

I. Violencia intrafamiliar

Alejandro Díaz-Martínez,* Ramón Esteban-Jiménez*

Resumen

La violencia intrafamiliar es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables. La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con la población que no la padece. La violencia puede ser estudiada desde varios enfoques: 1) Perspectiva biológica: algunos casos de lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales o anomalías en el metabolismo de la serotonina pueden predisponer a la agresión. 2) Perspectiva psicológica: los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol. 3) Perspectiva psiquiátrica: los testigos y víctimas de violencia presentan altas tasas de depresión y estrés post-traumático. El abuso de sustancias y de alcohol, así como los trastornos de personalidad límite o antisocial incrementan de manera considerable el riesgo de violencia. La violencia y el suicidio se han encontrado relacionados. 4) Perspectiva del contexto específico: hay diferencias en la expresión de la violencia en medios rurales y en medios urbanos debido a que los estresores en dichos ambientes son distintos. 5) Perspectiva social: Hay evidencia de que los aspectos sociales juegan papeles importantes en la expresión de las conductas violentas, uno de ellos es la transmisión intergeneracional de la violencia.

Summary

Family violence is a worldwide phenomenon in which the most vulnerable group consists of the women and children. According to the World Health Organization (WHO), one fifth of the world population of women have been the object of some type of violence during some period of their life; therefore, they present highest rates of incapacitating problems, 12 times higher rates of suicide, and high rates of violent death. Violence can be studied from different perspectives: 1) biological, because some cases of lesions in the limbic system, frontal and temporal lobes, or abnormalities in serotonin function can predispose to aggression; 2) psychologic: parents who mistreat their children most are those who possess lower self-esteem, suffer depression, have lower rates of tolerance to frustration, and are alcoholics; 3) psychiatric: victims and witnesses of violence present higher rates of depression and post-traumatic stress. Alcohol and substance abuse, as well as borderline or antisocial personality disorders, increase considerably their risk for violence. It has been found that violence and suicide are closely related; 4) specific context, because there are differences in the expression of violence in rural and urban areas due to fact that the stressors are different, and 5) social: there has been evidence that social aspects play certain important roles in manifestation of violent behaviors, one approach is the study of intergenerational transmission of violence.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar, agresión.

Key words: Domestic violence, aggression.

*Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Alejandro Díaz Martínez. Iglesia 23, Col. Lomas Quebradas, Deleg. Magdalena Contreras, C.P. 10200, México, D.F. E-mail: admar@servidor.unam.mx, Tel. 5616-2475, 5623-2128.

Introducción

Hoy día, la violencia humana es un problema de tal magnitud que en varios países lo consideran como un problema de salud pública. En las últimas dos décadas la violencia ha tenido un incremento sustancial en diversas latitudes, de ahí se explica el importante número de proyectos de investigación que se orientan al esclarecimiento de las causas de esta forma de comportamiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud,¹ en el año 2000 una de cada cinco mujeres en el mundo fue objeto de violencia en alguna etapa de su vida. La familia es el lugar en el que se ejerce, de manera más constante violencia sobre el género femenino, sobre todo por parte de sus compañeros sentimentales. Asimismo, la OMS ha señalado, que cerca del 15 % de las mujeres en el planeta, aseguran que sus parejas las obligan a tener relaciones sexuales. La OPS² ha cuantificado uno de los efectos de este hecho: las mujeres víctimas de agresiones tienen doce veces más intentos de suicidio que las que no las han sufrido. El Banco Mundial³ señaló en ese mismo año que en el mundo la violencia contra las mujeres generó diversas incapacidades y defunciones, sobre todo en mujeres en la edad reproductiva. En México, de acuerdo a información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)⁴ se revela que la violencia intrafamiliar tiene lugar en el 30.4% de los hogares en forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y sexual, principalmente hacia mujeres y niños. Otro aspecto de interés es el relativo a que en el 94% de los casos de violencia familiar denunciados las "receptoras" son mujeres y en el 90% de los casos los "generadores", son hombres. En México es frecuente que las madres oculten los hechos cuando el victimario es un familiar y en general el 30% de las víctimas no los relatan por vergüenza. Resulta interesante el saber que uno de cada dos menores que ha sufrido abuso elige como confidente a un amigo. Las denuncias oficiales son infrecuentes, ya que de acuerdo con los resultados de la encuesta sobre violencia intrafamiliar del INEGI⁵ de 1999 sólo el 14.4% de las víctimas busca alguna clase de ayuda.

En esta encuesta aplicada en el D.F. y 34 municipios conurbados se reconoce que: en uno de cada tres hogares hay violencia intrafamiliar y que la violencia generalmente se presenta en forma de maltrato psicológico en el 99.2% de los hogares, en el 41 % se afirma que en el hogar se protagonizan "enojos"; en el 25% hay insultos; en el 16% se acepta que hay intimidación; en el 11% hay violencia física consistente en patadas, jalones, puñetazos, bofetadas, golpes con objetos e intentos de estrangulamiento y en el 1 % hay abuso sexual.

Los enfoques modernos sugieren que el estudio de la violencia se realice desde las diferentes perspectivas

que la explican: biológica, psicológica, psiquiátrica, contextual, específica y social. La violencia intrafamiliar es sólo una de las expresiones de un fenómeno más complejo, por lo que se puede decir que prácticamente no hay lugar o situación humana donde, en forma potencial o real, la violencia no se esté expresando. El hombre al generar violencia expresa parte de su naturaleza.

Por otra parte, las tensiones generadas al interior de las familias no siempre tienen expresión en la misma, sino en otros ámbitos como el escolar, el laboral y el social. Los factores que intervienen en la expresión de la violencia intrafamiliar de acuerdo con los más recientes hallazgos son los siguientes:

Factores orgánicos

Garza Treviño⁶ en una revisión exhaustiva de la literatura acerca de los factores biológicos que pueden predisponer a la agresión ha asociado algunos casos de violencia con lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales y con anomalías en el funcionamiento de la serotonina. Una de sus recomendaciones finales es que las investigaciones sobre violencia intrafamiliar no deben estar fragmentadas y deben encajarse a la búsqueda de marcadores bioquímicos.

Factores psicológicos

Diversos estudios afirman que los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol. Debe resaltarse que sólo un 10 % de los maltratadores posee una patología psiquiátrica severa. Yoshikawa⁷ encontró que una educación temprana en este campo e intervenciones familiares oportunas y efectivas pueden reducir el riesgo de criminalidad juvenil.

Factores psiquiátricos

Los efectos de la violencia en el ámbito psiquiátrico resultan cada vez más importantes; por ejemplo, Martínez y Richters⁸ han reportado que los niños que son testigos o víctimas directas de violencia presentan altas probabilidades de padecer depresión y otros tipos de sintomatología emocional, Parkers⁹ ha encontrado un alto porcentaje de problemas psiquiátricos, incluyendo síntomas de estrés post-traumático y obsesión por la venganza entre individuos que han perdido a una persona amada por asesinato.

Por otro lado Mulvey,¹⁰ al revisar la literatura del tema ha concluido que la enfermedad mental también es un factor de riesgo para la violencia. De hecho, tanto la enfermedad mental como el abuso crónico de sustancias incrementan de manera considerable el riesgo de violencia. La violencia y el suicidio se han encontrado relacionados entre sí y con la dependencia a las drogas y al alcohol. Por lo que respecta a los trastornos de personalidad el riesgo de violencia está vinculado a características límite o antisociales, en tanto que el riesgo de suicidio lo está con la depresión, con la distimia y con los trastornos de angustia. Las sustancias que más se relacionan con la violencia son el alcohol y la cocaína y las que menos son los opiáceos.

Por otro lado, McNeil y Binder¹¹ han encontrado que pacientes violentos internados fueron diagnosticados más frecuentemente como esquizofrénicos, maníacos o poseedores de algún trastorno orgánico. Este tipo de pacientes poseen altos niveles de hostilidad, suspicacia y agitación. Vielma¹² y colaboradores han reportado que los homicidios en hospitales psiquiátricos en Inglaterra son predominantemente realizados por esquizofrénicos (61 % de los casos), y por pacientes con trastornos de personalidad (24 % de los casos)

Factores contextuales específicos

En el medio urbano los estresores suelen ser distintos y mucho más intensos que en el medio rural; no obstante, en algunas poblaciones rurales las tasas de violencia intrafamiliar y social presentan un incremento sustancial a causa de patrones sociales particulares de la zona.

Factores sociales

Hay evidencia de que los aspectos sociales juegan papeles importantes en la expresión de las conductas violentas. A este respecto Oliver¹³ en una revisión crítica de

varios estudios acerca de la transmisión intergeneracional de la violencia ha concluido que una tercera parte de los niños que han sido abusados físicamente se desarrollan sintiéndose "seriamente ineptos" o bien convirtiéndose en padres abusadores.

Por otro lado, el tratamiento de la violencia debe comprender una serie de intervenciones específicamente destinadas para el lugar o situación particular y debe incluir psicoterapia, medicación, hospitalización, aislamiento en caso necesario sobre todo en pacientes psiquiátricos y apoyo comunitario.

Actualmente la mayor parte de los investigadores sobre el tema consideran que las causas de la violencia intrafamiliar son de naturaleza compleja y que su estudio debe contemplar los factores biológicos, el medio ambiente inmediato, los factores de tipo social y familiar y los aspectos culturales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud: conclusiones del Foro Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, 24 de nov. 2000.
2. Organización Panamericana de la Salud: conclusiones del Foro Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, 24 de nov. 2000.
3. Banco Mundial. Conclusiones del Foro Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, 24 de nov. 2000.
4. Instituto Nacional para la Estadística Geografía e Informática. Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar, Documento Metodológico y Resultados ed. INEGI; México: 2000.
5. Instituto Nacional para la Estadística Geografía e Informática, Ibid.
6. Garza Treviño ES. Neurobiological factors in aggressive behavior. *Hosp Commun Psychiatry* 1994;45:690-699.
7. Yoshikawa H. Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychol Bull* 1994;115:28-54.
8. Martínez P, Ritchers JE. The NIMH Community Project II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry* 1993;56:22-35.
9. Parkers CM. Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter. *Br J Psychiatry* 1993;162:49-54.
10. Mulvey EP. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp Commun Psychiatry* 1994;45:663-668.
11. McNeil DE, Binder RL. The relationship between acute psychiatric symptoms, Diagnosis and short-term risk of violence. *Hosp symptoms Psychiatry* 1994;45:133-137.
12. Vielma M, Vicente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide. A review of a special hospital male population. *Med Sci Law* 1993;33:47-54.
13. Oliver JE. Intergenerational transmission of child abuse. Rates, research and clinical implications. *Am J Psychiatry* 1993;150:1315-1324.

II. Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambientes urbano y rural

Enrique Díaz-Michel,* Javier de la Garza-Aguilar*

Resumen

Objetivo: con base en la experiencia de más de una década en la atención especializada del maltrato intrafamiliar y en la escasa frecuencia de casos observada en el ambiente rural, se propone iniciar un estudio que compare el medio urbano con el rural.

Material y métodos: estudio analítico en población urbana y rural del Distrito Federal (DF). Se realizó una encuesta para obtener información básica sobre violencia doméstica y algunas variables familiares y sociales de 200 casas de las áreas seleccionadas. Esto a través de un cuestionario semiestructurado, cuya aplicación estuvo precedida por acciones informativas, educativas y atención de casos.

Resultados: sobre la violencia intrafamiliar destaca que la población rural que desconocía el concepto era el doble de la urbana. Las tasas de agresión física, física y psicológica, y sexual fueron similares en ambas poblaciones. Sin embargo se advirtieron diferencias en las agresiones físicas y psicológicas: predominio del esposo en el urbano y de los padres de la pareja en el rural, 50% con más de 40 años de edad en este grupo y 100% con 39 o menos años en el urbano y mayor frecuencia de agresión bajo los efectos del alcohol y drogas en el rural.

Conclusiones: la violencia doméstica en el medio rural muestra frecuencias parecidas a las del urbano, con características diferentes que requieren de una mayor investigación y, por lo tanto, de programas de atención y prevención con estrategias apropiadas.

Palabras clave: Violencia doméstica, familia, incidencia, rural, urbana.

Summary

Objective: Our objective was the study of domestic violence (characteristics and frequency) in urban and rural areas in Mexico, based on the experience of more than a decade in specialized care for family abuse and scarce frequency of cases observed in rural environment.

Materials and Methods: Analytic study in rural and urban population of the Mexican Federal District (D.F.). A semistructured questionnaire was applied to obtain basic information concerning domestic violence and some family and social variables in 200 homes in selected areas; application was preceded by informative and educational actions, and care for patients.

Results: With regard to domestic violence, we can emphasize that rural population who do not know the concept was twice as large as compared with urban population. The rates concerning physical aggression, psychologic aggression, and sexual abuse were similar in both populations; however, regarding aggressors of the first two types of violence/aggression, differences were found: predominance of the husband in urban areas and parents of the couple in rural areas, 50% > 40 years of age in this group and 100% of 39 or less years age in urban, aggression being accomplished under the effects of alcohol and drugs more frequent in rural areas.

Conclusions: The findings suggest that domestic violence in rural areas shows similar frequencies in urban areas, but with characteristics apparently different that require more research and therefore, care and prevention programs with appropriate strategies.

Key words: Domestic violence, family, incidence, rural, urban.

*Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Javier de la Garza Aguilar. Retorno 52 No. 24, Col. Avante, Deleg. Coyoacán, C.P. 04460, México, D.F. E-mail: asesor.academico@ciees.edu.mx, Tel. 5616-5210.

Introducción

Recientemente el maltrato intrafamiliar ha ocupado el interés de diversos investigadores en algunas partes del mundo, debido a su repercusión social. La literatura refiere que en diversas culturas 30% de todos los homicidios son cometidos por un familiar.

En los Estados Unidos(EU) la violencia es considerada como el mayor problema de salud pública; la mitad de las víctimas de agresión y homicidio, son familiares o conocidos de a sus agresores y se estima que anualmente 3'300,000 mujeres son golpeadas severamente por sus esposos.¹ En este mismo país se estimó que en una de cada seis familias un cónyuge maltrataba físicamente al otro.² El 20% de los pacientes con traumatismos físicos y 25% de los homicidios de mujeres, registrados en los servicios de urgencia de los hospitales en los EU, están relacionados con violencia conyugal.³

El fenómeno no está circunscrito a algún país o zona en especial, por ejemplo, en Nicaragua el maltrato a la esposa constituye un grave problema de salud pública y es preciso tomar medidas urgentes para prevenirlo y tratar a las víctimas. La prevalencia del maltrato por parte del compañero durante el ciclo de vida matrimonial fue del 52% y se asoció con la pobreza, vivir en la ciudad y antecedentes de violencia en la familia de ella o del marido.⁴ El abuso del alcohol y drogas por el esposo fue identificado como el mayor factor de riesgo de violencia en la pareja.⁵ Específicamente el abuso del alcohol, se considera como un indicador predictivo de violencia doméstica, a pesar de que se controlen otros factores económicos y sociales que la favorecen (edad, educación, ingresos económicos, empleo, etcétera).⁶

También se reconoce que la mayoría de los perpetradores son hombres con frecuencia jóvenes, conflictivos, desempleados y con baja autoestima.⁷ En relación con la edad y tipo de unión de la pareja, se advierte que la violencia doméstica es más frecuente entre los jóvenes y en unión libre.⁸ En un estudio realizado; en siete ciudades latinoamericanas y en Madrid, España, sobre la violencia en las parejas destacan los siguientes hallazgos: a mayor nivel socioeconómico y académico correspondió un menor nivel de violencia; hubo relación directa entre hacinamiento y violencia; se observó mayor frecuencia en las parejas jóvenes, en unión libre y en los casos en que la mujer no trabaja.⁹ En un análisis antropológico de los patrones de violencia familiar en 90 culturas no occidentales, se reportan tres datos importantes: en 84% de estas culturas se practica el abuso físico contra la esposa; en 74% se utiliza el castigo físico severo y recurrente contra los hijos; en el 44% existe violencia entre hermanos.¹⁰ Por lo anterior y dado lo amplio del estudio, es difícil pensar que en el maltrato familiar se excluyan clases sociales o culturas

determinadas. Esto ha llevado a la UNICEF a declarar, que la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra las mujeres y las niñas ha adquirido características de una pandemia.¹¹

La incidencia y prevalencia del maltrato intrafamiliar en la población general no se conocen con precisión, sólo se cuenta con información proveniente de las autoridades judiciales y esporádicamente de los responsables de las instituciones y servicios de salud. Esto ocurre porque los países no cuentan con la normatividad y reglamentación que obligue a la notificación de casos de violencia doméstica. Como ejemplo de lo anterior, se refiere que en Ecuador, los prestadores de servicios del sector salud se limitan a la curación de lesiones físicas y a la realización de exámenes médico-legales, ante los casos de violencia intrafamiliar; excepcionalmente diagnostican y notifican, por lo que la información se pierde en los registros generales de morbi-mortalidad del sector.¹² Esto se repite en la mayor parte de las naciones del orbe; adicionalmente en aquellos países en que se cuenta con algún sistema de registro, como en los EU, el diagnóstico de la violencia doméstica en la atención primaria de la salud es baja en comparación con su prevalencia y se agrega que los cuidados y atención de los pacientes es deficiente.¹³

En México con la expedición, por la Secretaría de Salud, de la Norma Oficial "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar",¹⁴ en la que se propone establecer el sistema de información correspondiente es posible que se generen datos y cifras que permitan conocer más acerca de la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica en la población que acude a los servicios médicos del Sistema Nacional de Salud, la cual aunque fuera limitada en relación con la población en general, permitirá ampliar su conocimiento.

Por otro lado, estudios pioneros en México en la década de los noventa, con población que sufre la problemática con tal severidad que tiene que asistir a centros especializados para su tratamiento psicológico y/o apoyo jurídico y de trabajo social, prácticamente no detectaron maltrato ni violencia sexual en las áreas rurales, como las siguientes delegaciones del Distrito Federal consideradas rurales: Milpa Alta, Cuajimalpa y parte de Tlalpan, Tiáhuac y Xochimilco.¹⁵⁻¹⁷

Material y métodos

De acuerdo con lo reportado en la literatura internacional, la experiencia de los autores y la recopilación de la información básica de los pacientes con maltrato intrafamiliar que acudieron a recibir atención jurídica, psicológica y de trabajo social en una institución especia-

lizada, (Centro de Atención a la Violencia intrafamiliar y Sexual, AVISE) de 1991 al 2000, se diseñó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para obtener información básica sobre violencia doméstica y algunas variables familiares y sociales relacionadas. El principal objetivo de la investigación fue comparar frecuencia y características del maltrato intrafamiliar entre el ambiente urbano y rural del Distrito Federal (DF). Se eligió a la delegación Benito Juárez como representativa del ambiente urbano de nivel socioeconómico medio. Ésta presentó la menor proporción de casos en la población atendida por AVISE. El ambiente "rural" fue determinado por las características de la población y la escasa demanda de atención ante la institución referida, se seleccionó la delegación a Milpa Alta. En cada una de ellas se investigaron 100 casas-habitación.

La aplicación de la encuesta estuvo precedida por un programa de educación para la salud sobre violencia intrafamiliar, que duró cuatro semanas e incluyó visitas domiciliarias, entrega de material educativo, pláticas, entrevistas, detección de casos y atención especializada de pacientes (psicológica, jurídica y de trabajo social). Después de obtener la información el programa continuó otras cuatro semanas. El propósito de estas acciones fue ganar la confianza de la población en estudio y ofrecer un servicio de alta calidad además de requerir información; esto para incrementar la veracidad y los índices de respuesta a las preguntas del cuestionario, el cual se aplicó en la primavera del 2001, a la madre, esposa o responsable de la familia en ausencia del padre. Para comparar los datos obtenidos en ambas poblaciones se aplicó la prueba de chi cuadrada.

El cuestionario exploró información demográfica, socioeconómica, tipos de violencia doméstica y algunas características de la misma. Los criterios de inclusión fueron: residir en la colonia de la delegación seleccionada por lo menos un año antes de la aplicación de la encuesta, formar parte de una familia integrada y participar en las actividades educativas impartidas.

Para la presente investigación, el maltrato intrafamiliar se definió como: "Las conductas que atentan directa o indirectamente contra la integridad física y/o emocional de una persona y que se realizan entre los miembros de una familia". Con base en este concepto, se identifican tres tipos de maltrato: físico, psicológico y sexual que pueden producirse aisladamente, pero es más frecuente que se presenten de manera combinada o mixta. De acuerdo con la experiencia de los autores, los tipos de maltrato fueron definidos operativamente de la siguiente manera:

Por *maltrato físico* se consideraron las acciones y las omisiones intencionales que producen lesiones y daños personales. Bajo el nombre de lesiones se comprenden las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones,

quemaduras, y todo aquello que altera la salud, y que son producidas por causas externas.

El *maltrato psicológico* incluye a las conductas que atentan directa o indirectamente contra la integridad emocional de una persona.

El *maltrato sexual* considera a las conductas que tienden a menoscabar o devaluar a otra persona en su expresión de género. Por ejemplo, cuando una persona ridiculiza o critica el funcionamiento sexual de su pareja, la compara con terceras personas, o la obliga a realizar actos de tipo sexual que le ofenden o desagradan.

El abandono no fue considerado en esta investigación, ya que con base en la experiencia en la atención de estos casos, su detección y diagnóstico se realizan básicamente a través de acciones de trabajo social y tiene como fuente de información a los vecinos y familiares, es decir personas ajenas al núcleo familiar y nunca se notifica por los miembros del mismo.

Resultados

En las dos poblaciones se observó una distribución por sexo similar, 68% para el femenino. La distribución por grupos de edad también fue similar, entre los 20 y 39 años se encontró al 61 % de las personas entrevistadas. En cuanto al estado civil, en la población rural el 75% correspondió a parejas (casados o unión libre) y en la urbana al 59%; entre los divorciados, en este grupo fue del 11% y en el primero 6%, casi la mitad. La mediana de la duración de la vida en pareja fue de 11.5 años en la urbana y 11.6 años en la rural, prácticamente el mismo lapso. En el sector rural el 58% se dedica a labores del hogar, mientras que en el urbano lo hacía el 27%; en este grupo el 11 % eran profesionistas, casi el doble del rural (6%), los empleados, obreros y comerciantes fueron 36% y 28%, respectivamente y los campesinos 7%, sólo presentes en la rural.

En cuanto a estudios realizados, las cifras fueron similares en todos los grupos establecidos: ningún estudio, primaria incompleta y completa, secundaria incompleta, estudios técnicos y/o profesionales; con excepción de secundaria completa y preparatoria o vocacional, que en el rural fue 43% y en el urbano 30%.

El 84% de la población rural tenía casa propia y 12% rentada, en la urbana los valores fueron de 39 y 57% respectivamente. El hogar, bajo la modalidad en renta fue casi cinco veces superior en la urbana, mientras que la propia, fue menos de la mitad que en la rural.

Las personas que habitan la misma casa, en el 83% de las familias de la zona rural fue la familia nuclear (padres e hijos) y en 17% convivían con los padres de la pareja y los nietos de la misma, mientras que en la urbana las proporciones fueron de 48 y 52%; por lo que se puede

decir que en los hogares del área urbana la convivencia con personas distintas de la familia nuclear fue de tres veces más.

La contribución al gasto familiar, el 70% en la zona rural era exclusivamente el padre o esposo, 17% la pareja, y 11 % los hijos, padres de la pareja y otros familiares. La urbana mostró la siguiente distribución para esos grupos, 37%, 24% y 39% respectivamente. El sostenimiento del hogar exclusivamente por el esposo o padre, se reduce prácticamente a la mitad en la urbana, y se incrementa la participación de la esposa, los hijos y otros familiares.

Los ingresos familiares mensuales, en la población rural fueron menores a un salario mínimo en 27%, entre 1 y 4, 57% y más de 5 en el 10%. En la urbana las proporciones fueron 15%, 29% y 20% respectivamente; se debe destacar que en este grupo hubo una tasa de no respuesta para esta pregunta del 36%, la más alta de toda la encuesta. Sin embargo, con los datos recabados se puede advertir que el doble de la población urbana (en relación con la rural) recibe más de cinco salarios mínimos, asimismo, casi el doble de la rural (en relación con la urbana) tiene ingresos menores a un salario mínimo.

Sobre el concepto de violencia intrafamiliar el 81% de la población urbana y 64% de la rural, tenía conocimiento de la misma. El porcentaje de los que la desconocían fue casi el doble en la población rural, estadísticamente significativo ($P < 0.01$).

En cuanto a la existencia de violencia física en la familia, en la población rural fue del 5% y en la urbana casi el doble, 9%. Sin embargo, al aplicar la prueba de χ^2 las diferencias no fueron significativas.

Los agresores de violencia física en la población rural fueron el esposo, padre y padrastro en 80% y la madre en 20%. (Las víctimas, 80% fueron del sexo femenino, esposa e hijas, y 20% del masculino, hijos.) En la urbana los agresores fueron el esposo, padre y abuelo en 77.8%, la madre y hermanos en 11.1 %, cada uno. (Las víctimas 66.7% del sexo femenino, esposa e hijas, 33.3% del masculino, hijos, nietos y hermanos) (Cuadro I).

Sobre la existencia de violencia física y psicológica se encontró que fue del 6% en ambas poblaciones. La tasa de no respuesta en la rural fue 19% y en la urbana fue inexistente. La existencia de violencia psicológica de manera exclusiva no fue detectada en ninguna de las poblaciones estudiadas.

Los agresores de maltrato físico y psicológico fueron en la población rural el padre, y esposo con 83.3% y madre con 16.7%. (Las víctimas 83.3% del sexo femenino, esposa e hijas, y 16.7% del masculino a hijos). En la población urbana los agresores fueron esposo y padre con 83.% y hermanos con 16.7%. (Las víctimas 83.3% del sexo femenino, esposa e hijas, y del masculino a hermanos). El sexo de los agresores fue el mismo para las dos poblaciones (Cuadro II).

Cuadro I. Agresores de maltrato físico, en los ambientes rural y urbano

Agresor	Ambiente	
	Rural (%)	Urbano (%)
Esposo	40.0	44.5
Padre	20.0	22.2
Madre	20.0	11.1
Padrastro	20.0	-
Abuelo	-	11.1
Hermana	-	11.1
Total	100.0	100.0

En cuanto a los grupos de edad de los agresores en la población urbana el 66.6% tenía entre 25 y 34 años, y el 33.4% menos de 25 y de 35 a 39 años; no hubo agresores de 40 y más años. En la rural, el 33.4% tenía entre 25 y 34 años, el 50% tenía entre 40 y 49 años, no hubo agresores menores de 25 años (Cuadro III). En la población urbana el 50% de las agresiones se ejerció bajo los efectos del alcohol, en el 50% restante el agresor se encontraba en su juicio (Cuadro IV). En la rural el 66.7% se realizó bajo los efectos de alcohol y drogas, en el 33.3%, el agresor se encontraba en su juicio. Al aplicar la prueba de χ^2 se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

Cuadro II. Agresores de maltrato físico y psicológico, ambientes rural y urbano

Agresor	Ambiente	
	Rural (%)	Urbano (%)
Padre	50.0	33.3
Esposo	33.3	50.0
Madre	16.7	-
Hermana	-	16.7
Total	100.0	100.0

La agresión ocurrida fuera del domicilio en la población rural fue del 33.3%, el doble de la ejercida en la población urbana (16.7%), ($P < 0.01$).

En cuanto a la existencia de violencia sexual en las parejas, en la población rural se aceptó casi en el doble de casos (cuadro V), dicha diferencia no fue significativa al aplicar la prueba de χ^2 . Sin embargo, las tasas de no respuesta sí fueron diferentes con una $P < 0.01$. Otro factor que refuerza este último aspecto fue que las familias en las que se informó la ausencia de violencia sexual eran diferentes, $P < 0.05$.

Cuadro III. Agresores físicos y psicológicos, según grupo de edad

Edad del agresor (años)	Ambiente	
	Rural (%)	Urbano (%)
-25	-	16.7
25-29	16.7	33.3
30-34	16.7	33.3
35-39	16.7	16.7
40-44	16.7	-
45-49	33.2	-
Total	100.0	100.0

Discusión

Las poblaciones estudiadas muestran similitudes y diferencias, que requieren consideraciones y análisis particulares. La semejanza en la distribución por grupos de edad y sexo que ocurrió por azar, permitió una mayor homogeneización de las poblaciones. El estado civil de casados o unidos fue mayor al promedio nacional (urbana 52.6% y rural 54.2%). Los divorciados, separados o viudos muestran en ambos casos cifras diferentes a la nacional, 8.1 %.¹⁸

Cuadro IV. Agresores que perpetraron su acto bajo los efectos del alcohol o drogas

Sustancias consumidas por agresor	Ambiente	
	Rural (%)	Urbano (%)
Ninguna	33.3	50.0
Alcohol	33.3	50.0
Drogas	33.4	-
Total	100.0	100.0

La mediana de la duración de la vida en pareja fue inferior al periodo en que ocurre la disolución de la primera unión a nivel nacional (15 años), de aquí se puede inferir que para las parejas que presentaron violencia doméstica se podría esperar su separación en 3.5 años más, en caso de que no se resuelva su problemática. Por lo anterior, este sería el momento propicio para iniciar programas preventivos y de atención de la violencia doméstica.

En cuanto a la ocupación, se aprecian los distintos patrones de la misma en la población urbana y la rural. Esta variable está directamente relacionada con los

estudios realizados. La mayor proporción de individuos con educación media y media superior en la población rural, debe ser motivo de investigación, sobre todo en relación con los factores sociales y familiares.

La propiedad de la casa refleja las características de las poblaciones estudiadas, por un lado la disposición de áreas físicas en la rural y por otro el déficit de viviendas en el urbano.

Las distintas generaciones y cantidad de personas que habitan en una misma casa, puede ser un factor favorecedor de la violencia doméstica, así ocurre en la población urbana y así también se refiere en la literatura.

La contribución básica al gasto familiar por el padre o esposo, coincide con la dedicación al hogar de la madre e influye en los bajos ingresos familiares de casi la tercera parte de la población entrevistada, por debajo de un salario mínimo, familias que pueden ser consideradas con un grado de pobreza extrema.

Cuadro V. Prevalencia de violencia sexual en las parejas

Existencia de violencia sexual	Ambiente	
	Rural (%)	Urbano (%)
Sí	2.6	1.4
No	64.9	50.0
No contestó	32.5	48.6
Total	100.0	100.0

El desconocimiento del concepto de violencia o maltrato intrafamiliar en la población rural a pesar de las actividades previas de educación para la salud, motiva la reflexión sobre el conocimiento y/o la consideración del maltrato en la escala familiar y social de valores, por ejemplo como parte de la educación de los menores y de las esposas. Esto presupone, que a mayor información de la población se incrementarán los índices de notificación.

La existencia de violencia física exclusiva muestra una de las facetas exacerbadas del problema que, de acuerdo con la experiencia de los autores, conduce a las víctimas a solicitar atención psicológica y psiquiátrica. En la población urbana fue el tipo de maltrato más frecuente, lo cual podría deberse a que en la población urbana hay más información sobre la violencia o bien a que el problema sea mayor en esta última. Por otro lado, se debe mencionar que ambas proporciones fueron superiores a las reportadas por INEGI en su encuesta sobre violencia intrafamiliar.(ENVIF) realizada en 1999, en el área metropolitana de la Ciudad de México, que fue de 3.9%.¹⁹

Los agresores de violencia física y psicológica corroboran el franco predominio del género masculino, ocho de cada diez. En cuanto al parentesco, el maltrato se realiza por quienes detentan la autoridad en el hogar al igual el padre que la madre en su caso.

La violencia física y psicológica registró una incidencia muy baja, en relación con la experiencia de los autores y con la propia ENVIF, un 33.5%, lo que motiva a realizar más estudios con la población en general para contar con otros referentes.

En relación con los agresores de maltrato físico y psicológico, las características fueron similares a las de la violencia física, en cuanto al sexo y parentesco de los mismos.

Respecto a la edad de los agresores se aprecia que en el ambiente urbano se realiza la agresión en plena juventud, de ahí la relevancia del esposo y hermanos. Sin embargo, en el ambiente rural los agresores son de mayor edad, lo cual se refleja en la mayor participación del padre y la madre.

El ejercicio de la violencia doméstica bajo la influencia de drogas en el área rural, muestra un factor condicionante que correlacionado con la edad y parentesco del agresor permite avizorar una problemática familiar y social con participación de las adicciones, que requiere reflexión y estudio. Esto incrementa la gravedad del maltrato y prueba de ello es su elevada incidencia fuera del domicilio en la misma población rural.

La mayor violencia sexual en la pareja en el ambiente rural también puede ser una manifestación de lo antes mencionado, las elevadas tasas de no respuesta y la información de la ausencia de este tipo de maltrato dan una imagen más completa del problema, que requiere de mayor estudio.

En conclusión, se puede decir que en constante con la experiencia de más de diez años de los autores en el estudio de la violencia intrafamiliar (período en el que

prácticamente no se reportaron casos en las delegaciones rurales del Distrito Federal), la violencia doméstica no sólo existe, sino que tiene una magnitud similar a la reportada en el medio urbano, con características aparentemente distintas y que, por lo tanto requieren de mayor estudio.

Referencias

1. **Alpert EJ, Cohen S, Sege RD.** Family violence: an overview. *Acad Med* 1997;72(1 Suppl):S3-S6.
2. **Strauss MA, Gelles RJ.** Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8145 families. New Brunswick, NJ Transaction; 1990.
3. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** Prevalence of intimate partner violence and injuries. Washington, D.C., USA: 1998- 2000;49(26): 589-592.
4. **Elisberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A.** Wife abuse among women of child bearing age in Nicaragua. *Am J Public Health* 1999;89:241-244.
5. **Coker AI, Smith PH, Mc Keown RE, King MJ.** Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health* 2000;90(4):553-559.
6. **Rodríguez E, Lasch KE, Chandra P, Lee J.** Family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States: what is the relation? *J Epidemiol Commun Health* 2001;55(3):172-178.
7. **Romans SE, Poore MR, Martin JL.** The perpetrators of domestic violence. *Med J Aust* 2001;173(9):484-8.
8. **Strauss MA, Gelles RJ** Ibid.
9. **Moreno MF.** La violencia en pareja. *Rev Panam Salud Publica* 1999;5(4-5):245-258.
10. **Levinson D.** Family violence in cross-cultural perspective. Beverly Hills, CA, USA. Sage: 1989.
11. **Public Health Rep.** UN ICEF says domestic violence against women and girls still a global epidemic. *United Nations Children's Fund* 2000;115(4):304.
12. **Maira G.** La violencia intrafamiliar: experiencia ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector salud. *Rev Panam Salud Publica* 1999;5(4-5):333-337.
13. **Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, et al.** Identification and management of domestic violence. A randomized trial. *Am J Prev Med* 2000;19(4):253-263.
14. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana (Nom-190-SSA1-1999). Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. *Diario Oficial de la Federación*, México, 08.03. 2000;1:45-55.
15. **De la Garza AJ, Díaz ME.** Maltrato intrafamiliar, problema de salud pública. *Higiene: Órgano de la Sociedad Mexicana de Salud Publica* 1995;3:36-49.
16. **De la Garza AJ, Díaz ME.** El maltrato intrafamiliar: un enfoque preventivo y de Salud Pública. *Ciencia Ergo Sum* 1996;3:279-285.
17. **De la Garza AJ, Díaz ME.** Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Publica Mex* 1997;39:539-545.
18. **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).** Mujeres y hombres en México. 4ta. edición. México, 2000.
19. **INEGI.** Violencia intrafamiliar. Encuesta 1999. Documento metodológico y resultados. México, 2000.

III. Violencia domestica. El maltrato a la mujer

Juan Manuel Saucedo-García,* Georgina Castillejos-Vélez,* Jesús Martín Maldonado-Durán*

Resumen

Objetivos: explorar la existencia de violencia en las familias de niños hospitalizados.

Material y métodos: estudio transversal en el que 100 mujeres, madres de niños hospitalizados, fueron entrevistadas por una psiquiatra. Se empleó un cuestionario de 63 preguntas cerradas para investigar: 1) datos sociodemográficos y aspectos específicos de violencia física, emocional y sexual en las familias de origen y de procreación; 2) quiénes fueron las víctimas y los agresores; 3) cuáles fueron las causas y las consecuencias de la violencia; y 4) creencias sobre la superioridad masculina.

Resultados: la mitad de las entrevistadas reconocieron la existencia de violencia en sus familias de procreación y 42% reportaron antecedentes de violencia en sus familias de origen. Tanto en las familias de origen como en las de procreación, las mujeres fueron las víctimas más frecuentes y los esposos los principales agresores, a veces bajo los efectos, del alcohol. Los tipos de violencia presentes fueron: emocional 93%, física 50% y sexual 16%. Sólo 1 de cada cinco mujeres maltratadas hicieron alguna denuncia, en la mayoría de los casos no se castigó al agresor. Algunas mujeres estaban convencidas de la superioridad masculina. **Conclusión:** se detectó una elevada frecuencia de violencia en las familias de niños hospitalizados, este fenómeno se relacionó con el consumo de alcohol. Es necesario aumentar el conocimiento de la violencia doméstica entre los médicos para poder detectarla, denunciarla y tratarla adecuadamente.

Palabras clave: Violencia doméstica, género, maltrato conyugal.

Summary

Objectives: To determine the existence and type of violent behavior in families of hospitalized children.

Materials and Methods: This is a study with transversal design. One hundred mothers of hospitalized children were interviewed by a female psychiatrist. The questionnaire employed consisted of 63 closed questions on sociodemographic data, including physical, emotional, and sexual violence of origin families and of procreation; pro-creating families who were victims and aggressors, and the causes and effects of violence. Beliefs concerning male superiority were also explored.

Results: One half of women reported violence in their present families and 42% in their families of origin. In both types of families, women were the most frequent victims and spouses, the main aggressors, sometimes under effects of alcohol. Types of violence were emotional 93%, physical 50%, and sexual, 16%. Only one in five battered women presented a claim, without prosecution in most cases. Some women believe in male superiority.

Conclusion: High frequency of domestic violence was detected in this sample of mothers, to a certain extent related to alcohol consumption by the husband. It is necessary for physicians to increase their knowledge of domestic violence to detect it and carry out appropriate reporting and treatment.

Key words: Domestic violence, gender, spouse abuse.

*Departamento de Salud Mental. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Correspondencia y solicitud de sobretiros Dr. Juan Manuel Saucedo García. Cerro de Chapultepec 48, Col. Romero de Terreros, Delegación Coyoacán, 04310 México D.F.

Introducción

Hasta hace pocos años los fenómenos de violencia dentro del hogar en México eran considerados un asunto de familia y no problemas legales ni de la competencia de los médicos. Tal vez la excepción haya sido el maltrato al menor, cuya ocurrencia fue identificada y estudiada en nuestro medio desde principio de los años 60 y que frecuentemente es detectado en los servicios de urgencias pediátricas.¹ El maltrato a la esposa generalmente se oculta y su investigación no es una práctica médica habitual, la misma mujer tiende a aceptarlo con resignación y la escasez o ausencia de recursos de apoyo en la sociedad desalienta su denuncia. La violencia dentro de la familia es muy común sobre todo la dirigida contra la mujer y en su génesis intervienen factores psicológicos individuales, los propios de la vida en pareja y las influencias socioculturales.²

En 1999 la Secretaría de Salud publicó una Norma Oficial Mexicana con los criterios para la atención médica de la violencia familiar. En ella se define ésta como “el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder —en función del género, edad o condición física—, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.”³

Un estudio realizado a principio de los años 90 determinó la frecuencia y distribución de la violencia a la que están sometidas las mujeres de la población urbana y de la rural en el estado de Jalisco. Los resultados fueron que 44.2% y 56.7% de las zonas rural y urbana respectivamente, sufrieron algún tipo de violencia y que en más de 60% de los casos en ambas zonas, el esposo fue el agresor.⁴ Tales datos confirman que el problema de la violencia doméstica no es exclusivo de una clase social, sino que ocurre en todos los niveles.

El 25 de noviembre de 2000, a iniciativa de la Organización de Naciones Unidas, se celebró por vez primera el Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres, considerando que, por lo menos una de cada 5 mujeres en el mundo ha sido objeto de violencia en alguna etapa de su vida y que, de manera más constante, es en las familias donde se ejerce la violencia.⁵

La violencia doméstica no es privativa de la mujer casada, también la sufren las divorciadas, las que viven en unión libre, las separadas, simplemente las que mantienen una relación amorosa con un hombre. Es esta relación la que provoca en muchos varones una sensación de poder o de posesión sobre su pareja y lo mismo ocurre con sus hijas o hermanas.⁶ Son muchas las consecuencias de la violencia de género sobre la salud física y psicológica.⁷ Muchas mujeres visitan repetida-

mente a sus médicos por quejas somáticas y nunca les confían que son maltratadas. En Estados Unidos de América la prevalencia de violencia durante el embarazo va de 0.9% a 20.1%.⁸ En México, un estudio reveló que las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo sufren tres veces más complicaciones en el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas. La diferencia en el peso del recién nacido entre los dos grupos fue de 560 g con desventaja para los productos de las mujeres maltratadas, éstas tuvieron cuatro veces más riesgo de dar a luz productos de bajo peso, que las no maltratadas.⁹ Una encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia en la familia, realizada en 1995 por la Asociación Mexicana Contra la Violencia Hacia las Mujeres (COVAC) en diez ciudades de nuestro país reveló que 35% de los entrevistados reconoció que en los últimos seis meses existió en su familia algún problema de violencia.¹⁰ Los menores de edad eran las víctimas principales de la violencia (61.2%) y respecto al género el 74% de las personas maltratadas eran mujeres. Sólo en 20% de los casos se presentó denuncia ante las autoridades, quienes muchas veces no le prestaron atención a la denuncia.

En los servicios de urgencias de los 24 hospitales del Departamento del Distrito Federal se encontró que las lesiones a las mujeres, provocadas por la violencia, ocurrieron más frecuentemente en el hogar; mientras que las lesiones de los hombres ocurrieron, en la vía pública.¹¹

Un estudio en población general, realizado en la ciudad de México, mostró que cuando el hombre había consumido alcohol ejercía abuso físico sobre la pareja (14%) y que el riesgo de violencia era 3.3 veces más alto cuando el varón estaba borracho todos los días que cuando no tomaba bebidas embriagantes.¹²

En el Hospital de Pediatría, los clínicos frecuentemente encuentran datos sugestivos de violencia en las familias de los pacientes. Este hecho fue la base para estudiar la frecuencia y tipos de la misma, así como sus antecedentes y consecuencias en las mujeres maltratadas.

Pacientes y método

El grupo de estudio estuvo formado por 100 mujeres, madres de 100 niños internados en los servicios de preescolares, escolares y adolescentes del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. La encuesta fue aplicada en el curso de tres meses a algunas madres seleccionadas al azar que estuvieron de acuerdo en contestarla. Se realizó una prueba piloto en la que se entregó el cuestionario a 30 señoras, pero la mayor parte de ellas no lo contestaron, por esta razón preferimos que una psiquiatra realizara la entrevista. Se

excluyeron del estudio las 30 mujeres de la prueba piloto. Después de completar el interrogatorio, se proporcionó orientación psicosocial a las entrevistadas.

El cuestionario consta de 63 reactivos e incluye preguntas de una encuesta previamente aplicada por COVAC.¹³ El instrumento investiga aspectos sociodemográficos, antecedentes de violencia en las familias de origen de las mujeres, datos de violencia en sus familias de procreación e información sobre las causas y consecuencias de los hechos violentos. También explora creencias de las mujeres sobre las diferencias de género, así como la participación de las propias entrevistadas en los fenómenos de violencia en el hogar. El estudio fue transversal y los datos obtenidos fueron analizados mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados

Los principales datos sociodemográficos se encuentran en el cuadro I. Todas las mujeres, excepto una, habían cursado por lo menos la escuela primaria; 93% vivían con su pareja (74% casadas y 19% en unión libre) y tres cuartas partes habían permanecido por lo menos cinco años en unión conyugal. El 82% pertenecían a familias nucleares de cinco o menos integrantes y 94% declararon ser católicas. El 87% vivía en medio urbano, dos tercios en el Distrito Federal, el resto en diversos estados de la república. Pertenecían a la clase obrera o a la clase media, como es común entre los derechohabientes del IMSS

Cuadro I. Datos sociodemográficos de las familias encuestadas.

	Mujer		Hombre	
	No. 100	%	No. 93	%
Grupo de edad (años)				
16-30	48	48	31	33.3
31-45	43	43	49	52.6
46-60	9	9	10	10.7
Escolaridad				
Primaria	39	39	26	27.9
Secundaria	32	32	20	21.5
Preparatoria	16	16	20	21.5
Profesional	12	12	26	27.9
Ninguna	1	1	1	1
Ocupación				
Hogar	69	69	0	0
Obrero o técnico	25	25	61	65.5
Profesional	6	6	23	24.7
Desempleado	0	0	9	9.6

Cuadro II. Antecedentes de violencia en la familia de origen de la mujer

	No	%
Positivos	42	42
Negativos	58	58
Persona agredida		
Madre	30	71.4
Hermanos	10	23.8
Padre	2	4.7
Persona agresora		
Padre	35	83.3
Madre	6	14.9
Hermanos	1	2.3

En cuanto a antecedentes de violencia en sus familias de origen, 47% de las mujeres respondieron positivamente, la madre era la más frecuentemente agredida (71 %) y el padre el agresor más frecuente (83%); (Cuadro II) De las entrevistadas, más de la tercera parte recordaban haber sido víctimas de alguna forma de maltrato (Cuadro III).

Cuadro III. Antecedentes personales de maltrato en la familia de origen

	No.	%
Positivos	36	36
Negativos	63	63
Agresor		
Padre	21	58.3
Madre	5	13.8
Ambos	7	19.2
Otros	3	8.3
Tipo de maltrato		
Físico	33	91.6
Psicológico	29	80.5
Sexual	3	8.3

Respecto a la presencia de violencia en su familia de procreación, la mitad de las entrevistadas informaron que sí la había (cuadro IV) y era de tipo: psicológico (98%), físico (58%) y sexual (8%). El esposo era el agresor más frecuente (94%) y las víctimas eran los hijos (70%) y la esposa (54%). Las formas de agresión se

Cuadro IV. Violencia en la familia de procreación

	Agredidos		Agresores	
	No	%	No	%
Padre	3	6	47	94
Madre	27	54	18	36
Hijos	19	38	4	8
Hijas	16	32	0	0
Otros	2	4	2	4
Sin respuesta	2	4	2	4

expresan en el cuadro V. La mitad de los esposos acostumbraba consumir alcohol, 60%, de ellos con frecuencia semanal o cotidiana. Sólo siete de las mujeres declararon consumir bebidas alcohólicas y 32% aceptaron haber contribuido a la violencia, 27 en forma pasiva (con silencios, reproches, no cocinar, no obedecer, ignorar al esposo) y cinco con formas activas (insultos, humillaciones, golpes). Las explicaciones de su participación en la violencia fueron: para defenderse (45%), antes del inicio del maltrato (29%), para disminuir las tensiones 13%, y por desesperación (6%). Las razones para permitir la agresión fueron: miedo (42%), impotencia (31 %), por los hijos (10%) y por amor (5%). De las entrevistadas, 52% consideró que había una relación directa entre el consumo de alcohol del esposo y sus comportamientos agresivos. Las formas de agresión empleadas por el esposo están precisadas en el cuadro VI. Sobre las consecuencias de las agresiones, 76% de las mujeres las consideraron graves, principalmente

Cuadro V. Formas de violencia de parte del esposo

	No	%
Gritos	47	92.9
Insultos	44	77.1
Desprecios	42	73.6
Humillaciones	41	71.9
Limitación del gasto	38	66.6
Amenazas de abandono	33	57.6
Golpes	29	50.8
Celos injustificados	25	43.8
Restricción de visitas a familiares	21	36.8
Amenazas de quitar hijos	19	33.3
Acoso sexual	9	15.7

porque pueden dar origen a traumas psicológicos (78%) o a ruptura de la familia (35%). Los problemas producidos en la mujer como resultado de las agresiones recibidas se especifican en el cuadro VII. Sólo una quinta parte de las víctimas había presentado alguna denuncia, de ellas el 75% no tuvieron repercusión. El 30% de las entrevistadas consideraban al hombre superior a la mujer, en fuerza (80%), destrezas (37%) y libertad (23%). En las familias de cuatro entrevistadas las hijas no estudiaban, "porque no se acostumbra que las mujeres estudien". Sólo en dos familias los padres participaban en las labores del hogar.

Cuadro VI. Causas de la violencia

	No	%
Consumo de alcohol	22	38.5
Problemas económicos	21	36.8
Problemas cotidianos	20	35
Falta de comunicación	9	15.7
Faltas de respeto	5	8.7
Falta de amor	4	7
Otros	2	3.5

Discusión

Los resultados ponen en evidencia la alta frecuencia de violencia doméstica en las familias mexicanas investigadas. Estos datos coinciden con los de encuestas similares, particularmente la realizada por COVAC.¹⁰ La mitad de las 100 entrevistadas manifestó la existencia de violencia en su familia de procreación, en la que los hijos (hombres y mujeres) eran las víctimas principales, seguidos por las madres (cuadro IV). En la encuesta de COVAC¹⁰ las madres eran las víctimas en el 20.9% de los casos, mientras que los hijos lo eran en 61%. En ambos estudios el principal agresor fue el padre, 69% en la encuesta de COVAC¹⁰ y 94 % en ésta del Hospital de Pediatría, en la cual quedó de manifiesto la influencia del consumo de alcohol como factor precipitante de la agresión. Hallazgo similar al observado en el estudio de Natera y colaboradores,¹² en el que el riesgo de violencia se elevaba considerablemente cuando el varón estaba borracho, sobre todo si el consumo de alcohol era diario. Los mecanismos mediante los cuales el alcohol participa en la ocurrencia, severidad y duración de la conducta agresiva ya han sido señalados.¹⁴

El proceso de la violencia familiar dirigida principalmente contra las mujeres parece reproducirse de generación en generación, ya que según las entrevistadas en sus familias de origen también había una elevada prevalencia de maltrato dirigido a la madre y el agresor más frecuente era el padre. En este fenómeno intervienen mecanismos de aprendizaje de parte de los hijos varones que observan el maltrato del padre a la madre, así como factores socioculturales que consideran casi natural el maltrato a la mujer y no promueven que sea denunciado a las autoridades. Tanto en la encuesta de COVAC¹⁰ como en el presente estudio sólo una quinta parte de las agredidas se atrevieron a presentar denuncias, con resultados nulos en la mayoría de los casos. Cabe mencionar que muchas de las víctimas no se atrevieron a denunciar el delito por miedo a ser golpeadas de nuevo, por creer que no se puede hacer nada o por temor a que las autoridades competentes no les hagan caso. Esto habla de la necesidad de fomentar la difusión de los derechos de la mujer para que ésta denuncie las agresiones en su contra y acuda a recibir ayuda a las unidades de atención a la violencia familiar (donde se orienta a las parejas en conflicto, se proporciona apoyo psicológico a las víctimas y a los agresores, y se da asistencia jurídica). También es necesario impulsar entre las autoridades competentes el reconocimiento de estos delitos en su justa dimensión, así como la aplicación de medidas pertinentes para su prevención, tratamiento y castigo al agresor, en su caso.

Cuadro VII. Consecuencias de las agresiones en la mujer

	No.	%
Depresión	43	75.4
Miedo	43	75.4
Resentimiento	43	75.4
Lesiones físicas	20	35
Odio	12	21
Abandono	10	17.5
Discapacidades	1	1.7
Aborto	1	1.7

Las escasas investigaciones efectuadas en nuestro país sobre la violencia doméstica revelan algunas variaciones respecto a los tipos predominantes de maltrato a la mujer.¹⁵ En la ciudad de Durango se encontró una prevalencia de violencia sexual de 42%, física de 40% y emocional de 39%; el nivel socioeconómico no mostró

ser una variable confusora.¹⁶ En la encuesta de COVAC,¹⁰ las manifestaciones de violencia más frecuentes fueron las físicas (81%) y en menor grado verbales o psicológicas (76%) y sexuales (32%). En este estudio, el tipo de maltrato más frecuente fue el verbal (92.9%), en segundo término el físico (50.2%) y por último el sexual (16%). En todas las encuestas las cifras de maltrato a la mujer son elevadas y preocupantes. Las consecuencias psicológicas derivadas de las agresiones son similares, pues en la encuesta de COVAC¹⁰ las agredidas reportaron resentimientos, odios y traumas en 67% de los casos y depresión en 41 %, y en el presente estudio hubo resentimiento, miedo y depresión en tres cuartas partes de las mujeres maltratadas. En ambas encuestas, el agresor identificado con más frecuencia fue el padre, lo cual coincide con lo encontrado habitualmente en otros estudios. Es indudable que en México la violencia dentro de la familia es un problema de salud pública; en el Distrito Federal, el maltrato a la mujer ha llegado a ser la tercera causa de pérdida de años de vida saludable, lo cual hace impostergable la necesidad de crear una nueva ley contra la violencia familiar.¹⁷ Llama la atención la creencia de la superioridad masculina entre algunas de las entrevistadas, así como la ausencia casi total de la participación de los hombres en las labores del hogar. Esto habla del arraigo de prácticas tradicionales que hacen recaer en la mujer el peso de las tareas domésticas. Desde una perspectiva de género, tales datos confirman lo que se ha señalado en diversas ocasiones: en México, la violencia familiar tiene raíces socioculturales tradicionales que han adjudicado una jerarquía más alta a los varones que a las mujeres.¹⁸ Lamas se ha referido a esta subordinación de las mujeres con el término de sexismo, es decir, la discriminación basada en el sexo, donde la diferencia entre hombre y mujer se traduce en desigualdad.¹⁹ La reproducción de jerarquías sociales en el entorno doméstico hace que comúnmente el agresor sea un hombre y la víctima una mujer.²⁰ De ahí la necesidad de modificarlos códigos culturales y los estereotipos de género existentes mediante la educación a los niños en la escuela y en el hogar. A esto se suma la urgencia de poner en práctica la norma oficial para la detección de la violencia familiar, medida que corresponde a los médicos y no debe ser soslayada.

Referencias

1. **Loredo-Abdalá A.** Introducción. En: Loredo AA, editor. *Maltrato al menor*. México: InteramericanaMcGraw-Hill; 1994. p. 1-7.
2. **Sauceda-García JM.** Violencia en la familia. El maltrato a la mujer. *Rev Med IMSS* 1995;33:283-287.
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
4. **Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G.** Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993;35:148-160.
5. **Annan K.** Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. La Jornada, 25 de Noviembre de 2000.

6. **Saucedo I.** Violencia en la familia. *Este País* 1995;(46):23-24.
7. **Ramos-Lira L, Saltijeral MT, Caballero NU.** Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental (Suppl)* 1996. p. 19-32.
8. **Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS.** Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996;275:1915-1920.
9. **Valdéz-Santiago R, Sanín-Aguirre LH.** La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362.
10. Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres, A.C. Violencia en la familia. *Este País* 1996;(64)20-25.
11. **Hijar MMC, Tapia YJR, Lozano AR, Chávez AR.** Violencia y lesiones. *Salud Mental* 1992;15:15-23.
12. **Natera G, Mora J, Tiburcio M.** El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo excesivo de alcohol y drogas en la familia. *Rev Mex Psicol Soc Pers* 1997;13:164-190.
13. **Duarte P.** Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia en la familia. Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres A.C. (COVAC). Fondo de Población de las Naciones Unidas-Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. México: 1995.
14. **Medina-Mora ME, Berenzon S, Natera G.** El papel del alcoholismo en las violencias. *Gac Med Mex* 1999;135:282-287.
15. **Dáz Olavarrieta C, Sotelo J.** Domestic violence in Mexico. *JAMA* 1996;275:1937-1941.
16. **Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A.** Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex* 1998;40:481-486.
17. **Frenk MJ.** Declaraciones en el Foro sobre la Violencia a la Mujer. La Jornada, 3 de agosto de 2001.
18. **Díaz-Olavarrieta C.** Violencia contra las mujeres. *Rev UNAM* 1998. Número extraordinario II; p. 23-26.
19. **Lamas M.** La violencia del sexismo. En: Sánchez Vázquez A editor. *El mundo de la violencia*. UNAM-Fondo de Cultura Económica; México: 1998. p. 191-198.
20. **Saucedo-González I.** Violencia doméstica y sexual. *Demos* 1995;8:32-34.

IV. Historia de la agresión a los niños

Jesús del Bosque-Garza*

Resumen

El maltrato a los niños es un fenómeno tan antiguo como la propia humanidad. Las investigaciones revelan una larga y penosa historia de abusos cometidos con los menores desde tiempos remotos hasta nuestros días.

Cuanto más se retrocede en el pasado, más expuestos han estado los niños a la muerte violenta, al abandono, los golpes, el terror, los abusos y agresiones sexuales.

A partir de 1999, la Organización Mundial de la Salud considera al Maltrato Infantil como un problema de Salud Pública.

Se ha postulado que el trato despiadado hacia los niños, es simplemente un aspecto de la agresividad inherente a la naturaleza humana.

Durante mucho tiempo se ignoraron las necesidades físicas y emocionales de los niños y aún cuando han mejorado los conocimientos de lo que requieren para su óptimo desarrollo; los malos tratos han persistido.

En este trabajo se revisan algunos aspectos históricos de las agresiones a los niños, desde el castigo corporal, las ataduras y el abandono hasta el infanticidio como extremo de violencia.

El problema de la agresión a los niños rebasa al ámbito médico y requiere una mayor participación de la sociedad y el estado para acercarse a su solución.

Palabras clave: Maltrato infantil, agresión.

Summary

Child abuse is a phenomenon just as old as humanity itself. Researches reveal a long and painful history of abuse of children since remote times until the present.

The more we go back to the past, the more exposed our children were to violent death, abandonment, terror, abuses, and sexual aggressions.

Since 1999, the World Health Organization (WHO) has considered child abuse a public health problem.

It has been postulated that merciless treatment of children is just an aspect of the inherent aggressiveness of human nature.

For a long time, ignorance of children's physical and emotional needs was the rule and even though this has improved our knowledge of what is required for good child development, abuses still occur.

In this work, some historical aspects of child abuse are reviewed from physical and corporal punishment and abandonment to infanticide as extreme violence.

The problem of aggression toward children goes beyond the medical environment and requires greater participation of society and the State to approach a solution.

Key words: Child abuse, aggression.

Hace 20 años el doctor Jaime Mercovich señalaba la existencia de niños agredidos en México con imágenes desgarradoras que mostraban esta cruda realidad que nos afecta a todos.¹

Al revisar la información resulta fácil e impactante ratificar la aseveración de Lloyd deMause, en el sentido de que "cuanto más se retrocede en el pasado, más expuestos están los niños a la muerte violenta, al abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales". Con el

caudal de datos con que ahora contamos no es posible coincidir con el mismo autor en que "la historia de la infancia sea una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco."²

Tal vez este despertar que señala deMause, se refiera a la preocupación "oficial" para que, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud hace cuarenta años aprobara la Declaración Universal de los Derechos de los Niños o que hace doce años, constituida como "Ley

*Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" S.S.A.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Jesús del Bosque Garza. Priv. Niño Jesús No. 21-7, Col. Niño Jesús, C.P. 14080, Tlalpan, México, D.F. E-mail: jesh_54@hotmail.com, Tel. 5573-9161.

Internacional” asintiera la Convención de los Derechos del Niño, que obliga a todos los países a cumplir con sus preceptos o que a partir de 1999 considere al Maltrato Infantil como un problema de salud pública.³

No hace falta mirar más allá de nuestras fronteras para percibir la distancia que existe entre la promulgación de los derechos y el verdadero ejercicio de éstos.

De acuerdo con múltiples autores, como Santiago Ramírez en su obra “infancia es destino”, los comportamientos de las personas en la edad adulta pueden ser mejor comprendidos mediante el estudio sistemático de la infancia. Las investigaciones revelan una larga y penosa secuencia de abusos cometidos con los niños desde tiempos remotos hasta nuestros días. La historia de la infancia es el ejemplo extremo de la conocida regla según la cual “Las cosas que realmente importan, raras veces constan por escrito”. Los historiadores casi nunca han prestado atención a las experiencias de la infancia, incluso los pedagogos se han enfocado a estudiar la organización y planes de estudio de las escuelas y las teorías educativas, pero muy poco a lo que les sucedía a los niños en sus hogares. A través de la historia, la infancia ha sido habitualmente idealizada y son muy pocos los biógrafos que ofrecen información útil acerca de los primeros años de la vida; no obstante, existen claras evidencias de que las agresiones contra el niño han persistido a lo largo de los siglos.

Se ha postulado que el trato despiadado hacia los niños, es simplemente un aspecto de la agresividad y crueldad inherentes a la naturaleza humana.

Se sabe que el maltrato a los menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la tierra y que es un fenómeno tan antiguo como la propia humanidad.

Tal vez un aspecto nodal sea la conceptualización del maltrato desarrollada en los últimos años y que anteriormente no se reconocía. Existían criterios muy difundidos que aprobaban multitud de prácticas que actualmente calificaríamos como de trato abusivo hacia el menor.

Durante mucho tiempo se ignoraron las necesidades físicas y emocionales de los niños, pero los malos tratos han persistido, aún cuando han mejorado ostensiblemente los conocimientos sobre lo que los menores requieren para un óptimo desarrollo.⁴

Kempe piensa que ello se debe a la persistencia de la creencia de Aristóteles (400 años a.C), que dice “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” y, por otro lado, a que continúa vigente la idea de que los castigos físicos son necesarios para imponer una buena disciplina.⁵

Hace cinco mil años en las escuelas de Sumeria había el “Hombre encargado del látigo” que castigaba a los niños con el mínimo pretexto.

Existen múltiples evidencias de que los métodos de crianza empleados en casi todos los países y en todas las épocas incluían el castigo corporal, utilizando: látigos, palos, varillas y otros instrumentos, por ejemplo, una palmeta usada en las escuelas que terminaba en forma de pera con un agujero redondo para levantar ampollas.

Los ciclos se repetían, los niños golpeados crecían y a su vez golpeaban a sus hijos. La protesta pública era rara, incluso humanistas y maestros que tenían fama de ser bondadosos como Petrarca y Pestalozzi, aprobaban el castigo corporal de los niños.⁶ Una Ley del siglo XIII dio carácter público al castigo corporal de los niños “si se azota a un niño hasta hacerle sangrar, el niño lo recordará, pero si se le azota hasta causarle la muerte, se aplicará la Ley”. Durante el Renacimiento se aconsejaba moderación en los castigos corporales, pero aprobaban los azotes “sabiamente administrados”. Hasta épocas recientes el 80% de los padres alemanes admitían golpear a sus hijos.⁷

Algunos pasajes en la obra de San Agustín revelan su honda preocupación por los niños; en un opúsculo titulado “Sobre la Doctrina Cristiana”, escrito hacia el año 427, sostenía que debían desaparecer las costumbres populares de hacer daño a los niños. En contraparte un fraile dominico del siglo XIV aconsejaba la necesidad de refrenar los impulsos de los menores mediante azotes frecuentes que habrían de aplicarse desde los tres años de edad y mientras lo necesitaran hasta la edad de 25 años.⁸

El adagio bíblico: “Prescinde del castigo y malcriarás al niño” se convirtió hacia el siglo XV en el proverbio “Quién no usa de la vara odia a su hijo”. El Rey Enrique IV, recomendaba que a su hijo el delfín se le dieran azotes con frecuencia y él mismo no vacilaba en darle bofetones personalmente.⁹

La creencia de que los niños tenían una tendencia natural a convertirse en seres absolutamente malvados fue una de las razones para que desde recién nacidos se les atara y colocaran fajas apretadas; múltiples generaciones lo hicieron así y vieron impasibles protestar a sus hijos a gritos porque carecían de la capacidad para sentir empatía por ellos.^{2,10}

Mauriceau manifestaba tres razones para justificar las tajaduras: asegurarse de que el niño aprendiera a tomar una postura humana; protegerle de su debilidad, pobre coordinación y posibilidad de dislocarse una extremidad con sus movimientos incontrolados y en algunos casos mantenerlos abrigados por efectos del clima. Las fajas debían mantenerse hasta los 9 a 13 meses de vida.¹¹

Era común que las madres confiaran sus hijos a nodrizas o amas de cría durante los primeros dos o tres años de vida y luego se sintieran afligidas cuando los niños no querían regresar a casa sin poder comprender

el por qué. En 1780 el Jefe de Policía de París estimaba que de los 21 mil niños nacidos cada año en esa ciudad, 17 000 eran enviados al campo con nodrizas y sólo 700 eran criados por sus propias madres.¹²

Aunque hubo muchas excepciones a la regla, más o menos hasta el siglo XVIII, el niño medio de padres acomodados pasaba sus primeros años en la casa de una ama de cría, volvía a su hogar para permanecer al cuidado de otros sirvientes y salía a la edad de siete años para servir, aprender un oficio o ir a la escuela, de modo que el tiempo que los padres dedicaban a criar a sus hijos era mínimo. Otra forma de abandono era utilizar a los niños como rehenes políticos o como prenda por deudas, práctica que se remonta a la época babilónica. Hay pruebas contundentes de que tanto el abandono como el asesinato de niños se daban en casos de bastardía, que en el siglo XVII era considerada como una deshonra social.¹³

El infanticidio como extremo de violencia se ha verificado desde la más remota antigüedad en prácticamente todas las culturas. Las causas históricas más frecuentemente registradas son los defectos congénitos y la ilegitimidad. Son muchos los episodios en que los niños fueron sacrificados, quemados o asesinados de múltiples maneras con fines variados: desde los religiosos hasta los económicos. Destaca la degollación masiva ordenada por el Rey Herodes en Belén para los menores de dos años.

Se sabe que el infanticidio de hijos legítimos e ilegítimos se practicaba normalmente en la antigüedad, que el de hijos legítimos se redujo ligeramente en la Edad Media y que se siguió matando a los hijos ilegítimos hasta ya entrado el Siglo XIX.¹⁴

Eurípides dejó testimonio de que los menores eran arrojados a los ríos, echados en muladares y abandonados en caminos y cerros "presa para las aves, alimento para los animales salvajes".

Hasta el siglo IV, ni la ley ni la opinión pública veían nada malo en el infanticidio que se verificaba en Grecia o en Roma.

A las niñas se les valoraba en muy poco, eran más frecuentemente abandonadas o eliminadas en comparación con los varones; fue característico el predominio de la población masculina en occidente hasta bien entrada la Edad Media, por ejemplo en 79 familias de ciudadanía Milesia, hacia el año 228 a. de C. habían 118 hijos y 28 hijas.

Hay evidencias incuestionables de que la tasa de infanticidio era bastante elevada hacia el siglo XVIII en todos los países de Europa. En 1890 todavía se veían con frecuencia niños muertos en las calles de Londres. Es posible que la forma más corriente de infanticidio fuera simplemente no dar alimento al niño, por descuido

o deliberadamente. Hay claros indicios de que a principios de la Edad Media, ya sea por selección u omisión, había infanticidios de niñas, de hijos ilegítimos, de minusválidos y de retrasados mentales. Dos de los más insignes zares de la historia rusa, Iván el Terrible y Pedro el Grande, asesinaron a sus hijos mayores.¹⁵

En las diversas etnias indígenas del México prehispánico se sacrificaban menores de ambos sexos, no por de maltrato sino para agradar o agradecer a una deidad por algún beneficio a la comunidad; por otro lado, a los Dioses se les llevaban ofrendas para pedir por la protección de los hijos, cuidaban su desarrollo y era escaso o casi nulo el abandono de los niños. Curiosamente es en la época postcolombiana cuando aparecen los menores abandonados y los huérfanos sin protección y desde la colonia surgen diversas instancias protectoras a favor de la niñez aunque ninguna con propósitos claros de evitar o proteger a los infantes de las agresiones y el maltrato.¹⁶

Sin duda la labor del gremio médico para conocer la historia, evolución y momento actual del fenómeno de la violencia intrafamiliar incluyendo el maltrato a los niños es encomiable; pero dada la magnitud del reto y el hecho de que no es un problema exclusivamente médico; es imperativa la participación del Estado y de toda la sociedad para acercarse al ideal de salud y bienestar para todos los niños.

Referencias

1. **Marcovich KJ.** Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado. México: Editores Mexicanos Unidos; 1981.
2. **Lloyd de Mause.** Historia de la infancia. Madrid, España, Alianza Editorial; 1982.
3. **Loredo-Abdala A, Perea MA.** Una visión internacional sobre la protección a los niños. Bol Med Hosp Infant Mex Vol. 57, No. 12, Dic. 2000. p. 669-671.
4. **McMenemy MC.** WHO recognises child abuse as a major problem. Lancet 1999;353:1340.
5. **Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, et al.** The battered child syndrome, JAMA 1962;181:17-24.
6. **Altemeir WA, O' Connors C, Vietzi PM, et al.** Antecedents of child abuse, J Pediatr 1982;100:823-829.
7. **Loredo-Abdala A, y cols.** Historia del maltrato infantil en México. Revisión de la literatura pediátrica. Bol Med Infant Mex Vol. 58. Mar. 2001. p. 205-214.
8. **Temkin O.** Translation of Soranus. In: Gynecology. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1956.
9. **Radbili SX.** The first treatise in pediatrics, Amer J Dis Child 1971;122: 369-376.
10. **Lynch MA.** Child abuse before Kempe: an historical literature review. Child Abuse Neglect 1985;9:7-15.
11. **Querol X.** Violencia y maltrato infantil En: El niño maltratado. Ed Jims Pediatría, Barcelona; España: 1990. p. 5-26.
12. **Osorio y Nieto CA.** Nociones generales En: El niño maltratado. Ed. Trillas; México, 1993. p. 11-24.
13. **Chabon RS.** The legal status of the unborn child. J Leg Med 1977;53:22-24.
14. **Leyman RB Jr.** Barbarie y religión: la infancia a fines de la época romana y comienzos de la Edad Media. En: Historia de la infancia. Alianza Editorial; Madrid, Demause L, editor; 1982. p. 93-120.
15. **Dunn PP.** "Ese enemigo es el niño": La Infancia en la Rusia Imperial. En: Demause L, editor, Historia de la infancia. Madrid, España: Alianza Editorial; 1982. p. 419-443.
16. **Loredo AA.** "Historia general del fenómeno del maltrato". En: Maltrato al menor. Inst. Nacional de Pediatría. México: Edit. Interamericana. McGraw-Hill; 1994.

V. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia

María Luisa Rascón-Gasca,* L. Rosa Díaz-Martínez,* Luciana Ramos-Lira*

Resumen

Objetivo: caracterizar las expresiones de violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia.

Método: estudio transversal, con una muestra secuencial de 41 sujetos (madres de pacientes con esquizofrenia). Se utilizó el cuestionario "Mujer violencia doméstica" (MVD).

Resultados: la violencia emocional fue observada en todas sus dimensiones: Expectativas abusivas, hostilidad; devaluación, intimidación y amenazas en el 74.5 al 50% del total de la muestra. La violencia física se manifestó en todas sus modalidades en más del 43%, alguna vez en la vida. La violencia sexual se observó en casi la mitad de las entrevistadas que eran forzadas a tener relaciones sexuales. Se observó también que la mayoría de las familias eran disfuncionales ya sea por funcionamiento pobre o por sobre-involucramiento entre sus miembros.

Conclusiones: La violencia intrafamiliar se puede potencializar ante la presencia de un enfermo mental debido, por una parte a la manera en que los síntomas afectan las relaciones interpersonales y por otra, al desequilibrio entre los costos de la enfermedad y algunas creencias en donde la violencia puede aparecer como una forma de enfrentar la desilusión, el estigma y el rechazo. Se proponen algunas alternativas para la identificación y abordaje terapéutico de estas familias.

Palabras clave: Violencia doméstica, familia y esquizofrenia.

Summary

Objective: To analyze the expressions of domestic violence in the family of schizophrenic patients.

Methodology: This is a transversal study with a sequential sample of 41 subjects (mothers of schizophrenic patients). The "Domestic Violence Woman" questionnaire was used.

Results: Emotional violence was observed in all its magnitude: abusive expectation; hostility; devaluation; intimidation, and aggression. Physical violence was manifested in all of its varieties in > 43% at some time during life. Frequency was low in the previous year. Sexual violence was observed in one half of interviewed women being managed and/or forced to have sexual relations against their will. It was observed that the majority were dysfunctional families with poor functioning or over-involvement among family members.

Conclusions: Intrafamilial violence could be potentialized with presence of a mental patient due to the way in which the symptoms affected their personal relations and on the other hand, due to imbalance between cost and benefits of the illness, and myths and beliefs in which violence could appear as a way to confront disappointment, stigma, and rejection.

To identify and approach these families, some therapeutic alternatives are proposed.

Key words: Domestic violence, family, schizophrenia.

Introducción

Actualmente la violencia intrafamiliar se presenta hacia los más vulnerables: mujeres, niños y niñas, y en menor medida hacia los hombres. En el núcleo del hogar también se encuentra la violencia hacia los discapacitados, enfermos mentales, ancianos y los dependientes económicos o emocionales por la indefensión que les confiere su debilidad.

De esta manera, la violencia doméstica afecta de diferente manera a cada grupo de edad, sexo, salud, posición social. El proceso de victimización no es estático, la violencia hacia los discapacitados no es privativa del hogar, sino también del entorno donde se produce la socialización.

La forma de expresión de la violencia doméstica no es un fenómeno individual, surge y se reproduce en contextos de relaciones sociales específicas, en el medio familiar es muy común encontrarla, en la mayoría de los casos, la ejerce el

*Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Rosa Díaz Martínez. Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, México, D.F. Tel: 5655 2811 Ext. 362

compañero. La violencia implica una situación en la que una persona con más poder abusa de otra que tiene menos poder, ya sea estructural o situacional.¹

La Organización Mundial de la Salud² la define como: "es el uso intencional de fuerza o poder físico, real o en forma de amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que resulta en o tiene una alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, desarrollo inadecuado o privación"

Las conductas violentas no tienen organización por grupo social o político y se caracterizan por la relación víctima-agresor. Se pueden distinguir la violencia doméstica familiar e íntima, la violencia entre conocidos y la violencia entre desconocidos; además existen la violencia organizada y la auto inflingida de las cuales no nos ocuparemos en el presente trabajo.

Las causas de este fenómeno pueden ser diversas, se han señalado factores tales como:

- a) Los problemas de personalidad y/o trastornos mentales (esquizofrenia, abuso de sustancias y trastornos cognitivos).
- b) La dinámica interpersonal familiar.
- c) El nivel de pobreza y el estrés económico.
- d) Las normas culturales.

Un modelo que intenta explicar la violencia doméstica es la teoría del intercambio o "*Echange theory*", que se plantea para responder preguntas como porqué las mujeres golpeadas permanecen en matrimonios violentos.³

Otra premisa teórica es la de control social que afirma que la violencia doméstica ocurre debido a la ausencia de controles sociales que obliguen a las personas a respetar el orden social y a sancionar a los miembros de la familia que actúen con violencia.³

Hay estudios que plantean el riesgo que corre el familiar (en particular la madre) cuando se convierte en blanco de la violencia de la red social del enfermo mental.⁴ Nosotros creemos que en muchos casos la violencia intrafamiliar ya existe y la presencia de un enfermo mental puede potenciarla.

Objetivo

Este trabajo tiene como objetivo identificar las diversas expresiones de violencia doméstica sufridas por los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

Material y métodos

Mediante un diseño transversal, de septiembre a diciembre de 1999, se entrevistaron a 41 familiares (madres) de pacientes con esquizofrenia, que asistían a consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel al sur de la ciudad de México.* La obtención de la muestra fue secuencial, no estratificada y no probabilística.

Criterio de inclusión de los familiares: Posibilidad de entrevistar al familiar del paciente, de preferencia el que esté a cargo, es decir, que sea responsable de su manutención y cuidado

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Mujer violencia Doméstica MVD de Ramírez R. Patiño; 1995.

Procedimiento y análisis estadístico

Una vez seleccionados los familiares, psicólogos capacitados llevaron a cabo las entrevistas en la institución hospitalaria garantizándoles confidencialidad en el manejo de la información.

Para evaluar la frecuencia y cronicidad de violencia doméstica, se estudiaron, prevalencia (alguna vez en la vida y en el último año) de la violencia emocional con 34 reactivos,** agrupados en cinco dimensiones; de la violencia física con 18 reactivos y de la violencia sexual con 13 reactivos.

Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva.

Resultados

La edad del grupo estudiado presentó una media de 54.7 años, una D.E. de 12.6 y un rango de 42 a 75 años; la escolaridad fue desde nunca haber asistido a la escuela 9.7%, hasta haber cursado la universidad 9.8%, lo más frecuente fue el nivel medio superior 36.6%; el 55.9% labora; el 78% vive su primer matrimonio, el 12.2% está en el segundo; el tiempo que han vivido en pareja fue de cinco a 43 años, con una media de 17.5 años y D.E. de 15.3 (cuadro I).

Violencia Emocional

En el cuadro II, se muestra la violencia emocional experimentada alguna vez en la vida por las entrevistadas, se distribuyó de la siguiente manera:

*El estudio de los familiares de los pacientes esquizofrénicos forma parte del "Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico y su familia" (De La Fuente y cols. 1993) que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"

**Para explorar la existencia de las dimensiones subyacentes de violencia emocional de los 34 reactivos originales, se llevó a cabo un análisis estadístico exploratorio (análisis factorial); con base en éste se pudieron identificar 5 factores conceptuales.

Cuadro I. Características demográficas de familiares (madres) de pacientes con esquizofrenia n: 41

Características		
Edad (años)	54.7	12.6
Escolaridad	f	%
Universidad	4	9.8
Preparatoria com/inc	15	36.6
Secundaria	10	24.4
Primaria	8	19.5
Nunca asistió	4	9.7
Ocupación		
Labora		
Dentro de casa For/inf.	4	9.7
Fuera de casa For/inf.	19	46.2
No labora	18	44.1
Num. de matrimonios		
0	3	7.3
1	32	78.0
2	5	12.2
3	1	2.4
Num. de años de vivir en pareja		
0	14	34.1
5 a 15	5	12.2
16 a 26	8	19.2
27 a 43	14	33.6
	17.5	15.3

En primer lugar, expectativas abusivas (74.5%), que incluyen una serie de actitudes y consignas verbales en ocasiones irracionales, cuyo contenido se destaca por ser prohibitorio y restrictivo. En segundo término, hostilidad (70.2%) conformado por enojos derivados de la trasgresión de normas de género, tales como contradecir o estar en desacuerdo con la pareja, así como por gritos e insultos orientados a infundir miedos. Encontramos en tercer lugar, la devaluación (68.1%) abarca todas aquellas consignas verbales tales como burlas, menosprecios, insultos y críticas destructivas, además de actitudes desvalorizantes hacia sus sentimientos, aptitudes intelectuales y características físicas de la mujer, y de mostrar indiferencia hacia sus necesidades. En la cuarta posición encontramos intimidación (59.6%), consiste en una serie de expresiones verbales, gestos y conductas cuyo contenido está orientado a evidenciar la intención de generar un daño emocional o físico severo en la mujer (golpes u homicidio) o en sí mismo (suicidio). Por último encontramos las conductas amenazadoras (42.4%), se refieren a todas aquellas conductas atemorizantes que se acompañan de objetos de tipo intimidatorio como palos, cinturón, objeto punzo cortante y/o armas de fuego, aquí se incluye el maltrato bajo los efectos del alcohol.

El haber experimentado violencia emocional en el último año, se distribuyó de la siguiente manera: expectativas abusivas (36.1%); hostilidad (23.4%), la devaluación (21.2%), intimidación (17.0%) y 4% en amenazas.

La violencia física

La violencia física y sus diferentes formas de expresión se describen en el cuadro III, las entrevistadas reportaron haber recibido algún tipo de agresión, principalmente ser sacudidas o zarandeadas en 43.9%, empujones aventones y golpes (cachetadas) en 41.5% y por otro tipo de golpes en la cara o en la cabeza en 39.0%. En el último año, reportaron otras veces situaciones de uso de fuerza y de golpes, y con menor frecuencia otras muestras de maltrato. Llama la atención que el 17.7%, han recibido golpes durante el embarazo. La violencia física apareció un poco antes de casarse y en menor medida cuando las víctimas ya estaban casadas o unidas. Entre las principales razones de maltrato físico en las entrevistadas destacan: enojo o coraje 46%, por estar embriagado 22% y por ser posesivo y controlador 14.6%

Cuadro II. Frecuencia de violencia emocional n:41

Dimensiones	Alguna vez en la vida		En el último año	
	F	%	F	%
Expectativas abusivas	35	74.5	17	36.1
Hostilidad	34	70.2	11	23.4
Devaluación	32	68.1	10	21.2
Intimidación	28	59.6	8	17.0
Amenazas	20	42.4	2	4.2

Porcentajes obtenidos del total de la muestra

Violencia Sexual

En el cuadro IV, se describe la frecuencia y los diferentes tipo de violencia sexual. El 14.6% de las madres sufrieron abuso sexual cuando eran menores de edad, por parte de algún conocido 7.3%, de pariente cercano 4.9% y por un pariente lejano 2.4%.

El 12.4% de las madres tocó alguna vez las partes íntimas de otra persona: obligada por un conocido 7.4%, y por hermano o pariente cercano, 2.4% .

En el caso de la violencia sexual experimentada alguna vez en su vida de pareja, se encontró todo tipo de maltrato, principalmente la exigencia en 46.3%, el forzar las relaciones en 36.6%, las críticas hacia el desempeño sexual en 24.4% y las amenazas cuando la mujer no deseaba tener relaciones en 24.4%.

Cuadro III. Frecuencia de violencia física. N = 41

Reactivos	En el último año*					
	Alguna vez en la vida					
	F	%	F	%	F	%
¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?	18	43.9	2	4.9	-	-
¿La ha aventado o empujado a propósito?	17	1.5	2	4.9	-	-
¿La ha jaloneado del pelo?	10	24.4	-	-	-	-
¿La ha retenido o sujetado a la fuerza?	15	36.6	-	-	2	4.9
¿La ha golpeado en la cara y/o en la cabeza	16	39.0	-	-	1	2.4
¿La ha golpeado con los puños?	15	36.6	-	-	1	2.4
¿La ha golpeado con la palma de la mano (cachetada)?	17	41.5	1	2.4	-	-
¿Le ha torcido el brazo?	9	22.0	1	2.4	-	-
¿La ha encerrado?	5	1.2	-	-	-	-
¿La ha pateado estando en el piso?	5	12.2	-	-	1	2.4
¿La ha amarrado?	1	2.4	-	-	-	-
¿La ha golpeado con un palo, un cinturón o algo parecido?	3	7.3	-	-	-	-
¿Ha intentado ahorcarla o asfixiarla?	3	7.3	-	-	-	-
¿La ha quemado?	-	-	-	-	-	-
¿La ha mordido?	2	4.9	-	-	-	-
¿La ha golpeado estando embarazada?	7	17.1	-	-	-	-
¿La ha herido con alguna arma u objeto? (cuchillo, pistola, vidrio)	1	2.4	-	-	-	-

* A las opciones "frecuentemente" y "diario" no hubo respuesta positiva

Discusión

La violencia intrafamiliar es un fenómeno con poco reconocimiento como problema social. Existen pocos estudios sobre violencia y salud mental,⁷ su incidencia y consecuencias en el bienestar familiar; en reportes sobre trastornos mentales o físicos tampoco se toma en cuenta.

En el presente estudio destaca de manera preocupante la expresión de violencia emocional por parte del esposo o compañero íntimo en más de la mitad de la muestra; la cual es seguida de la violencia sexual, en una tercera parte de las mujeres que fueron forzadas a tener relaciones sexuales; y la violencia física que una quinta parte sufrió alguna vez en su vida. Estos datos coinciden con otros estudios^{5,10,11} que reportan que la violencia emocional predomina sobre la violencia física y sexual.

La noción de que las víctimas de violencia pueden sufrir secuelas psicológicas ha sido sostenida por varios estudios. Entre aquellas se han reconocido los síntomas del denominado Trastorno de Estrés Postraumático (TPET), que también se asocia con otros padecimientos como la Depresión y la Dependencia a sustancias.⁵

El abuso sexual de las entrevistadas cuando eran menores de edad pudo haberles afectado psicológicamente. Diversos estudios han encontrado asociación entre el abuso sexual en la infancia y abuso de alcohol y drogas, con múltiples parejas, participar en relaciones violentas, con enfermedad mental, tener embarazos

tempranos, y padecer enfermedades sexualmente transmisibles.⁷

Por otra parte, las mujeres y en particular las madres "por esa característica de dar antes de recibir y por el sacrificio ideal, tan difícil de cumplir", se enferman por las tensiones a las que se someten cuando tienen que cuidar a sus enfermos de algún trastorno mental.

En el grupo de estudio se observó que la mayoría de las familias eran disfuncionales, su funcionamiento era pobre, con límites difusos al interior y rígidos al exterior y con un sobreinvolucramiento entre sus miembros.

La OMS menciona que para abordar la violencia es prioritario ir más allá de su sola medición, hay que hacer análisis estadísticos de morbilidad y mortalidad, por lo que propone desarrollar mediciones sobre la carga de violencia en términos de la salud y el bienestar para las personas y las comunidades.^{***}

En un estudio de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, se evaluó la psicopatología por la convivencia y se observó que el 58 % presentó de 1 a 4 diagnósticos,⁶ índice muy superior al reportado para la población general 28.7% (población adulta de 18 a 65 años de edad), en la ciudad de México.⁸ Se ha encontrado que los niveles de estrés psicológico de los miembros de una familia al cuidado de un paciente con esquizofrenia son dos veces más altos que el esperado para la población general.⁹

***citado por Rianios L en *Género y Violencia*, p 239

Cuadro IV. Frecuencia de violencia sexual. N = 41

Reactivos	Alguna vez en la vida f %		En el último año							
			Una vez f %		Algunas veces f %		Frecuente-mente f %		Diario f %	
¿Le exige tener relaciones sexuales sin importar si usted lo desea o no?	19	46.3	-	-	2	4.9	-	-	-	-
¿La obliga a tener relaciones sexuales?	15	36.6	-	-	-	-	-	-	-	-
¿La obliga a realizar sexo oral?	5	12.2	-	-	-	-	-	-	-	-
¿La amenaza con irse con otras si no accede a tener relaciones sexuales aunque usted no lo desee?	10	24.4	-	-	1	2.4	-	-	-	-
¿La obliga a tener sexo anal?	6	14.6	-	-	-	-	-	-	-	-
¿La obliga a hacer actos sexuales que a usted no le complacen o no le gustan?	8	19.5	-	-	-	-	1	2.4	-	-
¿La obliga a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido?	1	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-
¿Ha usado algún objeto en usted de manera sexual en contra de su voluntad?	2	4.9	1	2.4	-	-	-	-	-	-
¿Critica su funcionamiento sexual?	10	24.4	-	-	-	-	-	-	-	-
¿El se ha negado a tener relaciones sexuales con usted?	7	17.1	-	-	-	-	-	-	1	2.4
¿La obliga a tener relaciones sexuales cuando se encuentra enferma o está en peligro su salud?	7	17.1	-	-	-	-	-	-	-	-
¿Su pareja le ha propuesto a algún amigo que puede tener relaciones sexuales con usted?	3	7.3	-	-	-	-	-	-	-	-
¿Su pareja le ha propuesto a usted que tenga relaciones sexuales con algún amigo de él?	1	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-

El precio de la violencia doméstica es muy alto, no sólo para la familia sino para la sociedad en general y sabemos que los más débiles o sea los que requieren mayor atención, como las madres y sus parientes enfermos, son quienes más la sufren.

Para el Comité de Prevención de Trastornos Mentales¹² es importante el grado en que la carga del cuidador se relaciona con el desarrollo de problemas por el estrés, tales como la depresión, patrones irregulares de sueño y problemas alimenticios, problemas de salud, incremento en el uso de alcohol o estimulantes, violencia marital e irritabilidad entre los familiares.

Tomando en cuenta lo anterior podemos advertir la complejidad del problema, y para poder realizar una intervención plantearemos los principales aspectos a los que nos enfrentamos: primero, la naturaleza "privada" de la familia reduce el grado de control social sobre las relaciones familiares; segundo, la inequidad en el hogar puede reducir el control social y al mismo tiempo aumentar los costos de la violencia.

Combatir el problema de la violencia desde la aproximación psicológica requiere la comprensión de las asimetrías de poder que estructuran las relaciones entre los géneros que, a su vez, se entrelazan con otras categorías como la clase social, la edad, el grupo étnico, la enfermedad mental, etc.¹

Tomando en cuenta los resultados del estudio, se puede decir que la violencia doméstica intrafamiliar se puede potenciar por la existencia de un enfermo mental y que esto se debe a la manera en que los síntomas del paciente afectan las relaciones sociales y lo incapacitan para relacionarse de manera apropiada; es decir, que no son los síntomas en sí, sino la manera de relacionarse con los demás lo que dispara la conducta violenta. Por otra parte, también participan el desequilibrio entre costos y beneficios, y los mitos y creencias que pueden generar violencia como un medio para enfrentar la desilusión, el estigma y el rechazo. En muchas de estas familias el manejo del estigma social hacia la esquizofrenia se refuerza por la falta de información y de comprensión del problema. Cuando la familia se siente estigmatizada, se aísla porque se siente señalada, no pide orientación, a veces sólo lo hace cuando la situación se vuelve intolerable.

La sensibilización del personal de salud para que identifique la violencia doméstica, es relevante en términos de mejorar el funcionamiento familiar cuando un integrante es enfermo mental. Además, identificar los principales factores generadores de violencia familiar, analizando la fuente de estrés, las estrategias de enfrentamiento empleadas y sus efectos (en la familia, con los amigos, etcétera). Otro objetivo importante es reducir el aislamiento social en el que viven las familias violentas y acercarlas a los servicios.

Por último mencionaremos la necesidad de llevar a cabo estudios en donde se observe la relación entre victimización y trastorno mental, a corto y a largo plazo, en la víctima y en sus familiares cercanos, para transmitirles el mensaje de que el sabernos diferentes hombres y mujeres, "sanos" y "enfermos" no nos confiere ningún derecho para ejercer violencia, al contrario nos obliga a respetar las capacidades funcionales, intelectuales y de libertad entre nosotros.

Asimismo, es necesario elaborar y distribuir materiales que ayuden a las víctimas a percibir las situaciones de riesgo y a buscar alternativas para enfrentarlas como podrían ser grupos vecinales que servirían de redes sociales de apoyo que obliguen a respetar el orden social y a sancionar a los miembros de la familia que actúen con violencia.

*"Cuando el hombre se reduce a su insignificancia,
a la tortura de su irrelevancia, por medio de la destrucción,
la violencia se convierte en protagonista.
Convierte el sentido de su vida en un ansia de poder
sobre la vida de los otros, aunque al destruir
se destruye sí mismo".**

**Jaider Isabel. La violencia tejedora de mitos. Tiempos de
violencia; UAM*

Referencias

1. **Ramos LL.** Niñez, adolescencia y género. Seminario, Una Propuesta desde la Educación y la Salud por la no Violencia. Fundación Mexicana para la Salud. 2000. p. 231-249.
2. Organización de Naciones Unidas OMS, Situación de la mujer en el mundo. Tendencias y estadísticas, 1979-1990. Naciones Unidas: New York; 1992.
3. **Gelles RJ.** The dark side of families, Section V. Toward a theory of intrafamily violence. 9. An exchange social control theory. Finkelhor D, et al. 1989. p. 151-165.
4. **Estroff SE, et al.** Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. Soc Psychiatric Psychiatr Epidemiol 1998;33:95-101.
5. **Ramos L, Saltijeral T, Caballero MA.** Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas trabajo presentado en la X Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1995.
6. **Rascón ML.** Estudio de familias de pacientes con esquizofrenia. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM; 2001.
7. **Widow CS.** Does violence beget violence? A critical examination of the literature Psychol Bull 1989;106(1):3-28.
8. **Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Rascón G ML, Villatoro J, López EK, Juárez F, Gómez M, Martínez NA.** Características psicopatológicas de la población urbana adulta. In: Anales V, Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1994. p. 22-42.
9. **Oldridge ML, Hughes ICT.** Psychological well-being families with a member suffering from schizophrenia: an investigation of long-standing problems. Br J Psychiatry 1992;161:249-251.
10. **Ramírez RJC, Patiño G.** Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. Cad Saude Publ 1996;12(3):405-409.
11. **Duarte P.** Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia hacia las mujeres, A.C. (COVAC). México, D.F. Fondo de población de las Naciones Unidas 1. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 17. 1995.
12. Committee on Prevention of Mental Disorders; reducing risks for mental disorders. National Academy Press: Washington, D.C., USA; 1994. p. 605.