

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**PATRONES INTERGENERACIONALES COMO FACTOR DE
RIESGO EN EL DESARROLLO DE VIOLENCIA DE PAREJA**

POR

DRA. ROSALINDA ROMO GARCÍA

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DICIEMBRE 2025**




HOJA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE TESIS

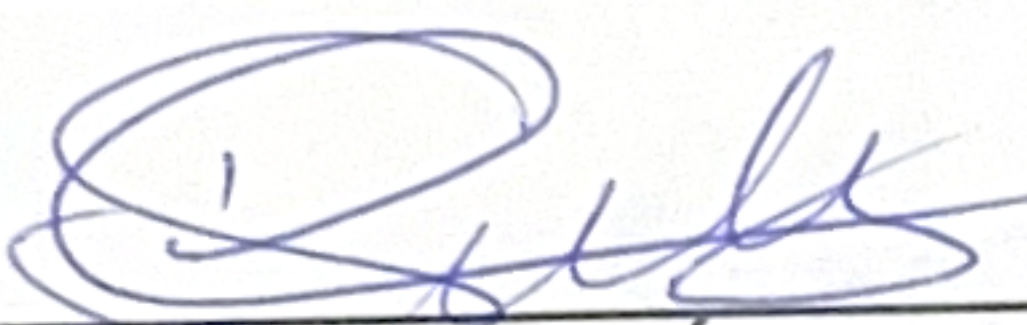
**PATRONES INTERGENERACIONALES COMO FACTOR DE RIESGO EN EL
DESARROLLO DE VIOLENCIA DE PAREJA**

**POR
DRA. ROSALINDA ROMO GARCÍA**

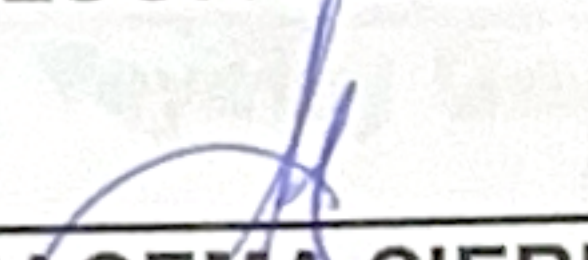
**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**



**DRA. YEYETSY GUADALUPE ORDOÑEZ AZUARA
DIRECTOR DE LA TESIS**



**DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA
ASESOR DE LA TESIS**



**DRA. IRACEMA SIERRA AYALA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA**



**DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ
SUBDIRECTOR DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



UANL

PATRONES INTERGENERACIONALES COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE VIOLENCIA DE PAREJA

Este trabajo fue realizado en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la dirección de la Dra. Yeyetsy Guadalupe Ordoñez Azuara y la Codirección del Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

Dra. Yeyetsy Guadalupe Ordoñez Azuara
Director

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Co-director

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Alvaro y Rosalinda, por creer en mí desde que decidí salir de Monclova. Por esperar pacientemente cada verano, cada invierno y cada fin de semana. Por enseñarme la perseverancia de la que solo viven los que se atreven a hacer cosas increíbles.

A mis hermanos, Alvaro, Isa y Alvarito, por ser mi porra desde cualquier lugar que se encontrarán, por recordarme que mi hogar siempre estará donde ustedes estén.

A Alejandro, porque con tu amor y lealtad me demostraste que puedo llegar tan lejos como me lo proponga, y que siempre vas a estar a mi lado para acompañarme.

A mis amigos, Lytza y Fer, porque gracias a ustedes, reafirme que la medicina familiar se ve exactamente como ustedes la viven. Sin ustedes no hubiera sido lo mismo.

A mis maestros, por ser una gran fuente de apoyo durante mi residencia.

DEDICATORIA

*A mis padres, Alvaro y Rosalinda, que durante este trayecto siempre fueron mi
ancla.*

A Alejandro, por ser el pilar en el que se sostienen mis sueños.

A la Rosita que decidió emprender este viaje hace algunos años:

A lo incierto con confianza.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	v
Lista de tablas	vii
CAPÍTULO I	1
Resumen	1
Abstract	3
CAPÍTULO II	5
Introducción	5
CAPÍTULO III	7
Marco teórico	7
CAPÍTULO IV	20
Justificación	20
CAPÍTULO V	21
Hipótesis	21
Objetivos	21
CAPÍTULO VI	22
Materiales y métodos	22
CAPÍTULO VII	29
Resultados	29
CAPÍTULO VIII	35
Discusión	35
CAPÍTULO IX	37
Conclusiones	37
CAPÍTULO X	38
Anexos	38
Referencias	40
Resumen autobiográfico	45

LISTA DE TABLAS

Número	Título de tabla	Página
Tabla 1.	Análisis estadístico. Cálculo de la muestra.	23
Tabla 2.	Características sociodemográficas.	29
Tabla 3.	Tipología familiar	30
Tabla 4.	Patrones de transmisión intergeneracional	32
Tabla 5.	Violencia de pareja identificada y Puntaje DVQ-R	34

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción: La violencia de pareja íntima representa un problema de salud pública de gran relevancia debido a su elevada prevalencia y al impacto que genera en la salud física, emocional y social de quienes viven. El análisis de esta problemática ha permitido reconocer que el origen de la violencia de pareja íntima es multifactorial y que suele estar influido por elementos individuales, familiares y socioculturales. Entre estos factores, los patrones intergeneracionales han adquirido un papel fundamental, dado que la exposición a dinámicas violentas durante la infancia —ya sea presenciándolas o viviéndolas directamente— puede normalizar conductas que más tarde se reproducen en relaciones de pareja.

Objetivo general: Analizar los patrones intergeneracionales como factor de riesgo para el desarrollo de violencia de pareja.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo tipo encuesta-entrevista, donde se realizó un muestreo a conveniencia de 100 participantes, a quienes se les realizó un familiograma donde se identificaron los patrones intergeneracionales (escolaridad, ocupación, antecedentes personales patológicos, toxicomanías), posteriormente se aplicó un auto-reporte de violencia, seguido de la encuesta DVQ-R para medir la violencia.

Resultados: Se realizó un muestreo a conveniencia donde se captaron 100 participantes en un periodo de diciembre del 2024 a agosto del 2025 con una mediana de edad de 39 años (RIC 28–55), de los cuales la mayoría fueron mujeres (63%), heterosexuales (99%), casados (44%), católicos (78%), con máximo nivel de estudios secundaria (37%). El patrón familiar de escolaridad fue significativo ($p = 0.002$). Esta mostró una asociación significativa, los patrones de maltrato se observaron con mayor frecuencia en familias con menor escolaridad. El patrón familiar de violencia fue significativamente distinto entre los grupos ($p = 0.0022$).

Conclusión: El presente estudio demuestra que los patrones intergeneracionales de violencia constituyen un factor de riesgo clínicamente relevante para el desarrollo de violencia de pareja íntima. Asimismo, la asociación significativa entre violencia familiar previa, baja escolaridad familiar y la presencia de violencia de pareja refuerza la importancia de los factores estructurales y socioculturales descritos en la literatura.

Palabras clave: violencia de pareja íntima, patrones intergeneracionales, transmisión intergeneracional

ABSTRACT

Introduction: Intimate partner violence represents a major public health concern due to its high prevalence and its impact on the physical, emotional, and social well-being of those who experience it. The analysis of this issue has shown that the origins of intimate partner violence are multifactorial and often influenced by individual, family, and sociocultural elements. Among these factors, intergenerational patterns have gained particular relevance, as exposure to violent dynamics during childhood—whether by witnessing or directly experiencing them—may normalize behaviors that are later reproduced in intimate relationships.

General Objective: To analyze intergenerational patterns as a risk factor for the development of intimate partner violence.

Materials and Methods: This was an observational, cross-sectional, descriptive survey-interview study. A convenience sample of 100 participants was obtained. Each participant completed a genogram to identify intergenerational patterns (schooling, occupation, personal pathological history, substance use), followed by a self-report of violence and the application of the DVQ-R questionnaire to measure intimate partner violence.

Results: A convenience sample of 100 participants was collected between December 2024 and August 2025, with a median age of 39 years (IQR 28–55). Most participants were women (63%), heterosexual (99%), married (44%), catholic (78%), and had a maximum education level of middle school (37%). The family education pattern was statistically significant ($p = 0.002$). A significant association was observed, with maltreatment patterns occurring more frequently in families with lower educational attainment. The family violence pattern differed significantly among groups ($p = 0.0022$).

Conclusion: This study demonstrates that intergenerational patterns of violence constitute a clinically relevant risk factor for the development of intimate partner

violence. Furthermore, the significant association between previous family violence, low family educational level, and the presence of intimate partner violence highlights the importance of the structural and sociocultural factors described in the literature.

Keywords: intimate partner violence, intergenerational patterns, intergenerational transmission

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja íntima representa un problema de salud pública de gran relevancia debido a su elevada prevalencia y al impacto que genera en la salud física, emocional y social de quienes viven. Diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, han señalado que se trata de una forma de violencia que afecta a personas de distintos contextos socioeconómicos y familiares, que lo ha llevado a convertirse en un fenómeno persistente que demanda la atención de los sistemas de salud.

El análisis de esta problemática ha permitido reconocer que el origen de la violencia de pareja íntima es multifactorial y que suele estar influido por elementos individuales, familiares y socioculturales. Entre estos factores, los patrones intergeneracionales han adquirido un papel fundamental, dado que la exposición a dinámicas violentas durante la infancia —ya sea presenciándolas o viviéndolas directamente— puede normalizar conductas que más tarde se reproducen en relaciones de pareja. Los modelos aprendidos en el hogar, las formas de resolución de conflictos y la calidad de los vínculos afectivos contribuyen a configurar la manera en que los individuos se relacionan en la vida adulta.

En este contexto, el médico familiar ocupa un lugar estratégico en la identificación temprana de factores de riesgo, dado que su enfoque integral y centrado en la familia permite comprender la dinámica relacional del paciente y su entorno. El familiograma facilita la detección de patrones intergeneracionales y constituyen un recurso útil para orientar el desarrollo de intervenciones oportunas.

El presente estudio tiene como finalidad analizar el papel de los patrones intergeneracionales como factor de riesgo clínicamente relevante en el desarrollo de violencia de pareja íntima aportando evidencia que contribuya a mejorar la

identificación y el abordaje de este problema en el ámbito de la Medicina Familiar.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

La pareja íntima

La pareja íntima es una persona que tiene una relación personal cercana con otra que puede estar caracterizada por la conexión emocional de los cónyuges, contacto regular, contacto físico y comportamientos sexuales, identidad como una pareja, y familiaridad y conocimiento acerca de la vida del otro. La relación no necesita involucrar todas las dimensiones antes mencionadas. (1,2)

Una relación de pareja incluyen personas que son actualmente o han sido con anterioridad:

- cónyuges (cónyuges casados, en unión libre)
- novios/novias
- parejas que están saliendo
- parejas sexuales recurrentes (2)

La violencia de pareja íntima

La violencia de pareja íntima se puede definir como un comportamiento agresivo, coacción y/o el maltrato que se ejerce hacia la pareja o ex pareja con el fin de causar un daño físico, sexual o psicológico en la misma. (3)

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) ofrece su definición como violencia física, violencia sexual y/o violencia psicológica (incluidos los actos coercitivos) por una pareja íntima actual o anterior, ya sea o no la pareja un cónyuge. (4)

Si bien, la violencia de pareja íntima se personifica en el abuso de poder y el control generado por parte del agresor, lo que busca es subyugar a la víctima a un ciclo de violencia repetitivo y recurrente. Este fenómeno representa un problema de interés social y comunitario que trasciende a nivel local, nacional y mundial, por lo que los sistemas de salud en conjunto con la sociedad, tienen la responsabilidad legal, ética y moral de tomar el asunto en sus manos con el objetivo de organizarse y hacer frente a este problema.

La violencia de pareja íntima es un problema de salud pública que se ha vuelto común entre nuestra sociedad y se asocia con un aumento de la morbilidad y la mortalidad.(5) Las diferentes investigaciones a lo largo de varias décadas han revelado los efectos a corto y largo plazo de la violencia en la salud física, la salud mental y el bienestar social de las personas afectadas y de sus descendientes. El sistema de atención de la salud desempeña un papel central en la educación y la prevención de la violencia de pareja íntima, así como en la identificación de las personas afectadas, la intervención, y lo más importante, su recuperación. A partir de esta problemática, los movimientos feministas han desempeñado un papel fundamental al visibilizar la situación de las mujeres y niñas que han sido víctimas centrales de la violencia, así como al evidenciar dimensiones del fenómeno que suelen permanecer ocultas en los registros estadísticos. Estos movimientos han puesto de manifiesto que, si bien las mujeres constituyen el grupo más afectado, no son las únicas que experimentan este tipo de violencia. (6)

En paralelo, los sistemas institucionales han contribuido al desarrollo de políticas sociales y marcos legislativos orientados a la prevención y atención de la violencia de pareja íntima, cuya prevalencia en la vida de las mujeres supera incluso la de afecciones como la diabetes, la depresión o el cáncer. Sin embargo, es necesario subrayar que este fenómeno no puede ser concebido exclusivamente como un problema de género, dado que atraviesa diversas configuraciones sociales y afecta a múltiples grupos poblacionales.

Y aunque la violencia de pareja íntima ocurre en cualquier estrato social, ubicación geográfica o contextos culturales, las estimaciones de su prevalencia varían dependiendo de las características demográficas. En estudios realizados en poblaciones estadounidenses la prevalencia suele ser más alta en adultos jóvenes (18 a 24 años), comparado a otras cohortes de edad. (7)

También hay más prevalencia de victimización en personas que se identifican como minorías de género o sexuales, así como ciertos grupos raciales y étnicos, personas con discapacidades físicas y mentales, sugiriendo que hay más

relaciones entre la violencia de pareja íntima y ciertas formas de marginalización social. (8)

En la Encuesta de Conductas de Riesgo en Jóvenes realizada en el 2015 a estudiantes de secundaria en Estados Unidos, el 21.4% de las estudiantes mujeres y el 9.6% de los estudiantes hombres informaron haber experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima durante el año anterior. (9)

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) considera como parte de la violencia de pareja íntima los actos abusivos de poder u omisiones intencionales que pretendan dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y/o sexual. Esta violencia se suele ejercer por personas con quienes se haya tenido una relación de matrimonio, concubinato o, mantengan o hayan mantenido una relación íntima. (10)

Tipos de violencia

La ENDIREH genera información cada 5 años sobre los cinco tipos de violencia reconocidos en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia con el propósito de obtener información y estadísticas sobre la violencia que es ejercida sobre la mujer. Los diferentes tipos de violencia los describe de la siguiente manera y se tomarán en cuenta las definiciones para hablar sobre los tipos de violencia de pareja íntima:

- **Violencia psicológica**

Se define como cualquier acto u omisión el cual su objetivo es dañar la estabilidad psicológica que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, infidelidad, rechazo, restricción a la autodeterminación, control de acciones, amenazas, las cuales conllevan a la víctima a problemas psicológicos como la depresión, la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Entre el 35 y el 49 % de las mujeres y los hombres en Estados Unidos y Europa experimentan violencia de pareja de tipo psicológico, la cual es la forma más frecuente de violencia de pareja, en comparación con la violencia física y sexual. (9)

La violencia psicológica puede influir significativamente en el impacto para desarrollar otros tipos de violencia de pareja íntima, la cual se caracteriza por incluir, aunque no de forma exclusiva, las siguientes acciones:

- Ejercer autoridad sobre la otra persona a través de restricciones monetarias, relacionales (amigos o familia), seguimiento de ubicaciones y comunicaciones, monitorear o interferir en la comunicación electrónica (como son las redes sociales, mensajería instantánea), sin consentimiento previo de la pareja.
- Agresión expresiva (despreciar, denigrar, ofender)
- Intimidación mediante actos de violencia física o sexual: Consiste en la comunicación, a través de palabras, gestos o la exhibición de objetos peligrosos (armas), como parte de la intención del agresor de causar heridas, daño físico en general, incapacitación, o incluso la muerte de la víctima.
- Evitar el uso de anticonceptivos como parte del control que se ejerce sobre la salud sexual y reproductiva.

- **Violencia física**

Se define como cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas. Se puede categorizar en las siguientes acciones: arañar, abofetear, jalar del cabello, empujar, morder, estrangular, quemar, usar objetos peligrosos (como cuchillos, navajas, armas de fuego). (9)

- **Violencia sexual**

Es cualquier acto que se lleva a cabo o se intenta sin tener el consentimiento de la otra persona. Atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Así como se puede referir al acto de obligar física o verbalmente a practicar actos sexuales, a costa del uso de la violencia física o psicológica.

Se puede manifestar como penetración de manera facilitada por sustancias lícitas o ilícitas, o de manera forzada. Esta violencia implica no haber obtenido consentimiento de manera voluntaria, así como en situaciones donde la víctima no puede negarlo o consentirlo.(10)

- **Violencia patrimonial**

Es la acción u omisión que afecta la supervivencia de la víctima, en la cual se busca causar daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción y/o retención de instrumentos de trabajo, documentos personales, objetos, bienes o valores de la víctima.(11,12)

Puede haber cierta confusión con la violencia económica, sin embargo una se centra en el flujo de dinero, y la otra en los bienes tangibles e intangibles que componen la propiedad de la persona.

Se puede describir de la siguiente manera:

- Romper o dañar intencionalmente objetos personales, muebles, vehículos, bienes inmuebles o cualquier propiedad que pertenezca o sea utilizada por la víctima (p. ej., romper el teléfono celular, dañar ropa).
- Quitar, robar o retener documentos personales (pasaportes, actas de nacimiento, identificaciones) o instrumentos de trabajo, impidiendo a la víctima realizar trámites, viajar o trabajar.
- Vender, hipotecar o transferir sin consentimiento la propiedad conjunta o individual, o impedir que la víctima acceda a sus bienes.

- Expulsar a la víctima de la casa que comparten o impedirle el acceso a ella, aunque sea de su propiedad.

• **Violencia económica**

Busca la dominación de la víctima a través del control de recursos financieros y económicos. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas. Su objetivo es mantener o generar la dependencia económica, impidiendo la autonomía y libertad de la víctima.(12)

La violencia económica puede incluir:

- La retención, limitación o apropiación total de los ingresos de la víctima (salario, prestaciones, becas, etc.), incluso cuando la víctima es quien los genera.
- Obligar a la víctima a depender económicamente del agresor, prohibiéndole trabajar, estudiar o buscar empleo.
- Disponer de los bienes o el dinero común sin el consentimiento de la víctima, o incurrir en deudas a nombre de ella.
- Asignar a la víctima una carga desproporcionada de los gastos domésticos o de cuidado, mientras el agresor utiliza sus ingresos en beneficio propio.
- Incumplimiento de las obligaciones alimentarias o de sustento hacia la pareja o los hijos.
- Ocultar o falsificar información sobre los bienes o ingresos familiares para mantener a la víctima en la ignorancia de su situación financiera.

Así como también se tienen que definir los ámbitos en los que se desarrolla o puede desempeñarse la violencia, lo cual se conceptualiza como: el espacio definido por las relaciones sociales en el que se producen las situaciones de

violencia. Este se define siempre a partir del tipo de vínculo con la persona agresora y no a partir de lugar físico en donde ocurre la violencia.(10)

En el ámbito de las relaciones de pareja, las mujeres pueden correr mayor riesgo de experimentar algún incidente de violencia de pareja íntima. Además, la naturaleza del vínculo afectivo profundiza sus consecuencias.

En 2021, en México 39.9 % de las mujeres de 15 años y más que tienen o han tenido una relación de pareja reportó haber experimentado alguna situación de violencia a lo largo de la relación y 20.7 % en los últimos 12 meses (entre octubre 2020 y octubre 2021). La violencia de pareja representa una de las formas más extremas de desigualdad de género y se manifiesta por medio de agresiones psicológicas (emocional), económicas, físicas o sexuales en contra de las mujeres.(10)

A nivel nacional, la violencia que más experimentaron las mujeres por parte de su pareja actual o última a lo largo de su relación fue de tipo psicológica (35.4 %). Asimismo, en los últimos 12 meses la violencia psicológica fue la más frecuente (18.4 %).

La agresión psicológica, como amenazas, humillación y esfuerzos en monitorear o controlar a la pareja íntima es un factor común en la violencia de pareja íntima. Estas parejas que se catalogan como violentas pueden usar alcohol, medicamentos o drogas ilícitas para controlar a sus parejas, o usar un diagnóstico psiquiátrico como un mecanismo de control.(7)

Factores de riesgo asociados a desarrollar violencia de pareja íntima

El riesgo es la probabilidad de que las personas sanas, pero expuestas a ciertos factores, adquieran o desarrollen una enfermedad, patología o se encuentren bajo una situación específica.

Estos factores, llamados de riesgo, son características que se acompañan de un aumento en la probabilidad de que ocurra un proceso anormal o patológico, lo que significa que se encuentran asociadas estadísticamente con la ocurrencia de un daño, aunque dicha asociación pueda ser o no de tipo causal.

El factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, que se asocian a una probabilidad incrementada de experimentar daño a la salud. La combinación de varios factores de riesgo en los individuos incrementa aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.(13)

Los factores de riesgo en el desarrollo de violencia de pareja se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Individuales
- Familiares

Factores de riesgo individuales

- **Sexo**

A lo largo de las últimas décadas, diversas encuestas de carácter nacional e internacional han documentado que la prevalencia de violencia doméstica, intrafamiliar o de pareja íntima es consistentemente mayor en mujeres. No obstante, esta tendencia epidemiológica no debe interpretarse como la inexistencia de violencia ejercida contra los hombres. La menor proporción de denuncias realizadas por varones se asocia con múltiples factores socioculturales, entre ellos estigmas de género, normas tradicionales de masculinidad, percepciones de autoeficacia y temor a la deslegitimación institucional.(14)

Los hombres tienen más riesgo de ser perpetradores: el 83% de los delitos en México los cometen hombres y, de estos delitos, el 32,7% los perpetran jóvenes de entre 18 y 25 años, mientras que el 38,3% corresponden a aquellos entre 26 y 35 años. Por otro lado, las mujeres padecen en mayor medida la violencia doméstica y los delitos sexuales. El 43,9% de las mexicanas de 15 años o más han sufrido violencia por parte de su actual o de su última pareja, según la encuesta.

La perspectiva de género sobre la violencia en México destaca que esta problemática es el resultado de las estructuras patriarcales que aún prevalecen en la sociedad mexicana.(15)

- **Edad**

La edad es un factor de riesgo asociado con violencia de pareja íntima. En el estudio multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2005 se demostró que las mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre 15 y 19 años, tenían más riesgo de ser objeto de violencia física o sexual, infligida por su pareja en todos los entornos, menos en Etiopía y Japón.

Un ejemplo muy claro es en Bangladesh, donde el 48% de las mujeres de entre 15 y 19 años declaró haber sido víctima de violencia de pareja íntima de tipo sexual, física o ambas en los últimos 12 meses, a comparación del 10% de las mujeres de entre 45 y 49 años. (16)

- **Orientación sexual**

Diversas investigaciones han señalado que la orientación sexual puede constituir un factor de riesgo asociado al desarrollo de violencia de pareja íntima. En poblaciones de la diversidad sexual —particularmente en parejas del mismo sexo— se ha documentado una prevalencia igual o mayor en comparación con parejas heterosexuales. Este fenómeno no se atribuye a la orientación sexual en sí, sino a factores estructurales y psicosociales que incrementan la vulnerabilidad, tales como el estigma social, la discriminación, y la menor disponibilidad de redes de apoyo formales e informales. (17)

- **Escolaridad**

En el estudio multipaís de la Organización mundial de la salud, se comprobó que en muchos de los países, cuanto mayor era el nivel educativo de la víctima, menor era el número de casos de violencia. En algunos países en vías de desarrollo, se observó que esto funge como factor protector, ya que de esta manera hay más posibilidades de elegir a la pareja y mayor capacidad para decidir entre casarse o no, negociar autonomía y control de los recursos dentro del matrimonio. (14)

- **Estado civil**

Las mujeres que estaban separadas o divorciadas declararon haber sido víctimas de violencia de pareja íntima a comparación que las mujeres casadas. Así como se expusieron más casos de violencia entre las parejas que cohabitan sin estar casadas (unión libre). (14)

Factores de riesgo familiares

- **Haber estado expuesto a violencia en la niñez o a la violencia en el hogar.**

Existe una asociación entre ser víctima de violencia de pareja íntima en la adultez con la presencia de violencia parental y de victimización durante la infancia. (18,19) Estudios encontraron que la existencia de maltrato psicológico y físico en la infancia, así como la exposición a la violencia en el hogar, puede anticipar un mayor riesgo de cometer algún tipo de violencia por parte de los hombres. Por otro lado, el abuso sexual predijo una mayor probabilidad de esta misma clase para las mujeres (20-22). En conclusión, el haber presenciado a su padre golpear a su madre durante la infancia se asocia significativamente con la perpetración de violencia contra la pareja íntima.(23)

La familia y la transmisión intergeneracional

La familia es la unidad de organización social básica, esta proporciona el contexto en el que se desarrollan los conocimientos, creencias y actitudes que dan identidad a las personas y, por tanto, cualquier forma de violencia que ocurre dentro de ella tiene un impacto que trasciende generaciones. (24)

Uno de los factores de riesgo familiar que requiere especial atención y que ha sido

poco estudiado en América Latina y el Caribe es la transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar.(25)

Esto se refiere a la propensión de replicar, como víctima o victimario, distintos tipos de violencia experimentada dentro del entorno familiar. Por ejemplo, los menores que han sufrido violencia física tienen mayor probabilidad de cometer delitos violentos y de ser arrestados en la juventud y en la edad adulta por dichos actos.(18) De manera similar, los hijos de padres que han estado recluidos son más propensos a delinquir y a ser procesados legalmente por estas conductas. Los resultados del análisis sugieren que la violencia observada o sufrida anteriormente por los jóvenes en el contexto familiar está significativamente asociada a la violencia actual que experimentan y es mejor predictor que otros factores individuales, familiares o de contexto comunitario (tales como índices de criminalidad de la comunidad y de marginación urbana de los barrios donde habitan los entrevistados). (25)

Existen distintas teorías sobre los mecanismos de transmisión de las actitudes y los comportamientos violentos de padres/madres a hijos o hijas:

Teorías de transmisión intergeneracional

Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura

La explicación más utilizada y difundida tiene que ver con la teoría del aprendizaje social, de acuerdo con la cual los niños observan e imitan comportamientos y actitudes de personas que consideran modelos a seguir, tanto como el modelo familiar juega un papel muy importante en este aprendizaje. (26)

En un entorno en el que existe violencia, los menores son más propensos a considerar que esta es normal, apropiada o inevitable, particularmente cuando la ejercen o reciben los progenitores. En estos casos, el conflicto tiende a desembocar en violencia. Por ende, las habilidades para una resolución de conflictos segura no se desarrollan y se repite la resolución violenta del conflicto sin otra alternativa social. (27)

Teoría del apego

La teoría del apego de Bowlby nos habla acerca de la relación del menor con el cuidador, explicando que la calidad de este vínculo es crucial, ya que nos ayuda a construir esquemas mentales o modelos operativos internos, que posteriormente se convierten en conductas. (28) Una base segura ofrece al infante una plataforma estable y confiable desde donde puede explorar el entorno de una manera libre. A su vez, esto explicaría el fenómeno en el cual al crecer en ámbitos familiares violentos, las expectativas de crecer con seguridad se ven trastornadas. Si los padres no solo son la fuente de peligro, sino que también están ausentes en su deber de protegerlos, aquellos a quienes amas se convierten en aquellos a quienes temes.

Los jóvenes o adultos que crecieron en estas circunstancias esperan de los demás lo mismo que de su cuidador principal: hostilidad, rechazo, violencia si es el caso, y promueven estos comportamientos.(27) Específicamente, quienes experimentaron maltrato en la infancia pueden sufrir serias secuelas, manifestando desafíos en sus relaciones interpersonales, una inclinación hacia la agresividad y, en términos amplios, un funcionamiento psicosocial comprometido. (29)

Haber sido testigo en la infancia de violencia entre los padres implica ser 1,9 veces más propenso a ejercer violencia con la pareja (física o psicológica) y dos veces más propenso a ser víctima de violencia de pareja íntima (física o psicológica).(25)

En Perú, la probabilidad de las mujeres de ser víctimas de violencia por parte de su pareja es 28 puntos porcentuales mayor si ellas (en la infancia) o sus madres sufrieron maltrato por parte del padre, según datos obtenidos a partir de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar. (30)

Por ejemplo, se ha podido observar que algunas de estas variables están relacionadas con el nivel educativo de la mujer y su pareja, los ingresos del hogar y los factores culturales tales como el machismo y las concepciones sobre el rol y las obligaciones de la mujer. Asimismo, también se enfatiza el papel de las conductas inadecuadas de la pareja, tales como el abuso del consumo de alcohol y drogas. (31)

Uno de los trabajos teóricos fundamentales al respecto fue realizado por Pollak (32) quien presenta un modelo de equilibrio dinámico en el cual la evolución de la tasa de violencia doméstica de largo plazo en la sociedad depende de la transmisión de los patrones de violencia intrafamiliar de una generación a la siguiente, así como también de los patrones de emparejamiento y de divorcio. Pollak postula que los varones que sufrieron violencia en sus hogares son más propensos a ser violentos con sus parejas. Adicionalmente, señala que los hombres que provienen de hogares donde no se identificó la violencia, también pueden manifestar conductas agresivas, pero en menor medida.

El comportamiento abusivo en las relaciones de pareja durante la adolescencia está asociado con un riesgo de violencia de pareja íntima más adelante en la adultez. Los efectos en la salud de los infantes que se encuentran expuestos a la violencia de pareja doméstica, tienen una prevalencia muy alta, y aunque las consecuencias en salud de esta problemática que incluyen enfermedades mentales, físicas e incluso un mayor riesgo de ser víctima de violencia de pareja íntima(33) o de perpetrar la violencia como adolescente o en su adultez, son bien estudiadas, sin embargo también se les da muy poco énfasis.

La mayoría de los estudios demuestran que realizando intervenciones en los centros de atención primaria para pacientes que reportan violencia de pareja íntima han demostrado que estas reducen el riesgo de violencia subsecuente. (34).

CAPÍTULO IV

JUSTIFICACIÓN

Previo a la realización de estrategias preventivas para la violencia de pareja, es necesario la identificación de factores de riesgo que lleven a esta violencia.

La violencia es un problema actual de salud pública. El conocer el verdadero alcance del problema resulta un desafío, ya que no se cuentan con reportes completos o no todos los casos son reportados. Es aquí donde la atención primaria juega un rol crucial. De 20-48% de las mujeres que buscan atención médica han sido afectadas por algún tipo de violencia. (35-38) Sin embargo, solo alrededor de 1% de los casos son identificados ya que la causa de la consulta no siempre es un resultado directo de heridas de violencia.

El médico familiar juega un rol fundamental en este problema de salud mental. La teoría de apego de Bowlby sugiere que durante el crecimiento los niños tienen a poner como modelos las relaciones románticas observadas en sus familias. El médico de familia sirve como piedra angular en el diagnóstico, tratamiento y prevención de violencia debido a que usualmente es el primer contacto del paciente con el sistema de salud. Esta teoría posiblemente le permite al médico familiar utilizar herramientas como el familiograma para identificar patrones y crear estrategias de prevención.

CAPÍTULO V

HIPÓTESIS

Los patrones intergeneracionales son un factor de riesgo clínicamente relevante para la violencia de pareja.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar los patrones intergeneracionales como factor de riesgo para el desarrollo de violencia de pareja.

Objetivos Específicos:

- Establecer la prevalencia de violencia de pareja en pacientes de consulta externa.
- Examinar los patrones intergeneracionales de violencia de los pacientes de consulta externa mediante un familiograma.

CAPÍTULO VI

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

El presente será un estudio observacional, transversal, descriptivo tipo encuesta-entrevista.

Población de estudio:

Personas mayores de 18 años que acudan a consulta externa del Departamento de Medicina Familiar.

Lugar o sitio del estudio:

Consulta externa del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Criterios de selección de muestra:

Criterios de inclusión:

Se incluirán a pacientes mayores de 18 años que acudan a consulta externa del Departamento de Medicina Familiar, sexo indistinto, que el paciente guía venga acompañado de un familiar y que acepten su participación.

Criterios de exclusión:

Se excluirán únicamente a los pacientes no acepten participar o que no hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- Se eliminarán los cuestionarios que sean considerados con un llenado incompleto o erróneo por parte del equipo de investigación.
- Se eliminarán los cuestionarios de los sujetos que se contacten con el equipo de investigación para expresar su deseo de dejar de participar en el estudio.

- **Cálculo de la muestra:**

Para el cálculo de muestra se utilizó la fórmula para regresión logística. Con una significancia de 0.05 (z_{α} 1.64), un poder de 90% (z_{β} 1.28), una proporción esperada de pacientes que sufran o hayan sufrido violencia de pareja de 70.13% de acuerdo con estudios previos realizados por el equipo de investigación y una razón de momios (RM) de 2 como una razón mínima para una diferencia clínicamente significativa, dando un total mínimo de 68 pacientes por incluir en este estudio.

Tabla 1. Análisis estadístico. Cálculo de la muestra

$$n = \frac{[Z\alpha + \exp(\ln RM^2 / 4) Z\beta]^2 (1 + 2P)}{\ln RM^2 (P)}$$

Fórmula 12. Tamaño de muestra para regresión logística.

za	1.64		
RM	2		
zb	1.28		
p	0.7013	Resultado	67.791465

Procedimiento del estudio

El reclutamiento se realizará de manera consecutiva en la consulta externa (Consulta #1) del Departamento de Medicina Familiar, invitando a todos los pacientes a participar. Para recaudar la información necesaria se aplicarán cuestionarios y una entrevista clínica.

En primera instancia se preguntará por datos sociodemográficos mediante una ficha de identificación. La ficha de identificación recopilará datos generales del paciente, tales como edad, sexo, fecha y estado civil.

Posteriormente durante la entrevista clínica, el médico que dará consulta realizará un familiograma. Los familiogramas son una representación gráfica de la estructura familiar, así como de su área sociodemográfica, además de que permite la identificación de patrones intergeneracionales. El familiograma se realizará entre el paciente guía y su acompañante familiar, guiados por el médico

familiar consultante. La realización del familiograma se realiza de manera rutinaria durante las consultas de Medicina Familiar.

Por último, se identificará la violencia mediante dos métodos. El primer método consistirá en el auto-reporte de violencia, mediante una pregunta directa por el clínico o en su defecto por el equipo de investigación dirigida al paciente guía. Seguido de esta pregunta, e independientemente de la respuesta, se aplicará la escala DVQ-R (*Dating Violence Questionnaire – Revised*), cuestionario tipo Likert desarrollado por Rodríguez-Díaz et al y validado en diversos países latinoamericanos. El cuestionario consta de 20 preguntas que evalúan la frecuencia de ciertos comportamientos violentos, mediante una escala tipo Likert, durante el mes previo a la aplicación del cuestionario. Antes de iniciar esta sección se le pedirá al familiar acompañante que abandone el consultorio, esto para la veracidad de las respuestas del paciente guía.

Para interpretar los puntos de corte de la escala de la manera correcta, se realizó una sesión virtual con el desarrollador de la escala, el Dr. Francisco Javier Rodríguez Díaz, quien describe los puntos de corte de la siguiente manera: Mientras se obtenga una puntuación de cero se considera como resultado “no hay violencia”, la puntuación menor 3 se considera “maltrato no continuado” definiéndolo como un episodio aislado o esporádico de maltrato, y una puntuación igual o mayor a 3 se considera “maltrato continuado”.

Al ser un cuestionario que trata temas sensibles, la presente investigación se considera de riesgo mínimo. A todos los pacientes a los cuales se identifique sufran de violencia serán referidos a consulta con médicos del Departamento de Medicina Familiar, ajenos al equipo de investigación, para valorar posibles procedimientos y tratamientos individualizados, así como la valoración de una referencia al servicio de psiquiatría según sea el caso.

Análisis estadístico

Para la estadística descriptiva, las variables numéricas serán sometidas a la prueba estadística de Kolmogórov-Smirnov para evaluar su distribución, además de la evaluación de asimetría y curtosis, así como gráficos Q-Q. Posteriormente se describirán las variables cuantitativas en medias con desviación estándar o en

mediana con rango intercuartílico dependiendo de su distribución. Las variables categóricas serán descritas mediante frecuencias y porcentajes.

Para la estadística analítica se calcularán odds ratio (OR, razones de momios) una regresión logística para los patrones intergeneracionales identificados sobre el sufrir o haber sufrido violencia de pareja. Para el ajuste del modelo, las posibles asociaciones entre las variables sociodemográficas y la violencia actual serán agregadas al modelo siguiendo un método step-wise.

El análisis estadístico de los datos será realizado en el software R versión 4.3.2, utilizando los paquetes base. Todo valor de p menor a 0.05 será tomado como estadísticamente significativo con un intervalo de confianza del 95%.

Variables del estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categoría
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Obtenido de entrevista médica y ficha de identificación	Cualitativa	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que haya vivido una persona desde su nacimiento.	Obtenido de entrevista médica y ficha de identificación	Cuantitativo	-
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si	Obtenido de entrevista médica y ficha de	Cualitativo	Soltero Casado Unión Libre Separado Viudo

	tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	identificación		
Patrones intergeneracionales	Acciones, fenómenos o comportamientos repetidos a través de generaciones familiares	Obtenido de familiograma	Cualitativo	Si No Descripción dependiendo del patrón identificado.
Violencia de pareja	Cualquier agresión física, psicológica, mental, sexual o de cualquier índole con el fin de dominar y mantener el control sobre la otra persona.	Encuesta DVQ-R	Escala tipo Likert	Según el tipo de violencia
Violencia de pareja auto-reportada	Cualquier agresión física, psicológica, mental, sexual o de cualquier índole con el fin de dominar y mantener el control sobre la	Pregunta directa	Cualitativa	Si No

	otra persona identificada por la persona.			
--	---	--	--	--

Mecanismos de confidencialidad

Los datos obtenidos mediante los instrumentos previamente descritos solo podrán ser accesados por el equipo de investigación y, en caso de que se requiera, por el Comité de Ética e Investigación. Los sujetos que participen en este estudio podrán contactar al equipo de investigación para obtener sus resultados si así lo desean.

Mecanismos de protección para población vulnerable

La población por estudiar consta en su totalidad de pacientes de consulta externa que no se consideran población vulnerable.

Aspectos éticos

Este protocolo concuerda con los cuatro principios éticos de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia, que, con igualdad en su fuerza moral, guían la preparación responsable de protocolos de investigación.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en el Artículo 17 del título I referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, el presente estudio de investigación se considera con un estudio sin riesgo.

Se respetan los lineamientos establecidos en los documentos relacionados con investigación en seres humanos, como son, en cuanto al ámbito internacional: el informe Belmont, Código de Núremberg, recomendaciones de la Declaración de Helsinki, así como las pautas de las Buenas Prácticas Clínicas.

En el ámbito nacional, se respeta el Artículo 4 de la Constitución Mexicana de derecho a la salud, con los lineamientos de la Ley General de Salud en su título quinto, artículos 100 y 101. En cuanto a la protección de datos personales se siguen los principios de la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares.

Proceso de obtención del consentimiento informado

El investigador con función de obtención de consentimiento informado, o en su defecto un médico con cédula profesional asignado por el investigador principal, explicará a los sujetos el protocolo, haciendo énfasis en su participación y en objetivo del estudio. Se dará el tiempo necesario para que los sujetos puedan leer el consentimiento informado, además de proporcionar un espacio para la resolución de las posibles preguntas por parte de los sujetos de investigación. Finalmente, y en caso de que acepten participar, se les pedirá que palomeen los recuadros necesarios y que firmen el consentimiento. Asimismo, durante el proceso se encontrarán presentes dos testigos los cuales firmarán el documento. Aquellos sujetos que no deseen participar en el estudio no serán sujetos a coerción por parte del equipo de investigación ni por su médico tratante. Los sujetos de investigación son libres de retirar su consentimiento si lo desean, sin penalidad hacia ellos.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

Se realizó un muestreo a conveniencia donde se captaron 100 participantes en un periodo de diciembre del 2024 a agosto del 2025 con una mediana de edad de de 39 años (RIC 28–55), de los cuales la mayoría fueron mujeres (63%), heterosexuales (99%), casados (44%), católicos (78%), con máximo nivel de estudios secundaria (37%). Las características demográficas se encuentran descritas en la tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas.	
Characteristic	Overall, N = 100
Edad, Median (IQR)	39 (28, 55)
Sexo, n (%)	
Femenino	63 (63%)
Masculino	37 (37%)
Orientación sexual, n (%)	
Heterosexual	99 (99%)
Homosexual	1 (1.0%)
Estado civil, n (%)	
Casado	44 (44%)
Divorciado	3 (3.0%)
Separado	2 (2.0%)
Soltero	41 (41%)
Unión libre	9 (9.0%)
Viuda	1 (1.0%)
Religión, n (%)	
Agnóstica	1 (1.0%)
Católica	78 (78%)
Cristiana	5 (5.0%)
Ninguna	15 (15%)
Otra	1 (1.0%)
Escolaridad, n (%)	

Analfabeta	2 (2.0%)
Licenciatura	26 (26%)
Preparatoria	22 (22%)
Primaria	7 (7.0%)
Secundaria	37 (37%)
Técnica	6 (6.0%)

Tipología familiar

Respecto a la tipología familiar por parentesco, predominaron las familias nucleares (72%).

La mayoría de las familias se clasificó dentro del sector de servicios (80%) y en un ámbito urbano (96%).

En los índices de pobreza (ISPF), el 75% no presentó pobreza.

Tabla 3. Tipología familiar

Characteristic	Overall, N = 100
Tipología por parentesco CM, n (%)	
Extensa	3 (3.0%)
Monoparental	11 (11%)
No clasificable	13 (13%)
No parental	1 (1.0%)
Nuclear	72 (72%)
tipologia PFH Mexicano, n (%)	
Extensa Ascendente	1 (1.0%)
Extensa Descendente	2 (2.0%)
Núcleo integrado	71 (71%)
Núcleo no integrado	26 (26%)

tipología PFH Consenso HU, n (%)	
Extenso	4 (4.0%)
Núcleo integrado	67 (67%)
Núcleo no integrado	12 (12%)
Pareja	4 (4.0%)
Unipersonal	13 (13%)
tipología por Sustistencia, n (%)	
Agricultura	3 (3.0%)
Comercial	17 (17%)
Servicios	80 (80%)
tipología por Desarrollo, n (%)	
Tradicional	100 (100%)
tipología por Demografía, n (%)	
Rural	4 (4.0%)
Urbana	96 (96%)
tipología por ISPF, n (%)	
Pobreza familiar alta	2 (2.0%)
Pobreza familiar baja	17 (17%)
Pobreza familiar media	6 (6.0%)
Sin pobreza	75 (75%)

Patrones de transmisión intergeneracional

El patrón familiar de escolaridad fue significativo ($p = 0.002$). Esta mostró una asociación significativa, los patrones de maltrato se observaron con mayor frecuencia en familias con menor escolaridad.

El patrón familiar de violencia fue significativamente distinto entre los grupos ($p = 0.0022$).

- En el grupo de *maltrato continuado*, 35% reportó antecedentes de violencia psicológica en la familia y 18% violencia física.
- En el grupo *sin violencia*, el 83% no reportó antecedentes de violencia familiar.

Esto indica una mayor presencia de ambientes familiares violentos entre quienes actualmente viven maltrato continuado.

La categoría “patrón familiar general” (sí/no) no mostró significancia ($p = 0.72$), pero el tipo específico de violencia sí tuvo asociación estadística fuerte.

Tabla 4. Patrones de transmisión intergeneracional						
Características	N	Overall N = 100	Maltrato Continuado, N = 17	Maltrato no continuado, N = 11	No hay violencia N = 72	p- value
PF ESCOLARIDAD, n (%)	100					0.002 ²
no		87 (87%)	11 (65%)	8 (73%)	68 (94%)	
Primaria		3 (3.0%)	2 (12%)	0 (0%)	1 (1.4%)	
Secundaria		7 (7.0%)	2 (12%)	3 (27%)	2 (2.8%)	
Sin escolaridad		3 (3.0%)	2 (12%)	0 (0%)	1 (1.4%)	
PF OCUPACION, n (%)	100					0.2 ²
Agricultura		1 (1.0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.4%)	
Albañil		1 (1.0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	
Hogar		1 (1.0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.4%)	
Maestra		1 (1.0%)	0 (0%)	1 (9.1%)	0 (0%)	

no	96 (96%)	16 (94%)	10 (91%)	70 (97%)
PF APP, n (%)	100			0.6 ²
DM	19 (19%)	1 (5.9%)	2 (18%)	16 (22%)
hipotiroidismo	2 (2.0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.8%)
no	79 (79%)	16 (94%)	9 (82%)	54 (75%)
PF TOXICOMANIAS, n (%)	100			0.13 ²
Alcoholismo	3 (3.0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	2 (2.8%)
no	93 (93%)	14 (82%)	10 (91%)	69 (96%)
Tabaquismo	4 (4.0%)	2 (12%)	1 (9.1%)	1 (1.4%)
PATRON FAMILIAR GENERAL, n (%)	100			0.7 ²
no	66 (66%)	12 (71%)	6 (55%)	48 (67%)
si	34 (34%)	5 (29%)	5 (45%)	24 (33%)
PATRON FAMILIAR VIOLENCIA, n (%)	100			0.002 ²
Economica	1 (1.0%)	0 (0%)	1 (9.1%)	0 (0%)
Fisica	5 (5.0%)	2 (12%)	0 (0%)	3 (4.2%)
Física	1 (1.0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)
Fisica/Verbal/Economica	1 (1.0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)
Ninguno	74 (74%)	7 (41%)	7 (64%)	60 (83%)
Psicologica	16 (16%)	6 (35%)	3 (27%)	7 (9.7%)
Psicologica/Economica	2 (2.0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.8%)

¹Kruskal-Wallis rank sum test

²Fisher's exact test

³Pearson's Chi-squared test

Violencia de pareja identificada y Puntaje DVQ-R

Los distintos tipos de violencia evaluados mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre grupos. Se encuentra descrito en la tabla 5.

El puntaje DVQ-R fue significativamente mayor en el grupo de maltrato continuado (mediana 9, RIC 5–19) comparado con los otros grupos, especialmente el grupo sin violencia (mediana 0) ($p < 0.001$).

Tabla 5. Violencia de pareja identificada / Puntaje DVQ-R					
Characteristic	Overall, N = 100	Maltrato Continuado, N = 17	Maltrato no continuado, N = 11	No hay violencia, N = 72	p-value
P-Violencia psicológica, n (%)					0.001 ²
No	84 (84%)	9 (53%)	11 (100%)	64 (89%)	
Si	16 (16%)	8 (47%)	0 (0%)	8 (11%)	
P-Violencia sexual, n (%)					<0.001 ²
No	92 (92%)	11 (65%)	11 (100%)	70 (97%)	
Si	8 (8.0%)	6 (35%)	0 (0%)	2 (2.8%)	
P-Violencia patrimonial, n (%)					0.011 ²
No	92 (92%)	12 (71%)	11 (100%)	69 (96%)	
Si	8 (8.0%)	5 (29%)	0 (0%)	3 (4.2%)	
P-Violencia económica, n (%)					0.028 ²
No	93 (93%)	13 (76%)	11 (100%)	69 (96%)	
Si	7 (7.0%)	4 (24%)	0 (0%)	3 (4.2%)	
Puntaje total DVQ-R, Median (IQR)	0.0 (0.0, 1.0)	9.0 (5.0, 19.0)	1.0 (1.0, 1.0)	0.0 (0.0, 0.0)	<0.001 ¹

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue analizar los patrones intergeneracionales como factor de riesgo para el desarrollo de violencia de pareja, ya que este es el paso fundamental para desarrollar intervenciones en los sistemas de salud para evitar que esta problemática se continúe perpetrando.(7)

Se observó que los participantes que reportaron maltrato continuado en sus relaciones de pareja íntima, mostraron con mayor frecuencia antecedentes familiares de violencia psicológica o física.(18) Este hallazgo nos ayuda a comprender que la violencia de pareja íntima es un fenómeno multigeneracional que trasciende del evento aislado.

En primer lugar, mencionamos las teorías de la transmisión intergeneracional, que nos explicaron que a través de la exposición a dinámicas violentas, presenciar o vivir el maltrato, los infantes se hacen más propensos a normalizar estas conductas agresivas. (26,27) Se sugiere que esta normalización se traslada a la vida adulta, donde se reproducen las diferentes formas de violencia observadas en sus familias de origen, lo que posteriormente se traduce en un mayor riesgo de ser perpetrador o ser víctima de violencia de pareja íntima.

Estudios previos realizados en países como Perú, Colombia y Estados Unidos han documentado que el hecho de haber presenciado violencia en la infancia incrementa la probabilidad de sufrir o perpetrar la violencia en la adultez en un rango de 1.9 a 2 veces.(16) Estos datos confirman que la transmisión intergeneracional es un fenómeno consistente a través de diferentes contextos culturales y sociales.

Adicionalmente, se evidenció la relevancia de los factores estructurales y socioculturales. Se encontró una asociación significativa entre el patrón familiar de violencia y el nivel de escolaridad familiar ($p = 0.002$).

El patrón de violencia se observó con mayor frecuencia en las familias con menor escolaridad. Este hallazgo es crucial, pues complementa la descripción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual establece que un mayor nivel educativo tiende a fungir como un factor protector contra la violencia, al facilitar una mayor autonomía, capacidad de negociación en el matrimonio y acceso a recursos.(16) La baja escolaridad familiar, por lo tanto, no solo es una característica demográfica, sino un indicador de vulnerabilidad social que potencia la perpetuación de la violencia.(14)

Hay que destacar el papel que tiene el médico familiar en la interrupción de la cadena intergeneracional de la violencia. Dado que la Atención Primaria es, para muchos pacientes, el primer contacto con el sistema de salud, el médico se encuentra en una posición estratégica para la identificación temprana de patrones de riesgo.

Los hallazgos evidenciados validan el uso de herramientas como el familiograma para la detección de estos patrones intergeneracionales. Al identificar la historia familiar de violencia y patrones intergeneracionales, el médico familiar puede identificar a los pacientes con un riesgo mayor de desarrollar o perpetrar violencia de pareja íntima y posteriormente desarrollar intervenciones oportunas.

El reconocimiento de la violencia como un problema multigeneracional y multifactorial permite diseñar estrategias preventivas más efectivas, enfocadas en romper este ciclo desde el primer nivel de atención.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que los patrones intergeneracionales de violencia constituyen un factor de riesgo clínicamente relevante para el desarrollo de violencia de pareja íntima.

Los participantes que reportaron maltrato continuado presentaron con mayor frecuencia antecedentes familiares de violencia, menor funcionalidad familiar y mayores puntajes en la escala DVQ-R, lo que refleja una mayor severidad y persistencia del fenómeno.

Asimismo, la asociación significativa entre violencia familiar previa, baja escolaridad familiar y la presencia de violencia de pareja refuerza la importancia de los factores estructurales y socioculturales descritos en la literatura.

Esta evidencia subraya el papel fundamental del médico familiar como agente clave en la detección de factores de riesgo, identificación de patrones intergeneracionales mediante el familiograma, para posteriormente desarrollar intervenciones oportunas. Reconocer la violencia como un fenómeno multigeneracional permite diseñar estrategias más efectivas para reducir su incidencia y mitigar sus consecuencias en la salud física, emocional y social de los pacientes.

En conjunto, este estudio aporta información relevante para la práctica clínica y para el diseño de programas preventivos, reafirmando que la violencia de pareja no es un evento aislado, sino la manifestación de una cadena intergeneracional que puede y debe ser interrumpida desde el primer nivel de atención.

CAPÍTULO X

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de identificación y auto-reporte de preguntas directas.

Ficha de Identificación

Iniciales: _____

Fecha: _____

Sexo: _____

Estado civil _____

Preguntas directas:

Durante el mes pasado o el último mes con tu anterior pareja, ¿has tenido una experiencia violenta directa por parte de tu pareja? _____

Durante el mes pasado o el último mes con tu anterior pareja, ¿has tenido una experiencia de **violencia física** por parte de tu pareja? _____

Durante el mes pasado o el último mes con tu anterior pareja, ¿has tenido una experiencia de **violencia psicológica** por parte de tu pareja? _____

Durante el mes pasado o el último mes con tu anterior pareja, ¿has tenido una experiencia de **violencia sexual** por parte de tu pareja? _____

Durante el mes pasado o el último mes con tu anterior pareja, ¿has tenido una experiencia de **violencia patrimonial** por parte de tu pareja? _____

Durante el mes pasado o el último mes con tu anterior pareja, ¿has tenido una experiencia de **violencia económica** por parte de tu pareja? _____

Anexo 2. Encuesta DVQ-R

DVQ-R

Para las siguientes preguntas pregunte al paciente guía que piense en su vida con su pareja durante los últimos **30 días**. Recuérdele que cualquier respuesta es válida, lo importante es que seleccione la frecuencia que crea es la más cercana a la real.

	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro o más veces
1. Ha puesto a prueba tu amor, poniéndote trampas para comprobar si le engañabas, le querías o si le eras fiel.					
2. Te has sentido obligado(a) a mantener relaciones sexuales con tal de no dar explicaciones de por qué no quieres.					
3. Te ha golpeado					
4. Ha sido responsable con el estudio/trabajo, pero ha llegado tarde a las citas, no ha cumplido lo prometido y se ha mostrado irresponsable					
5. Te ha hablado sobre relaciones que imagina que tú tienes					
6. Ha insistido en tocamientos que no te eran agradables y que no querías					
7. Te ha abofeteado, empujado o zarandeado/agitado					
8. No ha reconocido responsabilidad alguna sobre la relación de pareja, ni sobre lo que os sucedía a ambos					
9. Te ha criticado, subestimado tu forma de ser, o humillado tu amor propio					
10. Ha lanzado objetos contundentes contra ti					
11. Te ha herido con algún objeto					
12. Ha ridiculizado tu forma de expresarte					
13. Te ha retenido para que no te vayas					
14. Te ha forzado a realizar determinados actos sexuales					
15. Ha ignorado tus sentimientos					
16. Ha dejado de hablarte o desaparecido por varios días, sin dar explicaciones, como manera de demostrar su enfado					
17. Ha invadido tu espacio (escuchaba la radio muy fuerte cuando estabas estudiando, te interrumpía cuando estabas solo(a)...) o privacidad (leía tus mensajes de texto, escuchaba tus conversaciones telefónicas...)					
18. Te ha forzado a desnudarte cuando tú no quieres					
19. Ha ridiculizado o insultado tus creencias, religión o clase social					
20. Te ha ridiculizado o insultado por las ideas que mantenías					

Referencias

1. Stewart DE, Vigod SN. Update on mental health aspects of intimate partner violence. *Med Clin North Am* [Internet]. 2019;103(4):735–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.010>
2. Breiding M, et al. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0. 2015
3. Interactive Things. Violence Info – Intimate partner violence. World Health Organization. [Internet]. [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence>
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). ¿Qué es la violencia de pareja íntima? [Internet]. 2023 Apr 18. Available from: <https://www.cdc.gov/digital-social-media-tools/cdctv/partner-violence-esp/violencia-de-pareja.html>
5. Muñoz-Sellés E, Pujolar-Díaz G, Fuster-Casanovas A, Miró-Catalina Q. Detection of gender-based violence in primary care in Central Catalonia: a descriptive cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):110. doi:10.1186/s12913-023-09091-6
6. Otálvaro LEO, Amar JJA. Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. Intimate partner violence, the faces of the phenomenon. [Internet]. 2011. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v27n1/v27n1a11.pdf>
7. Miller E, McCaw B. Intimate partner violence. *N Engl J Med*. 2019;380(9):850–7. doi:10.1056/NEJMra1807166
8. Messinger AM. Invisible victims: same-sex IPV in the National Violence Against Women Survey. *J Interpers Violence*. 2011;26:2228–43.
9. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2015. *MMWR Surveill Summ*. 2016;65(6):1–174. doi:10.15585/mmwr.ss6506a1

10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). ENDIREH 2021 [Data set].
11. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación. 2007 Feb 1. (Última reforma: 2024 Dec 16).
12. Maldonado-García VL, Erazo-Álvarez JC, Pozo-Cabrera EE, Narváez-Zurita CI. Violencia económica y patrimonial. *Rev Arbitr Interdisc Cienc Tecnol Innov*. 2020;5(8):511–26.
13. Presentación 3.1. Análisis de los factores y determinantes de la salud-enfermedad [Internet]. Ciudad de México: Facultad de Medicina, UNAM; 2022 [citado 2025 Dic 3]. Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Presentacion-3.1.pdf>
14. Ferrer-Pérez VA, Bosch-Fiol E. El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja. *Anu Psicol Jurid*. 2019;29:69–76. doi:10.5093/apj2019a3
15. Secretaría de Gobernación. CONAVIM. El costo de la violencia contra las mujeres en México. 2016. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/el_costo_de_la_violencia_contra_la_s_mujeres_en_mexico.pdf
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estudio multipaís sobre violencia doméstica. 2005. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241593512>
17. Castro R, Casique Rodríguez I. Violencia entre parejas de la diversidad sexual. *Salud Colect*. 2025;21:e5558. doi:10.18294/sc.2025.5558
18. Madruga CS, Viana MC, Abdalla RR, Caetano R, Laranjeira R. Pathways from witnessing parental violence. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(1):107–14. doi:10.1111/dar.12514
19. Yan E, Karatzias T. Childhood abuse and current IPV. *J Interpers Violence*. 2020;35(1–2):233–51. doi:10.1177/0886260516682521

20. Bair-Merriitt M, Zuckerman B, Augustyn M, Cronholm PF. Silent victims—
an epidemic of childhood exposure to domestic violence. *N Engl J Med*.
2013;369(18):1673–5. doi:10.1056/NEJMp130764
21. Jung H, Herrenkohl TI, Skinner ML, Lee JO, Klika JB, Rousson AN. Gender
differences in IPV. *Violence Against Women*. 2018;25(8):903–24.
doi:10.1177/1077801218796329
22. Zhao Q, Huang Y, Sun M, Li Y, Lommel LL. Risk factors for IPV against
Chinese women. *J Epidemiol Community Health*. 2022;19(23).
doi:10.3390/ijerph192316258
23. Sanz-Barbero B, Pereira PL, Barrio G, Vives-Cases C. IPV against young
women in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(7):611–6.
doi:10.1136/jech-2017-209701
24. Organización Panamericana de la Salud. Salud familiar y comunitaria
(CD49/20). Washington, D.C.: OPS/OMS; 2009 Aug 17.
25. Flores I, Székely M, Vélez-Grajales V. La violencia intrafamiliar y su
transmisión intergeneracional: el caso de México. Edited by Villa-Mar K,
Cedillo B. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021.
(Nota técnica del BID; 2268). doi:10.18235/0003603
26. Nabavi RT, Bijandi MS. Bandura's social learning theory & social
cognitive learning theory. *Theory of Dev Psychol*. 2012;1-24.
Disponible en:
[https://www.researchgate.net/publication/267750204_Bandura's_So
cial_Learning_Theory_Social_Cognitive_Learning_Theory](https://www.researchgate.net/publication/267750204_Bandura's_Social_Learning_Theory_Social_Cognitive_Learning_Theory)
27. Woollett N, Thomson K. Understanding the intergenerational
transmission of violence. *South African Medical Journal* [Internet]. 2
de noviembre de 2016;106(11):1068. Disponible en:
<https://doi.org/10.7196/samj.2016.v106i11.12065>
28. Attachment and Loss. Bowlby J Attachment and Loss [Internet].
1980;3. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1017/s0021932000013596>

29. Schelbe L, Geiger JM. Intergenerational Transmission of Child Maltreatment [Internet]. SpringerBriefs in social work. 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-43824-5>
30. Mora C. Madres e hijas maltratadas: la transmisión intergeneracional de la violencia doméstica. Grupo Análisis Para el Desarrollo. Internet. 2013 citado el 5 de diciembre de 2025 Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20170801031220/AI9.pdf>
31. Angelucci L, Dakduk S, Juarez J, Lezama J, Moreno A, , Serrano A. *Dimensiones de los valores de los jóvenes de la Universidad Católica Andrés Bello*. Ciências Sociais Unisinos [Internet]. 2007;43(3):211-220. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93843303>
32. Pollak RA. An Intergenerational Model of Domestic Violence. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2002. NBER Working Paper No.: w9099. Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=324042>
33. Ordóñez-Azuara Yeyetsy G., Gutiérrez-Herrera Raúl F., Ruiz-Hernandez Fernando G., Meraz-Rico Juan J., Zapata-Nava Irán, Ramos-Méndez Angélica L.. ¿Violencia de pareja en medicina? Percepciones y realidades de jóvenes universitarios. Rev. Mex. med. familiar [revista en la Internet]. 2022 Sep [citado 2025 Dic 05]; 9(3): 75-77. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962022000300075&lng=es. Epub 30-Ene-2023. <https://doi.org/10.24875/rmf.22000041>.
34. Bair-Merriitt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: A systematic review. Am J Prev Med. 2014;46(2):188–194.
35. Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al

médico de familia. *Aten Primaria*. 2006 Mar 15;37(4):241-2.
doi:10.1157/13085958.

36. Fernández Alonso MC. Violencia doméstica: ¿Conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas? *Aten Primaria*. 2004 Jul 30;34(3):125-7. doi:10.1157/13064521.
37. Gálvez Andrés A, Polo Usaola C. Dificultades en un caso de violencia de género. *Arch Psiquiatr*. 2009 Mar 27;72(1-4):50-8.
38. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*. 2004 Apr;122(12):461-7. doi:10.1157/13060003.

Resumen autobiográfico

La doctora Rosalinda Romo García nació en Monclova, Coahuila. Cursando sus estudios de primaria en la Escuela Primaria Profesor José Ramón Guevara Cisneros, posteriormente cursó sus estudios de secundaria y preparatoria en el Instituto Central Coahuila A.C.

Como parte de sus estudios universitarios inició la Facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de Nuevo León, graduándose como Médico Cirujano y Partero en el 2022. Realizó su servicio social en el departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la Jurisdicción Sanitaria #7 en Montemorelos, Nuevo León.

Ingresa a la especialidad de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en un periodo del 2023-2026.



UANL



FACULTAD DE MEDICINA • HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado del
Hospital Universitario de la U.A.N.L.
Presente:

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada " **PATRONES INTERGENERACIONALES COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE VIOLENCIA DE PAREJA** "cuyo autor es la **Dra. Rosalinda Romo García** del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 22% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.



ATENTAMENTE.

«Alere Flamamam Veritatis»

Monterrey, N.L. 09 de diciembre de 2025

MEDICINA FAMILIAR

DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO

Alere 2:53
09 DIC 2025

RECIBIDO
FACULTAD DE MEDICINA

Rosalinda Romo García

PATRONES INTERGENERACIONALES COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE VIOLENCIA DE PAREJA

TESIS 23-26

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid=3117:538522693

52 páginas

Fecha de entrega

9 dic 2025, 8:21 GMT-6

9487 palabras

Fecha de descarga

9 dic 2025, 8:24 GMT-6

53.786 caracteres

Nombre del archivo

PATRONES INTERGENERACIONALES COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE VIOLENC...docx

Tamaño del archivo

791.4 KB



SUBDIRECCION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO

Come 2:53
09 DIC 2025

RECIBIDO
FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Raul Fernando Gutierrez Herrera

22% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias en unidades de texto superpuestas para la

Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 19% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 17% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Período del formato

El presente es el primer informe de resultados de la Prueba de Integridad de Aprendizaje (PIA) de grado UANL, de nivel de maestría, que se aplica a los estudiantes matriculados en la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria.

Criterios

Participación en el proceso de aprendizaje
Integridad del trabajo
Cumplimiento de estructura
Calidad de la información
Estilo de escritura
Referencias bibliográficas
Valores éticos
Formación y desarrollo profesional
Actitudes y valores
Compromiso con la sociedad
Conocimiento de la comunidad
Relación con el paciente
Trabajo en equipo
Investigación



MEDICINA FAMILIAR

SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Clave 2:03

09 DIC 2017

RECIBIDO
FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Raul Fernando Gutierrez Herrera