

División Académica de Ciencias de la Salud



“Violencia de pareja, consumo de alcohol, percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, autoestima, y apoyo social en mujeres”

**Tesis que para obtener el Grado de
Maestro en Enfermería**

Presenta:

Gustavo May Hernández

Director:

DCE. Valentina Rivas Acuña⁽⁺⁾

Villahermosa, Tabasco.

Marzo 2020



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0600/DACS/JAEP
23 de octubre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Gustavo May Hernández
Maestría en Enfermería
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M. en C. Griselda Hernández Ramírez, M. en C. Lorena Magaña Olán, M. en C. Rodolfo Gerónimo Carrillo, M. en C. José María Castro Morales y la M.A.E. Carmen De la Cruz García, impresión de la tesis titulada: "**Violencia de pareja, consumo de alcohol, percepción de riesgo del consumo de drogas licitas, autoestima, y apoyo social en mujeres**", para sustento de su trabajo recepcional de la *Maestría en Enfermería*, donde funge como Directores de Tesis la D.C.E. Valentina Rivas Acuña y el Dr. Renán García Falconi.

Atentamente

Dra. C. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- D.C.E. Valentina Rivas Acuña.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Renan García Falconi.- Director de Tesis
C.c.p.- M. En C. Griselda hernández Ramírez.- Sinodal
C.c.p.- M. En C. Lorena Magaña olán.- Sinodal
C.c.p.- M. En C. Rodolfo Gerónimo Carrillo.- Sinodal
C.c.p.- M. En C. José María Castro Morales.- Sinodal
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura de
Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 15 del mes de octubre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Violencia de pareja, consumo de alcohol, percepción de riesgo del consumo de drogas licitas, autoestima, y apoyo social en mujeres"

Presentada por el alumno (a):

May	Hernández	Gustavo
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

1	8	1	E	5	8	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Enfermería

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

D.C.E. Valentina Rivas Acuña †
Directores de Tesis

M. en C. Griselda Hernández Ramírez

M. en C. Lorena Magaña Olán

M. en C. Rodolfo Gerónimo Carrillo

M. en C. José María Castro Morales

M.A.E. Carmen De la Cruz García



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

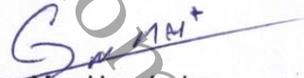
Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 21 del mes de febrero del año 2020, el que suscribe, Gustavo May Hernández, alumno del programa de la Maestría en Enfermería con énfasis en Administración de los Servicio de Enfermería, con número de matrícula 181E58006 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Violencia de pareja, consumo de alcohol, percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, autoestima, y apoyo social en mujeres"**, bajo la Dirección del D.C.E Valentina Rivas Acuña, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: gusmayher1707@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Gustavo May Hernández

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134

Dedicatoria

Esta tesis va dedicada a mi madre quien me ha criado con valores para ser la persona quien soy. Quien ha sacrificado tanto y ha librado batallas que ni siquiera yo conozco, todo para que pudiera tener las oportunidades que el mundo tiene para ofrecer. Te amo mamá Silvia.

Dedicado a mis hermanas Valeria y Vanesa mis mágicas princesas, a mi sobrino Abdiel mi motor para luchar día a día; quienes forman parte de mi rompecabezas y eso los vuelve piezas fundamentales en mi vida. Como también a quien sin que lleve su sangre me ha apoyado y me ve como su hijo, gracias por todo y sé que hay sinónimo más para decir papá y para mí es Don Juan.

A mis padres, mi mamá Alicia y mi papá Goyo⁽⁺⁾ por verme siempre con orgullo antes sus ojos, por amarme tanto, por enseñarme lecciones que no las dan en ninguna clase magistral y aunque papá ya no estuvo para ver este logro sé que en donde se encuentre estará feliz porque logre uno más de mi sueño de ser maestro.

Y de forma muy especial a la Dra. Valentina Rivas Acuña⁽⁺⁾ quien estuvo desde el principio en la elaboración de este proyecto, quien fue un ejemplo para mí, fue una gran mentora y me apoyo en todo “Gracias”. Es por ello que este trabajo, que es nuestro va dedicado con cariño para Usted en donde quiera que esté.

Agradecimientos

Agradezco principalmente a Dios por guiarme y nunca dejarme solo durante todos estos años de vida.

Gracias a mis amigos y colegas Karla, Elías, Marina, y Kristell por su amistad, por brindarme el impulso que necesité en los momentos difíciles y con quienes compartí innumerables experiencias.

Gracias Alejandra Ramos por tu apoyo incondicional, sabes muy bien que fuiste pieza clave para poder cumplir este sueño.

Gracias a mis amigos y amigos quienes me han demostrado lo que es una amistad sincera y me ha apoyado siempre Eliana, Cesar, Sandy, Alexander e Iraet.

Y por supuesto, gracias por a ti mi persona especial por todo tu apoyo incondicional, por impulsarme a crecer y por creer en mí.

Son muchas las personas especiales a las que gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar en donde estén o si algunas veces llegan a leer estos agradecimientos quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	
Planteamiento del problema	1
Hipótesis	4
Pregunta de investigación	4
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Marco teórico	5
Modelo de promoción de la salud	5
Afirmaciones teóricas	6
Principales conceptos	6
Artículos relacionados	12
Definición de términos	15
Consumo de alcohol	15
Consumo de tabaco	15
Consumo de drogas	15
Violencia de pareja	15
Autoestima	16
Apoyo social	16
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del estudio	17

	vii
Población, muestreo y muestra	17
Criterios de inclusión y exclusión	17
Procedimiento para la recolección de datos	18
Descripción de los instrumentos	19
Plan de tabulación y análisis	23
Consideraciones éticas	23
Capítulo III	
Resultados	
Características sociodemográficas	25
Datos de confiabilidad de los instrumentos	27
Datos descriptivos de las variables	28
Datos de la frecuencia de las principales variables categorizadas	32
Capítulo IV	
Discusión	
Conclusión	36
Recomendaciones	38
Referencias bibliográficas	41
Apéndice	
A. Consentimiento informado	49
B. Instrumentos	50

Índice de tablas

No.		Página
1	Distribución de los datos sociodemográficos descriptivos de la población de estudio	25
2	Características sociodemográficas de la muestra y situación de convivencia	26
3	Confiabilidad de los instrumentos	27
4	Estadísticas descriptivas de las variables principales y prueba de Kolmogorov Smirnov	28
5	Estadísticas descriptivas de la puntuación del Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Drogas Licitas	29
6	Estadísticas descriptivas interna del cuestionario de violencia sufrida y ejercida de pareja	30
7	Estadísticas descriptivas interna sobre las barreras y beneficios del alcohol y tabaco	31
8	Estadísticas descriptivas sobre información del área de donde procede el apoyo y la percepción de los mismos	32
9	Distribución de frecuencia de los tipos y niveles de las variables de este estudio	33
10	Asociación del nivel de autoestima y la percepción de riesgo para el consumo de drogas licitas de las mujeres con violencia leve	34
11	Correlación de Spearman de variables principales	35

Resumen

Autor: Gustavo May Hernández

Institución: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

División académica de Ciencias de la Salud

Título de estudio: Violencia de pareja, consumo de alcohol, percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, autoestima, y apoyo social en mujeres

No. De páginas: 58

Método: Analizar la relación de la violencia de pareja, el consumo de alcohol, la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, autoestima y apoyo social en las mujeres. Se realizó un estudio cuantitativo correlacional. La muestra estuvo conformada por 215 mujeres casadas o que estuvieran en unión libre del municipio de Macuspana, a las cuales se aplicó el Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja, la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol, el Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Drogas Lícitas, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Resultados: El 68.85% de la población sufre de violencia leve, donde el tipo de violencia ocasionada por su pareja es psicología y social, el tipo de consumo de alcohol dependiente (65.6%), la percepción del riesgo del consumo de drogas lícitas tienen un nivel moderado (62.8%), las mujeres presentan un nivel de autoestima alto (55%) y un buen nivel de percepción de apoyo social (60.5%).

Conclusión: En las correlaciones entre variables se encontró una relación negativa entre violencia, la percepción del consumo de drogas lícitas, el autoestima y el apoyo social;

entre más violencia sufren menor será su autoestima y menor será la percepción de apoyo social.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo I

Introducción

Planteamiento del problema

La violencia contra las mujeres es reconocida internacionalmente como un fenómeno social que representa un problema de salud pública y de derechos humanos. La violencia de pareja es la forma más común de ejercer violencia contra las mujeres y la sufre alrededor del 30% de la población femenina que vive en pareja en todo el mundo. Afecta a mujeres todos los pueblos, sin importar clases sociales y niveles educativos. Dicha violencia afecta tanto la salud física y mental de las víctimas, a corto y largo plazo, deteriora su funcionamiento social y sobre todo tiene un elevado costo económico para la población en el tratamiento de víctimas y agresores, las mujeres que la sufren pueden llegar a verse incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos (García y Matud, 2015).

La violencia contra mujeres, tanto la familiar como la ejercida por extraños, se reconoce como un problema multidimensional y multifactorial, que está profundamente enraizado en las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, así como en los estereotipos de género y los valores culturales vinculados a las estructuras patriarcales. La violencia contra las mujeres está presente en la mayoría de sociedades, pero a menudo no se reconoce y forma parte de la "normalidad" de las cosas. La violencia contra las mujeres ocurre en todos los países y ámbitos socioeconómicos, lo que varía es la expresión del mundo, entre el 16 y 52 % de las mujeres padecen por parte de sus parejas masculinas y al menos una de cada cinco mujeres sufre violencia en algún momento de su vida (Estrada, 2015; ONU, 2015).

Esta violencia generalmente es ocasionada por su pareja masculina, también llamada violencia de pareja que se describe como aquella que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio y que comprende entre, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual (Juarez y Arlet, 2016).

Por otro lado, el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) como de algunas ilegales (ej., cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.) se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar, en su economía, etc (Becoña y Cortés, 2016).

Con respecto al consumo de alcohol, numerosos estudios mencionan que, a igualdad de unidades de bebida estándar consumidas en las mujeres, se alcanzan niveles de alcohol en sangre más elevados y se observan alteraciones orgánicas más rápidamente. La dependencia al alcohol en mujeres se asocia con trastornos depresivos y frecuentemente derivados de diferentes formas de violencia contra las mujeres. A pesar de los conocimientos actuales y de las intervenciones realizadas existe entre la población, un escaso conocimiento de las consecuencias, y una baja percepción del riesgo en relación al consumo de alcohol (López, Gallardo, Martín y Fernández, 2016).

En lo que respecta a México la ENCODAT 2016-2017 reporta que las mujeres de 12 a 65 años de edad 3.8 millones son fumadoras. En Tabasco el 9.5% de la población es fumadora, el 2.8% corresponde a las mujeres. En lo que se refiere al

alcohol las mujeres el consumo excesivo incremento entre el 2011 y 2016 al pasar de 4.1 a 10.3%. Como al igual que las drogas donde hubo un incremento cerca de 2 veces el consumo de marihuana de 1.6% a 3.7% y de drogas ilegales de 2.3% a 4.3% y en otras aumenta de 3% a 4.8%. En lo que corresponde a Tabasco en el consumo de marihuana de 1.4% incremento a 2.1 y en cocaína 0.7 a 0.9.

Diversos estudios indican que existe relación entre el fenómeno de violencia de pareja y el consumo de droga. En una búsqueda bibliográfica acerca de este fenómeno se mencionó que la violencia de pareja es un importante facilitador para el desarrollo de alcoholismo en mujeres y guarda relación con el consumo de sustancias psicotrópicas (Ortiz, Casique y Loreto, 2017).

Por su parte, Aiquipa, (2015) concluye que las mujeres que habían sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja presentan mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud física como contraer sífilis, clamidia o gonorrea, así como mayor probabilidad de padecer disturbios mentales (como depresión) y son más propensas a tener problemas con el abuso del alcohol. De igual manera se conoce, que las mujeres que sufren maltrato por parte de sus parejas se asocia a baja autoestima. En este sentido, la autoestima de la mujer parece ser la primera estrategia del agresor para empezar a victimizar a su pareja. Es decir, las mujeres con bajos niveles de autoestima, sufren la presencia de violencia de pareja, las mujeres no son capaces de verbalizar al encontrarse ante situaciones de violencia a pesar del abuso psicológico y físico, lo que propicia una violencia invisible, donde el directo agresor es su pareja, y que la comunidad la legitima, reconociéndola como normal e incluso como un instrumento sancionador (Roark et al. 2015; Nava-Navarro, Onofre-Rodríguez y Báez-Hernández, 2017).

Buenrostro, Muñoz y Zanabria, (2017), mencionan que en México los hogares constituyen un escenario típico de violencia de género, siendo las mujeres víctimas frecuentes, mientras que los hombres son los principales perpetradores. Aunque la violencia doméstica comprende abusos de carácter psicológico, emocional, físico y sexual de un miembro del hogar sobre otro, la violencia contra las mujeres perpetrada por sus respectivas parejas íntimas, quienes generalmente son hombres. La experiencia de vivir violencia intensa aumenta significativamente los estresores en la mujer, y con ello sobreviene la disminución del nivel de percepción de los recursos disponibles a su alcance, entre los que se encuentra el apoyo social que podría obtener de su red.

Para Rivero, Herrero, Algobia, Carrasco y Cabrera en el 2018, destacan que contar con una red de apoyo social permitiría analizar las situaciones estresantes y gestionarlas mejor, pues se ha demostrado que el aislamiento social favorece la presencia de violencia de las mujeres que viven en pareja y afecta su autoestima. Y esto se confirma puesto que diversos autores han evidenciado que las mujeres que no disponen de apoyo social tienen mayor probabilidad de padecer violencia de género grave. Y reporta que las mujeres que cuentan con una red de apoyo social tienen menos probabilidad de padecer maltrato por parte de su pareja (Rodríguez, 2018).

Hipótesis

Ho: las mujeres con baja autoestima y bajo apoyo social tienen mayor riesgo de consumir alcohol, tabaco y drogas, y sufrir violencia por parte de su pareja.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja y el consumo de alcohol, la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, la autoestima y apoyo social en las mujeres?

Objetivo

Analizar la relación de la violencia de pareja, el consumo de alcohol, la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, autoestima y apoyo social en las mujeres.

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de consumo de alcohol predomina en las mujeres
- Analizar la percepción sobre las barreras y beneficios, del alcohol y tabaco.
- Describir el nivel de autoestima en las mujeres
- Analizar la relación entre la autoestima y la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas.
- Evaluar el tipo de Violencia que sufren las mujeres por parte de su pareja.
- Identificar la percepción de red de apoyo que tiene las mujeres familia, social y personas relevantes.

Marco teórico

La base teórica con la que se encuentra relacionado las variables a estudiar es la de Nola Pender “modelo de promoción de la salud”.

El modelo de promoción de la salud (MPS). Expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud (Aristizábal, Blanco, Sánchez, Meléndez y María, 2011).

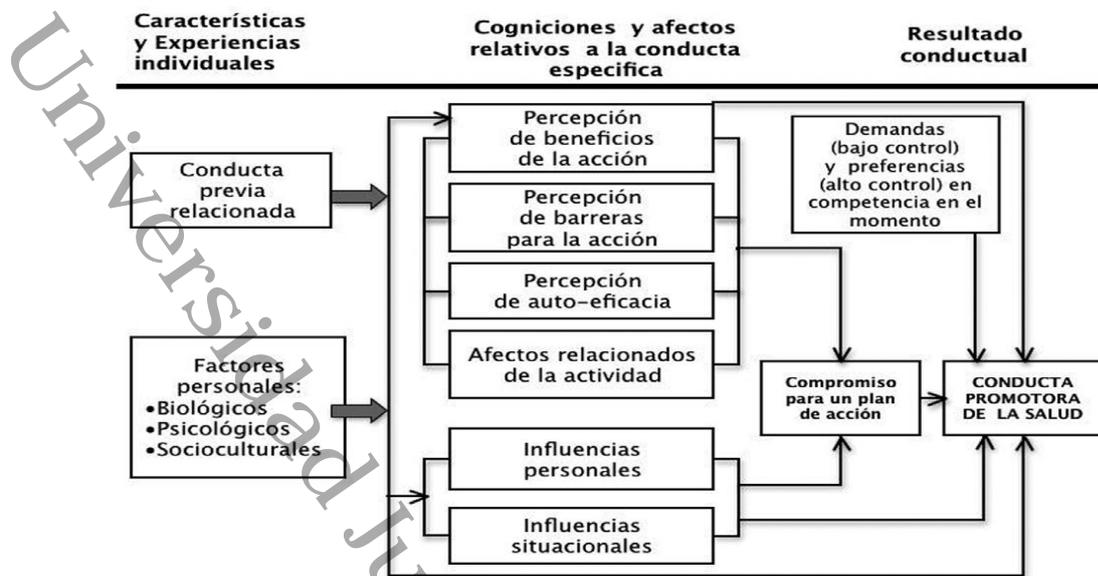


Figura 1: Modelo de promoción de la salud de Pender 2011.

Afirmaciones teóricas. El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo; la afirmación que se asemeja a esta investigación es que las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.

Principales conceptos. El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

Conducta previa relaciona. Este concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Para este estudio la conducta previa relacionada se refiere al consumo de alcohol, puesto que es un problema de salud pública de alcance mundial que sitúa en riesgo tanto el desarrollo del individuo como el de la sociedad; el abuso de alcohol es causa de 2.5 millones de muertes cada año y los efectos directos e indirectos derivados del consumo de alcohol trascienden el ámbito de la salud física, mental y emocional del individuo (Alonso, B., Camacho, Armendáriz, Alonso, B., Ulloa y Pérez, 2016).

De la Fuente y Kershenobich (1992) han establecido para México la clasificación de consumo sensato, dependiente y dañino de acuerdo con la cantidad y frecuencia de consumo y de la diferencia de género.

El consumo sensato para el sexo masculino se define como el consumo de cuatro bebidas estándar no más de tres ocasiones por semana, para las mujeres se ha considerado la ingesta de dos bebidas estándar no más de tres veces por semana.

El consumo dependiente para los hombres se considera como el consumo de cuatro a nueve bebidas por ocasión, mientras que para las mujeres se considera de tres a cinco bebidas por ocasión, además de dejar de realizar actividades cotidianas a causa del consumo.

El consumo dañino o perjudicial es la ingesta de diez o más bebidas para los hombres y de seis o más bebidas para las mujeres, además de que sus familiares o personal de salud le hayan manifestado su preocupación por su forma de beber alcohol.

Los factores personales. Se describen, categorizados como biológicos (Incluyen variables como la edad y el sexo), psicológicos (Incluyen variables como la autoestima,

el estado de salud percibido y la definición la salud) y socioculturales (Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico), los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Para este estudio los factores personales biológicos su utilizo la edad y el sexo.

La violencia de pareja en el aspecto psicológico, es reconocida y discutida desde hace décadas como un problema global de salud pública y de derechos humanos, que causa altas tasas de morbilidad y mortalidad de mujeres en todo el mundo, la violencia contra la mujer, anclada, sobre todo, en la desigualdad de género, en la que se destaca el patriarcado, las relaciones de poder y las construcciones jerárquicas de la masculinidad y la feminidad como motor predominante y generalizado del problema (Lima, Merchán-Hamann, Urdaneta, Damacena, y Szwarcwald,2017) la violencia a la mujer ejercida por su pareja varón es la más frecuente respecto a los distintos contextos de violencia a las mujeres reportados. Esta situación se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción. Para efectos del siguiente estudio se utilizará el término violencia de pareja

Para esta investigación se integró variable autoestima, y para Rosenberg (1965) entiende que la autoestima es un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La autoestima supone, o bien un factor desencadenante, o bien un efecto de la violencia de género.

Asimismo, Ulloa (2003) refiere tres niveles de autoestima

Autoestima alta: Define una persona que tiene una aceptación de sí misma de manera plena.

Autoestima media: Define una persona que no tiene una aceptación de sí misma y no se cree superior a otros.

Autoestima baja: Define la autoestima baja hacia el desprecio de sí misma y una baja inferioridad hacia a los demás.

Y en los socioculturales el nivel educativo, la ocupación, estado civil y el número de hijos.

Los beneficios percibidos por la acción. Son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.

En este estudio se valoró los beneficios (pros) del consumo de alcohol y tabaco.

Las barreras percibidas para la acción. Alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

En este estudio se valoró las barreras (contras) del consumo de alcohol y tabaco, al igual, que el nivel de percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, porque, representa un importante problema de salud pública, pues se trata de la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura evitable, ya que contribuye al desarrollo de numerosas enfermedades, tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad isquémica cardíaca, los accidentes cerebrovasculares e, incluso, se ha llegado a establecer una relación causal entre fumar y el desarrollo de distintos tipos de cáncer como el de pulmón o el de mama. Además, en el caso de las mujeres, conlleva consecuencias adicionales, pudiendo afectar a nivel ginecológico y reproductivo, así como aumentar las probabilidades de sufrir complicaciones en el embarazo, tales como partos prematuros, embarazos ectópicos y abortos espontáneos, entre otras (Míguez y Pereira, 2018).

Se abordó el consumo de drogas debido a que es considerado una adicción delicada, ya que constantemente se puede estar recayendo y genera destrucción personal, familiar y profesional, entre otras. Existen abundantes aportes teóricos sobre el consumo de drogas, pero escasos enfocados a las mujeres, quizá sea porque aún no existe una suma considerable de mujeres adictas o no sea un tema relevante para los investigadores, sin embargo, los pocos documentos, tienen mucho aporte sobre la situación de una mujer que consume sustancias adictivas (Bravo, María, Z., Jarquín y María, A., 2016).

Las influencias interpersonales. Se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos. Para este estudio la variable que se implementó fue el apoyo social.

Puesto que el contacto con personas significativas reduce las reacciones de estrés en respuesta a las situaciones de cambio y adversidad. Sin embargo, no todos los apoyos sociales cumplen la tarea de satisfacer las necesidades materiales y emocionales de los individuos. Dicho eso, se pasa a explorar el rol que las redes sociales tienen en relación al cese o mantenimiento de la violencia de género en la pareja. Con el ánimo de entender la respuesta del apoyo social ante a la situación de violencia de género en la pareja (Rodríguez y Cantera, 2017).

El apoyo social cumple con tres funciones: El aspecto instrumental tiene que ver con la posibilidad de que las relaciones sociales se constituyan como puente a través del cual la persona puede lograr sus objetivos. La dimensión informacional se relaciona con el intercambio de informaciones y consejos facilitados por las redes. Y el apoyo

emocional se refiere a los vínculos interpersonales como medio para satisfacer necesidades emocionales como expresar sentimientos y sentirse aceptado por los demás integrantes (Gracia, 1997).

Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. Son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia.

Conducta promotora de salud. El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

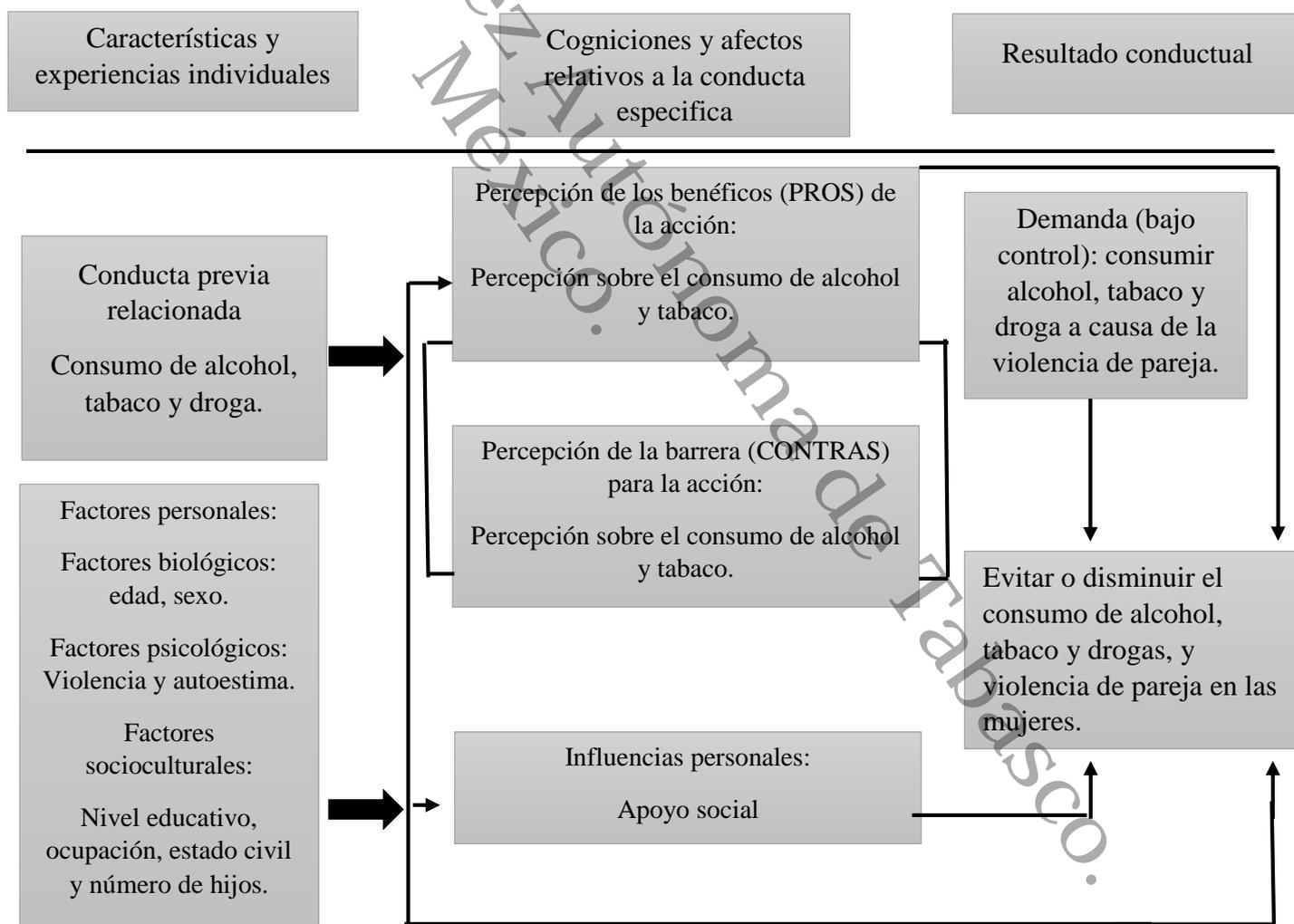


Fig. 2 Variables de estudio del Modelo de Promoción a la Salud.

Artículos relacionados

Los artículos que tienen semejanza a esta investigación son los siguientes. Cabe señalar que fueron muy escasos los artículos actualizados que se lograron recuperar para el tema de ésta investigación.

Padilla, López, de la Torre, Sierra, Huizar, Rincón, y Rivas (2015) realizaron un estudio multicéntrico en sus modalidades descriptiva, correlacional y comparativa. Con el objetivo de identificar diferencias y similitudes de consumo de drogas y violencia laboral en las mujeres de las tres comunidades de México (Monterrey), Perú (Lima) y Brasil (Rio de Janeiro). La muestra fue de 903 mujeres (669 de México, 125 de Perú y 109 de Brasil). Los autores como resultado obtuvieron que la presencia de violencia laboral para cada muestra por separado fue de 16% en las mujeres mexicanas, 24% en las peruanas y 39% en las brasileñas. El tipo de violencia más común fue la de tipo verbal con 11.8% (México), 17.6% (Perú) y 33.3% (Brasil), seguida de la violencia física 3.7% (en mexicanas) 9.6% (peruanas) y 7.3% (brasileñas). Además, se encontró que el índice de violencia laboral se correlacionó positivamente y significativamente con el consumo de alcohol en México, lo que indica que, cuanto mayor la violencia laboral, mayor es el consumo de alcohol en las mujeres mexicanas.

Rodríguez, Ramos, Gutiérrez y Ruiz (2014) con el objetivo de conocer la violencia que viven las trabajadoras sexuales en el ejercicio de su actividad y si ésta se asocia con su consumo de alcohol y otras sustancias. En un estudio de campo tipo no experimental, descriptivo, donde tuvo una muestra de 103 trabajadoras sexuales del Municipio de Tula de Allende, Estado de Hidalgo, ubicado a 70 kilómetros de la Ciudad de México. Los autores reportaron que el 98% de las trabajadoras sexuales reportaron haber consumido alcohol en el último mes; el 23.3%, cocaína y el 11.7%, marihuana. Cabe que 40% fuma tabaco. Respecto a violencia, el 95.8% sufrió violencia física, el

26.0% violencia sexual y el 24.0% violencia emocional. Las mujeres que habían experimentado alguna violencia física en su trabajo reportaron un consumo de alcohol significativamente más alto (88.6%), aquellas que habían experimentado violencia emocional en este ámbito reportaron más consumo de alcohol de frecuente a leve con un 50%, las mujeres que experimentaron violencia en el último mes, reportaron significativamente el aumento de consumo de cocaína (40%), de tabaco (61%) y de consumo alto de alcohol (90.2%).

Alonso, Castillo y Gómez (2005) realizaron un estudio cuantitativo, con un diseño descriptivo, correlacional en donde participaron 669 por mujeres mayores de edad que trabajaban y que residían en trece Áreas Geo Estadísticas Básicas (AGEB) del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Con el objetivo de identificar los tipos de violencia en el lugar de trabajo y su relación con el consumo de drogas. Los resultados revelaron que el 37.1% de las mujeres consumió alcohol, el 29.1% tabaco, el 0.4% marihuana, el 0.1% inhalables y, entre las drogas médicas, el 5% consumió tranquilizantes y el 1.0% otras sustancias; en lo que se refiere al alcohol el 11.1% de las mujeres trabajadoras refirieron consumir bebidas alcohólicas, la mayoría de ellas necesitan consumir de 4 a 10 bebidas alcohólicas, entre los diferentes tipos de violencia que se presentaron en las mujeres del estudio en el lugar de trabajo, en los últimos 12 meses, se observa que el porcentaje fue para la violencia de tipo verbal con el 11.8%, seguida de la violencia física con 3.7% y por último el hostigamiento sexual con el 3.3%; el índice de violencia mostró asociación positiva con el consumo de drogas ($p < .05$), es decir conforme se incrementan los incidentes de violencia aumenta el consumo de drogas en las mujeres trabajadoras. Un hallazgo adicional de este estudio muestra una relación positiva y significativa ($p < .01$) entre las bebidas que consume en un día típico con el consumo de drogas, es decir, conforme aumenta la cantidad de

consumo de bebidas de alcohol, se incrementa la probabilidad de consumo de cualquier tipo de droga.

Rodriguez (2018) realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. Con el objetivo de conocer el impacto simultáneo que varias manifestaciones de estas relaciones tienen sobre los niveles de violencia experimentados en mujeres reclutadas en varios centros que brindaban varios servicios a la comunidad ubicados en Ciudad Juárez, México. La muestra estuvo conformada por 264 mujeres. El resultado fue que el 71,6 % de las participantes experimentó por lo menos una forma de violencia durante el último año, principalmente violencia emocional. En cuanto al apoyo social, los datos indicaron que su percepción y el número de personas que otorgan ayuda a las participantes se relacionaron con una disminución de la frecuencia de varias manifestaciones de la violencia de pareja. Dicho apoyo social fue principalmente el proveniente de la familia. Asimismo, se encontró que el nivel de desacuerdos y críticas de la red social tuvo relación con la frecuencia de agresiones recibidas por las participantes. El impacto de esta variable en la violencia fue mayor que el que tuvieron las expresiones del apoyo social evaluadas.

Nava-Navarro, Onofre-Rodríguez, y Báez-Hernández (2017) con el objetivo de conocer la relación de la autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígena, realizaron un estudio de tipo descriptivo-correlacional, con diseño transversal. Donde tuvo una muestra de 386 mujeres indígenas de una comunidad de Puebla y México. Los autores reportan que el 43% de la muestra presentó autoestima baja, el 63.2% han sufrido violencia de pareja y el 16% de parejas ocasionales, y el 52% no usa condón. Se identificó que ante la presencia de violencia de pareja se presenta autoestima baja ($R^2 = 0.047$, $F [386] = 18.73$, $p < 0.000$) lo que aumenta la exposición a conductas sexuales de riesgo ($R^2 = 0.019$, $F [386] = 7.42$, $p < 0.007$).

Definición de términos

Consumo alcohol es el deseo o la necesidad de evadirse de una situación o un estado de ánimo desagradable. Términos afines: motivos personales (frente a sociales); consumo de alcohol para abordar situaciones; afectividad negativa (World Health Organization, 1994), este será evaluado con el instrumento de Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (De la Fuente y Kershenovich, 1992) y el Cuestionario de Balance Decisional (Florez-Alarcón, 2001).

Consumo de tabaco se refiere al estado del fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensos. Equivalente a síndrome de dependencia del tabaco (World Health Organization, 1994). El instrumento aplicado es el Cuestionario de creencias sobre los efectos del tabaco (Calleja, 1998).

Consumo de drogas es disminución de la capacidad de una persona para controlar su consumo de una sustancia psicoactiva, ya sea el comienzo, el grado o la terminación (Fernández, 1993), para esta variable se utilizó el Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Drogas Lícitas (Uribe, Verdugo y Zacarías, 2011).

Violencia de pareja es aquella que incluye conductas violentas entre sus miembros, de forma incidental o con un patrón de comportamiento de agresión física, coacciones, amenazas y/o control, independientemente del sexo. En la cual existe la prevalencia de conductas violentas de diferente tipo (psicológica, física o sexual) por parte de un miembro hacia el otro (Arnosó, Ibabe, Arnosó, y Elgorriaga, 2017), en esta variable utilizó el instrumento Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (Cienfuegos y Díaz-Living, 2010).

Autoestima es el reflejo de nosotros mismos y que cada quien sea capaz de poder enfrentar los desafíos y adversidades que se nos presenta en la vida. Recuerda que la autoestima no es la base de los demás, si no la actitud de nosotros mismos, para poder romper con nuestros malos hábitos, costumbres y poder alcanzar una vida satisfactoria (Branden 1989), para esta variable se utilizó la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).

Apoyo social es la ayuda real y percibida, de la comunidad, las redes sociales y amigos cercanos ya sea de tipo instrumental o emocional (Hombrados, Gómez, Domínguez, García y Castro, 2012), para este se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Landeta y Calvete, 2002).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología que se utilizó en el presente estudio, iniciando con la descripción del diseño y tipo de investigación, seguida por la población

y muestreo; los criterios de inclusión y exclusión, así como la selección de los participantes, el procedimiento de recolección de datos, el instrumento que se aplicó y su medición (Polit, 2000).

Diseño del estudio

La investigación es cuantitativa no experimental con un diseño de tipo correlacional. Por otra parte, es un diseño transversal debido a la dimensión temporal porque implica la obtención de datos en un momento específico, con intervención no experimental por ser una investigación con seres humanos donde no se permitirá la manipulación experimental de la variable independiente en este caso las mujeres (Polit y Hungler, 2000).

Población, muestreo y muestra

La población es conformada por mujeres de la Villa Benito Juárez de Macuspana, Tabasco. El muestreo es probabilístico. El tamaño de la muestra que se calculó en la calculadora virtual con un nivel de confianza del 95% y fue de 215 mujeres que se necesita para esta investigación.

Criterios de inclusión

Mujeres que estén casadas o en unión libre en relación heterosexual, sobre todo que estén en una relación estable viviendo con su pareja; puesto que según Moral y López (2014) la violencia de pareja es un ejercicio de poder, en el cual, a través de acciones u omisiones, se daña o controla contra su voluntad a aquella persona con la que se tiene un vínculo íntimo, matrimonio teniendo una relación de convivencia y mutuo apoyo entre dos personas legalmente instituida y que suele implicar un vínculo amoroso o cohabitación que es aquella que relación amorosa entre dos personas que conviven con o sin intención de casarse y que puede tener un reconocimiento legal distinto al

matrimonio. Es por ello que las mujeres participantes de este estudio deben de estar viviendo con su pareja en la misma casa para poder ser incluidas.

Criterios de exclusión

Mujeres que no vivan con su pareja, que lleven menos de 6 meses viviendo juntos y mujeres que estén separadas recientemente, para evitar sesgo.

Procedimiento de la recolección de la información

El paso para la recolección de datos comenzó con la solicitud de los permisos a las autoridades correspondientes, iniciando la expedición del documento en la coordinación de posgrado para solicitar el permiso al CESSA de la Villa Benito Juárez para poder aplicar el instrumento a las derechohabientes.

La recolección de datos se realizó por el investigador; la aplicación de las encuestas se llevó a cabo en CESSA de la Villa Benito Juárez del municipio de Macuspana, Tabasco. Para esto se realizó un cronograma para asignar los días y el número de instrumentos que se aplicarían a las mujeres que vayan a consulta a los servicios de salud. La medición fue mediante lápiz y papel, a las participantes se les mencionó el objetivo de la investigación antes de que acepten firmar el consentimiento informado e igual se les explicó la forma de contestar correctamente el instrumento. El tiempo aproximado que se llevó cada mujer participante en contestar el instrumento fue de 20 a 30 minutos.

Se les aclaró las dudas que surjan durante la aplicación y se les dio respuesta clara y concisa para que logran contestar correctamente; y así evitar sesgos.

Descripción de los instrumentos

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos con preguntas para recolectar información referida a la edad, estado civil, ocupación de ella, escolaridad, No. de hijos. El segundo es un instrumento es la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT], desarrollada por la OMS, fue validada para la población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992), la escala evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Está conformada por 10 reactivos, para la clasificación de los tipos de consumo, se realiza sumando el total de los reactivos y los puntos de corte del AUDIT, los cuales son los siguiente; de 0-3 se considera sensato (sin riesgo), es decir que no pasa el consumo de: en la mujer no más de dos bebidas de alcohol destilado o dos latas de cerveza en un día típico, sin excederse tres veces por semana, de 4 a 7 puntos el tipo de consumo es dependiente (con riesgo), la mujer manifiesta alguno de los siguientes síntomas; no poder parar de beber después de haber iniciado, dejar de hacer algo por beber, beber en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior o sentirse culpable o tener remordimiento por haber bebido, y de 8 a más puntos el tipo de consumo se clasifica como dañino (perjudicial), ya que la mujer refiere alguno de los siguientes síntomas; sentirse culpable por haber bebido, olvidar algo cuando estuvo bebiendo, que se haya lastimado o alguien haya resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol, y que un amigo familiar o personal de salud se ha preocupado por la forma en que bebe (Babor, Higgins, Saunders & Monteiro, 2001).

Para medir la percepción de riesgo hacia el consumo de tabaco y alcohol se utilizó el Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Drogas Lícitas (CPRCDL), elaborado por Uribe, Verdugo y Zacarías (2011), el cual es una modificación del Cuestionario de Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de Drogas en Jóvenes, diseñado por Salazar, Varela, Cáceres y Tovar (2006). El

instrumento consta de 38 reactivos compuesto por cinco subescalas: Consecuencias negativas del consumo de alcohol (reactivos 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 20 y 34), Actitud negativa hacia el consumo de drogas (reactivos 27, 28, 29, 30, 35, 36, 37 y 38), Consumo de drogas para tener amigos y sensaciones nuevas (reactivos 22, 23, 24, 25, 26, 31 y 32), Consumo de drogas como afrontamiento y pertenencia (reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 15, 16, 17, y 18) y por último la subescala de Consecuencias negativas del consumo de tabaco (reactivos 9, 21 y 33).

Las opciones de respuesta son de tipo Likert con cinco opciones de respuesta donde 1=Totalmente en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Nada de acuerdo, 4 = De acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo. Cabe señalar que, solo en las subescalas: Consumo de drogas lícitas para tener amigos y sensaciones nuevas y la subescala Consumo de drogas lícitas como afrontamiento y pertenencia fueron invertidas; es decir, las opciones de respuesta se valoran como 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Nada de acuerdo, 4 = Desacuerdo y 5= Totalmente desacuerdo. Puntuaciones altas indican mayor percepción de riesgo para el consumo de drogas lícitas.

Para medir la violencia de pareja se utilizó el instrumento es el Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP); que fue diseñado por Cienfuegos y Díaz-Loving (2010); este permite evaluar la violencia sufrida y ejercida en la situación de pareja en los aspectos de frecuencia y daño. El cuestionario está integrado por cuatro escalas. Dos escalas evalúan violencia sufrida de la pareja por medio de los mismos 27 ítems directos que tienen un formato de respuesta tipo Likert. En una escala los 27 ítems se responden en términos de frecuencia donde 1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Bastante, 4 = Con mucha frecuencia y = 5 Siempre y en la otra escala los mismos 27 ítems se responden en términos de daño sufrido en donde 1 = Nada, 2 = Muy poco, 3 = Poco, 4 = Bastante y 5 =Mucho. De estos 27 ítems de violencia sufrida, 8 ítems están

orientados a evaluar violencia psicológica y social (6, 9, 15, 17, 18, 19, 21 y 22), 7 ítems a evaluar violencia física, intimidación y agresión (2, 3, 11, 12, 13, 16 y 25), 7 ítems a evaluar violencia sexual (1, 4, 5, 7, 8, 14 y 27) y 5 ítems a evaluar violencia económica (10, 20, 23, 24 y 26). Las otras dos escalas evalúan violencia ejercida contra la pareja por medio de los 12 mismos ítems directos que tienen un formato de respuesta tipo Likert. Una escala se responde en términos de frecuencia donde 1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Bastante, 4 = Con mucha frecuencia y = 5 Siempre y otra escala se responde en términos de daño infringido en donde 1 = Nada, 2 = Muy poco, 3 = Poco, 4 = Bastante y 5 =Mucho. Con respecto al contenido de estos 12 ítems de violencia ejercida, 5 ítems están orientados a evaluar la violencia psicológica (28, 29, 30 ,31 y 32) y 7 ítems a evaluar otro tipo de violencia, como social, económica, física y sexual (33, 34, 35, 36, 37, 38y 39).

Para medir la autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg, desarrollada originalmente por Rosenberg en 1965, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Es una escala tipo Likert de los ítems 1, 2, 3, 4 y 5, la calificación se puntúa de 4= muy de acuerdo, 3= de acuerdo, 2= en desacuerdo y 1= muy en desacuerdo; y de los ítems del 6 al 10 la puntuación equivale a 1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo y 4= muy en desacuerdo. La interpretación es de 30 a 40 puntos: autoestima alta (considerada como autoestima normal), de 26 a 29 puntos: autoestima media (no presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla y menos de 25 puntos: autoestima baja (existen problemas significativos de autoestima).

Para medir los pros y contras de los beneficios del alcohol se utilizó el instrumento de Cuestionario de Balance Decisional elaborado por Florez-Alarcón en

2001. Cuenta con 16 ítems, está constituida por una subescala de expectativas positivas del consumo (PROS) y una otra de expectativas negativas (CONTRAS). Cada subescala tiene 8 ítems. La calificación de los ítems de este cuestionario se da en una escala Likert del 1 = muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3=de acuerdo y 4 =muy de acuerdo (puntaje máximo 40).

El Cuestionario de creencias sobre los efectos del tabaco (CCET) creado por Calleja en 1998, consta de 17 preguntas con cuatro opciones de respuesta que son: 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo y 4=muy de acuerdo. La puntuación para la sub-escala de daños a la salud (CONTRAS) comprende 9 preguntas con un puntaje mínimo de nueve y una puntuación máxima de 36, lo cual significa que, a mayor puntuación, mayores son las percepciones de contras sobre el consumo de tabaco. En la sub-escala de beneficios (PROS) consta de 8 preguntas, la puntuación mínima es de ocho y el máximo de 32 puntos, en donde a mayor puntuación obtenida, mayores son los beneficios percibidos del consumo de tabaco.

El ultimo instrumento para medir el apoyo social se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Landeta y Calvete (2002) está compuesta por 12 ítems que recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, social (amigos) y personas relevantes Posee una escala tipo Likert de 7 respuestas alternativas donde el valor de 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = bastante en desacuerdo, 3 = más bien en desacuerdo, 4 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 = más bien de acuerdo, 6 = bastante de acuerdo y 7 = totalmente de acuerdo. Rango de puntuación 12-84.

Plan de tabulación y análisis

El procesamiento de los datos obtenidos a través del instrumento aplicado fue procesado mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 23.0, por sus siglas en inglés) para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva, para el análisis de las variables cualitativas, así como para la distribución de frecuencias y para las variables cuantitativas, se utilizó las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), desviación estándar, valor mínimo y valor máximo. Y la correlación de las variables. Posteriormente los resultados se presentarán en tablas (Polit y Hungler, 2018).

Consideraciones éticas

El proyecto se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud (1987). Los artículos y las fracciones que fueron tomados en cuenta en la investigación fue el Capítulo I, Artículo 13 del reglamento, por ello prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y también el respeto al anonimato y se protegió los derechos y el bienestar de las mujeres que participaron en esta investigación.

De acuerdo al Artículo 17 que menciona que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio; este proyecto pertenece a la clasificación de la Fracción I: investigación sin riesgo, menciona que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En esta investigación se utilizó el consentimiento informado (artículo 21) se considere existente, que cumple con los aspectos requeridos. La justificación y los objetivos de la investigación. La seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Para cumplir antes de aplicar el instrumento se les menciono una explicación clara a las mujeres y se les dio el consentimiento informado; al confirmar su participación, firmaban el consentimiento informado para iniciar a contestar el instrumento.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se reportan las características sociodemográficas, la confiabilidad de los instrumentos y los resultados de las variables que describen a las participantes del estudio.

Características sociodemográficas

La muestra total fue 215 mujeres que vivían con su pareja, en esta tabla 1 se observa que la media de la edad de las mujeres es de 28.74 (DE = 8.80), es decir, mujeres adultas joven, tiene un promedio 2 (DE = 1.47) hijos y el promedio de escolaridad es de 15.33 (DE = 3.01), la mayoría son mujeres preparadas puesto que tienen estudio medio superior, correspondiente a preparatoria.

Tabla 1

Distribución de los datos sociodemográficos descriptivos de la población de estudio

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Edad	28.74	26.00	8.80	15	56
Número de hijos	1.98	2.00	1.47	0	6
Años de escolaridad	15.33	15.00	3.01	6	20

Nota: \bar{X} = Media; DE = Desviación Estándar; n=215

De la muestra total de 215 mujeres que vivían con su pareja el 76.3% (164) viven en unión libre y solo 27 mujeres que corresponde al 12.6% no tiene hijos, esto se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Características sociodemográficas de la muestra y situación de convivencia.

Variable	<i>f</i>	%
Estado civil		
Unión libre	164	76.3
Casada	51	23.7
¿Tiene hijos?		
Sí	188	87.4
No	27	12.6
Ocupación		
Ama de casa	161	74.9
Trabajadora	54	25.1

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje n=215

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Datos de confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad (Alfa de Cronbach) de los 7 instrumentos que se utilizaron para este estudio se muestra en la tabla 3. El resultado de todos es aceptable para su utilización.

Tabla 3

Confiabilidad de los instrumentos

Escala	Número de ítems	Alfa de Cronbach
AUDIT Escala prueba de identificación de los trastornos por uso de alcohol.	10	.870
CPRDL Cuestionario de percepción de riesgo hacia el consumo de drogas lícitas.	38	.987
CVSEP Cuestionario de violencia sufrida y ejercida de pareja.	39	.942
Frecuencia	39	.883
Daño	39	.893
EAR Escala de autoestima de Rosenberg	10	.866
EBDCA Escala de balance decisional para el consumo de alcohol.	15	.908
CCSET Cuestionario de creencias sobre los efectos del tabaco.	17	.875
EMAS Escala de multidimensional de apoyo social percibido.	12	.939

Nota: n = 215

Datos descriptivos de las variables

A continuación, se presentan las estadísticas descriptivas de las variables que se utilizaron para este estudio y sus dimensiones.

Tabla 4

Estadísticas descriptivas de las variables principales y prueba de Kolmogorov Smirnov

Instrumentos	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo	D	p
AUDIT	7.84	7.00	4.45	5	23	.295	.000
CPRCDL	116.18	115.00	6.64	104	129	.150	.000
CVSEP	29.67	24.00	14.09	11	55	.212	.000
EAR	29.27	34.00	11.62	9	45	.176	.000
EBDCA	35.98	37.00	10.17	15	53		
CCSET	43.28	44.00	9.17	17	59		
EMAS	68.62	72.00	14.52	16	84	.145	.000

Nota: \bar{X} = Media DE = Desviación Estándar, AUDIT = Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol, CPRCDL = Cuestionario de Percepción de Riesgo Hacia el Consumo de Drogas Licitas, CVSEP = Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja, EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg, EBDCA = Escala de Balance Decisional para el Consumo de Alcohol, CCSET = Cuestionario de Creencias Sobre los Efectos del Tabaco, EMA = Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, $n=215$

En la tabla 5 se muestra las subescalas del Cuestionario de percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol más sobresaliente sobre la percepción del riesgo, es el del consumo de drogas licitas como afrontamiento pertenencia ocupa el primer lugar con una media de 29.67, siguiendo el de consecuencias negativas del consumo de alcohol ($\bar{X} = 29.27$, $DE = 29.27$).

Tabla 5

Estadísticas descriptivas de la puntuación del Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Drogas Lícitas

Subescalas	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Consumo de drogas lícitas como afrontamiento pertenencia.	29.67	24.00	14.09	11	55
Consecuencias negativas del consumo de alcohol.	29.27	34.00	11.62	9	45
Actitud negativa hacia el consumo de drogas.	26.21	28.00	10.65	8	40
Consumo de drogas lícitas para tener amigos y sensaciones nuevas.	22.83	22.00	8.86	7	35
Consecuencias negativas del consumo de tabaco.	8.20	8.00	4.02	3	15

Nota: \bar{X} = Media; DE = Desviación Estándar $n=215$

El instrumento de violencia permite evaluar la violencia sufrida en la situación de pareja en los aspectos de frecuencia y daño. Donde en la sufrida evalúa 4 tipos de violencia y en la ejercida contra la pareja los engloba en 2. El tipo de violencia que con más frecuencia sufren las mujeres por parte de su pareja es la violencia psicológica y social ya que tienen una media 9.07 ($DE = 1.70$), al igual que el daño puesto que tiene una media de 9.14 ($DE = 1.91$) es el más alto, muy por arriba del tipo de la frecuencia y daño de violencia física, intimidación y agresión, violencia sexual y por último violencia económica con una media de 5.41 ($DE = .66$), como el daño con una media de 5.60 ($DE = 1.05$). En lo que se refiere a la violencia ejercida por las mujeres está clasificada en dos donde la que engloba la violencia social, económica, física y sexual tuvo una media mayor de frecuencia 7.79 ($DE = 1.30$) como también el daño ($X = 7.67$, $DE = 1.23$).

Tabla 6

Estadísticas descriptivas interna del cuestionario de violencia sufrida y ejercida de pareja

	Sufrida									
	Frecuencia de la violencia					Daño sufrido				
	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Tipos de violencia										
Psicológica y social	9.07	8.00	1.70	8	17	9.14	8.00	1.91	8	16
Física, intimidación y agresión	8.92	8.00	2.31	7	16	8.92	8.00	2.31	7	16
Sexual	7.54	7.00	1.17	7	11	7.53	7.00	1.21	7	12
Economica	5.41	5.00	.66	5	7	5.60	5.00	1.05	5	10
Ejercida										
Social, economica, fisica y sexual	7.79	7.00	1.30	7	11	7.67	7.00	1.23	7	11
Psicologica	6.92	7.00	1.95	5	12	7.16	7.00	2.56	5	16

Nota: \bar{X} = Media DE = Desviación Estándar n=215

En tabla 7 se muestran las medias de las subescalas de pros y contras de la Escala de Balance Decisional las barreras están por arriba de los beneficios ($\bar{X} = 17.13$ $DE = 7.89$) puesto que tiene una media de $\bar{X} = 20.97$ ($DE = 5.71$) los ítems más altos en las barreras de alcohol fueron *se puede lastimar a alguien accidentalmente por la forma de beber y algunas personas se pueden sentir desilusionadas de quien toma mucho*, en los beneficios los ítems más altos fueron *después de unas cuantas copas se puede hablar mejor y los eventos (fiestas) son más divertidos cuando hay alcohol*, y sobre las creencias sobre los efectos del tabaco las barreras (contras) tiene una media de 28.98 ($DE = 7.27$) y la media baja fue la de los beneficios con una media de 14.31 ($DE = 6.50$) los ítems más altos en las barreras del tabaco fueron *que causa enfermedades pulmonares y que afecta el corazón* y en los beneficios los ítems más altos fueron *hace que se te quite el sueño y ayuda a inspirarse para estudiar*.

Tabla 7

Estadísticas descriptivas interna sobre las barreras y beneficios del alcohol y tabaco

	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Dimensión Alcohol					
Barreras (contras)	20.97	22.00	5.71	8	29
Beneficios (pros)	17.13	16.00	7.89	8	32
Dimensión Tabaco					
Barreras (contras)	28.98	28.00	7.27	9	36
Beneficios (pros)	14.31	13.00	6.50	8	32

Nota: \bar{X} = Media DE = Desviación Estándar $n=215$

La variable de apoyo social que perciben estas mujeres es el de apoyo de personas relevantes puesto que se obtuvo una media de 23.73 ($DE = 5.04$), siguiendo la familia ($X = 23.67$, $DE = 4.63$) y por último el apoyo social ($X = 21.22$, $DE = 6.41$), estos datos se observan en la tabla 8.

Tabla 8

Estadísticas descriptivas sobre información del área de donde procede el apoyo y la percepción de los mismos

	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Áreas de apoyo					
Personas relevantes	23.73	25.00	5.04	5	28
Familia	23.67	25.00	4.63	5	28
Social	21.22	24.00	6.41	4	28
Puntuación final	68.62	72.00	14.52	16	84

Nota: \bar{X} = Media DE = Desviación Estándar $n=215$

Datos de la frecuencia de las principales variables categorizadas

En la tabla 9 se muestra que el tipo de consumo de alcohol el 65.6% que corresponde a 141 mujeres presentan consumo dependiente, es decir, con riesgo y el 34.4% (74) el tipo de consumo es dañino (perjudicial). En lo que se refiere a la percepción del riesgo del consumo de drogas lícitas el 135 (62.8%) tiene un nivel moderado, solo el 25.6% tiene nivel alto. Sobre la autoestima el 57.2% (123) tiene autoestima alta donde los principales ítems reportados como no favorables el 19.1% (41) de las mujeres no se sienten satisfechas de sí mismas, al igual, no tienen una actitud positiva hacia sí mismas con el 12.6%; en la autoestima media solo 55 (25.6) y solo el 17.2 % que corresponden a 37 mujeres presentan autoestima baja donde los principales ítems negativos más altos están en los porcentajes de 46.9% que corresponde al

enunciado de *me gustaría poder sentir más respeto por mí misma* y la de *me siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa* con el 30.2% (65).

Se observa también el nivel de violencia que presentan las mujeres con un 68.8% (148) presentan violencia leve y sin violencia solo el 31.2% de la muestra de 215 mujeres, y sobre el apoyo social 60.5% considera tener un buen nivel de percepción de apoyo 31.2 (67) moderado y solo 18 mujeres que equivale a 8.4% tienen una percepción baja de apoyo.

Tabla 9

Distribución de frecuencia de los tipos y niveles de las variables de este estudio

	<i>f</i>	%
Tipos de consumo de alcohol		
Dependiente (con riesgo)	141	65.6
Dañino (perjudicial)	74	34.4
Nivel de percepción del riesgo de consumo de drogas lícitas		
Moderada	135	62.8
Alta	55	25.6
Baja	25	11.6
Nivel de autoestima		
Alta	123	57.2
Media	55	25.6
Baja	37	17.2
Nivel de violencia		
Violencia leve	148	68.8
Sin violencia	67	31.2
Nivel de percepción de apoyo social		
Buen apoyo	130	60.5
Moderado apoyo	67	31.2
Bajo apoyo	18	8.4

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje n=215

Se realizó una prueba de asociación mediante la chi cuadrada de Pearson para cumplir el objetivo de analizar la relación entre la autoestima y la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, la cual demostró que las mujeres que mostraron alto nivel de autoestima también mostraron alto nivel de percepción del riesgo del consumo de drogas lícitas $X^2= 39.4, p = .000 (p<0.01)$. La cual se muestra en la tabla número 10.

Tabla 10

Asociación del nivel de autoestima y la percepción de riesgo para el consumo de drogas lícitas de las mujeres con violencia leve

Nivel de Percepción de Riesgo para el Consumo de Drogas lícitas	Nivel de Autoestima			X^2	p
	Baja	Media	Alta		
	f	f	f		
Baja	5	10	-	39.4	.000
Moderada	13	21	53		
Alta	14	-	32		

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje

Para dar respuesta al objetivo principal de determinar la relación de la violencia en las mujeres, se encontró relación con la violencia sufrida con la percepción del riesgo de drogas lícitas de manera negativa ($r = -.119$) es decir entre mayor violencia menos es la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, esto a su vez tiene relación el consumo de alcohol con la percepción del riesgo puesto que se encontró una asociación negativa de ($r = -.574^{**}$) entre estas variables es decir entre más consume alcohol menor es la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas lícitas, con la variable de autoestima se encontró asociaciones significativas negativas de ($r = -.552^{**}$) donde a mayor violencia sufrida menor será el autoestima de estas mujeres, al igual con el apoyo social percibido la relación fue inversa y significativa a mayor violencia menor será el apoyo social que perciben estas mujeres ($r = -.324^{**}$), esto se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

Correlación de Spearman de variables principales

Variables	Consumo de Alcohol	Percepción de Riesgo del Consumo DL	Autoestima	Apoyo Social	Violencia Sufrida
Consumo de Alcohol	1				
Percepción de Riesgo del Consumo de Drogas Licitas	-.574**	1			
Autoestima	.069	.040	1		
Apoyo Social	.200*	.036	.293**	1	
Violencia Sufrida	-.112	-.119	-.552**	-.324**	1

Nota: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron descubrir que la relación que existen entre las variables como es la violencia, la autoestima y el apoyo, social, en esta población vulnerable de una comunidad rural.

Para la comprensión de este estudio es preciso mencionar que las mujeres tienen alrededor de 2 hijos y su nivel de estudio es hasta la preparatoria, donde 148 mujeres de 215 presenta violencia leve por parte de su pareja, siendo el tipo de violencia que más está presente es la psicológica y social, esto se confirma con el estudio de Padilla, López, de la Torre, Sierra, Huizar, Rincón, y Rivas en el 2015 donde la presencia de violencia fue de 16% en las mujeres mexicanas y el tipo de violencia más común fue la de tipo verbal que es la que en esta investigación sufren estas mujeres, se encontró una relación entre las variables de violencia y autoestima donde mayor violencia sufrida menor será la autoestima de estas mujeres. En el 2017, Nava-Navarro, Onofre-Rodríguez, y Báez-Hernández obtuvieron datos similares donde se identifica que ante la presencia de violencia de pareja se presenta autoestima baja, puesto que el tipo de violencia que más se presenta es la psicológica y social. Aunque en la mayoría de las mujeres de este estudio presento un nivel alto de autoestima, a la larga puede llegar a ser afectada su autoestima ya que la violencia puede aumentar su nivel.

Por otra parte, en lo que se refiere al apoyo social, se encontró que la percepción de apoyo que identifican estas mujeres, son las de personas relevantes y de su familia, este resultado se relaciona con el estudio de Rodríguez en el 2018 donde los datos indicaron que su percepción apoyo social fue principalmente el proveniente de la familia.

En este estudio como resultado se encontró que a mayor violencia menor será el apoyo social que perciben estas mujeres, Rodríguez en el 2018 igual encontró una relación entre la percepción de apoyo y violencia porque los datos indicaron que su percepción y el número de personas que otorgan ayuda a las participantes se relacionaron con una disminución de la frecuencia de varias manifestaciones de la violencia de pareja. Esto confirma el modelo de Nola J. Pender en lo que se refiere a las influencias interpersonales, donde es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos ofrecen ayuda o apoyo. Es decir, que entre más apoyo social perciban las mujeres menos sufrían de violencia independientemente del tipo de apoyo que perciban, ya sea de personas relevantes, familia o amigos. analizar la relación entre la autoestima y la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas.

En lo que se respecta a la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas se encontró una relación con la violencia sufrida donde entre mayor violencia menos es la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, a pesar de conocer los riesgos del alcohol y tabaco, las mujeres presentan consumo dependiente. Cabe destacar que las mujeres que experimentan alguna violencia física reportan un consumo de alcohol significativamente más alto, como también aquellas que experimentan violencia emocional reportan más consumo de alcohol, esto según Rodríguez, Ramos, Gutiérrez y Ruiz en un estudio que realizaron en el 2014. Para el Modelo que se utilizó en este estudio que fue el de Promoción de la Salud en lo que respecta a los afectos relativos a la conducta específica, que hace mención sobre los beneficios y barreras que se perciben para la acción, da como resultado que estas mujeres a pesar de conocer los resultados positivos sobre el no consumir drogas lícitas, que esto les produce una expresión de una buena conducta de salud positiva sobre los daños que causan las drogas lícitas ellas

optan por consumir alcohol y saben que esta acción pueden obstaculizar un buen compromiso, una buena conducta para tener una buena salud. Lo relevante de esto es que, aunque ellas saben los riesgos del consumo de drogas licitas como el alcohol y el tabaco, ellas consumen menos de una vez al mes más de 6 bebidas por ocasión, pero por causa de la violencia que ellas viven esa percepción del riesgo no le dan importancia.

Los resultados de este estudio se limitan a análisis correlacional y no se hicieron inferencias con otras pruebas estadísticas. Una limitación fue el no aplicar instrumentos para conocer el consumo de tabaco y drogas, y así poder correlacionar estas adicciones con la variable de violencia.

Conclusión

1. Con respecto al objetivo general de analizar la relación de la violencia de pareja, el consumo de alcohol, la percepción de riesgo del consumo de drogas licitas, autoestima y apoyo social en las mujeres. Se encontró una relación entre la violencia sufrida con la percepción del riesgo del consumo de drogas licitas porque entre mayor violencia menos es la percepción del riesgo el consumo de drogas licitas, como también con la autoestima entre más violencia las mujeres reflejan baja autoestima y con el apoyo social, porque a mayor violencia menor será el apoyo social que perciben estas mujeres.
2. Para dar respuesta al objetivo particular el de describir el tipo de consumo de alcohol predomina en las mujeres, se encontró que es el tipo consumo que presentan estas mujeres fue el dependiente, es decir, con riesgo.
3. Sobre analizar la percepción de las barreras y beneficios del alcohol y del tabaco, las mujeres mencionan que unos de los beneficios del alcohol fue que después de unas copas de puede hablar mejor y que si en las fiestas hay alcohol

es más divertido, en lo que respecta a las contras del alcohol saben que se puede llegar a lastimar a alguien accidentalmente y que pueden llegar a desilusionar a algunas personas si toman mucho. En la percepción de los beneficios que le encuentran al tabaco fue que quita el sueño y ayuda a inspirar para estudiar, en los contras que le ven al tabaco que causa enfermedades pulmonares y que afecta el corazón.

4. La mayoría de las mujeres presentan un nivel alto de autoestima.
5. Analizar la relación entre la autoestima y la percepción de riesgo del consumo de drogas lícitas, se encontró que las mujeres que mostraron alto nivel de autoestima también mostraron alto nivel de percepción del riesgo del consumo de drogas lícitas.
6. Par dar respuesta al objetivo de conocer qué tipo de violencia que sufren las mujeres por parte de su pareja, da como resultado en este estudio que es la psicológica y social seguida por la física, intimidación y agresión.
7. Sobre el último objetivo de distinguir la percepción de red de apoyo que tiene las mujeres la red de apoyo que perciben estas mujeres es la de personas relevantes muy a la par con la de familia.

Recomendaciones

Aplicar instrumentos sobre el consumo de tabaco y drogas (marihuana y cocaína).

Aplicar los instrumentos después de confirmar de que en realidad está sola en ese momento puesto que si esta con el esposo puede ser alterada las respuestas.

Disminuir las variables para evitar agotamiento a la hora de responder los instrumentos.

Implementar otro tipo de investigación como la mixta o de intervención que permitan la complementariedad entre estas variables.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Referencia bibliográfica

- Alonso, M. M., Caufield, C., & Gómez, M. V. (2005). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, NL, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2). Recuperado de:
<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a09.pdf>
- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez Ramos, A., Meléndez, O., & María, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Arnosó, A., Ibabe, I., Arnoso, M., & Elgorriaga, E. (2017). El sexismo como predictor de la violencia de pareja en un contexto multicultural. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 9-20. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074017300156>
- Becoña, E., & Cortés, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Recuperado de:
<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Bravo, M., María, Z., Jarquín, L., & María, A. (2017). Motivos y vivencias de mujeres involucradas en el consumo de drogas, barrio el porvenir nº 1, Sébaco, Matagalpa, segundo semestre 2016 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional

Autónoma de Nicaragua, Managua). Recuperado de:

<https://repositorio.unan.edu.ni/4759/1/6012.pdf>

Buenrostro, A. M., Muñoz, M. M., & Zanabria, V. M. F. (2017). Violencia de pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 6(1), 1231-1262.

De la Fuente, J. R. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico.

Revista Facultad de Medicina UNAM, 35 (2), 47-51. Recuperado de:

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-la-facultad-de-medicina-unam/articulo/el-alcoholismo-como-problema-medico>

Del Pozo Serrano, F. J. (2015). Prevención y tratamiento prevención y tratamiento en el ámbito penitenciario: las mujeres reclusas drogodependientes en España.

Pedagogía social. Revista interuniversitaria, (26). Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5099219>

Estrada, J. G. S. (2015). Algunas consideraciones en relación a la violencia, familia y su relación con el consumo de alcohol. *Anuario de investigación en adicciones*, 1(1).

García, M. J., & Matud, M. P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su

pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud mental*, 38(5), 321-327. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n5/0185-3325-sm-38-05-00321.pdf>

Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Ediciones

Paidós Ibérica. Recuperado de: <https://www.worldcat.org/title/apoyo-social-en-la-intervencion-comunitaria/oclc/432032421>

Hombrados, M.I., Gómez, L., Domínguez, J.M., García, P. y Castro, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 645-664. DOI: 10.1002/jcop.20523.

Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2012-18795-002>

Juarez, R., & Arlet, K. (2016). Violencia intrafamiliar y consumo de alcohol en mujeres del asentamiento humano. Recuperado de:

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/886/VIOLENCIA_FISICA_PSICOLOGICA_RETO_JUAREZ_KATERINE_ARLET.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, V. E. B., Gallardo, E. B., Martín, S. R., & Fernández, J. M. (2016). Opiniones de los y las profesionales de Atención Primaria sobre el consumo de alcohol en mujeres: Barreras percibidas para la intervención. *Revista española de drogodependencias*, (3), 72-83.

Míguez, M. C., & Pereira, B. (2018). Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. *Rev Esp Salud Pública*, 92(30), e14.

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272018000100406&script=sci_arttext&tlng=ES

Molina, J. E., & Moreno, J. H. (2015). Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja. *Universitas Psychologica*, 14(3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n3/v14n3a17.pdf>

Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D., & Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería universitaria*, 14(3), 162-169. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00162.pdf>

- Ortiz, L. G., Casique, L. C., & Loreto, J. E. R. (2017). La calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres que consumen drogas Quality of life related to health in women who use drugs. *EPH-International Journal of Medical and Health Science* (ISSN: 2456-6063), 3(3), 10-24. Recuperado de:
<https://ephjournal.org/index.php/mhs/article/view/200/183>
- Padilla, A. G., López, R. V., de la Torre, M., Sierra, L. C., Huizar, L. A., Rincón, H. G., & Rivas, O. C. (2015). Consumo de drogas, alcohol y tabaco durante el embarazo en la región centro occidente de México. *Anuario de investigación en adicciones*, 6(1). Recuperado de:
http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/Anuarios_PD_Fs/Anuario14.pdf
- Rivero, E. R., Herrero, S. P., Algovia, E. B., Carrasco, R. V., & Cabrera, J. J. V. (2018). Influencia del apoyo social en el mantenimiento de la convivencia con el agresor en víctimas de violencia de género de León (Nicaragua). *Informes psicológicos*, 18(1), 145-165. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044238>
- Roark, I., A. Timothy Church, A.T. & McCubbin, L.D. (2015). Battered Women's Evaluations of Their Intimate Partners as a Possible Mediator Between Abuse and Self-Esteem. *Journal of Family Violence*, 30(2), 201 -214.
- Rodrigues, R. D. A., & Cantera, L. M. (2017). Violência de gênero no casal: o papel da rede social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(1), 90-106. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v69n1/08.pdf>
- Rodriguez, R. (2018). Violencia de pareja, apoyo social y conflicto en mujeres mexicanas. Instituto de Ciencias Sociales y Administración. Recuperado de:

<https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/189/violencia-de-pareja-apoyo-social-y-conflicto-en-mujeres-mexicanas/>

Rodríguez, E. M., Fuentes, P., Ramos-Lira, L., Gutiérrez, R., & Ruiz, E. (2014).

Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud mental*, 37(4), 355-360. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a10.pdf>

Romero-Martínez, A., & Moya-Albiol, L. (2015). Déficit neuropsicológicos asociados a la relación entre abuso de cocaína y violencia: Mecanismos neuronales facilitadores. *Adicciones*, 27(1). Recuperado de:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Eqs07khWQLMJ:www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/194/275+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. Recuperado de:

[https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=YR3WCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Rosenberg,+M.+\(1965\).+Society+and+the+adolescent+self-image.+Princeton,+NJ:+Princeton+University+Press.&ots=rMV3B6fBUP&sig=IccMLNzVk8IqH_SmdN7t5oNX7ek#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=YR3WCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Rosenberg,+M.+(1965).+Society+and+the+adolescent+self-image.+Princeton,+NJ:+Princeton+University+Press.&ots=rMV3B6fBUP&sig=IccMLNzVk8IqH_SmdN7t5oNX7ek#v=onepage&q&f=false)

Ruiz, M. Plan nacional de acción contra la violencia hacia la mujer y la familia 2000-2005. Trabajo Especial de Grado en Gerencia de Programas Sociales,

Universidad Católica Andrés Bello Caracas, Venezuela. 2000. Recuperado de:

<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ3462.pdf>

Ulloa.N (2003). Niveles de Autoestima en Adolescentes Institucionalizados. Hogar de Menores: Fundación Niño y Patria. Valdivia, II semestre 2002”. Recuperado de : <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmu.42n/doc/fmu.42n.pdf>

Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas Martínez, V., Soto-Hernández, I., ... Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. México: INPRFM. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view

Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas, V., Soto-Hernández, I., ... Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. México: INPRFM. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBik8gikz7q/view>

Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas Martínez, V., Soto-Hernández, I., ... Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. México: INPRFM. Recuperado de:

https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/

[view](#)

World Health Organization. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.

Branden, N. (1989). Cómo mejorar su autoestima. Recuperado de:

<https://www.ttmib.org/documentos/Branden-Autoestima.pdf>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Apéndice

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación, encuentra información relacionada con el proyecto de investigación, para el cual espero contar con su participación.

El objetivo de este proyecto es: “*identificar la relación que existe entre la violencia de pareja, el autoestima, el consumo de alcohol, tabaco, drogas y el apoyo social en las mujeres*”.

El propósito de este trabajo es contribuir a ampliar el conocimiento científico que se tiene sobre este asunto y aportar al desarrollo de nuevo conocimiento sobre el tema ya que en la actualidad no se han hecho estudio con este énfasis. Para ello, se espera que usted participe dando respuesta total a los cuestionarios.

Para garantizar la confidencialidad y privacidad al momento de responder ese cuestionario y así minimizar temor dado el tema que se aborda:

- Ningún miembro de la institución a la cual usted pertenece (centro de salud), en ninguna circunstancia, podrá acceder al formato de consentimiento informado que firmará si acepta participar en este estudio.
- Se solicita no revelar información sobre la investigación ni dentro y fuera de las instalaciones de este centro de salud, así como la identidad de las demás participantes.
- Si usted acepta participar en la investigación deberá llenar todo el cuestionario, así como firmar este consentimiento informado.
- El material acopiado a lo largo del proceso de investigación permanecerá en un lugar al que solo tendrá acceso el investigador.
- Por otra parte, es importante que sepa que su participación es totalmente voluntaria y que la firma del formato de consentimiento informado NO le obliga de manera alguna a permanecer en la investigación hasta que esta finalice.

Las únicas personas que tendrán acceso a la información serán el investigador principal y sus directores de tesis. Los resultados de esta investigación se consignarán en el documento de tesis de la maestría que está desarrollando el investigador y en las publicaciones que de este trabajo se deriven.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, DROGAS, VIOLENCIA DE PAREJA, AUTOESTIMA Y APOYO SOCIAL EN LAS MUJERES**. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte de manera alguna.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Firma

Apéndice B

DATOS GENERALES

Edad (Años Cumplidos): _____

Estado Civil: Union libre _____ Casada _____

Tiempo de vivir con su pareja:

¿Tiene Hijos? Sí _____ No _____ Número de Hijos: _____

Años de Escolaridad: _____

Oficio de usted: _____

Oficio de su pareja: _____

ESCALA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL (AUDIT)

Instrucciones:

Las siguientes preguntas tratan acerca del consumo de alcohol. Lee cuidadosamente cada una de ellas y subraya la que más se apegue a tu realidad.

<p>1.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal etc.)?</p> <p>0) Nunca 1) Una o menos veces al mes 2) De 2 a 4 veces al mes 3) De 2 a 3 veces a la semana 4) 4 a más veces a la semana</p>	<p>6.- Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>2.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes (el día que llegas a consumir)?</p> <p>0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 a 9 4) 10 o más</p>	<p>7.- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?</p> <p>1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?</p> <p>0) nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>8.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?</p> <p>1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>4.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <p>1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) Nunca 2) Sí, pero no en el último año 4) sí, en el último año</p>
<p>5.- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <p>1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>0) Nunca 2) Sí, pero no en el último año 4) sí, en el último año</p>

ESCALA DE MOTIVOS PARA FUMAR

Instrucciones:

Contesta por favor la respuesta que mejor corresponda a lo que sientes actualmente respecto al consumo de tabaco. Por favor contesta lo más sinceramente posible y no dejes ninguna pregunta sin contestar.

1= Nunca 2= Rara vez 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre

Preguntas	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
1.- Me dan ganas de fumar cuando me siento frustrado					
2.- Fumo más cuando me siento enojado					
3.- Fumar me ayuda afrontar los problemas o estresares en mi vida					
4.- Fumar me relaja cuando estoy tenso					
5.- Me dan ganas de fumar cuando estoy muy enojado acerca de algo o con alguien					
6.- Cuando me siento triste o quiero poner mi mente en blanco acerca de preocupaciones, fumo cigarros					
7.- Uno de los pasos que disfruto al fumar es cuando prendo el cigarro					
8.- Me siento con más confianza con otra gente cuando estoy fumando					
9.- Me siento más maduro y sofisticado cuando estoy fumando					
10.- Fumo por el placer de ofrecer y aceptar cigarros de otra gente					
11. - Al fumar un cigarro yo disfruto desde que tomo (agarro) el cigarro					
12. - Me siento más atractivo con el sexo opuesto cuando estoy fumando					
13. - He reducido o dejado el ejercicio o deportes por fumar					
14. - He reducido o dejado pasatiempos o actividades por fumar					
15. - Siento que soy adicto a fumar cigarros					
16. - Creo que he tenido algunos problemas de salud debido a fumar					
17. - Si voy sin cigarros por cierto tiempo encuentro difícil concentrarme					
18. - Fumar un cigarro es la primer cosa que hago en la mañana					

ESCALA DE BALANCE DECISIONAL PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

A continuación se te harán algunas preguntas acerca de los aspectos sobre qué tanto estás de acuerdo sobre el alcohol con los siguientes enunciados que se te presentan.

La escala de respuesta es:

1. **Muy en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**
3. **De acuerdo**
4. **Muy de acuerdo**

Beneficios (Pros)	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Beber es emocionante.				
2. Beber da más valor a las personas.				
3. Cuando se bebe hace que las personas se sientan más contentos.				
4. Después de unas cuantas copas se puede hablar mejor.				
5. Beber me hace sentir más relajado y menos tenso ante la gente.				
6. Beber ayuda a pasarla bien con los amigos.				
7. Los eventos (fiestas) son más divertidos cuando hay alcohol.				
8. Beber da más seguridad de sí mismo.				
Barreras (Contras)	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
9. Cuando se bebe se puede terminar lastimando a alguien.				
10. Tomar me puede hacer adicto al alcohol.				
11. Tomar puede meter en problemas a las personas con la autoridad.				
12. Cuando se toma mucho se puede lastimar a personas allegadas.				
13. Algunas personas se pueden sentir desilusionadas de quien toma mucho.				
14. Se puede lastimar a alguien accidentalmente por la forma de beber.				
15. Se da un mal ejemplo a otros cuando se bebe alcohol.				

CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE LOS EFECTOS DEL TABACO

Instrucciones: Ahora se presentan algunos enunciados sobre las creencias de los efectos del tabaco, favor de contestar lo más apegado a tu situación o lo que tú piensas que es conveniente y recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas. Te recuerdo que toda la información será confidencial.

La escala de respuesta es:

1. **Muy en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**
3. **De acuerdo**
4. **Muy de acuerdo**

Beneficio (Pros) Fumar		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Hace que la gente se sienta más adulta y segura de sí misma				
2	Hace que la gente se sienta más tranquila				
3	Hace que se te quite el sueño cuando estudias				
4	Ayuda a inspirarse para estudiar				
5	Ayuda a una persona a distraerse de los problemas de casa o escuela				
6	Ayuda a la digestión después de comer				
7	Hace que se te quite el sueño				
8	Hace que el momento sea rico y placentero				
Barreras (Contras) Fumar		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
9	Hace que la gente se vuelva adicta				
10	Provoca cáncer				
11	Hace que la gente pierda condición física				
12	Te provoca tos				
13	Te causa enfermedades pulmonares				
14	Te afecta el corazón				
15	Disminuye la actividad en las neuronas				
16	Te irrita la garganta				
17	Hace que la gente tenga un mal sabor de boca				

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE RIESGO HACIA EL CONSUMO DE DROGAS (CPRCD)

Instrucciones: A continuación se te presenta una serie de afirmaciones, por favor contesta con una en el recuadro que mejor se apegue tu percepción en relación al consumo de drogas legales.

Afirmaciones	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Nada de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Se consumen bebidas alcohólicas por diversión					
2. Se fuman cigarrillos por diversión					
3. Normalmente se consumen bebidas para olvidar problemas					
4. Frecuentemente se ingieren medicamentos (antidepresivos, estimulantes y /o para dolor e insomnio) sin prescripción médica.					
5. Es frecuente que las personas tomen medicamentos antidepresivos, estimulantes y analgésicos para sentirse mejor, reducir estrés, poder dormir y eliminar el dolor aun y que su médico no se los prescriba.					
6. Se consumen bebidas alcohólicas para pertenecer a un grupo de amigos					
7. Se fuman cigarrillos para pertenecer a un grupo de amigos					
8. Se consumen bebidas alcohólicas por una necesidad					
9. Se fuma porque se tiene una necesidad					
10. Se toman medicamentos antidepresivos, estimulantes y analgésicos por que se tiene necesidad de ellos.					
11. Consumir bebidas alcohólicas genera conflictos con los padres y/o la familia					
12. Fumar cigarrillos genera conflicto con los padres y/o la familia					
13. Tomar medicamentos antidepresivos, estimulantes y analgésicos me genera conflictos con mis padres y/o familia					
14. La gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable					
15. La gente que toma medicamentos no prescritos puede perder el control					
16. Algunos efectos del consumo de alcohol como la cruda, los mareos o vómitos son molestos					

Afirmaciones	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Nada de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Algunas consecuencias de drogas médicas causan taquicardia, deterioro de capacidad de discernir, problemas de coordinación, y bradicardia son preocupantes.					
18. El consumo de bebidas alcohólicas provoca delitos y violencia					
19. El consumo de bebidas genera accidentes graves de tránsito					
20. El consumo de bebidas alcohólicas provoca efectos negativos en la vida familiar					
21. Consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien					
22. Fumar cigarros ayuda a pasarla bien					
23. tomar medicamentos antidepresivos, estimulantes y analgésicos ayuda a pasarla bien					
24. Se consumen bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales					
25. Se fuman cigarros para mejorar las relaciones interpersonales					
26. Consumir bebidas alcohólicas provoca problemas escolares y laborales					
27. Tomar bebidas alcohólicas es malo para la salud					
28. Automedicarse con antidepresivos, estimulantes y analgésicos es malo para la salud					
29. Fumar cigarros es malo para la salud					
30. Comúnmente se consumen cigarros para tener amigos y ser sociable					
31. Comúnmente se consume alcohol para tener amigos y ser sociable					
32. Se consume cigarros para tener nuevas experiencias					
33. Se consume alcohol para tener nuevas experiencias					
34. Se consume medicamentos antidepresivos, estimulantes y analgésicos para tener nuevas experiencias					
35. Se consume cigarros por el deseo de pasarla bien con los amigos en reuniones					

Afirmaciones	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Nada de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
36. No consumo cigarras porque perjudica la salud física y mental					
37. No consumo alcohol porque perjudica la salud física y mental					
38. No consumo medicamentos analgésicos, antidepresivos y estimulantes sin estar prescritos por el médico.					

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada marcando una equis (X).

Frases	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5. En general estoy satisfecha de mi misma.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA SUFRIDA Y EJERCIDA DE PAREJA (CVSEP).

Instrucciones: Indique en una escala del 1 al 5 con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su relación de pareja. Además, señale también en una escala del 1 al 5 qué tanto se siente dañado o agredido por estas situaciones.

Frecuencia					Daño				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nunca	Algunas veces	Bastante	Con mucha frecuencia	Siempre	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho

Situación	Frec.	Daño
1. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable.		
2. Mi pareja me ha empujado con fuerza.		
3. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que él quiere.		
4. Mi pareja me critica como amante.		
5. Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él.		
6. Mi pareja vigila todo lo que yo hago.		
7. Mi pareja ha dicho que soy fea o poco atractiva		
8. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales.		
9. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades.		
10. Mi pareja utiliza el dinero para controlarme.		
11. Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme		
12. Mi pareja me ha amenazado con dejarme.		
13. He tenido miedo de mi pareja.		
14. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enferma o está en riesgo mi salud o me siento mal.		
15. Mi pareja se molesta con mis éxitos y mis logros.		
16. Mi pareja me ha golpeado.		
17. Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando.		
18. Mi pareja me agrede verbalmente si no atiendo a mis hijos como él.		
19. Mi pareja se enoja si no atiendo a mis hijos como él piensa que debería ser.		
20. Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da o gano.		
21. Mi pareja se enoja si no está la comida o el trabajo hecho cuando él cree que debería estar.		
22. Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades.		
23. Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta.		
24. Mi pareja me chantajea con su dinero.		
25. Mi pareja ha llegado a insultarme.		
26. Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa o se enoja cuando no apporto o doy el gasto que él cree que debería ser.		
27. Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo.		
28. Le he dicho es culpable de nuestros problemas.		
29. He llegado a gritarle a mi pareja.		
30. Me he enojado cuando me contradice o no está de acuerdo conmigo.		
31. He llegado a insultar a mi pareja.		

Frecuencia					Daño				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nunca	Algunas veces	Bastante	Con mucha frecuencia	Siempre	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
32. He amenazado a mi pareja con abandonarlo.									
33. Cuando no atiende a los hijos como yo creo agredo verbalmente a mi pareja.									
34. No tomo en cuenta las necesidades sexuales de mi pareja.									
35. Le he prohibido a mi pareja que se junte o reúna con sus amistades.									
36. He llegado a lastimar físicamente a mi pareja.									
37. Me molesta que mi pareja gaste su propio dinero.									
38. He exigido a mi pareja me dé explicaciones detalladas de la forma en que gasta el dinero.									
39. He dicho a mi pareja que es feo o poco atractivo.									

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con una equis (X) de cada una de ellas:

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más Bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.							
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.							
3. Mi familia realmente intenta ayudarme							
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.							
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.							
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme							
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal							
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia							
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías							
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos							
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones							
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.							