que sugiere que existen varios factores que pueden ocasionar los síntomas a través de los siguientes mecanismos: la alteración de la motilidad colónica a causa del estrés ya que estos pacientes refieren un mayor número de vivencias estresantes que otros pacientes con enfermedades digestivas o que los sujetos normales, por otra parte, en un estudio de Moreno-Romo (1996) se enfatiza la influencia de los problemas cotidianos en la sintomatología orgánica del SII.” Las variables de mayor peso eran las del ánimo depresivo y ansioso, seguidas de una mala relación familiar y de pareja” (Maldonado 1997). Es de mucha importancia señalar que tradicionalmente han estado centradas en el estrés que se ve asociado al trabajo fuera del hogar, sin embargo también está asociado al estrés fuera del trabajo no remunerado como las relacionadas con la vida doméstica y de la familia, las responsabilidades familiares, civiles, etc. En un estudio realizado por el Ministerio del Trabajo japonés en 1997, el 52.4% de las mujeres estudiadas expresaron el padecimiento de ansiedad, depresión, y como causa principal el estrés de relaciones humanas insatisfactorias en un 60.6% de los casos..” El mayor grado de neuroticismo que muestran estos enfermos al compararlos con individuos sanos, puede indicar que los síntomas del SII reflejan una amplificación neurótica de lo que para la población normal son molestias normales” (Goulston y Latimer 1981).

Las respuestas fisiológicas al estrés dependen en gran medida de la calidad de la magnitud del estresor, de las características de la personalidad y la capacidad de tolerancia de la persona, no obstante, las variaciones siempre se dan tomando en consideración un mismo entorno cultural de tolerancia hacia la violencia de pareja de tal manera que esta situación provocadora de estrés puede generar el Síndrome de Intestino Irritable (Bujorovich 2001).

En estas circunstancias, el presente estudio ha permitido comprobar la hipótesis la cual establecía una relación entre la violencia de pareja contra la mujer y el padecimiento del Síndrome de Intestino Irritable, también se ha puesto en evidencia cierto tipo de subconsideración de la violencia como un problema de salud pública (Vera 1996).

Esta subconsideración puso de manifiesto la falta de pericia en el diagnóstico de la violencia contra la mujer, las implicaciones a nivel de los servicios de salud se concretizan en la falta de calidez y equidad, con modelos de intervención despersonalizantes y serias deficiencias en el trabajo intersectorial.

Haciendo referencia a la falta de calidez y equidad, la atención entonces no es integral y por tanto no hay un abordaje de las diferentes necesidades y problemas de salud de las mujeres. De ahí que la atención debería concentrarse en las necesidades propias de la mujer, especialmente las condiciones sociales y económicas que caracterizan su entorno (Calvin 2001).

En relación al trabajo intersectorial, no existe una derivación a servicios de atención especializados que ofrecerían a las mujeres apoyo para salir de la

crisis generando en ellas el fortalecimiento psicológico necesario que le permita construir un nuevo proyecto de vida, de igual manera la atención integral a las mujeres tampoco puede ser asumida exclusivamente por un sector aislado.

III . HIPÓTESIS.

Hipótesis Verdadera:

La violencia doméstica de pareja contra la mujer está asociada al padecimiento del Síndrome de Intestino Irritable en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela en el período de noviembre de 2013 a febrero de 2014.

Hipótesis Nula:

La Violencia Doméstica contra la mujer no está asociada con la presencia del Síndrome de Intestino Irritable en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela en el período de noviembre de 2013 a febrero de 2014.

IV. METODOLOGIA

El presente trabajo es un estudio Transversal Observacional Cuantitativo, lo cual indica que se recolectaron los datos en un momento determinado , esto permitió observar y describir la interacción entre la violencia doméstica de pareja contra la mujer y el padecimiento del Síndrome de Intestino Irritable. El universo corresponde a 157 sujetos durante el año 2012, se tomó para el estudio una muestra de 50 sujetos del sexo femenino , mayores de 18 años con un diagnóstico de padecer Síndrome de Intestino Irritable y que fueron usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela, que tenían o habían tenido una relación de pareja en los últimos 6 meses como mínimo. La muestra representa el 32% del universo. Esta muestra fue a conveniencia y no probabilística, ya que responde al diseño de investigación transversal observacional cuantitativo.

La muestra total de 50 mujeres se aparejó con un segundo grupo de 50 mujeres con otro diagnóstico, el propósito de tener estos dos grupos fue el de poder compararlos entre sí y observar cómo se manifestaban las variables. Se excluyeron del estudio mujeres menores de edad y las mujeres adultas mayores de 65 años .La información sobre el universo fue suministrada por la unidad de cómputo del departamento. de Estadísticas del Hospital Escuela, como instrumentos se utilizaron el Expediente Clínico de cada una de las usuarias con el diagnóstico establecido por el médico especialista tratante, la

Encuesta Para la Detección de Violencia Doméstica de Pareja contra la Mujer y la hoja o ficha de Registro de Atenciones Ambulatorias (ATA) de la Secretaria de Salud. El procedimiento consistió en la elaboración de un borrador de la encuesta para la detección de violencia de pareja contra la mujer y se envió al Centro de Derechos de Mujeres (CDM) para obtener una validación de profesionales expertas en investigación de la violencia contra las mujeres. Una vez obtenido la validación del CDM se realizó una prueba preliminar del instrumento en mujeres usuarias de los servicios de psicoterapia de grupo en el Hospital Psiquiátrico “Mario Mendoza” las cuáles en su mayoría han estado sometidas a algún tipo de violencia, de esta forma se siguieron los criterios para una prueba preliminar del instrumento de buscar una población de mujeres fuera del área en donde se realizó la investigación pero con cierta similitud a las mujeres con los criterios a estudiar, sin la necesidad de que sea una muestra aleatoria. Una vez probada la encuesta, se solicitó la autorización de la Dirección del Hospital Escuela para realizar el estudio, y se buscó también ayuda del personal médico y de enfermería del servicio de gastroenterología para tener fácil acceso a las mujeres que asistieron a la consulta externa. Previo consentimiento informado se procedió a la aplicación de la encuesta, el diagnóstico de cada una de las mujeres era corroborado en la hoja de registro de atenciones ambulatorias (ATA) llenado por el médico especialista tratante y el expediente clínico respectivo. Posteriormente la información fue trasladada

a tabla electrónica de EXCEL en donde se realizó el ordenamiento y selección, creando una matriz de las variables seleccionadas para este procesamiento.

Para la captura de la información de datos se utilizó el programa estadístico “Epi-Info” . el procedimiento para procesar la información se obtuvo de la estadística descriptiva como frecuencias, probabilidades y las medidas de tendencia central (medias) para la medición se utilizó la prueba “F” y Chi Cuadrado (Yates), para un mejor análisis se agruparon los ítems “siempre”, “casi siempre”, “ a veces” y “raras veces” en la categoría “otros” y poder diferenciarlos de los sujetos que nunca experimentaron algún tipo de violencia. Se utilizó OR (Odds Ratio) o razón de desigualdad para determinar la fuerza de asociación entre las variables estudiadas . El nivel de significancia se estableció como $p < 0.05$ luego se realizó el cálculo del intervalo de confianza $(1 - \alpha) = 95\%$ la interpretación de los resultados de Odds Ratio se realizó a través de los parámetros ya establecidos . Si los resultados del OR calculado fuera igual a 1 , se interpreta que no hay asociación, si es mayor de 1 indica que la variable de estudio está asociada. Se utilizó la “T” de Student cuando en la Tabla Tetracórica una de las casillas tenía un valor menor a 5 que indica posibilidad de error , entonces para reconfirmar los datos, se determinó asignar en la escala Likert (un valor numérico a cada ítem) o Rango Potencial de 1 a 5 así : “nunca” = 1, “raras veces” = 2, “a veces” = 3, “casi siempre” = 4 y “siempre” = 5, se promediaron los resultados (medias) y se muestran los

resultados en gráficos Los resultados se presentan en tablas de contingencia para lo cual se utilizaron los programas de Word y Excel.

UDI-DEGT-UNAH

V. RESULTADOS

La Media de **edad** de las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable era de 44.8 años \pm 10.6 1DE y las usuarias del grupo con otro diagnóstico era de 42.4 \pm 10.3 1DE, las diferencias no fueron significativas ($p = 0.26$) por lo que los grupos son comparables en cuanto a la edad.

En cuanto a la Media de **vida de pareja en años** de las mujeres con SII era de 17.5 \pm 11.6 1DE comparada con la Media de vida de pareja en años de las mujeres con otro diagnóstico era de 20.3 \pm 11.0 1DE. Las diferencias no fueron significativas ($p = 0.2$) por lo que los grupos son comparables en cuanto a la vida de pareja en años.

En relación a la Media del **número de hijos** de las mujeres con SII era de 3.6 \pm 0.9 1DE comparada con la Media del número de las mujeres con otro diagnóstico que era de 3.0 \pm 1.0 1DE. Las diferencias de los grupos si fueron significativas ($p = 0.003$) por lo que los grupos no eran similares en el número de hijos.

Variables Sociodemográficas

Tabla No 1.

Distribución porcentual de acuerdo al tipo de unión de pareja.

TIPO DE UNIÓN	PRESENTE		SII		AUSENTE	
	No	%	No	%	No	%
Casada	13	26.0	34	68.0		
Unión Libre	37	74.4	16	32.0		

Fuente : Encuesta para Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer

En relación a la **variable tipo unión de pareja** se encontró que en las mujeres con SII el 26.0 % estaban casadas menor al 68.0 % de las mujeres con otro diagnóstico.

Tabla No 2.

Distribución porcentual de acuerdo a la escolaridad.

ESCOLARIDAD		PRESENTE		SII		AUSENTE	
		No	%	No	%	No	%
Primaria	46	92.0	37	37	74.0		
Secundaria	4	8.0	13	26.0			

Fuente : Encuesta para Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer

En relación a la **variable escolaridad** se encontró que en las mujeres con SII el 92.0 % hicieron estudios primarios (completa o incompleta) menor al 74.0 % de las mujeres con otro diagnóstico. Las usuarias con otro diagnóstico tenían en un mayor porcentaje escolaridad secundaria (26%) que las usuarias con SII (8.0%).

Tabla No 3.

Distribución porcentual de acuerdo a la ocupación.

OCUPACIÓN	PRESENTE		SII	AUSENTE	
	No	%		No	%
Ama de casa	35	70.0		26	52.0
Comerciante	9	18.0		16	32.0
Empleada doméstica	1	2.0		3	6.0
Estilista	1	2.0		1	2.0
Maestra	0	0.0		1	2.0
Modista	3	6.0		1	2.0
Obrera	1	2.0		1	2.0
Perito mercantil	0	0.0		1	2.0

Fuente : Encuesta para Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer

En relación a la **variable ocupación** se encontró que en las mujeres con SII el 70.0 % eran amas de casa mayor al 52.0 % de las mujeres con otro diagnóstico

VARIABLES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA POR TIPOLOGIAS

TABLA No 4.

Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y variables de **violencia física** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLE VIOLENCIA FISICA	SII			
	PRESENTE		AUSENTE	
	No	%	No	%
LA GOLPEA				
NUNCA	18	36.0	42	84.0
RARAS VECES	9	18.0	1	2.0
A VECES	20	40.0	7	14.0
CASI SIEMPRE	1	2.0	0	0.0
SIEMPRE	2	4.0	0	0.0
LA EMPUJA				
NUNCA	10	20.0	39	78.0
RARAS VECES	9	18.0	3	6.0
A VECES	26	52.0	7	14.0
CASI SIEMPRE	2	4.0	0	0.0
SIEMPRE	3	6.0	1	2.0
LE JALA EL PELO				
NUNCA	18	36.0	42	84.0
RARAS VECES	5	10.0	1	2.0
A VECES	24	48.0	6	12.0
CASI SIEMPRE	1	2.0	1	2.0
SIEMPRE	2	4.0	0	0.0
LA PELLIZCA				
NUNCA	29	58.0	43	86.0
RARAS VECES	7	14.0	0	0.0
A VECES	13	26.0	7	14.0
CASI SIEMPRE	0	0.0	0	0.0
SIEMPRE	1	2.0	0	0.0
LA HIERE CON ARMA				
NUNCA	46	92.0	49	98.0
RARAS VECES	0	0.0	0	0.0
A VECES	3	6.0	1	2.0
CASI SIEMPRE	1	2.0	0	0.0
SIEMPRE	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia física “ **la golpea**” se encontró que en las mujeres con SII el 4.0% siempre fue golpeada mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 2.0% casi siempre fue golpeada mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 40.0% a veces fue golpeada mayor al 14.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 18.0% de las mujeres con SII raras veces fue golpeada mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 36.0% de las mujeres con SII nunca fue golpeada menor al 84.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física “ **la empuja**” se encontró que en las mujeres con SII el 6.0% siempre fue empujada mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 4.0% casi siempre fue empujada mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 52.0% a veces fue empujada mayor al 14.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 18.0% de las mujeres con SII raras veces fue empujada mayor al 3.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 20.0% de las mujeres con SII nunca fue empujada menor al 78.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física “ **le jala el pelo**” se encontró que en las mujeres con SII el 4.0% siempre fue jalada del pelo mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 2.0% casi siempre fue jalada del pelo igual al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 48.0% a veces fue jalada del pelo mayor al 12.0% de las mujeres con

otro diagnóstico. El 10.0% de las mujeres con SII raras veces fue jalada del pelo mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 36.0% de las mujeres con SII nunca fue jalada del pelo menor al 84.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física “ **la pellizca**” se encontró que en las mujeres con SII el 2.0% siempre fue pellizcada mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 0.0% casi siempre fue pellizcada igual al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 26.0% a veces fue pellizcada mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 14.0% de las mujeres con SII raras veces fueron pellizcadas mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 58.0% de las mujeres con SII nunca fue pellizcada menor al 86.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física “ **la hiere con arma**” se encontró que en las mujeres con SII el 0.0% siempre fue herida con arma igual al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 2.0% casi siempre fue herida con arma igual al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 6.0% a veces fue herida con arma mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 0.0% raras veces fue golpeada igual al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 92.0% nunca fue herida con arma menor al 98.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

TABLA No 5

Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y variables de **violencia patrimonial** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital “Escuela” en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLE VIOLENCIA PATRIMONIAL	PRESENTE		SII	AUSENTE	
	No	%		No	%
LA CORRE DE CASA					
NUNCA	6	12.0	37	74.0	
RARAS VECES	8	16.0	0	0.0	
A VECES	23	46.0	9	18.0	
CASI SIEMPRE	7	14.0	2	4.0	
SIEMPRE	6	12.0	2	4.0	
LA HACE SENTIR EXTRAÑA					
NUNCA	2	4.0	31	62.0	
RARAS VECES	2	4.0	2	4.0	
A VECES	21	42.0	10	20.0	
CASI SIEMPRE	15	30.0	2	4.0	
SIEMPRE	10	20.0	5	10.0	
LE DICE QUE CASA Y MUEBLES SON DE EL					
NUNCA	9	18.0	38	76.0	
RARAS VECES	2	4.0	0	0.0	
A VECES	19	38.0	8	16.0	
CASI SIEMPRE	11	22.0	3	6.0	
SIEMPRE	9	18.0	1	2.0	
LE AYUDA CON GASTOS DE CASA					
NUNCA	3	6.0	0	0.0	
RARAS VECES	5	10.0	1	2.0	
A VECES	27	54.0	5	10.0	
CASI SIEMPRE	7	14.0	11	22.0	
SIEMPRE	8	16.0	33	66.0	
SE ENOJA Y NO PAGA GASTOS					
NUNCA	10	20.0	36	72.0	
RARAS VECES	2	4.0	1	2.0	
A VECES	21	42.0	11	22.0	
SE ENOJA Y NO PAGA GASTOS					
CASI SIEMPRE	14	28.0	1	2.0	
SIEMPRE	3	6.0	1	2.0	
LE QUITA DINERO					
NUNCA	7	14.0	37	74.0	
RARAS VECES	7	14.0	3	6.0	
A VECES	31	62.0	8	16.0	
CASI SIEMPRE	2	4.0	0	0.0	
SIEMPRE	3	6.0	2	4.0	

Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **la corre de la casa**” se encontró que en las mujeres con SII el 12.0% siempre fue corrida de la casa

mayor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 14.0% casi siempre fue corrida de casa mayor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 46.0% a veces fue corrida de la casa mayor al 18.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 16.0% de las mujeres con SII raras veces fue corrida de la casa mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 12.0% de las mujeres con SII nunca fue corrida de la casa menor al 74.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **la hace sentir extraña en la casa**” se encontró que en las mujeres con SII el 20.0% siempre la hizo sentir extraña en la casa mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 30.0% casi siempre la hizo sentir extraña en la casa mayor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 42.0% a veces la hizo sentir extraña en la casa mayor al 20.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 4.0% de las mujeres con SII raras veces la hizo sentir extraña en la casa igual al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 4.0% de las mujeres con SII nunca la hizo sentir extraña en la casa menor al 62.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **le dice que la casa y muebles son de él**” se encontró que en las mujeres con SII el 18.0% siempre le dijo que la casa y muebles eran de él mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 22.0% casi siempre le dijo que la casa y

muebles eran de él mayor al 6.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 38.0% a veces le dijo que la casa y muebles eran de él mayor al 16.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 4.0.0% de las mujeres con SII raras veces le dijo que la casa y muebles eran de él mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 18.0% de las mujeres con SII nunca fue le dijo que la casa y muebles eran de él menor al 76.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **le ayuda con los gastos de la casa**” se encontró que en las mujeres con SII el 16.0% siempre fue ayudada con los gastos de la casa menor al 66.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 14.0% casi siempre fue ayudada con los gastos de la casa menor al 22.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 54.0% a veces fue ayudada con los gastos de la casa mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 10.0% de las mujeres con SII raras veces fueron ayudadas con los gastos de la casa mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 6.0% de las mujeres con SII nunca fue ayudada con los gastos de la casa mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **se enoja y no paga los gastos**” se encontró que en las mujeres con SII el 6.0% siempre se enojó y no pagó los gastos de la casa mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 28.0% casi siempre se enojó y no pagó los gastos”

mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 42.0% a veces se enojó y no pagó los gastos mayor al 22.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 4.0% raras veces se enojó y no pagó los gastos mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 20.0% nunca se enojó y no pagó los gastos menor al 72.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **le quita el dinero**” se encontró que en las mujeres con SII el 6.0% siempre le quitó el dinero mayor al 6.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 4.0% casi siempre le quitó dinero mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 62.0% a veces le quitó dinero mayor al 16.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 14.0% raras veces le quitó dinero mayor al 6.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 14.0% nunca le quitó dinero menor al 74.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

TABLA No 6

Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y **variables de violencia psicológicas** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital “Escuela” en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLES VIOLENCIA PSICOLOGICAS	SII			
	PRESENTE		AUSENTE	
	No	%	No	%
LA AMENAZA CON CUCHILLO O PISTOLA				
NUNCA	30	60.0	47	94.0
RARAS VECES	3	6.0	1	2.0
AVECES	12	24.0	2	4.0
CASI SIEMPRE	3	6.0	0	0.0
SIEMPRE	2	4.0	0	0.0
LE HACE SENTIR MIEDO				
NUNCA	3	6.0	37	74.0
RARAS VECES	5	10.0	2	4.0
AVECES	19	38.0	5	10.0
CASI SIEMPRE	10	20.0	4	8.0
SIEMPRE	13	26.0	2	4.0
LE GRITA				
NUNCA	1	2.0	33	66.0
RARAS VECES	1	2.0	2	4.0
AVECES	11	22.0	3	6.0
CASI SIEMPRE	12	24.0	4	8.0
SIEMPRE	25	50.0	8	16.0
LA INSULTA				
NUNCA	2	4.0	35	70.0
RARAS VECES	0	0.0	1	2.0
AVECES	10	20.0	3	6.0
CASI SIEMPRE	10	20.0	5	10.0
SIEMPRE	28	56.0	6	12.0
SE ENOJA Y LA ENFERMA				
NUNCA	3	6.0	34	68.0
RARAS VECES	0	0.0	0	0.0
AVECES	17	34.0	7	14.0
CASI SIEMPRE	17	34.0	2	4.0
SIEMPRE	13	26.0	7	14.0
SE ENOJA AL NO TENER COMIDA PREPARADA				
NUNCA	2	4.0	28	56.0
RARAS VECES	0	0.0	6	12.0
AVECES	7	14.0	5	10.0
CASI SIEMPRE	19	38.0	6	12.0
SIEMPRE	22	44.0	5	10.0
NO LE DA PERMISO PARA TRABAJAR				
NUNCA	9	18.0	31	62.0
RARAS VECES	5	10.0	4	8.0
AVECES	12	24.0	3	6.0
CASI SIEMPRE	12	24.0	6	12.0
SIEMPRE	12	24.0	6	12.0

LE CONTROLA EL TIEMPO

NUNCA	5	10.0	29	58.0
RARAS VECES	3	6.0	7	14.0
AVECES	16	32.0	5	10.0
CASI SIEMPRE	13	26.0	5	10.0
SIEMPRE	13	26.0	4	8.0

Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **la amenaza con cuchillo o pistola**” se encontró que en las mujeres con SII el 4.0% siempre fue amenazada con cuchillo o pistola mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 6.0% casi siempre fue amenazada con cuchillo o pistola mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 24.0% a veces fue amenazada con cuchillo o pistola mayor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 6.0% de las mujeres con SII raras veces fue amenazada con cuchillo o pistola mayor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 60.0% de las mujeres con SII nunca fue amenazada con cuchillo o pistola menor al 94.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **le hace sentir miedo**” se encontró que en las mujeres con SII el 26.0% siempre le hizo sentir miedo mayor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 20.0% casi siempre le hizo sentir miedo mayor al 8.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 38.0% a veces le hizo sentir miedo mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 10.0% de las mujeres con SII raras veces le hizo sentir miedo mayor al 4.0% de las mujeres con otro

diagnóstico. El 6.0% de las mujeres con SII nunca le hizo sentir miedo menor al 74.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **le grita**” se encontró que en las mujeres con SII el 50.0% siempre le gritó mayor al 16.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 24.0% casi siempre le gritó mayor al 8.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 22.0% a veces le gritó mayor al 6.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 2.0% de las mujeres con SII raras veces le gritó menor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 2.0% de las mujeres con SII nunca le gritó menor al 66.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **la insulta**” se encontró que en las mujeres con SII el 56.0% siempre él la insultó menor al 12.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 20.0% casi siempre la insultó mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 20.0% a veces la insultó mayor al 6.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 0.0% de las mujeres con SII raras veces la insultó menor al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 4.0% de las mujeres con SII nunca la insultó menor al 70.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **se enoja y la enferma**” se encontró que en las mujeres con SII el 26.0% siempre se enojó y la enfermó mayor al 14.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el

34.0% casi siempre se enojó y la enfermó mayor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 34.0% a veces se enojó y la enfermó mayor al 14.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 0.0% raras veces se enojó y la enfermó igual al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 6.0% nunca se enojó y la enfermó menor al 68.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **se enoja al no tener preparada la comida**” se encontró que en las mujeres con SII el 44.0% siempre se enojó al no tener preparada la comida mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 38.0% casi siempre se enojó al no tener preparada la comida mayor al 12.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 14.0% a veces se enojó al no tener preparada la comida mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 0.0% raras veces se enojó al no tener preparada la comida menor al 12.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 4.0% nunca se enojó al no tener preparada la comida menor al 56.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **no le da permiso para trabajar**” se encontró que en las mujeres con SII el 24.0% siempre no le dio permiso para trabajar mayor al 12.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 24.0% casi siempre no le dio permiso para trabajar mayor

al 12.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 24.0% a veces no le dio permiso para trabajar mayor al 6.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 10.0% raras veces no le dio permiso para trabajar mayor al 8.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 18.0% nunca le dio permiso para trabajar menor al 62.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **le controla el tiempo**” se encontró que en las mujeres con SII el 26.0% siempre le controló el tiempo mayor al 8.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 26.0% casi siempre le controló el tiempo mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 32.0% a veces le controló el tiempo mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 6.0% raras veces le controló el tiempo menor al 14.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 10.0% nunca le controló el tiempo menor al 58.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

TABLA No 7

Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y variables de **violencia sexual** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital “Escuela” en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLES VIOLENCIA SEXUAL.	SII			
	PRESENTE		AUSENTE	
	No	%	No	%
NO SIENTE PLACER SEXUAL				
NUNCA	2	4.0	16	32.0
RARAS VECES	3	6.0	12	24.0
AVECES	23	46.0	10	20.0
CASI SIEMPRE	14	28.0	7	14.0
SIEMPRE	8	16.0	5	10.0
LA OBLIGA AL SEXO				
NUNCA	5	10.0	38	76.0
RARAS VECES	4	8.0	3	6.0
AVECES	30	60.0	7	14.0
CASI SIEMPRE	8	16.0	2	4.0
SIEMPRE	3	6.0	0	0.0
LA OBLIGA AL SEXO INDESEADO				
NUNCA	21	42.0	42	84.0
RARAS VECES	4	8.0	1	2.0
AVECES	20	40.0	5	10.0
CASI SIEMPRE	2	4.0	2	4.0
SIEMPRE	3	6.0	0	0.0

- Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia sexual “ **él no le ayuda a sentir placer sexual**” se encontró que en las mujeres con SII el 16.0% siempre él no le ayudó a sentir placer sexual mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 28.0.0% casi siempre él no le ayudó a sentir placer sexual mayor al 14.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 46.0% a veces no le ayudó a sentir placer sexual mayor al 20.0% de las

mujeres con otro diagnóstico. El 6.0.0% de las mujeres con SII raras veces él le ayudó a sentir placer sexual menor al 24.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 4..0% de las mujeres con SII nunca él le ayudó a sentir placer sexual menor al 32.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia sexual “ **la obliga a tener relaciones sexuales**” se encontró que en las mujeres con SII el 6.0% siempre la obligó a tener relaciones sexuales mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 16.0% casi siempre la obligó a tener relaciones sexuales mayor al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 60.0% a veces él la obligó a tener relaciones sexuales mayor al 14.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 8.0% de las mujeres con SII raras veces él la obligó a tener relaciones sexuales mayor al 6.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 10.0% de las mujeres con SII nunca él la obligó a tener relaciones sexuales menor al 76.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia sexual “ **la obliga al sexo indeseado**” se encontró que en las mujeres con SII el 6.0% siempre él la obligó al sexo indeseado mayor al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 4.0% casi siempre él la obligó a sexo indeseado igual al 4.0% de las mujeres con otro diagnóstico. En las mujeres con SII el 40.0% a veces él la obligó al sexo indeseado mayor al 10.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 8.0% de las mujeres con SII raras veces él la obligó al sexo indeseado menor

al 2.0% de las mujeres con otro diagnóstico. El 42.0% de las mujeres con SII nunca él la obligó al sexo indeseado menor al 84.0% de las mujeres con otro diagnóstico.

Para un mejor análisis se agruparon los ítems “siempre”, “casi siempre”, “a veces” y “raras veces” en la categoría “**otros**” para diferenciarlos de los sujetos que **nunca** experimentaron algún tipo de violencia, a continuación se presentan los resultados.

TABLA No 8

Relación entre el Síndrome de Intestino Irritable y variables de **violencia física** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital “Escuela” en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLE VIOLENCIA FISICA	SII PRESENTE		AUSENTE		OR (IC95%)	p
	No	%	No	%		
LA GOLPEA						
NUNCA	18	36.0	42	84.0	9.3(3.6 a 241.1)	0.0000
OTROS	32	64.0	8	16.0		
LA EMPUJA						
NUNCA	10	20.0	39	78.0	14.4 (5.4 a 37.1)	0.0000
OTROS	40	80.0	11	22.0		
LE JALA EL PELO						
NUNCA	18	36.0	42	84.0	9.3 (3.6 a 24.1)	0.0000
OTROS	32	64.0	8	16.0		
LA PELLIZCA						
NUNCA	29	58.0	43	86.0	4.4 (1.6 a 11.8)	0.0037
OTROS	21	42.0	7	14.0		
LA HIERE CON ARMA						
NUNCA	46	92.0	49	98.0	4.2 (0.4 a 39.5)	0.3587
OTROS	4	8.0	1	2.0		

Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia física “**la golpea**” se encontró que el 36.0% de las mujeres con SII nunca fue golpeada en comparación al 84.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 9.3 (IC 95% : 3.6 a 24.1) lo que significa que las mujeres con SII tenían 9.3 más posibilidades de ser golpeadas por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física “**la empuja**” se encontró que el 20.0% de las mujeres con SII nunca fueron empujadas en comparación al 78.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 14.4 (IC 95% : 5.4 a 37.1) lo que significa que las mujeres con SII tenían 14.4 más posibilidades de ser empujadas por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física “**la jala del pelo**” se encontró que el 36.0% de las mujeres con SII nunca fue jalada del pelo en comparación al 84.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 9.3 (IC 95% : 3.6 a 24.1) lo que significa que las mujeres con SII tenían 9.3 más posibilidades de ser jaladas del pelo por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física “**la pellízca**” se encontró que el 58.0% de las mujeres con SII nunca fue pellízcada en comparación al 86.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa

con una “p” de 0.0037 y OR de 4.4 (IC 95% : 1.6 a 11.8) lo que significa que las mujeres con SII tenían 4.4 más posibilidades de ser pellízcadas por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia física **“la hiere con arma”** se encontró que el 92.0% de las mujeres con SII nunca fue herida con arma en comparación al 98.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia no fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.3587 y OR de 4.2 (IC 95% : 0.4 a 39.5) lo que significa que las mujeres con SII tenían 4.2 más posibilidades de ser heridas con arma por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

TABLA No 9

Relación entre el Síndrome de Intestino Irritable y variables de **violencia patrimonial** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital “Escuela” en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLE VIOLENCIA PSICOLOGICA	SII		AUSENTE		OR (IC95%)	p
	PRESENTE		No	%		
	No	%	No	%		
LA CORRE DE CASA						
NUNCA	6	12.0	37	74.0	20.8(7.2 a 60.3)	0.0000
OTROS	44	88.0	13	26.0		
LA HACE SENTIR EXTRAÑA EN CASA						
NUNCA	2	4.0	31	62.0	39.1 (8.5 a 180.0)	0.0000
OTROS	48	96.0	19	38.0		
LE DICE QUE CASA Y MUEBLES SON DE EL						
NUNCA	9	18.0	38	76.0	14.4 (5.4 a 38.0)	0.0000
OTROS	41	82.0	12	24.0		
LE AYUDA CON GASTOS DE CASA						
NUNCA	3	6.0	0	0.0	0.0 (0.0 a 1.6)	0.2410
OTROS	47	94.0	50	100.0		
SE ENOJA Y NO PAGA GASTOS						
NUNCA	10	20.0	36	72.0	10.2 (4.0 a 26.0)	0.0000
OTROS	40	80.0	14	28.0		
LE QUITA DINERO						
NUNCA	7	14.0	37	74.0	17.4 (6.3 a 48.4)	0.0000
OTROS	43	86.0	3	26.0		

Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia patrimonial **“la corre de la casa”** se encontró que el 12.0% de las mujeres con SII nunca fue corrida de la casa en comparación al 74.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 20.8 (IC 95% : 7.2 a 60.3) lo que significa que las mujeres con SII tenían 20.8 más posibilidades de ser golpeadas por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial **“la hace sentir como extraña en la casa”** se encontró que el 4.0% de las mujeres con SII nunca él la hizo sentir como extraña en ña casa en comparación al 62.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 39.1 (IC 95% : 8.5 a 18.0) lo que significa que las mujeres con SII tenían 39.1 más posibilidades de sentirse extrañas en la casa por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial **“le dice que la casa y muebles son de él”** se encontró que el 18.0% de las mujeres con SII nunca él le dijo que la casa y muebles eran de él en comparación al 76.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 14.4 (IC 95% : 5.4 a 38.0) lo que significa que las mujeres con SII tenían 14.4 más posibilidades de decirle que la casa y muebles son de él por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial **“le ayuda con los gastos de la casa”** se encontró que el 6.0% de las mujeres con SII nunca fue ayudada con los gastos de la casa en comparación al 0.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia no fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.2410 y OR de 0.0 (IC 95% : 0.0 a 1.6) lo que significa que las mujeres con SII tenían 0.0 más posibilidades de ser ayudadas con los gastos de la casa por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **se enoja y no paga los gastos**” se encontró que el 20.0% de las mujeres con SII nunca él se enojó y no pagó los gastos de la casa en comparación al 72.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 10.2 (IC 95% : 4.0 a 26.0) lo que significa que las mujeres con SII tenían 10.2 más posibilidades de que su pareja se enoje y no pague los gastos que a las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia patrimonial “ **le quita dinero**” se encontró que el 14.0% de las mujeres con SII nunca él le quitó dinero en comparación al 74.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 17.4 (IC 95% : 6.3 a 48.4) lo que significa que las mujeres con SII tenían 17.4 más posibilidades de que su pareja le quite dinero que a las mujeres con otro diagnóstico.

TABLA No 10

Relación entre el Síndrome de Intestino Irritable y **variables de violencia psicológica** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital “Escuela” en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLE VIOLENCIA PSICOLOGICA	PRESENTE		SII		AUSENTE		OR (IC95%)	p
	No	%	No	%	No	%		
LA AMENAZA CON CUCHILLO O PISTOLA								
NUNCA	30	60.0	47	94.0	10.4(2.8 a 38.2)		0.0014	
OTROS	20	40.0	3	6.0				
LE HACE SENTIR MIEDO								
NUNCA	3	6.0	37	74.0	44.5 (11.8 a 168.1)		0.0000	
OTROS	47	94.0	13	26.0				
LE GRITA								
NUNCA	1	2.0	33	66.0	95.1(12.0 a 749.6)		0.0000	
OTROS	49	98.0	17	34.0				
LA INSULTA								
NUNCA	2	4.0	35	70.0	56.0(12.0 a 260.8)		0.0000	
OTROS	48	96.0	15	30.0				
SE ENOJA Y LA ENFERMA								
NUNCA	3	6.0	34	68.0	33.2 (8.9 a 123.3)		0.0000	
OTROS	47	94.0	16	32.0				
SE ENOJA AL NO TENER COMIDA PREPARADA								
NUNCA	2	4.0	28	56.0	30.5 (6.6 a 139.7)		0.0000	
OTROS	48	96.0	22	44.0				
NO LE DA PERMISO PARA TRABAJAR								
NUNCA	9	18.0	31	62.0	7.4 (2.9 a 18.6)		0.0000	
OTROS	41	2.0	19	38.0				
LE CONTROLA EL TIEMPO								
NUNCA	5	10.0	29	58.0	12.4 (4.2 a 36.6)		0.0000	
OTROS	45	90.0	21	42.0				

Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia psicológica “**la amenaza con cuchillo o pistola**” se encontró que el 60.0% de las mujeres con SII nunca fue amenazada con cuchillo o pistola en comparación al 94.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de

0.0014 y OR de 10.4 (IC 95% : 2.8 a 38.2) lo que significa que las mujeres con SII tenían 10.4 más posibilidades de ser amenazadas con cuchillo o pistola por su pareja que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “**le hace sentir miedo**” se encontró que el 6.0% de las mujeres con SII nunca él le hizo sentir miedo en comparación al 74.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 44.5 (IC 95% : 11.8 a 166.8) lo que significa que las mujeres con SII tenían 44.5 más posibilidades de que su pareja le haga sentir miedo que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “**le grita**” se encontró que el 2.0% de las mujeres con SII nunca él le gritó en comparación al 66.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 95.1 (IC 95% : 12.0 a 746.6) lo que significa que las mujeres con SII tenían 12.0 más posibilidades de que su pareja le grite que en las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “**la insulta**” se encontró que el 4.0% de las mujeres con SII nunca él la insultó en comparación al 70.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 56.0 (IC 95% : 12.0 a 260.0) lo que significa que

las mujeres con SII tenían 56.0 más posibilidades de que su pareja la insulte que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **él se enoja y la enferma**” se encontró que el 6 .0% de las mujeres con SII nunca él se enojó y la enfermó en comparación al 68.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 33.2 (IC 95% : 8.9 a 12.3) lo que significa que las mujeres con SII tenían 33.2 más posibilidades de que su pareja se enoje y ella se enferme que a las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **se enoja al no tener preparada la comida**” se encontró que el 4.0% de las mujeres con SII nunca él se enojó al no tener preparada la comida en comparación al 56.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 30.5 (IC 95% : 6.6 a 13.9) lo que significa que las mujeres con SII tenían 30.5 más posibilidades de que su pareja se enoje al no tenerle preparada la comida que en las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **no le da permiso para trabajar**” se encontró que el 18.0% de las mujeres con SII nunca él le dio permiso para trabajar en comparación al 62.0.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 7.4 (IC 95% : 2.9 a 18.6) lo que significa que las mujeres con

SII tenían 7.4 más posibilidades de que su pareja no le dé permiso para trabajar que en las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia psicológica “ **le controla el tiempo**” se encontró que el 10.0% de las mujeres con SII nunca él le controló el tiempo en comparación al 58.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 12.4 (IC 95% : 4.2 a 36.6) lo que significa que las mujeres con SII tenían 12.4 más posibilidades de que su pareja le controle el tiempo que las mujeres con otro diagnóstico.

TABLA No 11

Relación entre el Síndrome de Intestino Irritable y variables de **violencia sexual** en las usuarias del servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital “Escuela” en el período de noviembre 2013 a febrero de 2014.

VARIABLE VIOLENCIA SEXUAL	SII		AUSENTE		OR (IC95%)	p
	PRESENTE		No	%		
	No	%				
NO SIENTE PLACER SEXUAL						
NUNCA	2	4.0	16	32.0	11.2 (2.4 a 52.3)	0.0007
OTROS	48	96.0	34	68.0		
LA OBLIGA AL SEXO						
NUNCA	5	10.0	38	76.0	28.5 (9.2 a 88.1)	0.0000
OTROS	45	90.0	12	24.0		
LA OBLIGA AL SEXO INDESEADO						
NUNCA	21	42.0	42	88.0	7.2 (2.8 a 18.5)	0.0000
OTROS	29	58.0	8	16.0		

Fuente: Encuesta para la Detección de Violencia de Pareja contra La Mujer.

En relación a la variable de violencia sexual “**no le ayuda a sentir placer sexual**” se encontró que el 4.0% de las mujeres con SII nunca él la ayudó a sentir placer sexual en comparación al 32.0% de las mujeres con otro

diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0007 y OR de 11.2 (IC 95% : 2.4 a 52.3) lo que significa que las mujeres con SII tenían 11.2 más posibilidades de que su pareja no le ayude a sentir placer sexual que las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia sexual “**la obliga a tener relaciones sexuales**” se encontró que el 10.0% de las mujeres con SII nunca él la obligó a tener relaciones sexuales en comparación al 76.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 28.5 (IC 95% : 9.2 a 88.1) lo que significa que las mujeres con SII tenían 28.5 más posibilidades de que su pareja la obligue a tener relaciones sexuales que en las mujeres con otro diagnóstico.

En relación a la variable de violencia sexual “**la obliga a sexo indeseado**” se encontró que el 42.0% de las mujeres con SII nunca él la obligó a tener sexo indeseado en comparación al 88.0% de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa con una “p” de 0.0000 y OR de 7.2 (IC 95% : 2.8 a 18.5) lo que significa que las mujeres con SII tenían 7.2 más posibilidades de que su pareja la obligue a sexo indeseado que en las mujeres con otro diagnóstico.

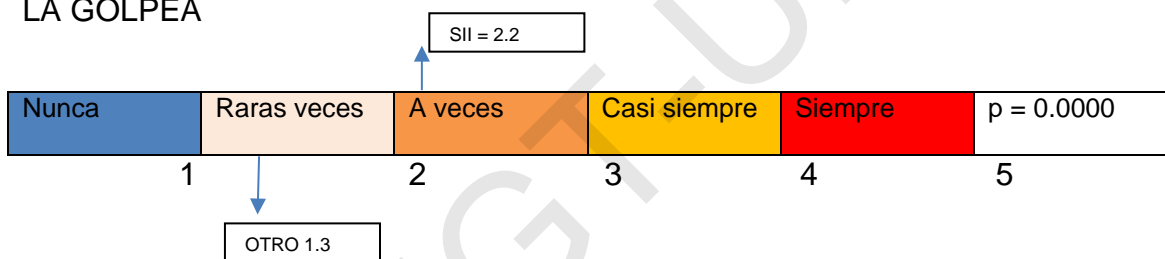
Cuando en la Tabla Tetracórica una de las casillas tenía un valor menor a 5, lo cual indica posibilidad de error, se decidió para confirmar los datos, asignarle a

la Escala Liker de la Encuesta para detección de violencia un Rango Potencial de 1 a 5. Los resultados se muestran a continuación.

GRAFICOS No 1

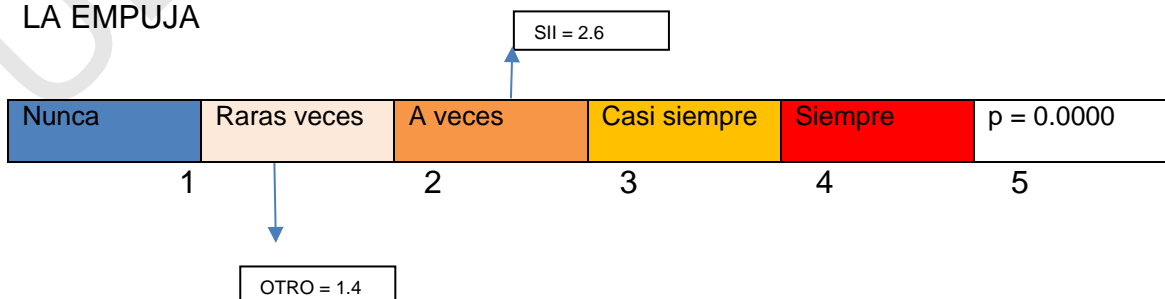
Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y las variables de **violencia física**, medidas a través de promedios (medias) y comparadas con las medias del grupo de mujeres con otro diagnóstico.

LA GOLPEA



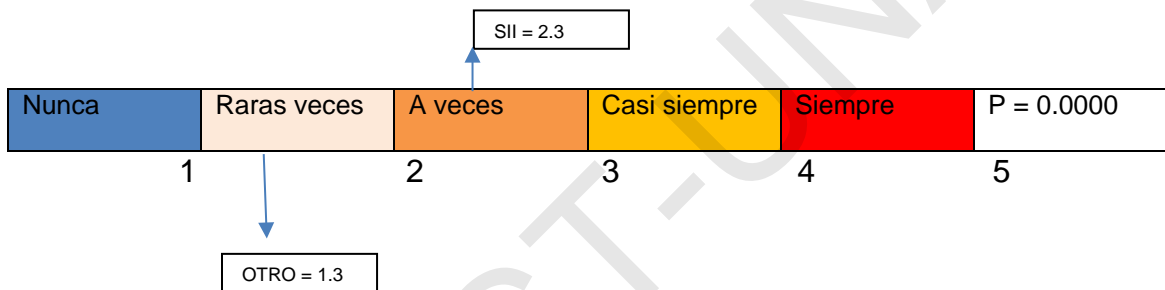
En relación a la variable de violencia física **la golpea** se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "a veces" (2.2) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.3) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas (p= 0.0000)

LA EMPUJA



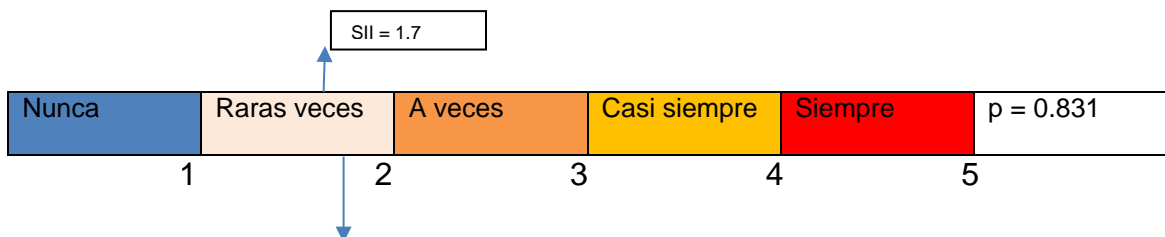
En relación a la variable de violencia física "**la empuja**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "a veces" (2.6) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.4) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

LE JALA PELO



En relación a la variable de violencia física "**le jala el pelo**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "a veces" (2.3) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.3) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

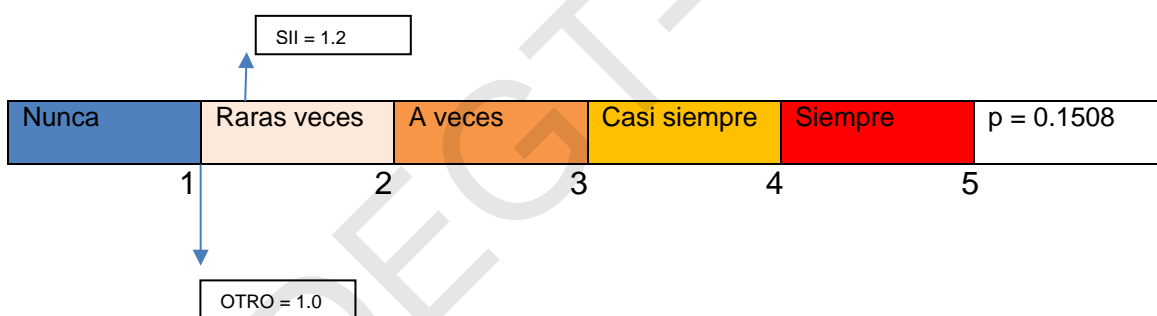
LA PELLIZCA



OTRO = 1.8

En relación a la variable de violencia física "**la pellizca**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "raras veces" (1.7) de la escala **menor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.8) en el ítem "raras veces", las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p= 0.831$)

LA HIERE CON ARMA

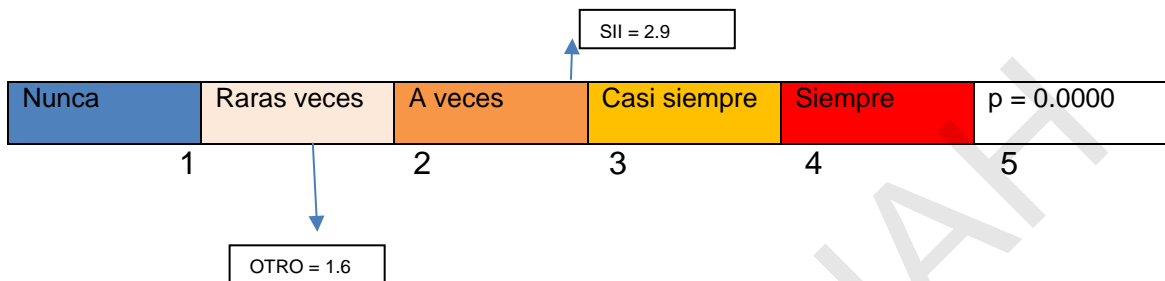


En relación a la variable de violencia física "**la hiera con arma**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "rara vez" (1.2) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico" (1.0) en el ítem "raras veces", las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p= 0.1508$).

GRAFICOS No 2

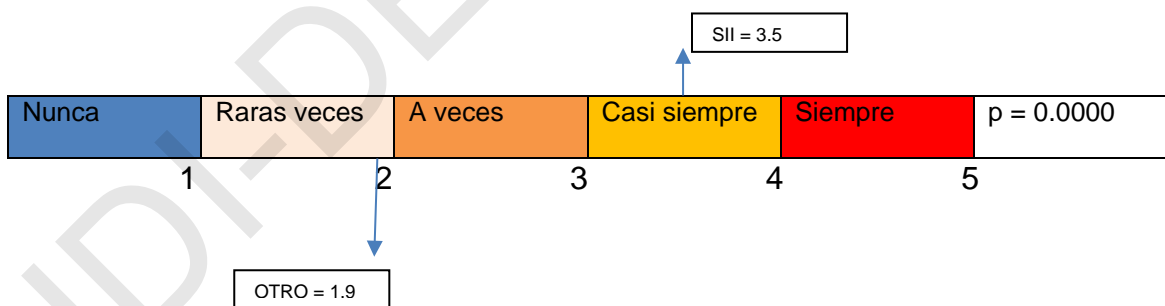
Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y las variables de **violencia patrimonial** medidas a través de promedios (medias) y comparadas con las medias del grupo de mujeres con otro diagnóstico.

LA CORRE DE LA CASA



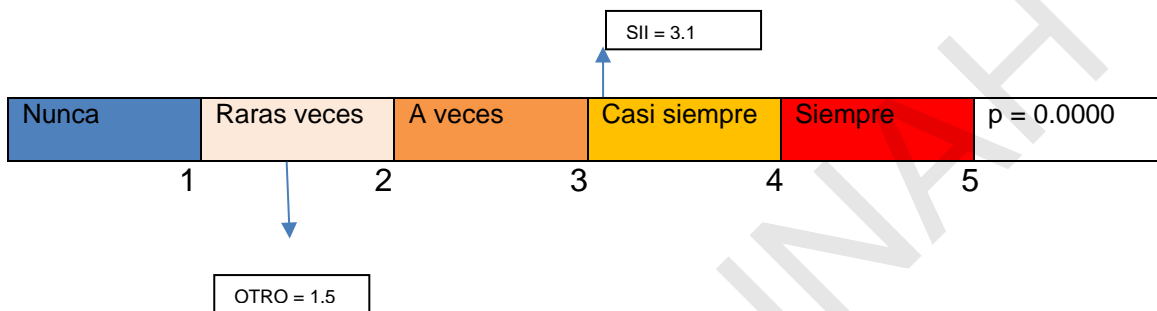
En relación a la variable de violencia patrimonial "**la corre de casa**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " a veces" (2.9) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico" (1.6) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

ÉL LA HACE SENTIR EXTRAÑA EN LA CASA



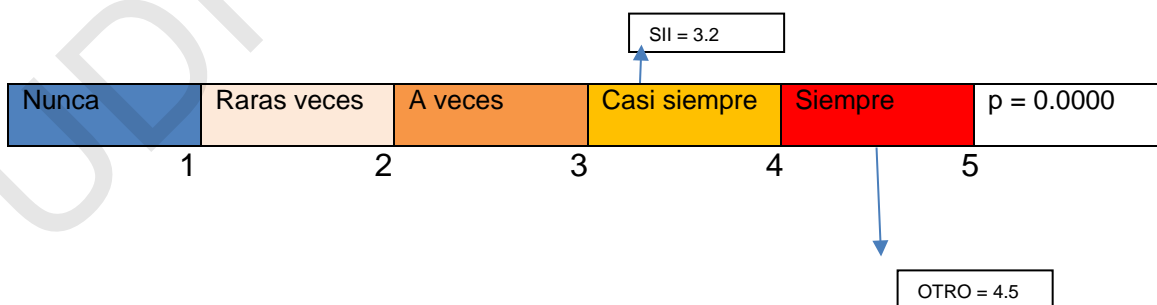
En relación a la variable de violencia patrimonial "**la hace sentir extraña en casa**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " casi siempre" (3.5) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.9) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$).

ÉL LE DICE QUE LA CASA Y MUEBLES SON DE EL



En relación a la variable de violencia patrimonial "**le dice que la casa y muebles son de él**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "casi siempre" (3.1) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.5) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas (p= 0.0000)

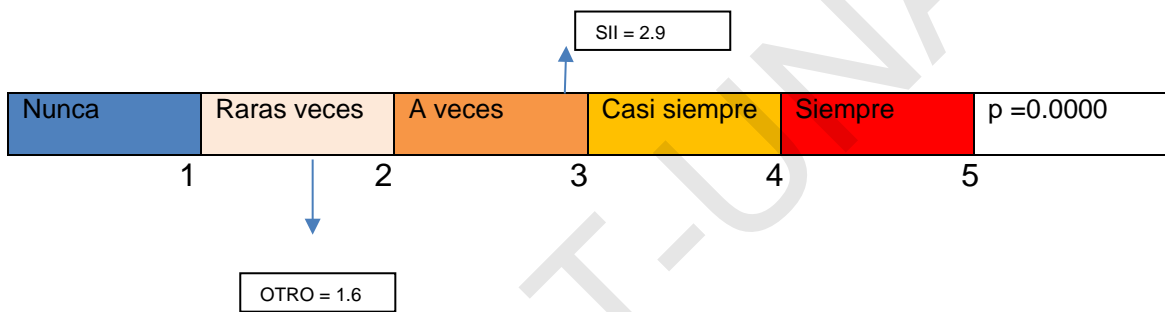
ÉL LE AYUDA CON LOS GASTOS DE LA CASA



En relación a la variable de violencia patrimonial, "**ayuda con los gastos de casa**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " casi siempre"

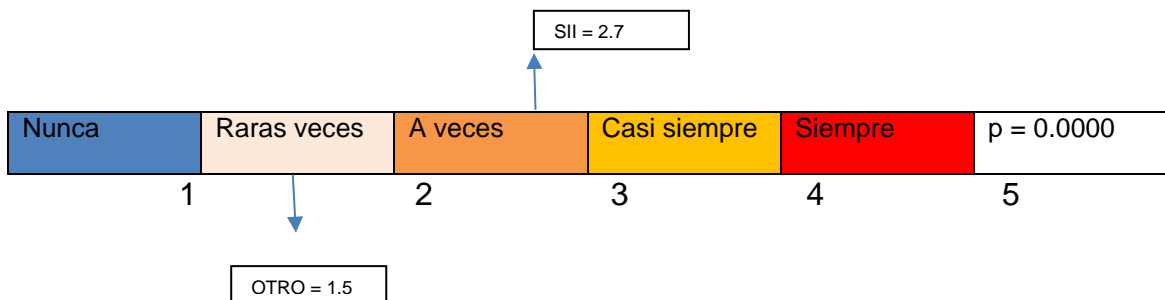
(3.2) de la escala, **menor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (4.5), las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$).

ÉL SE ENOJA Y NO PAGA LOS GASTOS DE LA CASA



En relación a la variable de violencia patrimonial " **él se enoja y no paga los gastos**" se encontró la media de las mujeres con SII en el item " a veces" (2.9) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.6) en el item "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

EL LE QUITA EL DINERO

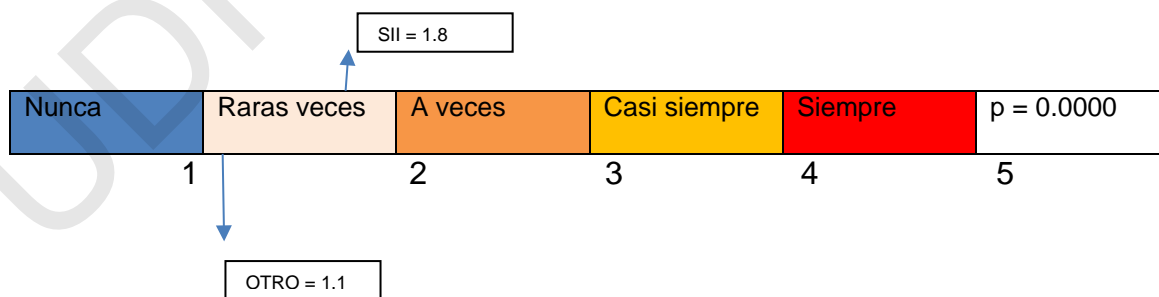


En relación a la variable de violencia patrimonial "**le quita el dinero**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " a veces" (2.7) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.5) en el ítem " raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

GRAFICOS No 3

Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y las variables de **violencia psicológica** medidas a través de promedios (medias) y comparadas con las medias del grupo de mujeres con otro diagnóstico.

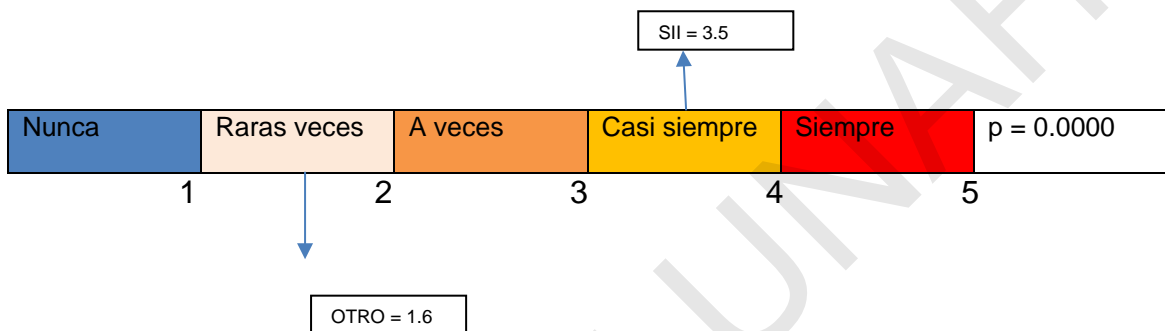
EL LA AMENAZA CON CUCHILLO O PISTOLA



En relación a la variable de violencia psicológica "**la amenaza con cuchillo o pistola**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " rara vez" (1.8) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.1) en el

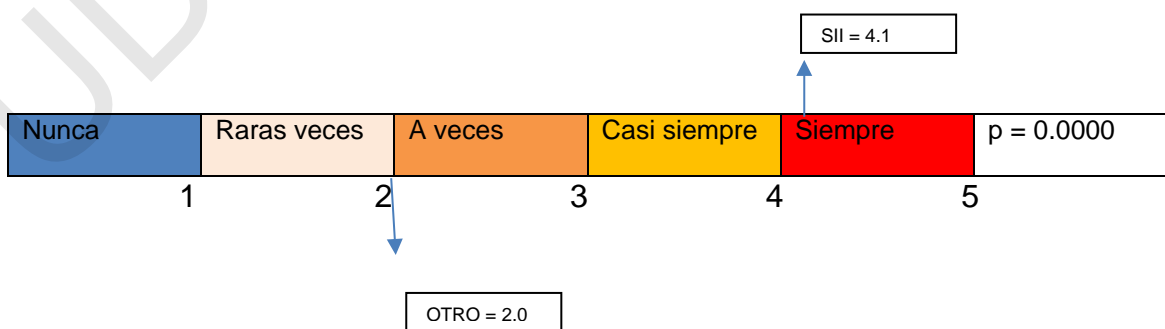
item "rara vez", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.0000$)

EL LE HACE SENTIR MIEDO



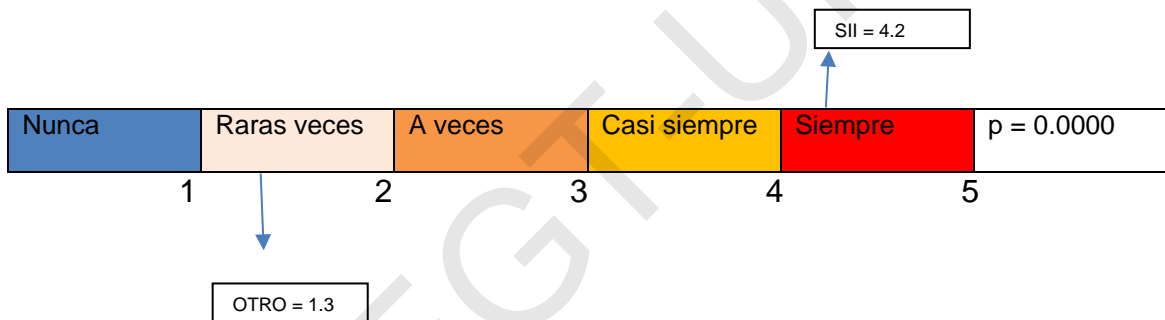
En relación a la variable de violencia psicológica "**le hace sentir miedo**" se encontró la media de la mujeres con SII en el item " casi siempre" (3.5) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.6) en el item "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.0000$)

ÉL LE GRITA



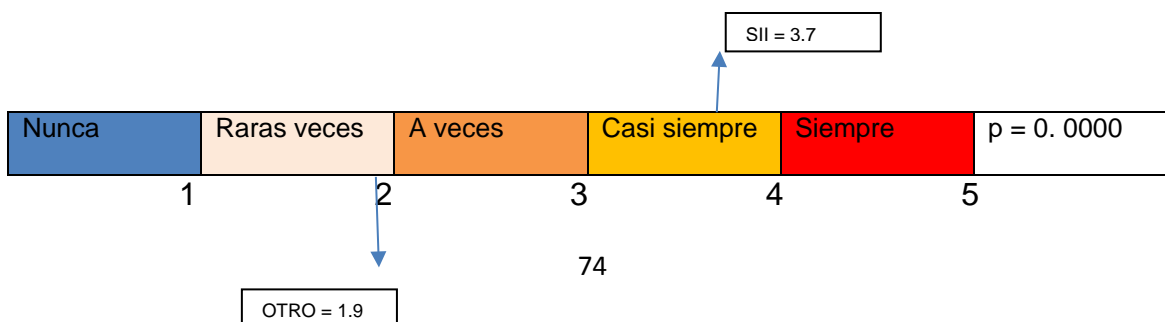
En relación a la variable de violencia de violencia psicológica "**le grita**" se encontró la media de las mujeres con SII en el item " siempre" (4.1) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (2.0) en el item "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

ÉL LA INSULTA



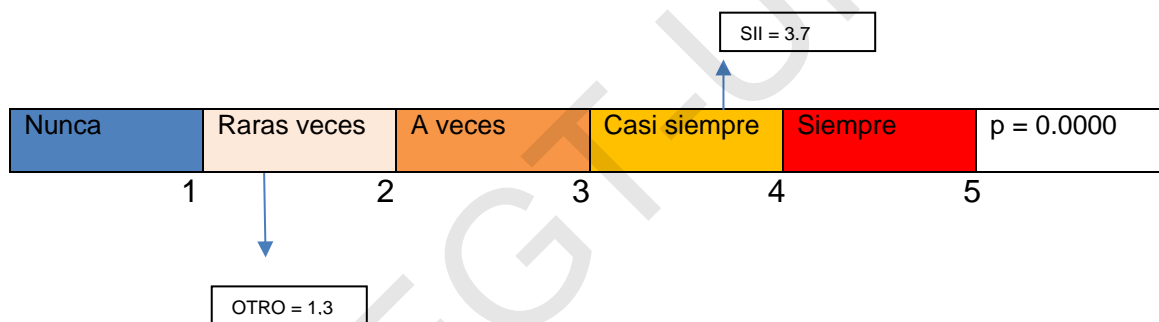
En relación a la variable de violencia psicológica "**la insulta**" se encontró la media de las mujeres con SII en el item " siempre" (4.2) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.3) en el item "rara vez", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

ÉL SE ENOJA Y LA ENFERMA



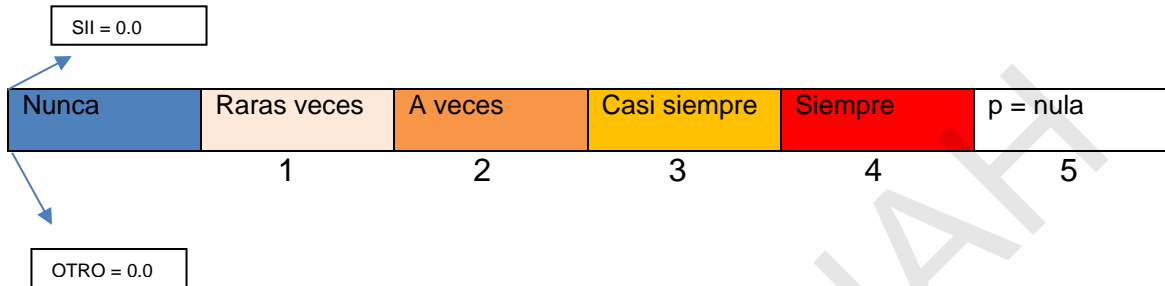
En relación a la variable de violencia psicológica "**él se enoja y la enferma**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " casi siempre" (3.7) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.9) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

ÈL SE ENOJA SI NO PREPARA LA COMIDA



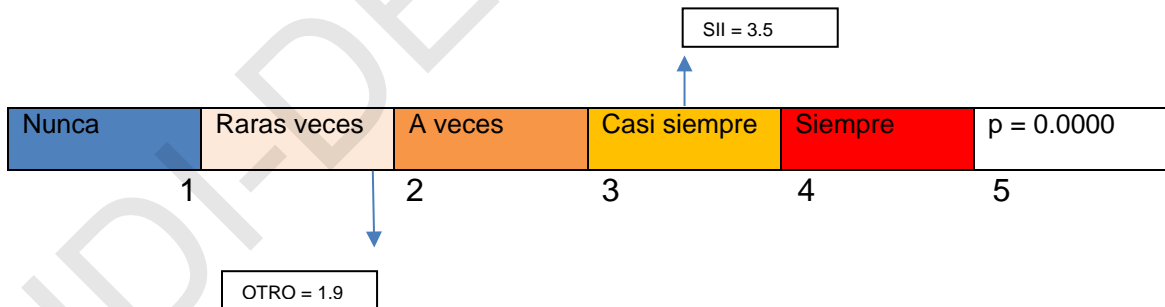
En relación a la variable de violencia psicológica "**él se enoja si no le prepara la comida**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " siempre" (3.7) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.3) en el ítem "raras veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

EL NO LE DA PERMISO PARA TRABAJAR



En relación a la variable de violencia psicológica "**no le da permiso para trabajar**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "nunca" (0.0) de la escala **igual** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (0.0), con una P=nula.

ÉL LE CONTROLA EL TIEMPO

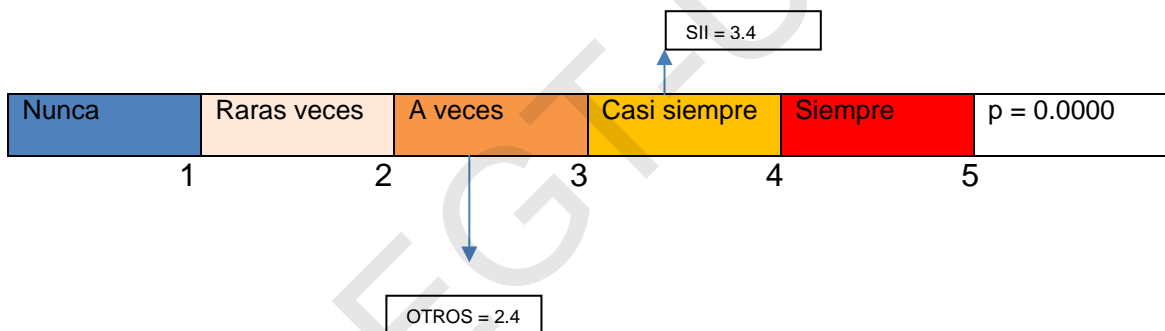


En relación a la variable de violencia psicológica "**le controla el tiempo**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem "casi siempre" (3.5) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.9) en el ítem "rara vez", las diferencias fueron estadísticamente significativas (p= 0.0000)

GRAFICOS No 4

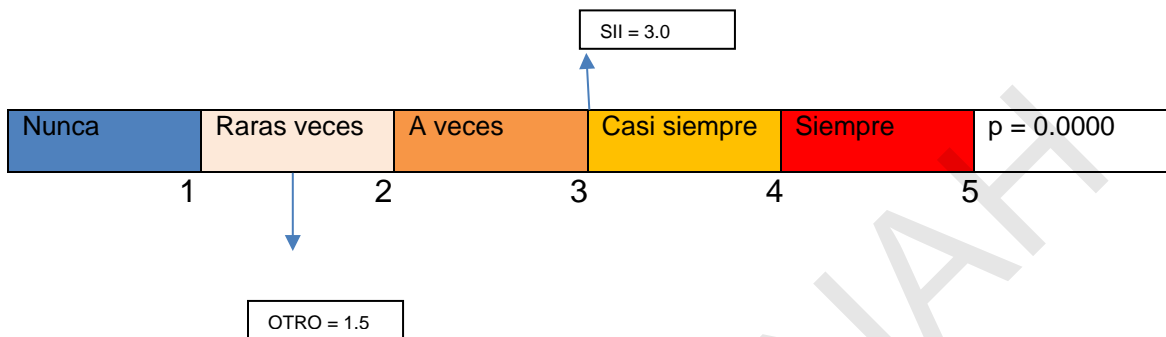
Relación entre el Síndrome de Intestino Irritable y las variables de **violencia sexual** medidas a través de promedios (medias) y comparadas con las medias del grupo de mujeres con otro diagnóstico.

ÉL NO LE AYUDA A SENTIR PLACER SEXUAL



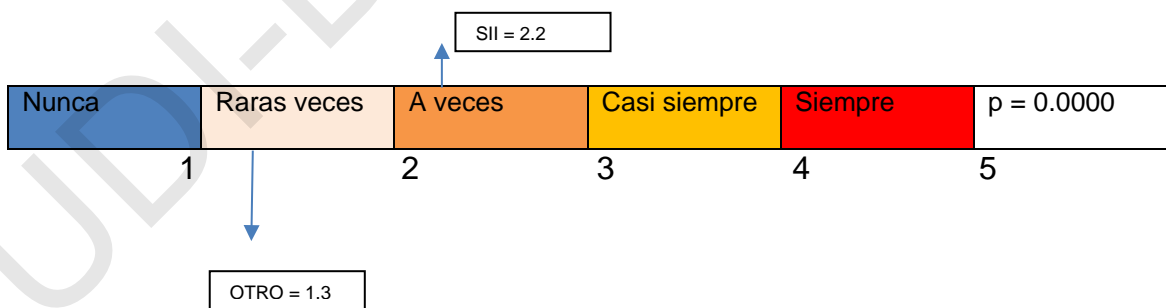
En relación a la variable de violencia sexual " él no le ayuda a sentir placer **sexual**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " casi siempre" (3.4) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (2.4) en el ítem "a veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas (p= 0.0000)

ÉL LA OBLIGA A TENER SEXO



En relación a la variable de violencia sexual "**la obliga a tener sexo**" se encontró la media de las mujeres con SII en el ítem " a veces" (3.0) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.5) en el ítem "a veces", las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p= 0.0000$)

EL LA OBLIGA A TENER SEXO INDESEADO



En relación a la variable de violencia sexual "**él la obliga a tener sexo indeseado**" se encontró la media del grupo de mujeres con SII en el ítem " a

veces" (2.2) de la escala, **mayor** a la media de las mujeres con otro diagnóstico (1.3), las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.0000$).

UDI-DEGT-UNAH

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se señalarán los resultados más relevantes en este estudio, haciendo énfasis en cómo se refleja la asociación entre padecer el Síndrome de Intestino Irritable y haber experimentado algún tipo de violencia por parte de la pareja en las mujeres usuarias del servicio de gastroenterología . Los datos de esta investigación incluyen la frecuencia y el tipo de violencia experimentada por estas mujeres, lo cual es importante para demostrar que la violencia contra la mujer no sólo es un problema social, sino que también un problema que enferma a las mujeres corroborándose el concepto de la integración psico-bio-social.

El interés fue, probar la existencia de un vínculo entre violencia y salud, tratando de ver lo que quedaba escondido tras una sintomatología difusa del SII, en el cual no se reconoce una situación de agresión en el ámbito familiar.

En relación a las **variables sociodemográficas** la media de edad de las mujeres con SII fue de 44.8 años comparada con la media del grupo de mujeres con otro diagnóstico que fue de 42.4 años, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0.26$) por lo que ambos grupos son comparables entre sí, dicho dato se pudo comparar con otros estudios, los cuales establecieron que los grupos por edad de prevalencia en mujeres agredidas osciló entre los 35 y 45 años. (Ellsberg 1999).

Esto correlaciona con los resultados obtenidos en cuanto a la media de vida en pareja en años que en las mujeres con SII fue de 17.5 y de 20.3 en el grupo con otro diagnóstico, siendo ambos grupos comparables ya que las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.2$), la estratificación por grupos etarios y tiempo en años en vida de pareja puede mostrar que las mujeres más jóvenes tienen mayores probabilidades de haber abandonado una relación abusiva en un período de 4 a 5 años, comparado con mujeres entre los 35 y 49 años (Ellsberg 2008) , a las cuales les toma un promedio de 25 años o más separarse de su pareja, así el 50% de las mujeres jóvenes entre las edades de 15 a 25 años dejan las relación. Esto indica que las mujeres jóvenes tenían menos probabilidades de tolerar el maltrato que las mayores.

Es relevante el hecho de que el 92.0% de las mujeres con SII solamente tenían estudios en la escuela primaria asociado con el 70.0% que tenían como única ocupación ser amas de casa. Estos datos confirman la Teoría de Género la cual establece que en la medida que la mujer queda confinada al espacio doméstico, experimenta falta de respeto por parte de su pareja, pierde su identidad y está más sujeta a las agresiones.

Estudios de prevalencia en Brasil, de mujeres sobrevivientes de violencia, establecen que solo el 8.7 % tenían estudios universitarios y que el 74.5% estudios primarios (Berquó 2000), por lo que se infiere que entre más alta es la escolaridad menor es la violencia que se ejerce, pues los estudios proveen a la mujer recursos de empoderamiento y valorización social ya que una alta

escolaridad disminuye la tendencia de reducir a la mujer a un rol estrictamente reproductivo.

También la baja escolaridad y ocuparse solamente en las actividades domésticas trae la consecuencia de un trabajo no remunerado y la dependencia económica de la mujer. Ya se ha evidenciado que la dependencia económica es un factor de riesgo para que la mujer sea violentada. Por todo lo anterior se podría establecer que los resultados obtenidos en el presente estudio confirman que factores socioeconómicos y demográficos de las mujeres con SII son indicadores de alto riesgo para ser violentadas por su pareja.

En cuanto a la **violencia de tipo físico** se sabe que es el núcleo constitutivo de la fuerza y el poder. Los resultados obtenidos evidencian que las mujeres con SII experimentaron en mayores porcentajes violencia física que las mujeres con otro diagnóstico. Seis de cada diez mujeres con SII fue golpeada por su pareja en comparación con tres de cada diez de las mujeres con otro diagnóstico lo que significa que las mujeres con SII tenían 9.3 más posibilidades de ser golpeadas. La diferencia fue estadísticamente significativa.

Ocho de cada diez de las mujeres con SII fueron empujadas por su pareja comparadas con las dos de cada diez del grupo con otro diagnóstico lo que significa que existen 9.2 más posibilidades de que fueron empujadas por su pareja en comparación con 2 mujeres de cada diez del grupo con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa, de igual forma seis

de diez mujeres con SII fueron jaladas del pelo comparada a una de cada diez en el grupo con otro diagnóstico con 9.3 más posibilidades en las mujeres con SII de ser jaladas del pelo por su pareja, la diferencia fue estadísticamente significativa.

En cuanto a la variable la pellízca en las mujeres con SII cuatro de diez fueron pellizcadas en comparación de una de diez en el grupo con otro diagnóstico con 4.4 más posibilidades de que las mujeres con SII fueran pellizcadas por su pareja. La diferencia fue estadísticamente significativa .

Ser golpeada, empujada, pellizcada o jalada del pelo como formas de violencia física genera en la mujer temor permanente e inestabilidad emocional, este estrés mantenido a diario va a transformarse en enfermedades.

En cuanto a la variable “la hiere con arma” los resultados son significativamente más bajos en comparación con las otras variables, casi una de diez mujeres con SII y dos de diez en el grupo con otro diagnóstico. Se puede inferir que este resultado se debe a que existe evidencia de que la mayoría de las mujeres no denuncia la lesión con armas porque esto puede implicar consecuencias legales.

Las mujeres tienden mucho a expresar excusas comunes como : “me da pena”, “es que lo quiero”, “si no fuera por los hijos”. Estudios cuantitativos para obtener datos de prevalencia del maltrato hacia la mujer establecen que un 26% de las mujeres reconoció haber vivido en situaciones de este tipo de violencia,

señalando que es posible que haya un ocultamiento y que dicha cifra sea mayor (Ferreira 1992).

En relación a las variables de **violencia patrimonial** o económica los resultados manifiestan que las mujeres con SII experimentaron en mayor porcentaje este tipo de violencia que las mujeres con otro diagnóstico.

Este tipo de violencia son las medidas tomadas por el agresor u omisiones que afectan la sobrevivencia o bienestar de la mujer y los hijos e hijas, o el despojo de los bienes personales o de la sociedad en pareja.

Ocho de cada diez mujeres con SII fueron corridas de la casa por su pareja en comparación con dos de cada diez del grupo con otro diagnóstico, con 20.8 más posibilidades de ser corridas de la casa por su pareja en las mujeres con SII. La diferencia fue estadísticamente significativa .

Casi el cien por ciento de mujeres con SII su pareja les hizo sentir extrañas en su casa comparadas con un tercio del grupo con otro diagnóstico. Significativamente las mujeres con SII tuvieron 39.1 más posibilidades de sentirse extrañas en casa debido a la agresión psicológica de su pareja. La diferencia fue estadísticamente significativa .

En cuanto a la variable “le ayuda con los gastos de la casa” , casi el cien por ciento de las mujeres con SII fueron ayudadas en los gastos de la casa en comparación con el cien por ciento de las mujeres con otro diagnóstico, la diferencia fue estadísticamente significativa.

Ocho de diez mujeres con SII acusaron que cuando su pareja se enojaba, éste dejaba de pagar los gastos de la casa, comparado con dos de cada diez de las mujeres con otro diagnóstico, existió 10.2 más posibilidades de que las parejas de las mujeres con SII no pagaran los gastos de la casa al enojarse; la diferencia fue estadísticamente significativa, también ocho de cada diez de las mujeres con SII reveló que su pareja le quitaba el dinero en comparación con dos de cada diez de las mujeres con otro diagnóstico la diferencia fue estadísticamente significativa así mismo existieron 17.4 más posibilidades en las mujeres con SII de que su pareja le haya quitado el dinero, lo que coincide con la revisión teórica de que la violencia también incluye la negación a cubrir cuotas alimenticias o gastos básicos.

La violencia psicológica corresponde a la ritualización que pretende demostrar la existencia del control del hombre. Los resultados también reflejan que las mujeres con SII experimentaron en un mayor porcentaje este tipo de violencia que las mujeres con otro diagnóstico.

Cuatro de cada diez mujeres con SII fueron amenazadas con cuchillo o pistola en cambio las mujeres con otro diagnóstico fueron seis de diez, las mujeres con SII tuvieron 10.4 más posibilidades de ser amenazadas con pistola o cuchillo por su pareja, la diferencia fue estadísticamente significativa.

Nueve de diez mujeres con SII sintieron miedo de su pareja comparado con dos de diez del grupo de mujeres con otro diagnóstico con 14.5 más

posibilidades en las mujeres con SII de sentir miedo por su pareja, la diferencia fue estadísticamente significativa. Nueve de cada diez mujeres con SII su pareja les gritó con 95.1 más posibilidades de que su pareja le grite comparadas con tres de cada diez mujeres con otro diagnóstico, con una diferencia estadísticamente significativa. Casi el cien por ciento de las mujeres con SII fueron insultadas por su pareja con 95.1 más posibilidades de que su pareja la insultara comparado con un tercio del grupo control, la diferencia fue estadísticamente significativa. Nueve de cada diez mujeres con SII se sintieron enfermas cuando su pareja se enojaba con 33.2 más posibilidades de que esto les ocurriera en comparación con tres de cada diez en el grupo que tiene otro diagnóstico, las diferencias fueron estadísticamente significativas. También nueve de cada diez mujeres con SII refirió que su pareja se enojaba al no tener preparada la comida comparado con cuatro de diez del grupo con otro diagnóstico, las mujeres con SII tenían 30.5 más posibilidades de que su pareja se enojara por no tener lista la comida a tiempo, la diferencia fue estadísticamente significativa.

En relación a la variable “no le da permiso para trabajar” ocho de diez mujeres con SII reportó que no tuvo permiso para trabajar en comparación a tres de diez mujeres del grupo con otro diagnóstico, con 7.4 más posibilidades en las mujeres con SII de que su pareja no le diera permiso para trabajar la diferencia fue estadísticamente significativa. Nueve de diez mujeres con SII fueron controladas en el tiempo por su pareja con 95.1 más posibilidades de que su

pareja la controlara con el tiempo, comparado con cuatro de diez mujeres con otro diagnóstico.

Los resultados en cuanto a la violencia psicológica concuerdan con lo establecido por la OMS acerca de las características comunes que acompañan el acto violento como no obedecer al hombre, no tener preparada la comida a tiempo y salir sin permiso. La violencia psicológica puede ser aún más dañina para la salud de las mujeres, la OMS (2003) demuestra que este tipo de violencia tiene un impacto negativo en la salud de las mujeres de un 20 y 25 %. La violencia psicológica ha crecido unos 19 puntos porcentuales mayor al 12.9 % que las lesiones físicas, este dato se obtuvo de estudios de prevalencia realizados en Brasil obteniendo los porcentajes de todas las quejas atendidas en las delegaciones de defensa de la mujer por un período de 4 años en la ciudad de Sao Paulo.(Berquó 1999).

Se puede argumentar que debido a las nuevas legislaciones que penalizan la violencia, los hombres tienen más cuidado de ejercerla, sin embargo son más proclives a la agresión psicológica. (Berquó 2003).

En relación a la dimensión de **violencia sexual** por parte de la pareja, ésta ha sido vista como un tabú, este tipo de violencia genera mucha angustia, temor y vergüenza de reconocerlo, porque la mujer la vive como la peor de las denigraciones siendo muy común que el episodio de violencia física culmine con una violación sexual.

Los datos obtenidos revelaron que nueve de diez mujeres con SII su pareja no le ayudó a sentir placer sexual comparadas con las seis de diez del grupo control, con 11.2 más posibilidades de no sentir placer en las mujeres con SII que las mujeres con otro diagnóstico, de la misma manera nueve de cada diez mujeres con SII fueron obligadas a tener relaciones sexuales en comparación con las dos de cada diez de las mujeres con otro diagnóstico y las mujeres con SII tuvieron 28.5 más posibilidades de ser obligadas a tener relaciones sexuales que las mujeres con otro diagnóstico.

Cinco de diez mujeres con SII fueron obligadas a posiciones sexuales y manoseos indeseables comparadas con una de cada diez de las mujeres con otro diagnóstico con 7.2 más posibilidades en las mujeres con SII de ser obligadas a posiciones sexuales y manoseos indeseables.

Estos resultados están relacionados con lo analizado en la teoría en donde se verifica que las mujeres están sometidas a los mandatos del hombre, incluso los de tipo sexual sin considerar su propia satisfacción y que una de las características o circunstancias comunes que acompañan el acto violento es la negación, por parte de la mujer a tener relaciones sexuales (OMS 2003).

Al evaluar los datos obtenidos en el presente estudio se podría argumentar que existe una predisposición en las mujeres que sufren algún tipo de violencia de parte de su pareja a presentar una variedad de síntomas físicos convirtiéndose en pacientes polisintomáticas. Esta sintomatología está asociada con la

experiencia de vivir en situaciones de estrés extremadamente prolongadas, peor incluso que el trastorno de estrés post traumático, porque en la situación de violencia o trauma no se termina, sino que es permanente y constante, en donde la vida misma es una amenaza, esto explica la generación de tantos problemas de tipo gastrointestinal.

Estudios realizados por el CIDEM y la Red de Mujeres/Prodesep en 10 Estados de la república de México evidenciaron las prevalencias generales de los daños a la salud en las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja con los siguientes resultados en enfermedades gastrointestinales funcionales (EGF) : gastritis 34.5, estreñimiento 23.9 y en el SII con una frecuencia de 86.(Garcia 1999) Estos datos se pueden comparar con los obtenidos en el presente estudio con los porcentajes del grupo de mujeres con otro diagnóstico en donde se aprecia que la gastritis tiene 38.4% y el estreñimiento 30.8%.

En 2008 en un estudio epidemiológico prospectivo en población abierta de 2,925 mujeres que solicitaron consulta por alguna molestia del aparato digestivo, 608 casos resultaron con SII , en una frecuencia de 20.78 %en la ciudad de México y Veracruz, y se evidenció una asociación del 32 al 44 % de que estas mujeres habían experimentado abuso físico y/o sexual.(Córdova 2008)

También se conoce que el 60% de las mujeres con SII refieren síntomas producto del estrés como ansiedad, depresión y ataques de pánico, por lo que el estrés psicológico y físico influyen notablemente en la aparición y

exacerbación de los síntomas intestinales. Entonces el factor emocional como condicionante, ubicando al estrés como única explicación para padecer SII.

Por tanto con los resultados obtenidos se puede verificar cómo la violencia de pareja afecta la salud de la mujer, y en forma particular se podría inferir que existe una relación o asociación entre la violencia de pareja y el padecimiento del Síndrome Intestino Irritable, trastorno que se presenta con características de dolencias físicas pero que tiene su origen en el campo de la salud mental y el impacto del estrés al vivenciar los ciclos de violencia de pareja, de tal forma que se evidencian síntomas y características bio-psico-somáticos reconocidos.

Este estudio es importante para promover modelos de atención integral en salud, ya que en estos casos el tratamiento médico podría ser infructuoso, pues el motivo de consulta no tiene origen orgánico sino ocasionado por un alto nivel de tensión (violencia) al que se ve la mujer constantemente sometida.

La puerta de entrada para identificar, diagnosticar y brindar soluciones a las situaciones de violencia debería ser la atención en salud. Sin embargo, el modelo biomédico ha provocado que esta atención y la práctica profesional en materia de salud sea restrictiva y se ubique fuera del contexto psico- social.

De esta manera, a pesar del profundo impacto de la violencia en la salud de las mujeres, casi nunca se visualiza como un tema de salud pública, con una insuficiente preparación del personal, por ejemplo, no se adiestran a los médicos, psiquiatras o psicólogos(as) de forma tal de auscultar este asunto y

tomar medidas necesarias para ofrecer un servicio que responda a las necesidades de las mujeres. Es manifiesto que en los servicios de consulta externa de gastroenterología en el Hospital Escuela no se detectan las señales que están indicando la existencia de sobrevivientes de violencia entre las mujeres, no existe en la hoja de registro diario de atenciones (ATAS) de la Secretaria de Salud un control formal o ficha que verifique esta situación, por lo cual el médico no está obligado a hacerlo constar en el expediente clínico, además el departamento de cómputo del Hospital Escuela y a nivel central de la Secretaria de Salud solamente llevan control estadístico del número de ingresos y egresos hospitalarios quedando fuera el registro de las atenciones en la consulta externa, lo que patentiza un retardo y limitaciones en la gerencia de los servicios de salud para integrar el género en sus agendas. Como no se diagnostica ni se registra la violencia contra la mujer, existen insuficientes indicadores que midan la relación existente entre género, violencia y enfermedades gastrointestinales funcionales. La consecuencia es que se puede desarrollar en las usuarias una dependencia a los hospitales y a los fármacos, y las mujeres no reciben atención y orientación inmediatas, de tal forma que no pueden enfrentar el problema de violencia desde el comienzo, cronificando sus padecimientos físicos y psicológicos, con un alto impacto económico en costos para el Estado y las familias.

VII. CONCLUSIONES

Las mujeres que asisten al servicio de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Escuela con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable tienen una media de edad de 44.8 años con una media de vida en pareja de 17.5 años y una media de 4 hijos. El 26% están casadas y el 74% en unión libre, en cuanto a la escolaridad casi el cien por ciento sólo tienen estudios primarios, y el 70 % son amas de casa. Todas estas mujeres han sido sometidas a violencia de tipo física, psicológica, patrimonial y sexual de parte de su pareja.

La violencia de pareja contra las usuarias con Síndrome de Intestino Irritable se manifiesta mayormente a nivel psicológico y sexual , y en menor frecuencia la de tipo físico y patrimonial. Existió un mayor riesgo de ser violentadas en las mujeres con SII en comparación con las mujeres con otro diagnóstico.

El Síndrome de Intestino Irritable es una de las enfermedades gastrointestinales funcionales, con una serie de síntomas bio-psico-somáticos reconocidos que no tienen origen orgánico. Se manifiesta que el estrés producido por la violencia doméstica puede ser un desencadenante para experimentar SII

La mayoría de las y los prestatarios en salud han sido formados en el modelo de atención biomédico y no han desarrollado la conciencia ni el compromiso de

trabajar hacia la promoción de una atención integral , no existe un compromiso por erradicar la discriminación y la violencia contra la mujer y el desarrollo de una atención multidisciplinaria en un modelo biopsicosocial.

Se evidencia que existe un subregistro del fenómeno de la violencia contra las mujeres lo cual es indicativo de que no se reconoce el maltrato como un problema social y de salud pública de primera magnitud.

VIII. RECOMENDACIONES

El presente estudio puede ayudar a promover la atención a la mujer maltratada desde un punto de vista integral psicobiosocial. Se hace necesario incorporar la categoría de análisis de género para el abordaje de las atenciones.

El abordaje de las atenciones de las sobrevivientes de violencia requiere de un mayor esfuerzo para aumentar el registro diario de todos los casos detectados ya sean constitutivos o no de delito, al mismo tiempo promover la detección temprana para mejorar la capacidad de intervención junto al propósito de que el médico lo haga constar en la historia clínica o expediente.

Implementar un mecanismo por el cual los médicos gestionarían la atención y derivación a servicios de apoyo en psicología, organizaciones que promueven los derechos de las mujeres, asesoría legal, grupos de apoyo o psicoterapéuticos, etc., fortaleciendo una red de trabajo multidisciplinario que pueda facilitar el flujo de interconsultas.

Cooperar con información y asesoría para que las currículas de estudios incluyan temas de género, violencia y herramientas metodológicas de

intervención, sobre todo en las materias de salud pública, higiene mental y psicosomática en la carrera de medicina.

Evaluar el nivel de responsabilidad de los servicios en la capacitación de los recursos humanos de la Secretaria de Salud, los cuales carecen del conocimiento básico de la dinámica de la violencia contra las mujeres y la falta de sensibilidad para detectar dichos problemas en la atención sanitaria.

A través de técnicas de psicoeducación, ayudar a las mujeres con diagnóstico de enfermedades gastrointestinales funcionales y que asisten al servicio de gastroenterología en la consulta externa del Hospital Escuela a ser conscientes de que la violencia es un elemento que afecta su salud y que está asociada a su padecimiento

IX. BIBLIOGRAFIA

Burijovich, J. (1998). *Estudio Epidemiológico de Sintomatología Mental*. Córdoba, Córdoba, Argentina: Dirección General de Salud Mental.

1. E. Calvin. (2001). Salud Mental y Violencia. *Cuadernos Mujer-Salud*.
2. E., Goode (22 de diciembre de 2003). El Estrés. *The New York Times*.
3. E., Mayer (1999). *Emerging Disease Model for Funcional Gastrointestinal Disorders*. London: Academic Press Inc.
4. Ellsberg M., H. L. (2008). *Investigando La Violencia contra las Mujeres*. Organización Mundial de la Salud.
5. F., Núñez (1987). *Psicología Médica*. La Habana: Pueblo y Educación.
6. G., Batres (1998). *Manual para Terapéutas-Tratamiento Grupal Sobrevivientes*. San José: Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas.
7. H., Kaplan (1999). *Sinopsis de Psiquiatria*. Madrid: Panamericana.
8. I., Rodriguez (2001). Reflexiones en torno a la necesidad de un Enfoque Integral. *Cuadernos Mujer-Salud*, 46-49.
9. I., Sarason (2006). *Psicopatología*. Mexico: Pearson Educación.
10. I., Vera (1996). Atención Multidisciplinaria de Mujeres Agredidas. *Cuadernos Mujer Salud*, 80-84.
11. J., Bujorovich(2001). malestar Psicológico, Factores psicosociales y Servicios de Salud. *Cuadernos Mujer-salud*, 16-23.
12. J., De la Fuente. (2011). *Salud Mental y Medicina Psicológica*. Mexico: McGraw-Hill.
13. J., Whitehead (1997). *Irritable Bowel Syndrome Gastroenterology*. London: Academic Press Inc.
14. K., Kendall (2000). Physiological Correlates of Childhood Abuse : Depression and Irritable Bowel Syndrome. *6th International family Violence Research Conference* (pág. 10). Durham: Pergamon.
15. L., Peskin (1997). *Relatos de Psicósomática*. Madrid: McGraw-Hill.

16. M, Ellsberg (1999). Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*.
17. M., Calvin (2001). Género, Salud Mental y Violencia. *Cuadernos Mujer Salud*, 90-95.
18. M., Foucault (1996). *Historia de la Sexualidad*. Mexico: Siglo XXI.
19. M., Kennedy (1999). *Violencia Intrafamiliar*. Tegucigalpa: Organización Panamericana de la Salud.
20. Maldonado, A. (2003). Tratamiento de un caso de Colon Irritable. *Alborán*.
21. P., Díaz (8 de agosto de 1999). El Estrés Impacta más a las Mujeres. *El Mercurio*.
22. P., Gómez (1997). *Bases Psiconeuroinmunológicas*. Madrid: McGraw-Hill.
23. R, Brizuela (1996). *Síndrome de Intestino Irritable*. La Habana: Instituto Superior de Medicina Militar.
24. R., Ardila (2010). *Psicología Fisiológica*. Mexico: Trillas.
25. R., Fonseca(1997). *Mujeres en Cifras*. Tegucigalpa: Centro de Derechos de Mujeres.
26. R., Gross (2012). *Psicología*. Mexico: Manual Moderno.
27. R., Sampieri (2004). *Metodología de Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
28. S., Larraín (2001). Violencia e Impacto en la Salud Integral. *Cuadernos Mujer Salud*, 105-109.
29. S., Ridruejo (1997). *Psicología Médica*. Madrid: McGraw-Hill.
30. S., Rivera (2003). *Manual para Grupos de Mujeres sobrevivientes de Violencia Doméstica*. Tegucigalpa: Centro de Derechos de Mujeres.
31. Salud, O.P.S (2003). *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*. Washington: Publicaciones OPS.
32. Unidas, Fondo de Población, Naciones (1999). *Documentos Oficiales El Cairo*. Tegucigalpa: Casa de las Naciones Unidas.
33. V., Ferrer (2001). Algunas reflexiones sobre el Matrato a las Mujeres. *Cuadernos Mujer Salud*, 99-104.

ANEXOS

UDI-DEGT-UNAH

ANEXO No 1

ENCUESTA PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER

Consentimiento informado individual: “hola mi nombre es.....trabajo para.....estamos haciendo un estudio aquí en la consulta de gastroenterología para saber sobre la salud de ustedes las mujeres. A usted se le escogió al azar para participar en el estudio le aseguro que todas sus respuestas serán totalmente secretas, no le preguntaré su nombre o dirección, tiene derecho a irse si no está tranquila o decirme que no quiere contestar alguna pregunta. Aquí no hay respuestas ni buenas ni malas pero de seguro algunas preguntas pueden ser dolorosas de contestar, pero es bueno hablar y sus respuestas ayudarán mucho a otras mujeres. ¿Tiene alguna pregunta?.....

¿La puedo entrevistar? .

EDAD _____ # DE HIJOS _____ EDADES DE LOS HIJOS _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACIÓN _____

TIEMPO DE VIDA DE PAREJA O EXPAREJA _____

TIPO DE UNIÓN _____

INSTRUCCIONES: En los últimos 12 meses Usted ha vivido una de las siguientes situaciones:

1) Su pareja o expareja la golpea:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

2) Su pareja o expareja la empuja:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

3) Su pareja o expareja le “jala” el pelo:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

4) Su pareja o expareja la pellizca cuando se enoja:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

5) Su pareja o expareja la ha herido con armas:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

6) Su pareja o expareja la corre de la casa:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

7) Su pareja o expareja la hace sentir como extraña en su casa:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

8) Su pareja o expareja le dice que la casa y muebles son de él y a usted no le pertenecen

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

9) Su pareja y expareja mantiene-ayuda con los gastos de la casa y familia:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

10) Su pareja o expareja cuando se enoja deja de pagar los gastos de la casa y familia:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

11) Su pareja o expareja le quita su dinero:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

12) Su pareja o expareja la amenaza con cuchillo o pistola:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

13) Su pareja o expareja le hace sentir miedo:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

14) Su pareja o expareja le grita:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

15) Su pareja o expareja la insulta o le dice "fea" "tonta" "vieja":

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

16) Su pareja o expareja se enoja y usted se siente enferma:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

17) Su pareja o expareja se enoja si usted no le tiene preparada la comida:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

18) Su pareja o expareja no le da permiso para que usted trabaje:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

19) Su pareja o expareja le controla el tiempo cuando usted tiene que salir de la casa:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

20) Su pareja o expareja no le ayuda a sentir placer en las relaciones sexuales:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

21) Su pareja o expareja la obliga a tener relaciones sexuales:

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre

22) Su pareja o expareja la obliga a posiciones sexuales o manoseos que a usted no le gustan

Nunca raras veces a veces casi siempre siempre