

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina y Facultad de Filosofía y Letras
División de Posgrado
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Maestría en Bioética

TESIS

Actitud y Percepción del Personal de Salud
Ante la
Violencia Intrafamiliar

(Una Historia sin Fin)

Dr. Carlos Viesca Treviño
Tutor de Tesis

Lic. Díaz Hoffay Juana Laura
Mayo 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ACTITUD Y PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR
(Una Historia sin Fin)

INDICE

Introducción	6
CAPITULO I. GENERO Y VIOLENCIA.	
1. Cambios para las mujeres en el ultimo siglo.(feminismo).	13
2. Democracia genérica y acción institucional	16
3. Teoría de genero	18
4. Violencia de genero.	
4.1 Causas de la violencia de genero.	
4.2 Estudio de las causales de la violencia intrafamiliar en México.	
5. Las estructuras patriarcales y la falta de equidad entre los géneros que perpetúan la violencia.	21
6. Magnitud del problema de violencia. intrafamiliar.	24
6.1. Magnitud de la violencia intrafamiliar en México.	
6.2. Encuesta Nacional de la Violencia Intrafamiliar	
7. Repercusiones en las víctimas que enfrentan la violencia intrafamiliar.	30
7.1 En los niños(as).	
7.2 En los hombres y mujeres jóvenes.	
7.3 En las mujeres.	
7.4 En las personas con necesidades y habilidades diferentes.	
7.5 En los ancianos(as).	34
8. El uso de servicio de salud.	35
9. Violencia intrafamiliar y personal de salud.	
CAPITULO II PROCESO VÍCTIMA /VICTIMARIO (UN CHIVO EXPIATORIO).	
1. Antecedentes mitológicos.	38
2. Perspectivas del símbolo y significado	39
3. Estereotipo	44
4. La interacción violenta en el proceso del chivo expiatorio	48
a) La violencia agresión.	
a.1) Sube y baja: perro de arriba y perro de abajo.	
a.2) La pausa complementaria	
B) La violencia castigo	
b.1) La víctima como chivo expiatorio.	
5. Modelo relacional de comunicación y la moralidad	51
5.1. Modelo de inacción / indefensión	
5.2. Síndrome de traumatización continua	
5.3. La madurez mental. Búsqueda del sentido de vida.	
5.4 la segunda victimización	
5.5 la moralidad en las relaciones personales	
5.5.1 principio de igual consideración de intereses.	
5.5.2. Principio de imparcialidad	
CAPITULO III. MEDICALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA	
1. Antecedentes de la medicalización.	57
2. Prevención de la enfermedad y aumento de la esperanza de vida.	60
3. La medicina vista como sacerdocio.	61

4. La deshumanización médica.	62
4.1 El humanismo en el personal de salud.	
5. Modelo médico.	64
5.1 los modelos de atención médica dentro de la medicalización.	
6. Convergencia de diferentes modelos médicos.	66
7. Estigmatización del paciente	67
8. Medicalización de la violencia	68
8.1 Derechos Humanos sobre la violencia intrafamiliar	69
1. Breve historia de los derechos humanos de la mujer.	
2. Reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres.	
3. Derechos Humanos en el contexto nacional.	
4. Situación en México sobre violencia intrafamiliar.	
9. Derechos del paciente	79
9.1 Confidencialidad profesional o secreto medico	79
9.2 Secreto profesional.	80
9.3 Deontología en la medicalización de la violencia	81
1. Responsabilidad.	
2. Evolución a través de la historia.	
3. Definición de responsabilidad.	
4. Responsabilidad profesional.	
5. Responsabilidad laboral.	
6. Responsabilidad civil.	
7. Responsabilidad penal.	
9.4 Desviación de la responsabilidad	84
1. La mala praxis o iatropatogenia.	

CAPITULO IV. LA RELACIÓN PERSONAL DE SALUD PACIENTE VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA PRACTICA MEDICA

1. La responsabilidad en la relación personal de salud paciente.	86
1. Responsabilidad subjetiva o per culpa.	
2. Responsabilidad objetiva o absoluta.	
3. Medicina defensiva.	
2. El proceso de ser persona.	88
2.1 La trascendencia del ser persona.	89
2.1.1 La autonomía en la trascendencia del ser persona y su influencia en la relación personal de salud paciente.	
2.2 El idealismo liberal y el concepto de autonomía en la víctima de violencia intrafamiliar.	92
1. Macrosistema.	
2. Exosistema.	
3. Microsistema.	
2.3 Consecuencias de la autonomía del paciente.	95
3. El padecer de la persona.	97
3.1 Fases de la relación personal de salud paciente.	
4. Cambio de paradigma en la relación personal de salud paciente.	99
5. La relación personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar.	100

CAPITULO V. REFLEXIONES.

I. Reflexiones.	102
-----------------	-----

SOBRE LA ACTITUD Y PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

1.	PERSONAL SALUD COMO PARTE DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	102
1.1	El personal de salud como propiciador de la segunda victimización.	
1.2	Posibles causas que facilitan la actitud y percepción del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar.	104
	1. El personal de salud sufre o padece el síndrome burnout.	
	2. El personal de salud sufre o padece violencia intrafamiliar.	
	3. El personal de salud sufre o padece de no involucramiento " me vale".	
5	2. PERSONAL DE SALUD COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	110
6		
	1. Calidad de vida.	
	2. Empoderamiento de la víctima de violencia intrafamiliar.	
	3. Disminuir del índice de enfermedades en las víctimas de violencia intrafamiliar.	
	4. Propiciador de los primeros auxilios de la intervención en crisis.	
	5. Salud Mental del personal de salud, rotación de servicios.	
	6. Políticas Publicas en el contexto nacional(Una vida sin violencia).	
	 CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES, Y RECOMENDACIONES.	
	Conclusiones.	115
	Recomendaciones.	119
	1. Protocolo a seguir ante las víctimas de violencia intrafamiliar	
	2. Para llegar a ser figura primordial con la víctima de violencia intrafamiliar	
	3. Si se reconoce como...	
	4. Conocer lo importante de disminuir sentimientos negativos en la víctima	
	5. Combatir la violencia en diferentes frentes	
	6. Con relación con el padecimiento de síndrome de burnout	
	7. Con relación si se es víctima de violencia intrafamiliar como integrante del personal de salud.	
	8. Importancia de establecer programas de bioética en todos los centros asistenciales	
	9. Posibles vertientes de investigación.	
	 ANEXOS.	122
	 DOCUMENTOS SOBRE MEDICALIZACION DE LA VIOLENCIA.	
	1.1 Documento 1. Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil.	
	1.2 Documento 2. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.	
	1.3 Documento 3. Convención interamericana para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra la mujer "Convención	

- Belem Do Para".
- 1.4 Documento 4. Consenso sobre la introducción a las causas y soluciones de la violencia psicosexual hacia las mujeres. Primeros resultados del estudio delphi asociación de mujeres por la salud y la paz.
 - 1.5 Documento 5. Ley de asistencia y prevención de violencia intrafamiliar en México.
 - 1.6 Documento 6. Congreso de la Unión. Decreto que reforma diversos artículos de los códigos civil, de procedimientos civiles, penal y de procedimientos penales.
 - 1.7 Documento 7. Principios de ética medica aplicables a la función del personal de salud especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.
 - 1.8 Documento 8. Legislación administrativa, civil y penal sobre la violencia intrafamiliar en México.
 - 1.9 Documento 9. Derechos del paciente.
 - 1.10 Documento 10. Norma Oficial proy-nom-1980-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar.
 - 1.11 Documento 11. Protocolo a seguir ante la víctima de violencia intrafamiliar. ONU.

GLOSARIO DE TERMINOS.
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

150
160

INTRODUCCIÓN.

La violencia intrafamiliar en México en la actualidad es un problema de salud pública, no porque no se tuviera noticias de ella anteriormente, sino porque se mantenía en el ámbito de lo privado, pero a raíz de los convenios internacionales que México ha ratificado y firmado, se medicaliza dicha violencia y se vuelve pública, sale del interior al exterior, con lo cual se erige, como un tópico de primordial importancia en la agenda gubernamental.

Y se abordó por primera vez a través del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) por medio de una Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) en 1999 en el Área Metropolitana de la Ciudad de México. Por otra parte durante el último trimestre del 2003 el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), coordinaron esfuerzos para levantar una Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH); con el propósito de obtener mayor información sobre los incidentes de violencia entre las parejas.

Tomando en cuenta que las raíces histórica, cultural y familiar de la violencia intrafamiliar se encuentran inmersas en la inequidad dando como resultado, la violencia de género, que atenta contra, el principio de igualdad de derechos. Y el respeto a la dignidad humana ya que es aquella ejercida contra los grupos vulnerables (niños/as, jóvenes, mujeres, ancianos/as, y personas con necesidades diferentes) por razones asociadas al control, al poder, a su condición social y de género. Esta violencia tiene, además, una direccionalidad clara, en la mayoría de los casos es ejercida por hombres contra mujeres y niñas(os) del fuerte al débil, del poderoso al menesteroso. Las manifestaciones de la violencia de género incluyen, entre otras, la violencia física, la psicológica, la patrimonial, económica, la sexual.

Esta inequidad en la violencia intrafamiliar, tanto en la vida familiar, política, social, cultural, económica del país, obstaculiza el bienestar en la familia y sociedad, que se ve reflejado en la disminución de los días / años de salud de los grupos vulnerables, teniendo un alto costo para la sociedad, que la legitima en forma silenciosa contra dichos los grupos (niños/as, jóvenes, mujeres, ancianos/as, y personas con necesidades diferentes).

Según la INEGI se reporta que las mujeres que sufren abusos o maltratos viven solas su proceso y de manera aislada su problema. Esto es porque piensa que algo está mal en ellas(os) que son las que propician la violencia intrafamiliar y cuando piden ayuda los más requeridos son los religiosos principalmente el psicológico en segundo momento y solo el 3% recurren al personal de salud y de estos solo el 1% a los servicios especializados. Por otra parte, el mismo Instituto INEGI señala que se han realizado cálculos de los años de vida saludable perdidos (AVISA), para estimar la magnitud y repercusiones de la violencia intrafamiliar en la salud de las personas involucradas en el evento.

Dichos cálculos muestran que la violencia familiar ocupa el tercer lugar en pérdida de años de vida saludable en la Ciudad de México, después de los problemas de parto y diabetes, donde esta última es la primera causa de pérdida de AVISA. Sin embargo, es claro que dentro de los grupos más afectados por abuso físico, emocional y sexual en el ámbito familiar, son niños, niñas y ancianos, así como personas con discapacidad y mujeres.

En México, el Programa de Prevención al Maltrato Infantil del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PRENAM), en el 2002 registró 23 mil 585 denuncias, de las cuales se comprobó en poco más de 13 mil casos, maltrato infantil; de éstos, se dio atención a 22 mil 463 menores. De la población infantil atendida, 50.8% fueron niños y 49.2%, niñas. La violencia intrafamiliar también se puede apreciar a través del registro de muertes violentas, o sea de los decesos por accidentes, suicidios, homicidios, lesiones infligidas y de las que se ignora si fueron accidentales o intencionales para estos grupos vulnerables.

Finker¹ en un estudio realizado en una población urbana del Distrito Federal de México llegó a conclusiones en que la violencia contra la mujer y los trastornos relacionados con ella están inmersos en sus relaciones sociales, especialmente en las que mantiene con su pareja masculina. Se señala que las ideologías tradicionales refuerzan la dependencia económica de la mujer con respecto al hombre, los conceptos sobre su papel en el hogar, su inferioridad social y la forma en que estas ideologías se transmiten también a través de la práctica médica.

Aunque en los estratos socioeconómicos más bajos, tanto los hombres como las mujeres están expuestos a muchas formas de infortunio y denigración, el poder que la ideología prevalente concede al hombre y el uso de la violencia física contra la mujer que generan lo que Finker llama “lesiones de la vida”² en la mujer, estas lesiones se asocian a enfermedad y se sugiere que son la causa de muchos de los cuadros subagudos que no suponen una amenaza para la vida, pero que la mujer de los países de desarrollo presenta cuando acude a los servicios de salud y que no son fácilmente tratables con los tratamientos médicos habituales.

En relación a la actitud y percepción del personal de salud ante la víctimas de violencia intrafamiliar, Oaxaca Ayala³, refiere en su estudio realizado en Nuevo León Tamaulipas que “el hecho sobresaliente, sobreviene cuando el personal de salud quiere proveer alguna clase de atención o consejo a sus pacientes, y se ve coartado por la organización del propio sistema de salud debido a las obligaciones implícitas de sus actividades profesionales y a la escasez de protocolos de identificación y conducción, para las víctimas de violencia intrafamiliar, que conlleva así, a la baja legitimidad, por parte de la sociedad, de las acciones del personal de salud en estos casos de violencia familiar”. Ya que considera que son problema íntimos, particulares y no se deben ventilar en público.

También Oaxaca Ayala manifiesta que no se proporciona una atención apropiada a las víctimas de la violencia familiar, y que en el actual modelo de intervención en la salud se presenta inconvenientes en los registros y seguimiento de casos⁴ de víctimas de violencia intrafamiliar

¹ Finkler Kaja. Gender, Domestic violence and Sickness en Mexico Soc.Sci Med. vol.45 No.8. pp 1147 -1160 Great Britain. 1997

² Idem.

³ Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de unidades de primer nivel de atención de un programa universitario de salud. Faustino Oaxaca Ayala, Pedro César Cantú Martínez* y Ulises Hernández Torres Programa Universitario de Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León (México) *Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (México) E-mail:

⁴ Faustino Oaxaca Ayala, Pedro César Cantú Martínez* y Ulises Hernández Torres Programa Universitario de Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León (México) *Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (México) E-mail: foaxaca@prounisev.uanl.mx

En la violencia intrafamiliar cualquier acción que se vincula con las mujeres y grupos vulnerables, requiere análisis ya que este tipo de violencia esta vinculada con la historia y la construcción de la propia identidad de la víctima de violencia, lo que plantea que la atención que se presta a quien sufre ese evento de violencia intrafamiliar, debería estar relacionado con una visión absoluta y totalmente multidisciplinaria; es decir que debe incluir la mirada abarcante de diversas áreas profesionales como son: la medicina, la psicología, el ámbito jurídico, sociológico, antropológico entre muchos.

En este contexto el personal de salud, quien presta de manera directa su atención y cuidado a la víctima de violencia intrafamiliar, no posee por lo general, una mirada abarcante y con la limitación existente sobre la contextualización de la violencia intrafamiliar, ejerce una autoridad generalmente directiva y casi nunca facilitadora, es decir; se impone, el criterio ético moral particular y/o institucional y no se permite, ni explorar, ni fluir a la víctima de violencia intrafamiliar, para que posteriormente pueda analizar, conjuntamente alternativas de solución de la particular problemática vivida. Para que dicha víctima llegará a tomar por si misma una decisión ante la situación vivida y padecida.

Oaxaca Ayala en relación a la Actitud del personal de salud frente a la violencia intrafamiliar refiere que; Un 30% del personal manifiesta interrogar de manera intencional a los pacientes a fin de identificar las causas de sus lesiones por violencia intrafamiliar. El resto no toca el tema durante el lapso de la atención médica brindada. Citando el 100% que la causa por la cual no indaga es por considerar esta situación como personal o intimo. Así mismo, detalla en un 70%, que el paciente debe promover la pauta para que el personal de salud ahonde al respecto. Con respecto a su percepción ante la identificación de un caso de violencia, el 50% se declaró impotente ante la situación, el 30% enojo y el 20% falta de capacidad para manejar estas situaciones. Entre los obstáculos que el personal de salud identifica para canalizar a las victimas, se encuentran la carencia de capacitación (98%), la falta de protocolos de detección y manejo de causas (90%) y la insuficiencia de tiempo para atender estas situaciones (50%).

Y esto no es porque el personal de salud este deshumanizado o no tenga conocimiento, sino por una mala interpretación del contexto de violencia intrafamiliar, donde se tiene muy arraigado la percepción y actitud, de que es un problema individual, secreto e intimo. El personal de salud lo aborda solamente si es forzosamente indispensable. El personal de salud como promotor de la educación para la salud debería conocer que la violencia intrafamiliar afecta a la salud de la víctima que la ha padecido, por lo tanto la capacitación de dicho personal deberá estar ligada a la teoría con una mirada abarcante de diferentes disciplinas, para ponerlo al alcance de quien lo necesita no solamente en la intervención curativa o de rehabilitación, sino en la prevención.

Para ello es necesario que el personal de salud tenga el conocimiento y las habilidades para detectar los signos y síntomas de la violencia intrafamiliar. Pero también el cambio de actitud tanto frente ha los conceptos propios de violencia intrafamiliar, como en el trato directo con la víctima para evitar la segunda victimización, dar una apertura para la sensibilización de la comunidad. Sin duda esto justifica la incorporación de este tema en los planes de estudios universitarios de las carreras relacionadas con el personal de salud, que permitan al profesional una formación firme para reconocer, consignar, prever y procurar a las victimas de la violencia intrafamiliar; y en aquellos profesionales de la salud ya actuantes, proporcionar una mayor capacitación sobre el problema, por

encontrarse que no se cuenta, con los medios suficientes para enfrentar la situación de los pacientes de víctimas de violencia intrafamiliar

Todo lo anteriormente expuesto y sabiendo que la violencia intrafamiliar esta ligada a la violencia de genero y a la mala interpretación que todavía se tiene de la violencia intrafamiliar, por parte del personal de salud se realiza la siguiente investigación, desde los enfoques filosóficos, médicos, psicológicos, bioético, y jurídicos; Así como se integra la parte sociológica y antropológica del problema con el objetivo de : de conocer cuales pueden ser las causas que propician la actitud y percepción del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar.

No teniendo la soberbia de abarcar en forma totalitaria el problema, sino por la necesidad de entender más un problema complejo que tiene muchas caras de presentación y que mientras más conocemos menos podemos abordar, tratando de llegar a la reflexión factible sobre un problema intenso y de gran magnitud, que permita dar alternativas de abordaje, que repercuta en la mejor atención y cuidado de las víctimas de violencia intrafamiliar.

El presente trabajo esta dividido en seis capítulos: el **primer capítulo**: abarcar la influencia del genero sobre la violencia, poniendo énfasis en los cambios sufridos en beneficio de las mujeres, en todo el mundo, en el último siglo, se toca ligeramente, la teoría de genero y dentro de esta, lo que desencadena la violencia de genero, sus causas y repercusiones en los diferentes grupos vulnerables, y sus repercusiones en los servicios de salud, sean usados o no, es decir como Sx del niño sacudido esta en relación de la violencia intrafamiliar sufrida dentro del hogar, o como las lesiones físicas y problemas psicosomáticos su raíz esta en la violencia sufrida en mujeres o ancianos así como personas con habilidades diferentes, los problemas como el abandono social, emocionales impactan en los servicios no especializados, ya que solo el 1% de las personas que sufre o padecen violencia intrafamiliar acude a un servicio especializado y también se trata el problema del personal de salud y la violencia intrafamiliar enfatizando que el propio personal de salud es persona, que no escapa a la violencia física, psicológica, social y cultural y como dicha violencia, repercute nuevamente en la relación con su paciente víctima de violencia intrafamiliar , perpetuando la historia sin fin.

En el **segundo capítulo**: trato de dar un panorama general sobre la dinámica que existe entre la víctima / victimario y como ambos son “chivo expiatorio” mutuamente, que se encuentran atrapados dentro de un círculo vicioso y para ello se revisa las perspectivas del símbolo, significado, antecedentes mitológicos y estereotipo, de que es un “chivo expiatorio”, así como la interacción violenta entre los sujetos que se encuentran atrapados, en la historia sin fin que es la violencia intrafamiliar, esto no tiene el objetivo de justificar la acción , sino tener las bases de comprensión de algo que parece ancestral y por lo tanto esta arraigado en la percepción de las personas involucradas tanto en la violencia intrafamiliar como en el personal de salud por compartir dichas percepciones. También se aborda los tipos de violencia; sea agresión o castigo, los modelos relacionales de la comunicación y la moralidad, se revisa los modelos de indefensión, el síndrome de traumatismo continuo, los de moralidad en las relaciones personales, contemplando el conflicto de intereses y el principio de imparcialidad, para terminar con la segunda victimización producido e inducido por el personal de salud aun sin intención.

El tercer capítulo: habla de la medicalización de la violencia, se inicia con los antecedentes sobre medicalización o incorporación de la violencia intrafamiliar a la

medicina, el proceso de enfermedad, el aumento de esperanza de vida, la deshumanización médica y como se propicia el retomar el humanismo del personal de salud, se enfatiza en los modelos de atención médica que hay y sus cambios, las consecuencias de dichos modelos, la estigmatización que se le da al paciente / víctima, que sufre de violencia intrafamiliar y como no se le considera un paciente, propiciando así habla de los derechos humanos en general, de los derechos de las mujeres en particular y su desarrollo y situación actual en México, de los derechos del paciente, de la responsabilidad del personal de salud, la minimización del evento que sufre dicha víctima, sus consecuencias, ya que todavía es vista como un asunto privado y particular de una persona y no un problema de salud pública.

El cuarto capítulo: trata de la relación personal de salud y la víctima de violencia intrafamiliar, y como se propicia la segunda victimización, sin la intención de hacer, pero que es tan común que no se tiene plena conciencia, por parte del personal de salud para evitarlo, cayendo en un círculo vicio y convirtiéndose a su vez en víctima de agresiones y maltrato. Se ahonda sobre la responsabilidad del personal de salud tanto objetiva y subjetivamente, se toca el proceso de ser persona, su trascendencia, la autonomía, la libertad y las consecuencias que emergen en el padecer de las personas, para continuar con la relación del personal de salud en la actualidad, así como la crisis que sufre en este momento para llegar, al caso especial de personal de salud y la víctima de violencia intrafamiliar donde se propicia la segunda victimización en su peregrinar por las instituciones de salud.

En el quinto capítulo: como consecuencia de todo lo anterior expuesto, se vierten una serie de reflexiones sobre cuales podrían ser la causal de la actitud y percepción del personal de salud ante las víctimas de violencia intrafamiliar; reconociendo que el personal de salud como "parte del problema" prolonga y continua, una historia sin fin como es la violencia intrafamiliar, se encuentra que la actitud y percepción que el personal de salud, manifiesta pueden ser por tres procesos; y dando como resultado uno cuarto.

1. Por padecer y sufrir el síndrome burnout,
2. Es víctima de violencia intrafamiliar por lo cual presenta resistencia, identificación, proyección y en ocasiones transferencia y contra transferencia hacia la víctima de violencia intrafamiliar por problemas no resueltos.
3. Que comete omisión al mantenerse de lado para no involucrarse, causando maleficencia y daño a los derechos humanos de la víctima de violencia intrafamiliar.
4. Y que estas tres causales propician la segunda victimización a las víctimas de violencia intrafamiliar.

Pero también se reflexiona que el personal de salud puede ser "parte de la solución" puede romper el círculo de dicha violencia intrafamiliar con acciones tan simples como: proporcionar los primeros auxilios psicológicos de la intervención en crisis que son: 1. escuchar con atención, 2. conocer el problema, 3. buscar alternativas de solución, 4. hacer planes de acción, 5. dar seguimiento al caso. Pero si esto no es factible por lo menos el personal de salud deberá no dañar, ya que existe evidencia que el personal de salud opta por ignorar las señales evidentes de la violencia y prefiere creer que los hematomas, erosiones, excoriaciones, fracturas, etc. son resultado de caídas y accidentes fantasma a pesar de que el tipo de lesión haga muy improbable e imposible que sea explicado verbalmente.

El sexto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones, dentro de las **conclusiones** manifiesto que no existe una investigación cualitativa, ni reflexión, ni disposición ética o bioética para atender los casos de violencia intrafamiliar, no se cumple con los criterios de atención médica para la víctima de violencia intrafamiliar en todas las instituciones no especializadas en violencia intrafamiliar, en el sector público, pero en el ámbito legislativo existe la necesaria y suficiente, pero no se sensibiliza a todo al personal de salud, para conocerla y aplicarla, y así como el papel del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar no está totalmente conciente para romper el círculo de la violencia intrafamiliar, o por lo menos no propiciar la segunda victimización también se concluye que el personal de salud no cuenta en su área de trabajo de salud mental sino sólo cuando se hace evidente de individualización, por lo cual no tiene donde descargar su estado emocional y/o tratar así sus problemas personales como violencia intrafamiliar, *sx burnout*, también se llega a la conclusión que si el personal de salud por diferentes causas no puede ayudar debe proporcionar el no dañar. En relación al contexto de la política pública se requiere que los programas tengan un enfoque de género, que permita analizar la dinámica institucional del Estado en relación con la violencia intrafamiliar, ya que la integración entre la legislación existente y la aplicación es lenta y plagada de actitudes y percepciones contra las víctimas de violencia intrafamiliar, ya que los involucrados, también comparten las mismas actitudes y percepciones con relación a la violencia intrafamiliar por ser parte de la población en general.

En las **recomendaciones** se hace hincapié en fortalecer los programas de bioética en las instituciones de salud sobre todo para tratar los problemas como la violencia intrafamiliar, sensibilizar a la investigación cualitativa, se instiga a conocer, dar a conocer, aplicar y seguir un protocolo hacia las víctimas de violencia intrafamiliar, de reforzar la importancia del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar principalmente, también se enfatiza que el personal de salud debe tener una área de salud mental para tratar problemas como la violencia intrafamiliar, *sx de burnout*, entre otras, que repercutirá en la calidad de servicio. En el contexto de las políticas públicas se requiere una integración de los ámbitos jurídico, asistencial y educativos, en los programas a la atención de las víctimas de violencia intrafamiliar, así como la integración entre la legislación y la práctica real y objetiva, que el personal de salud debe tener diferentes frentes para combatir la violencia intrafamiliar, así como retomar las diferentes líneas que se desprenden de la presente tesis, que se sugieren en este trabajo que pueden ser vertientes para investigaciones cualitativas.

Por último en los Anexos: se hacen una recopilación de varios documentos importantes y fundamentales, nacionales e internacionales, dentro de la medicalización de la violencia que permite tener una visión general del problema a nivel mundial, ya que se trata de ver el problema con un enfoque bioético pero sin dejar de lado, el contexto jurídico, social, médico, psicológico y antropológico. Que abarca la violencia intrafamiliar y que lo convierte en una historia sin fin. Donde el personal de salud es un eslabón más que puede ser parte del problema o de la solución del mismo. Este mismo apartado incorpora

un glosario de términos que nos permita comprender, desde diferentes disciplinas el contexto del trabajo, y la bibliografía general del mismo.

Atentamente
Lic. Juana Laura Díaz Hoffay

RESUMEN

La violencia intrafamiliar en México es un problema de salud pública, no porque no se tuviera noticias de ella anteriormente, sino porque se mantenía en el ámbito de lo privado, pero a raíz de los convenios internacionales que México ha ratificado y firmado, se medicaliza dicha violencia y se vuelve pública, sale del interior al exterior, con lo cual se erige, como un tópico de primordial importancia en la agenda gubernamental. Y se abordó por primera vez a través del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) por medio de una Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) en 1999 en el Área Metropolitana de la Ciudad de México. Por otra parte durante el último trimestre del 2003 el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), coordinaron esfuerzos para levantar una Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH); con el propósito de obtener mayor información sobre los incidentes de violencia entre las parejas. Según la INEGI se reporta que las mujeres que sufren abusos o maltratos viven solas su proceso y de manera aislada su problema. Por otra parte, señala que se han realizado cálculos de los años de vida saludable perdidos (AVISA), para estimar la magnitud y repercusiones de la violencia intrafamiliar en la salud de las personas involucradas en el evento. Dichos cálculos muestran que la violencia familiar ocupa el tercer lugar en pérdida de años de vida saludable en la Ciudad de México, es claro que dentro de los grupos más afectados por abuso físico, emocional y sexual en el ámbito familiar, son niños, niñas y ancianos, así como personas con discapacidad y mujeres. En México, la violencia intrafamiliar también se puede apreciar a través del registro de muertes violentas, o sea de los decesos por accidentes, suicidios, homicidios, lesiones infligidas. Finker en un estudio realizado en una población urbana del Distrito Federal de México llegó a conclusiones en que la violencia contra la mujer y los trastornos, están inmersos en sus relaciones sociales, especialmente en las que mantiene con su pareja masculina. Se señala que las ideologías tradicionales refuerzan la dependencia económica de la mujer con respecto al hombre, los conceptos sobre su papel en el hogar, su inferioridad social y la forma en que estas ideologías se transmiten también a través de la práctica médica. También Oaxaca Ayala manifiesta que no se proporciona una atención apropiada a las víctimas de la violencia familiar, y que en el actual modelo de intervención en la salud se presenta inconvenientes en los registros y seguimiento de casos de víctimas de violencia intrafamiliar. En este contexto el personal de salud, quien presta de manera directa su atención y cuidado a la víctima de violencia intrafamiliar, no posee por lo general, una mirada abarcante y con la limitación existente sobre la contextualización de la violencia intrafamiliar, ejerce una autoridad generalmente directiva y casi nunca facilitadora, es decir; se impone, el criterio ético moral particular y/o institucional y no se permite, ni explorar, ni fluir a la víctima de violencia intrafamiliar, para que posteriormente pueda analizar, alternativas de solución de la particular problemática vivida. Oaxaca Ayala en relación a la Actitud del personal de salud frente a la violencia intrafamiliar refiere que; Un 30% del personal manifiesta interrogar de manera intencional a los pacientes a fin de identificar las causas de sus lesiones por violencia intrafamiliar. El resto no toca el tema durante el lapso de la atención médica brindada. Citando el 100% que la causa por la cual no indaga es por considerar esta situación como personal o íntimo. Con respecto a su percepción ante la identificación de un caso de violencia, el 50% se declaró impotente ante la situación, el 30% enojo y el 20% falta de capacidad para manejar estas situaciones. Entre los obstáculos que el personal de salud identifica para canalizar a las víctimas, se encuentran la carencia de capacitación (98%), la falta de protocolos de detección y manejo de causas (90%) y la insuficiencia de tiempo para

atender estas situaciones (50%). Para ello es necesario que el personal de salud tenga el conocimiento y las habilidades para detectar los signos y síntomas de la violencia intrafamiliar. Pero también el cambio de actitud tanto frente a los conceptos propios de violencia intrafamiliar, como en el trato directo con la víctima para evitar la segunda victimización, dar una apertura para la sensibilización de la comunidad. Sin duda esto justifica la incorporación de este tema en los planes de estudios universitarios de las carreras relacionadas con el personal de salud, que permitan al profesional una formación firme para reconocer, consignar, prever y procurar a las víctimas de la violencia intrafamiliar; y en aquellos profesionales de la salud ya actuantes, proporcionar una mayor capacitación sobre el problema, por encontrarse que no se cuenta, con los medios suficientes para enfrentar la situación de los pacientes de víctimas de violencia intrafamiliar.

Todo lo anteriormente expuesto y sabiendo que la violencia intrafamiliar está ligada a la violencia de género y a la mala interpretación que todavía se tiene de la violencia intrafamiliar, por parte del personal de salud se realiza la siguiente investigación, desde los enfoques filosóficos, médicos, psicológicos, bioético, y jurídicos; Así como se integra la parte sociológica y antropológica del problema con el objetivo de, conocer cuáles pueden ser las causas que propician la actitud y percepción del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar. El presente trabajo está dividido en seis capítulos: el **primer capítulo**: abarca la influencia del género sobre la violencia, poniendo énfasis en los cambios sufridos en beneficio de las mujeres, en todo el mundo, se toca ligeramente, la teoría de género y, la violencia de género, sus causas y repercusiones, y su impacto en los servicios de salud, sean usados o no, ya que solo el 1% de las personas que sufren violencia intrafamiliar acude a un servicio especializado y también se trata el problema del personal de salud y la violencia intrafamiliar enfatizando que el propio personal de salud es persona, que no escapa a la violencia física, psicológica, social y cultural y como dicha violencia, repercute nuevamente en la relación con su paciente víctima de violencia intrafamiliar, perpetuando la historia sin fin. En el **segundo capítulo**: es un panorama general sobre la dinámica que existe entre la víctima/victimario y como ambos son "chivo expiatorio" mutuamente, que se encuentran atrapados dentro de un círculo vicioso", así como la interacción violenta entre los sujetos que se encuentran involucrados, en la historia sin fin que es la violencia intrafamiliar, También se abordan los tipos de violencia; sea agresión o castigo, los modelos relacionales de la comunicación y la moralidad, de indefensión, el síndrome de traumatismo continuo, se contempla el conflicto de intereses y el principio de imparcialidad, para terminar con la segunda victimización. **El tercer capítulo**: habla de la medicalización de la violencia, se enfatiza en los modelos de atención médica que hay y sus cambios, las consecuencias de dichos modelos, la estigmatización que se le da al paciente/víctima, que sufre de violencia intrafamiliar, propiciando así hablar de los derechos humanos en general, de los derechos de las mujeres en particular y su desarrollo y situación actual en México, de los derechos del paciente, de la responsabilidad del personal de salud. En **el cuarto capítulo**: trata de la relación personal de salud y la víctima de violencia intrafamiliar, y como se propicia la segunda victimización, sin la intención de hacer, pero que es tan común que no se tiene plena conciencia, por parte del personal de salud para evitarlo, cayendo en un círculo vicio y convirtiéndose a su vez en víctima de agresiones y maltrato. Se ahonda sobre la responsabilidad del personal de salud tanto objetiva y subjetivamente, para llegar, al caso especial de personal de salud y la víctima de violencia intrafamiliar donde se propicia la segunda victimización en su peregrinar por las instituciones de salud. **En el quinto capítulo**, como consecuencia de todo lo anterior expuesto, se vierten una serie de reflexiones sobre cuáles podrían ser la causal de la actitud y percepción del personal de salud ante las víctimas de violencia intrafamiliar. Pero lo importante es que no existe

investigación cualitativa en el área bioética y la violencia intrafamiliar, y que se debería de utilizarla , a la Bioética, para cambiar actitud y percepción del personal de salud, Se reconoce que el personal de salud como "parte del problema" prolonga y continua, una historia sin fin como es la violencia intrafamiliar, se encuentra que la actitud y percepción que el personal de salud, manifiesta pueden ser por tres procesos, y dando como resultado uno cuarto. 1. Por padecer y sufrir el síndrome burnout, 2. Por que es víctima de violencia intrafamiliar. 3. Que comete omisión al mantenerse de lado para no involucrarse, causando maleficencia y daño a los derechos humanos de la víctima de violencia intrafamiliar. 4. Y que estas tres causales propician la segunda victimización a las víctimas de violencia intrafamiliar. Pero también se reflexiona que el personal de salud puede se "parte de la solución" puede romper el círculo de dicha violencia intrafamiliar con acciones tan simples como: proporcionar los primeros auxilios psicológicos de la intervención en crisis entre otros. **El sexto capítulo** contiene las conclusiones y recomendaciones, dentro de las **conclusiones** manifiesto que no existe una investigación cualitativa, ni reflexión, ni disposición ética o bioética para atender los casos de violencia intrafamiliar, no se cumple con los criterios de atención médica para la víctima de violencia intrafamiliar en todas las instituciones no especializadas en violencia intrafamiliar, pero en el ámbito legislativo existe la necesaria y suficiente, pero no se sensibiliza a todo al personal de salud, para conocer y aplicarla, y así como el papel del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar no está totalmente conciente para romper el círculo de la violencia intrafamiliar, o por lo menos no propiciar la segunda victimización. También se concluye que el personal de salud no cuenta en su área de trabajo de un servicio de salud mental, sino solo cuando se hace evidente de individualización, por lo cual no tiene donde descargar su estado emocional y/o tratar así sus problemas personales como violencia intrafamiliar, síndrome burnout etc. En relación al contexto de la política pública se requiere que los programas tengan un enfoque de género, que permita analizar la dinámica institucional del Estado en relación con la violencia intrafamiliar, ya que la integración entre la legislación existente y la aplicación es lenta y plagada de actitudes y percepciones contra las víctimas de violencia intrafamiliar, ya que los involucrados, también comparten las mismas actitudes y percepciones con relación a la violencia intrafamiliar por ser parte de la población en general. En las **recomendaciones** se hace incapie en fortalecer los programas de bioética en las instituciones de salud a problemas como la violencia intrafamiliar, sensibilizar a la investigación cualitativa, se instiga a conocer, dar a conocer , aplicar y seguir un protocolo hacia las víctimas de violencia intrafamiliar, de reforzar la importancia del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar. En el contexto de las políticas públicas se requiere una integración de los ámbitos jurídico, asistencial y educativos, en los programas a la atención de las víctimas de violencia intrafamiliar, así como la integración entre la legislación y la práctica real y objetiva. También que el personal de salud debe tener diferentes frentes para combatir la violencia intrafamiliar, así como retomar las diferentes líneas que se desprenden de la presente tesis, que se sugieren en este trabajo que pueden ser vertientes para investigaciones cualitativas.

CAPITULO I

GÉNERO Y VIOLENCIA

En este capítulo abordo los antecedentes de la lucha femenina que ha permitido conocer que el poder que se ejerce contra la mujer es ancestral y como ese poder patriarcal tiene mucho que ver con lo que se denomina violencia de género. Y cono a través de los avances que se ha logrado por el feminismo se da la teoría de género, perspectiva de género para buscar la equidad de género que se desprende de todo lo anterior, para limitar lo antes mencionado, la violencia de género.

1. CAMBIOS PARA LAS MUJERES EN EL ÚLTIMO SIGLO. (FEMINISMO)

Ha sido sólo en el contexto de los grandes conflictos bélicos de los últimos 150 años cuando las mujeres iniciaron el reconocimiento de su propia condición histórica. Ello las llevó a la crítica de las creencias y las formas de vida a las que se habían veo restringido.

En las épocas más recientes, este proceso feminista se hizo notable en un principio, con los movimientos sufragistas cada vez que las mujeres buscaban y obtenían el derecho a votar y ser electas a puestos de responsabilidad política en diferentes países. De las mismas fechas datan las primeras elaboraciones teóricas que desarrollan el concepto de condiciones históricas referidas como sujetos sociales.

A partir de esas formulaciones, Alejandra Kollontai⁵, en 1926 es la primera mujer que ocupó un ministerio de gobierno en el mundo, investigó la historia de la condición de la mujer y de las situaciones vitales de las mujeres en distintas épocas, sociedades, culturas y clases sociales. De las reflexiones hechas durante las movilizaciones de las mujeres organizadas en la Rusia de la primera posguerra, emergieron leyes en torno a lo que entonces se llamó la emancipación de las mujeres; igualdad sexual, política, laboral, de movilidad, de plenos derechos civiles, incluido su derecho a la maternidad voluntaria y su cuerpo.

Así en aquellos momentos se definieron por vez primera los derechos específicos de las mujeres. Y se trata del reconocimiento de que las mujeres, debido a su condición de género y a sus condiciones biológicas, tienen necesidades propias y derechos que sólo ellas precisan y deben ejercer. Sobre estas bases se sentaron los principios de una legislación que ha ido desarrollándose y extendiéndose cada vez más, aunque aún no completamente ni en todos los países del mundo aun en la actualidad.

Especial relieve fue la labor de Eleanor Roosevelt⁶ y de algunas delegadas latinoamericanas cuando, recién constituida la Organización de la Naciones Unidas (ONU), lograron transformar el término Derechos del Hombre (creado durante la Revolución Francesa) en el de Derechos Humanos. Así la ONU⁷ humanizó en su documento básico a las mujeres (ignoradas en la Declaración Universal de 1789) asignándoles los mismos derechos que antes sólo se referían a quienes podían ser ciudadanos, es decir, a los hombres.

⁵ Kollontai Alejandra (1872-1952) Memorias Debate sobre la mujer. Gedisa. Madrid. España. 1979.

⁶ Lomas Carlos Comp. ¿Iguales o Diferentes? Género, Diferencia Sexual, Lenguaje y Educación. Paidós Educador. México.2000

⁷ Torres Falcón Martha. El Marco jurídico de la violencia domestica en México. Programa interdisciplinario de estudios de la mujer del Colegio de México. México. 1995.

Casi al mismo tiempo, Simone de Beauvoir publicaba su obra “El segundo sexo”,⁸ en la que construyó el primer discurso filosófico sobre las mujeres desde la óptica de las mujeres. Parte imprescindible de la concepción de esta filósofa es el análisis de lo que es determinado por la biología (naturaleza) y de lo que es construido en la cultura, incluido el psiquismo femenino.

De Beauvoir muestra las falacias del biologismo determinista, que establece que todo en la vida humana está determinado por la naturaleza, los instintos y la anatomía. De Beauvoir se enfrenta con el marxismo clasista por haber excluido a la mujer como sujeto histórico, y exhibe las limitaciones del psicoanálisis freudiano basado en el postulado de que el psiquismo masculino es universal, paradigmático, referente único de lo humano, mientras que el femenino se basa en la simple carencia de lo masculino.

Con todo ello, Simone de Beauvoir construyó un soporte teórico, original y sólido, para interpretar la historia de las mujeres y su presencia protagónica, a partir de una concepción bio-psico-socio-cultural resultante de una visión histórica incluyente y globalizadora sobre la condición femenina. De esta profunda y amplia reflexión filosófica derivó en breve tiempo la formulación general de la política feminista contemporánea: construir la modernidad de las mujeres. Esta sólo puede basarse en su autonomía e interrelación, respecto de los hombres y de las instituciones, en su libertad sexual, en el desarrollo de su capacidad para tomar decisiones sobre sus propias vidas, en el ejercicio de su plena ciudadanía, y en su transformación en seres-en-el-mundo.

Así al término de la Segunda Guerra Mundial. El mundo estaba envuelto en una atmósfera desoladora por la violencia y la destrucción recientemente sufrida y vivida, y a la vez existía un germen de atmósfera esperanzadora ya que la paz, ofrecía nuevas perspectivas, nuevos horizontes nuevos objetivos tanto para hombre como para mujeres. En algunos países, durante las dos guerras mundiales, millones de mujeres habían ocupado por necesidad en la industria los puestos vacantes dejados por los hombres que se encontraban en el campo de batalla. Y ya estando en la línea de producción, ellas descubrieron que podían realizar las mismas tareas productivas que sus padres, hermanos, maridos e hijos se empiezan a descubrir ellas mismas. Y también que sus salarios podían permitirles ser económicamente independientes y tener en casa la importancia que sólo se asignaba a quienes se veía como los únicos proveedores. Desde entonces y a causa de que más y más mujeres eran movilizadas para reivindicar sus propios derechos, colectivamente elaborando desde entonces nuevas concepciones sobre sí mismas, formulando alternativas políticas e inventando formas originales de organizarse y de actuar en colectivo.

Kollontai⁹ durante la segunda década del siglo pasado, De Beauvoir¹⁰ durante los años cuarenta, Roosevelt¹¹ y las delegadas latinoamericanas en la ONU durante los cincuenta, analizaron lo fundamental de los universos femeninos, teorizaron sobre ellos y coadyuvaron a las búsquedas de las mujeres con importantes elementos intelectuales y políticos para sus movilizaciones modernas. No fueron las únicas. Aquí se mencionan sólo como ejemplo de todas aquellas que contribuyeron a que las sociedades y sus instituciones, controladas y dominadas por hombres, comenzaran a reconocer la existencia de las mujeres y a abrir espacios en los que pudieran transformarse su condición y sus situaciones de vida.

⁸ Beauvoir Simone. El segundo sexo. Tomo I. Hechos y mitos. Editorial Alianza Siglo XX. México 1949 reimpresión. 1998.

⁹ Idem

¹⁰ Idem

¹¹ Idem

Al conjunto de estos planteamientos y a las movilizaciones que han motivado y enriquecido a través de las distintas épocas, se le da el nombre de feminismo. En este concepto se sintetiza todo lo que en la teoría y en la práctica está destinado a convertir a las mujeres en seres-para-sí-mismas, en sujetas plenas de la historia. El feminismo es una filosofía, una concepción de la historia y de las realidades sociales, y una propuesta política de transformación de las relaciones genéricas

Del feminismo, como se verá enseguida, no están excluidos los hombres. Ellos mismos se insertan con diferentes visiones en corrientes de pensamiento y de acción que, poco a poco, van confluyendo con los postulados democratizadores del feminismo y lo han enriquecido. Recordemos como ejemplo que en la época de los primeros movimientos sufragistas, John Stuart Mill¹² formuló sus teorías y sus propuestas en relación con las diferencias sociales, tradicionales y jurídicas, entre hombres y mujeres. Reflexionó sobre la injusticia de las desigualdades fundamentadas en diferencias, sobre la necesidad de leyes nuevas en cuya formulación no sólo participaran los hombres sino también las mujeres a quienes esas leyes afectaban, y sobre la responsabilidad de hombres y mujeres en la preparación de estos cambios.

Como parte de los movimientos libertarios de fines de los años 1960, con el inicio y el desarrollo del feminismo contemporáneo, también se iniciaron búsquedas sobre la condición masculina y las situaciones de la vida de los hombres. Desde principios de la década de 1980, en esta búsqueda de reubicar la masculinidad comenzaron a intervenir públicamente los hombres; con sus aportaciones y experiencias han permitido que surja una creciente producción académica y de propuestas políticas, aunque todavía no equiparable con la realizada por las mujeres.

Diversas obras analizan las formas de la masculinidad dominante y más recientemente han comenzado a proliferar aquéllas en que los hombres identifican su sexismo, estructuran su antisexismo, contribuyen a la construcción de la democracia genérica y emprenden acciones concretas como el tratamiento de la violencia y en el proyecto de la enseñanza para la paz entre los géneros

Un pionero en el estudio de la masculinidad es el trabajo de Maurice Godelier¹³ con su libro "La producción de grandes hombres" publicado en 1982, que es para la comprensión de la condición masculina y las situaciones de vida de los hombres. Si bien se trata de una descripción etnográfica, su interpretación etnológica da una pauta metodológica para enfrentar la cuestión masculina en cualquier sociedad, y sus conclusiones anteceden a acciones oficiales y civiles adoptadas desde entonces en diversos países.

Godelier vivió varios años entre los Baruya de Papúa-Nueva Guinea; la descripción sistemática de las concepciones del mundo y formas de vida (investigación etnográfica) de ese grupo, lo condujo a desarrollar una interpretación etnológica de todo lo que observó; así llegó a la conclusión de que la contradicción fundamental en la vida de esa sociedad es lo que llamó la opresión sexual (él no utiliza el término género ni sus derivados), y proporcionó elementos de comparación (como lo hace la etnología) entre esa cultura y otras más cercanas a la nuestra.

¹² Stuart Mill John. y Taylor Mill Harriet. Ensayos sobre la igualdad de los sexos. Colección Mínimo Transito. Editorial. Machado Libros Madrid España. 1999

¹³ Godelier Maurice .La producción de grandes hombres, poder y democracia entre los Baruya de Nueva Guinea Editorial Akal Madrid 1986 citado en Victimization of women and its Impact on assessment and treatment. The psychiatric emergency setting. Emergency Psychiatry. Psychiatric Clinics of North America Vol. 22 no. 4 december. 1999.

También los trabajos de Víctor Seidler¹⁴ (desde 1982), sobre todo los que tratan de la teoría social, la postmodernidad y las masculinidades, son en este momento una de las más importantes avanzadas en lo que se refiere a los estudios sobre la condición masculina.

En años más recientes, otros pensadores, mujeres y hombres, han elaborado el paradigma del desarrollo humano, cuya formulación más amplia incorpora la teoría y la Perspectiva de Género¹⁵. Este paradigma, que en las ciencias sociales y en la política ha iniciado su vigencia en el presente decenio, es producto de la reflexión de muchos investigadores, sobre todo del grupo formado por unas treinta personas que encabezó Mahbub ul Haq^{16,17}, autor de Reflexiones sobre el Desarrollo Humano, aparecido apenas en 1995 y en los Informes publicados anualmente, desde 1990, por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo¹⁸.

2. DEMOCRACIA GENÉRICA Y ACCIÓN INSTITUCIONAL

En las décadas de 1960 y 1970, con la rebeldía de una juventud dispuesta en todo el mundo a evaluar críticamente las relaciones dominantes en sus sociedades, a imaginar otras formas de interacción humana y a experimentar nuevas maneras de vivir, surgió por todas partes el movimiento llamado de liberación femenina o feminismo contemporáneo. Desde entonces, nuevas aportaciones teóricas y reivindicaciones específicas bien maduras permiten a las mujeres abrirse espacios en los que se ubican cada vez con mayor vigor como los sujetos sociales y políticos que se les había impedido ser en plenitud, y que aún no son íntegramente.

Esto sucede al mismo tiempo que por el mundo entero se extiende el propósito de democratizar las relaciones humanas, de hacerlas realmente justas y de construir los espacios sociales en que cada ser humano tenga todas las posibilidades de vivir su vida de manera completa y digna. Hablamos de la construcción de la equidad, la igualdad y la justicia de género, consideradas los pilares de lo que se ha designado como democracia genérica (en las relaciones entre hombres y mujeres), democracia cotidiana, democracia vital (democracia de la vida de todos los días, de la vida entera en todos los espacios).

Cada vez en más programas políticos (partidistas y gubernamentales), en más acciones de organismos civiles y en compromisos adquiridos por los gobiernos en foros internacionales, se asume la Perspectiva de Género como requerimiento para profundizar en los cambios sociales. La meta se ha verbalizado como integración de las mujeres al desarrollo, y también como integración de los géneros al desarrollo.

Tal es la definición de las acciones programadas durante la última década y media para satisfacer necesidades prácticas e inmediatas, en la vía hacia la resolución de las necesidades estratégicas, sin las cuales la convivencia humana no podrá ser regida íntegramente por la equidad, la igualdad, la dignidad de las personas y la justicia.

¹⁴ Seidler Víctor. Centro para mujeres. Violencia domestica. Programa documentación, educación y cultura Prodec. En Cidhal. Cuernavaca. Morelos. México. 1998.

¹⁵ Cazés Daniel. La perspectiva democrática de genero. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación para acciones publicas y civiles. Consejo Nacional de Población y Programa Nacional de la Mujer. México 1999.

¹⁶ Manhbul al Haq The first national survey of abuse and battering against arab womwn from Israel: preliminary results. Inédito.

¹⁷ Centros de refugios para mujeres maltratadas. Definición de la violencia domestica New Jersey 1999.

¹⁸ Programa de las Naciones Unidas. Para la fiscalización internacional de drogas. Oficina regional para México y Centro América. "Con Ganas de Vivir... Una vida sin violencia es un derecho nuestro" México 1998.

No se trata sólo de ampliar la democracia electoral y participativa, sino también de llevar la democracia a los ámbitos cotidianos de la relación entre ciudadanos e instituciones, en los ámbitos laborales, en todos los espacios públicos formales o informales. Y también en las esferas privadas, es decir hacer valer la democracia extra e interiormente o sea dentro y fuera del hogar siendo congruentes en el vivir cotidiano y en el actuar profesional, ser democráticos no solo de palabra, sino de acción continua y cotidianamente.

De esta manera, cuando las instituciones asumen la responsabilidad de estudiar la condición femenina y las situaciones de vida de las mujeres, y de poner en marcha políticas destinadas a su transformación, lo que hacen en el fondo es intervenir en favor de la democratización entendida en su sentido más amplio.

Para 1975, los organismos internacionales y algunos gobiernos habían comenzado a emprender acciones públicas destinadas a mejorar la situación de las mujeres. Los lineamientos generales de tales acciones se establecen y afinan desde entonces en foros nacionales e internacionales. La culminación de este trabajo de más de dos décadas fueron la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo¹⁹, de septiembre de 1994 en El Cairo, y la IV Conferencia Mundial de la Mujer²⁰, realizada en Pekín en el mismo mes de 1995.

Teniendo como terreno de elaboración teórica una extendida labor intelectual en instituciones académicas y de otras índoles, y como escenario de negociación política los foros mencionados, durante los últimos años, los términos Género, Enfoque de Género y Perspectiva de Género han sido de uso corriente entre quienes trabajan para los organismos oficiales y activan en las organizaciones civiles que han integrado de manera paralela esos encuentros mundiales.

3. TEORÍA DE GÉNERO

A fines de la década de 1960, primero en la psicología y luego en el conjunto de las ciencias sociales, se aceptó que el sexo es una referencia biológica sobre la que se construye la desigualdad social entre hombres y mujeres y se fundamenta los roles socioculturales aceptados y sancionados. Entonces resultó necesario recrear el término género para designar todo aquello que es construido por las sociedades en sus culturas para estructurar las relaciones entre hombres y mujeres.

Pero casi en cuanto comenzó a circular, la palabra género pareció volverse sinónimo de mujer, de lo referente a las mujeres, de lo necesario para las mujeres. Puesto que los primeros planteamientos de las reivindicaciones femeninas vinieron del feminismo, el término género se utilizó también para evadir la palabra feminismo que algunas personas y entidades les evocaba posturas demasiado radicales. Así, en los discursos administrativos gubernamentales e internacionales, comenzó a entenderse que cuando se hablaba de género se hace referencia a las mujeres y algunas acciones tendientes a mejorar en algo las situaciones vividas por dichas mujeres.

Pero con las intervenciones intelectuales y políticas de las mujeres en estas últimas décadas, pronto quedó claro que en las disciplinas sociales se ha desarrollado la Teoría de Género²¹ en la que es necesario enmarcar perspectivas y enfoques cuando no sólo se busca mejorar situaciones satisfaciendo algunas necesidades básicas, sino transformar la condición que hace de las mujeres seres oprimidas, creando las

¹⁹ Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo Cairo Egipto 1994

²⁰ Conferencia IV mundial de la mujer. Beijing Pekín. 1995

²¹ Cazés Daniel. ídem

posibilidades de resolver necesidades estratégicas para transformar los fundamentos de las relaciones intergeneracionales e intrageneracionales es decir, entre los hombres, entre las mujeres y entre mujeres y hombres.

Quienes han analizado con profundidad la estructura y la dinámica de las relaciones de género, saben que en ellas no están involucradas únicamente las mujeres, y que quienes han escrito sobre la condición y las situaciones de vida de las mujeres se han ocupado en igual medida de la condición masculina y de las situaciones de vida de los hombres. Porque el género abarca todo lo referente a las relaciones sociales basadas en la diferencia sexual: relaciones de poder cuya característica esencial es el dominio masculino.

A partir de las ideas de las diferentes y diversas autoras y autores que han sido importantes para la teoría de género, y que han enriquecido con el debate de los años recientes y las contribuciones, es claro que el género no nos enfrenta a una problemática exclusiva de las mujeres, y que no se trata sólo de que alcancen mejores oportunidades o de que se incorporen a ámbitos de la vida social de los que habían estado excluidas, sino es una manera diferente de ver las cosas, de percibir las, de plantearlas, tanto las mujeres como los hombres buscan vivir en armonía y se han dado cuenta que solo viviendo en armonía y cooperación podrá ser factible, no como completud sino como enriquecimiento, no como obligación, sino como aventura, de explorar el otro, en su mundo, que esta hace poco tiempo era prohibido para ambos, ya que al hablar de mujeres se habla necesariamente de hombres y viceversa, ya sea directa o indirectamente

Así la Teoría de Género permite visualizar a las sociedades y a las culturas en su conjunto, y por lo tanto a todos los sujetos que intervenimos en sus procesos, mujeres y hombres. Es también el punto de partida para ubicarse en la Perspectiva de Género²² al emprender investigaciones y acciones de cambio. Es, pues, una teoría que busca no sólo entender el mundo de las relaciones de género, sino también proceder a transformarlo.

4. VIOLENCIA DE GÉNERO.

Entonces la Teoría de Género²³ tal como se entiende, abarca los planteamientos teóricos metodológicos²⁴, educativos²⁵, filosóficos²⁶, éticos²⁷ y políticos²⁸ fundamentales necesarios para comprender el complejo de relaciones de poder que determina la desigualdad entre hombres y mujeres, el dominio que los primeros ejercen sobre las segundas, la condición de preponderancia paradigmática y a la vez enajenante de los hombres, y la condición de subordinación, dependencia y discriminación en que viven las mujeres.

²² Cazés Daniel. ídem

²³ González Quintanilla E. La violencia basada en género y el médico familiar. Atención familiar. Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina UNAM julio-agosto 9(4) pp. 1-6. México. 2002

²⁴ Hierro Graciela Com. Filosofía de la Educación y Género. Facultad de Filosofía y Letras UNAM. México. 1997.

²⁵ Hierro Graciela una Ética de la Libertad en Ética de la Libertad Cuarta Edición Editorial Torres Asociados México. 1993.

²⁶ Guerra Ricardo. Ontología, existencialismo y violencia. En el mundo de la violencia de Sánchez Vázquez Adolfo. Fondo de Cultura Económica. México. 1998.

²⁷ González Juliana. El malestar en la moral. Freud y la crisis de la ética. Editorial Miguel Ángel Porrúa UNAM México. 1997.

²⁸ Genovés Santiago. Violencia una visión general. Instituto de Investigaciones Antropológicas. UNAM México 1977.

La violencia de género^{29 30} siempre ha estado presente pero no visible, quizá donde se alcanza el punto más alto es en las guerras civiles interétnicas en las que una de las estrategias más importantes es la destrucción del tejido social y que se hace a través de la violencia contra los grupos vulnerables como mujeres, niños / niñas. Ancianos/as y discapacitados / as, así como, la violación en forma de herramienta de guerra. Junto al problema de la violencia relacionada con la guerra se encuentra la violencia intrafamiliar que muchas de estos grupos sufren. Ya que se sugiere que se incrementa durante o después de un conflicto bélico pero esta afirmación es difícil de demostrar dada la falta de información previa en la mayoría de los casos.

La violencia contra los grupos vulnerables (mujeres niños y niñas, así como adultos mayores y personas con necesidades y habilidades distintas) ha sido reconocida recientemente como un asunto de trasgresión a los derechos humanos, y que tiene un profundo impacto sobre el bienestar físico y mental de los interrelacionados, pero que ha recibido escasa atención como tema de salud pública. “El Banco Mundial reconoce que es necesario conocer mucho más en relación con las consecuencias de la violencia de género sobre todo en la salud y el desarrollo, por sus más amplios efectos socioeconómicos”³¹³²

Al hablar de inequidades de género en salud se hace referencia a las diferencias injustas pero previsible entre mujeres y hombres. Estas inequidades en nuestras sociedades están determinadas por las relaciones de poder. La violencia de género sigue siendo uno de los problemas de salud pública más prevalentes en el mundo y a la vez uno de los que menor visibilidad tienen. En las Américas una de cada tres mujeres ha sido víctima de actos de violencia la mayoría de las veces en su propio hogar y a manos del cónyuge o de un familiar

Alleyne que es citado por Esoarza Soto,³³ dice: “cuando me preguntan si la violencia de género es prevenible mis respuestas es Sí, su prevención sin embargo depende en gran medida de un largo y complejo proceso de sensibilización de la sociedad y del compromiso de sus actores para eliminar las inequidades que facilitan la violencia de género”

4.1 CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Para evitar o limitar así como dar tratamiento a este problema social de la violencia intrafamiliar como relación de género es necesario conocer sus causas, aunque varias teorías intentan explicarla, el conocimiento de sus causas precisas sigue siendo insuficiente y escaso.

Los estudios efectuados no identificaron característica especial para que las personas vulnerables a la violencia lo fueran excepto una asociación con haber sido testigo, o abusado y/o sufrido violencia intrafamiliar en la infancia. Según nos dice: National

²⁹ González Nuñez Comp. El hombre del siglo XXI ante el protagonismo de la mujer. pp. 15 -32. Instituto de la Investigación en Psicología Clínica y Social A.C.2001

³⁰ González Nuñez Comp. Expresiones de la sexualidad masculina. Normalidad y patología pp 13-49. Instituto de la Investigación en Psicología Clínica y Social A.C.1998..

³¹ Merode Janet. Departamento de población, salud y nutrición. Perfeccionamiento de recursos humanos y políticas de operaciones del Banco Mundial.. 2002

³² Echols A. During To Be Bad Radical feminism in America (1967-1975) University of Minnesota Press. Minneapolis 1989.

³³ Esparza Soto Hilda. Algunas características de personalidad que presenta la mujer que sufre el síndrome del maltrato y que solicita ayuda psicológica en el centro de atención a la violencia intrafamiliar (CAVI) Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM México. 1994.

Research Council³⁴ 1996. Y otros factores predisponente es pertenecer al grupo que puede ser vulnerabilizados, como mujeres, niños y niñas, ancianas y ancianos, así como discapacitados y discapacitadas. Es decir afecta a todo este grupo a escala mundial, de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todas las etnias es decir se convierte en una relación de poder, el fuerte contra él más débil.

Las investigaciones efectuadas en los últimos 20 años sobre todo en Estados Unidos permiten identificar algunos factores asociados a la violencia intrafamiliar, sin embargo gran parte de estas investigaciones se centran en una sola explicación casual de dicha violencia intrafamiliar como es la teoría del aprendizaje social³⁵, relación de poder a través de la hegemonía paternalista, a través de las estructuras familiares y sus sistemas de comportamiento. O en el uso y abuso de drogas Etc.

Pero Heise³⁶ se apoya en el trabajo de otros autores para proponer un marco ecológico integrado para el estudio y el conocimiento de la violencia de género este marco estudia los factores que actúan en cuatro ámbitos distintos, individual, familiar, comunitario y sociocultural, lo importante de dicho modelo es que insiste en la interacción que se produce entre los factores de los distintos niveles, en otras palabras aporta un modelo de niveles de causalidad imbricados en el que no existe un solo factor causal, sino más en una interacción de factores que operan en niveles distintos y que pueden favorecer la violencia o protegerse contra ella. Si se conocen dichos factores y sus interacciones ayudara a identificar los distintos puntos de partida y los caminos por donde avanzar en la prevención de la violencia y los tipos de intervención en la misma.

4.2 ESTUDIO DE LAS CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN MEXICO.

El problema de la violencia en México se ha analizado a través de distintos enfoques caracterizados todos por la fragmentación, pues cada disciplina ha impreso su punto de vista, de acuerdo con propósitos particulares sin que se hayan integrado los avances alcanzados en cada una. Las tres grandes vertientes a través de las cuales se ha hecho un intento por aproximarse al fenómeno son las ciencias sociales, las penales y, recientemente, la salud pública³⁷.

Otra causa de la violencia de género es la que reporta Saucedo García³⁸ "Las sustancias de abuso, especialmente el alcohol, producen los siguientes efectos generadores de conductas agresivas: potencian la agresividad, reducen la inhibición de impulsos, estimulan la actividad psicomotriz, disminuyen el control de la agresividad, disminuyen el umbral al dolor y aumentan la posibilidad de que la persona

³⁴ Heise L Ending Violence Against Women Center For Health and Gender Equity (CHANGE) Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health Population Information Program. Population Reports series L No. 11. December 1999.

³⁵ Lozano Itziar. Eje 3. Violencia. ¿Como y Porque? Vivimos la violencia las mujeres. citado en Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Propuesta metodológica para grupos y promotoras. pp 316-373. Editorial Comunicación. Intercambio y Desarrollo Humano en America Latina A.C. (Cidhal) México.1992

³⁶ Heise L.L. Piterguy J. Germain A. Violence Against Women . The Hidden Health Burden. Washington D:C: Word Bank Discussion papers no- 225.

³⁷ Híjar-Medina Martha, C.D., M.S.P., López-López María Victoria, M.M.S., Blanco-Muñoz Julia, M.S.P. *La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México* Salud Publica Mex V 39. N.6 Cuernavaca nov/dic 1997.

³⁸ Saucedo García Juan Manuel.. *La Salud Mental Y La Violencia Familiar Dirigida Al Menor. Simposio* Gac Med Méx 2002; Vol. 138(2):164-168

trate de vengarse de ofensas reales o imaginarias. De ahí que muchos episodios de violencia intrafamiliar ocurran cuando el agresor se encuentra bajo los efectos del alcohol o de otro tipo de drogas”.

El alcohol relacionado a la violencia familiar³⁹ es un fenómeno complejo que involucra la respuesta al contexto o la situación, las características de la gente involucrada tales como la predisposición a la agresión, así como el tipo y cantidad de alcohol consumido. En su revisión de violencia marital, Leonard (1992) reportó que estudios de mujeres maltratadas indican que del 35% al 90% de éstas viven con una pareja masculina que tiene problemas de alcoholismo; las estimaciones de la intervención del alcohol en eventos violentos entre esposos varía del 22% al 60%. Maiden (1995) estimó que el abuso de alcohol entre hombres golpeadores es de 25% a 85%, comparado con el rango de la población general, que oscila entre un 10% y un 13%.

Ramos y Medina Mora⁴⁰ en un estudio hecho en estudiantes sobre el abuso sexual y el consumo de drogas dicen: Que enfatizan las diferencias en la experiencia de abuso sexual de mujeres y hombres como víctimas y como agresores. En particular, se discute el hecho de que el abuso sexual en varones sea principalmente extrafamiliar, así como el riesgo mayor que tienen las mujeres de ser víctimas de abuso sexual intrafamiliar en edades tempranas. Asimismo, se plantea la necesidad de abordar las consecuencias, en la salud mental, del abuso sexual infantil y adolescente y del consumo de drogas, considerando las particularidades de cada género

5. LAS ESTRUCTURAS PATRIARCALES Y LA FALTA DE EQUIDAD ENTRE LOS GENEROS QUE PERPETUAN LA VIOLENCIA

Todo lo anterior y la repercusión en los niños esta dado por un aprendizaje de las normas sociales establecidas que perpetúan la desigualdad entre los géneros favoreciendo la violencia⁴¹. Las normas y los valores relacionados con los géneros que sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre mantienen y refuerzan la violencia intrafamiliar contra a los grupos vulnerables. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. Aunque existen variaciones⁴², asociadas a la raza, la clase social, la geografía o la región que han de ser explicadas, por las feministas y otros estudiosos que identificaron las relaciones de desigualdad entre los géneros como la pieza clave de la violencia intrafamiliar contra la mujer y grupos vulnerables.

Según la revisión del Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos⁴³ varios estudios confirman el hecho de que “los hombres criados en estructuras familiares patriarcales en las que se estimulan los papeles tradicionales de los géneros tienen mayores posibilidades de convertirse en adultos violentos, de violar a mujeres

³⁹ Natera G. Tiburcio M. Villatoro. La Violencia marital y su relación con el Auso de Alcohol en Mexico.Un estudio Cualitativo en una zona Popular del Distrito Federal . Documento Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatria.

⁴⁰ Ramos-Lira L.,Medina-Mora M.E., Rojas-Guiot Estela, Lic. en Psic., Villatoro-Velázquez Jorge, Lic. en Psic.*Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas.* Salud Pública Méx V.40 N.3 Cuernavaca mayo/jun. 1998

⁴¹ Bourdieu Pierre. *La Dominación Masculina* editorial Anagrama. Colección Argumentos. Barcelona España. 2000.

⁴² Valdés Santiago R. Cols. *La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el bajo peso al nacer.* Salud Publica México. Vol. 38.No.5.septiembre - octubre pp352-362. 1996.

⁴³Consejo Nacional de Investigacion de los Estados Unidos de Norteamerica.. Temes bilaterales seccion Democracia y Derechos Humanos Embajada de los Estados Unidos en México 2000

que conocen y de golpear a sus compañeras íntimas, en comparación con los hombres criados en hogares más igualitarios” (National Research Council 1996⁴⁴) Schuler⁴⁵ et al. 1999 señala que la violencia es uno de los elementos de un sistema de subordinación de la mujer a través de normas sociales que establecen su lugar y su conducta. Este estudio muestra que la violencia es más frecuente cuando la mujer transgrede o desafía las atribuciones tradicionales impuestas por la sociedad.

En relación con lo anterior dice Johnson ⁴⁶ Aunque es verdad que la frecuencia de maltrato y violencia intrafamiliar ejercida por hombres que fueron testigos y/o víctimas de violencia ejercida por sus propios padres, también es cierto que la mayoría de los hombres victimarios, no estuvieron expuestos a la violencia en la infancia y más de la mitad de los hombres que sufrieron dicha exposición nunca se comportan violentamente en sus familias y/o parejas.

Finker⁴⁸ en un estudio realizado en una población urbana del Distrito Federal de México llegó a conclusiones semejantes, encontrado que la violencia contra la mujer y los trastornos relacionados con ella están imbricados en sus relaciones sociales, especialmente en las que mantiene con su pareja masculina. Se señala que las ideologías tradicionales refuerzan la dependencia económica de la mujer con respecto al hombre, los conceptos sobre su papel en el hogar, su inferioridad social y la forma en que estas ideologías se transmiten también a través de la práctica médica.

Aunque en los estratos socioeconómicos más bajos, tanto los hombres como las mujeres están expuestos a muchas formas de infortunio y denigración, el poder que la ideología prevalente concede al hombre y el uso de la violencia física contra la mujer generan lo que Finker llama “lesiones de la vida”⁴⁹ en la mujer, estas lesiones se asocian a enfermedad y se sugiere que son la causa de muchos de los cuadros subagudos que no suponen una amenaza para la vida, pero que la mujer de los países de desarrollo presenta cuando acude a los servicios de salud y que no son fácilmente tratables con los tratamientos médicos habituales.

Otros estudios transculturales muestran las normas culturales que rodean a la violencia, el género y las relaciones sexuales, no solo se manifiestan en el ámbito individual, sino que también la familia, la comunidad y el más amplio contexto social, incluidos los medios de comunicación, los refuerzan o combaten. Dobash et al.⁵⁰. Demostró como la dominación histórica de los hombres sobre las mujeres, incluso el uso de la violencia ha sido sancionada o aceptada por las creencias culturales.

En muchos entornos la violencia se considera normal y una prerrogativa de los hombres. La socialización de los niños y las niñas suele reflejar las normas y los valores culturales relacionados. Se estimula a los niños a ser agresivos y sexualmente activos mientras que a las niñas se les enseña a resistir la actividad sexual y a ser dulces. Y eso lo comprobamos en el recreo de las escuelas donde los niños son

⁴⁴ National Research Council. Understanding violence against women. Washington D.C. National Academy Press.

⁴⁵ Schuler. S.R. Hashemi S.M. Riley A.P. Akhters M. Credit programs. Patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. Soc.Sci med. 43(12):1729-1742. .2000

⁴⁶ Johnson H. Dangerous domains. Violence against women in Canadá. Nelson, Canadá: International Thonson Publishing Corp. 1996

⁴⁷ Torres Falcon Martha la violencia en casa Editorial croma Paidós México 1995.

⁴⁸ Finkler Kaja. Gender, Domestic violence and Sickness en Mexico Soc.Sci Med. vol.45 No.8. pp 1147-1160 Great Britain. 1997

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ Dobash.R:P: Dobash R.E. Wilson M. Daly M. 1992 the myth of sexual symmetry in marital violence. Social Problems 39:. 71-79.

dueños de todo el patio mientras las niñas se encuentran en las orillas del mismo. Datos perturbadores de algunos países demuestran que el primer acto sexual que experimentan las niñas suele ser forzado, aceptado por miedo a la violencia nos refiere: Wood, Maforsh y Jewkes⁵¹.

Ramos Lira y Medina Mora⁵² Determinan la prevalencia de abuso sexual en estudiantes de secundaria y preparatoria, hombres y mujeres, en México, así como su relación con el consumo de drogas. Los datos que exponen fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, llevada a cabo en 1991, donde fueron encuestados un total de 61 779 alumnos, 51.8% hombres y 47.1% mujeres, con una media de edad de 14.4 años. Se utilizó un instrumento autoaplicado, en el que el abuso sexual fue explorado tanto desde la perspectiva de quienes lo han experimentado –víctimas–, como desde quienes lo han ejercido –agresores. Obteniendo como resultado, que la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual fue de 4.3%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La prevalencia de agresores fue de 2.5%; los adolescentes varones habían coaccionado sexualmente a otra persona en proporción significativamente mayor que las mujeres. Estas sufrieron el abuso a edades menores en un porcentaje significativamente más alto que los hombres.

Asimismo, notificaron una proporción más elevada de abusos por parte de familiares, mientras que los hombres mencionaron principalmente a los amigos como los agresores más frecuentes. Tanto las víctimas como los agresores de ambos sexos, reportaron un consumo de drogas significativamente mayor que los estudiantes sin estos antecedentes. En este estudio, se enfatizó las diferencias en la experiencia de abuso sexual de mujeres y hombres como víctimas y como agresores. En particular, el hecho de que el abuso sexual en varones sea principalmente extrafamiliar, así como el riesgo mayor que tienen las mujeres de ser víctimas de abuso sexual intrafamiliar en edades tempranas

Se plantea la necesidad de abordar las consecuencias, en la salud mental, del abuso sexual infantil y adolescente y del consumo de drogas, considerando las particularidades de cada género. Este hecho resalta la necesidad de establecer normas y actitudes sociales que favorezcan la equidad de los géneros y de las relaciones sexuales en todas las edades de la vida, ya que es importante ver que las normas sociales en ocasiones legitiman la violencia contra los grupos vulnerabilizándolos es decir mujeres, niños, niñas, ancianos, ancianas y discapacitados, y discapacitadas

6. MAGNITUD DEL PROBLEMA DE VIOLENCIA MUNDIALMENTE

La Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia contra las mujeres⁵³, adoptada por la asamblea general de la O.N.U. en 1993. Proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer “cualquier acto de violencia usada en él género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos,

⁵¹ Wood K. Maforah F. Jewkes R. he forced me to love him: Putting violence on adolescent sexual health agendas Soc. Sci Med 47. Pp 233-242. 1998

⁵² Ramos-Lira y Medina-Mora. ColsRojas-Guiot Estela, *Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas* Salud Pública Méx V.40 N.3 Cuernavaca mayo/jun. 1998

⁵³ Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer proclamada en su resolución 48/104 fecha de adopción 20 de diciembre de 1993.

sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.

Todas estas formas de violencia se asocian a desigualdades de poder entre mujeres y hombres, niños /niñas y adultos. Adultos contra ancianos y personas con capacidades y habilidades distintas etc. así como las crecientes desigualdades económicas.

En 1998 la Commonwealth Fund Survey on Women's Health de los Estados Unidos⁵⁴ estableció que una de cada cinco mujeres entrevistadas (21%) confesaron haber sido víctimas de una violación, violencia o asalto sexual (Scott Collins et al).⁵⁵

En todo el mundo una de cada cinco mujeres se ha visto forzada a practicar el sexo contra su voluntad (World Health Organization⁵⁶). En un estudio realizado en Barbados sobre una muestra representativa de mujeres y hombres de 20 a 45 años se observó que 33% de las mujeres y 2% de hombres admitían haber sido objeto de violencia doméstica incluyendo el abuso sexual durante la infancia o la adolescencia (Handwerker⁵⁷) otro estudio llevado a cabo en Suiza demostró que 20% de las mujeres y el 3 % de los hombres de 13 a 17 años han sufrido violencia, con contacto físico y abuso sexuales (Halperin et. al.⁵⁸)

La OMS⁵⁹ para alcanzar la meta de salud para todos, ha privilegiado las acciones dirigidas a eliminar las inequidades en salud. A través del programa de la mujer, la salud y el desarrollo. Se ha fortalecido el papel del sector salud en 10 países en lo que se refiere a la atención de mujeres y niñas que viven situaciones de violencia y a la movilización de organismos comunitarios, sectoriales, nacionales y regionales para su prevención.

Así se espera dar mayor visibilidad al problema al tiempo que se desarrolla un modelo para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar que posibilite el establecimiento de más de 70 redes comunitarias, la capacitación de gran número de personas y el diseño de instrumentos, sistemas y políticas que faciliten la detección y prevención de la violencia, así como la atención de las mujeres y niñas que sufren violencia en sus hogares.

La O.M.S. da a conocer la siguiente tabla sobre violencia:

Camboya Nelson y Zimmerman 1996	16% de las mujeres notifican malos tratos físicos de sus esposos, 8% notifican lesiones
Corea Kim y Cho1992	38% de las esposas notifican malos tratos físicos de sus maridos durante el año

⁵⁴ Scott Collins K. Et al. 1999 Health concerns across a women's lifespan. The Commonwealth Fund Survey of Women's health. The Commonwealth Fund. 1998.

⁵⁵ Ramírez Rodríguez J.C. Patiño Guerra. Algunos aspectos sobre la magnitud y transcendencia de la violencia doméstica contra la mujer Un estudio piloto salud mental vol. 20 No. 2 junio pp 5-15. 1997

⁵⁶ World Health Organization Violence against women. A priority health issue Geneva WHO (WHO/FRH/WHD/97.8) 1997

⁵⁷ Handwerker W.P. Gender power differences between parents and high risk sexual behaviour by their children: AIDS/STD risk factors entered to a prior generation. Journal of women's health 2: pp 310-316. 1993.

⁵⁸ Halperin. et .al. prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey BMJ 312 (7042) . 1326 -1329. 1996

⁵⁹ World health Organization. Violence against women Who Consultation Geneva 5-7 February 1996 Geneva Who (FRH/WHD/96.27) 1996.

	anterior
Chile Larrain 1993	26% notifican al menos un episodio de violencia por sus parejas, 11% notifican al menos un episodio de violencia intensa y 15% notifican al menos un episodio de violencia menos grave.
Egipto El-Zanty et.al. 1996	35% de las mujeres notifican haber sido golpeadas por sus maridos en algún momento de su matrimonio.
Gran Bretaña Mooney 1993	25% de las mujeres habían sido golpeadas o azotadas por su pareja o ex pareja en algún momento de su vida.
Israel Haj Yahia 1997	32% de las mujeres notifican al menos un episodio de malos tratos físicos por su pareja durante los últimos 12 meses y 30 notifican relación sexual forzada por algún miembro de la familia o extraño en conflicto bélico
México Rodríguez y Becerra 1997	30% notifican al menos un episodio de la violencia física durante el año anterior.
Nicaragua Ellserg et al.1997	52% notifican malos tratos físicos de su pareja en al menos una ocasión y 27% notifican malos tratos físicos en el año anterior
Suiza Gillioz et.al.1997	20% notifican agresiones físicas.
Uganda Lanc et.al.1996	41% de las mujeres notifican malos tratos o lesión física causada por su pareja. Y 41% de los hombres afirman golpear a sus compañeras.
Zimbabwe Watts 1997	32% notifican malos tratos físicos por un miembro de la familia o del domicilio desde los 16 años.

Fuente: World Health Organization. Violence Against Women. A priority issue. Geneva WHO.(WHO/FRH/WHO/97.8) 1997

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres y grupos vulnerables son muy amplias e influyen en todos los aspectos de la vida, su salud, y la de las personas directamente afectadas, pero también las indirectamente que se encuentran y pertenecen al conjunto de la sociedad. Ya que ejerce un impacto negativo en la capacidad de la mujer para cuidar de sí misma de sus hijos y se asocia a conductas autodestructivas, como el abuso de drogas o alcohol. Además la violencia influye de forma negativa y determinante en los sentimientos de amor propio, autonomía y capacidad de sentir y actuar con independencia y capacidad como mujer.

Podríamos resumir que las consecuencias de la violencia intrafamiliar como el abuso sexual o violación están centradas en la salud de los grupos vulnerables o vulnerados. Como es: lesiones que oscilan desde cortes leves y hematomas, raspaduras hasta lesiones graves, que causan incapacidad permanente, sean motoras, auditivas, visual etc. enfermedades de transmisión sexual entre ellas VIH, embarazos no deseados,

problemas ginecológicos, dolores crónicos abdominales, lumbalgias, cefaleas, hipertensión, depresiones, trastornos de ansiedad, trastornos por estrés postraumático, migrañas, síndrome de colon irritado y diversas manifestaciones psicosomáticas; en los niños tenemos; Síndrome del niño maltratado, síndrome del niño sacudido, quemaduras, traumatismo cráneo encefálico, desnutrición, negligencia en el cuidado, abuso sexual. Etc. y en los adultos mayores, lo mismo, el abandono social, desnutrición, escaras de salientes óseas, fracturas, problemas de personalidad, depresión, etc. Y cuando hablamos de personas con capacidades y habilidades diferentes no pueden ser la excepción.

La violencia intrafamiliar o el temor a ella también afecta de manera indirecta a la salud sexual y reproductiva, ya que influyen en la capacidad de negociar el sexo seguro, así como que se está expuesto a la violación y abuso tanto en niños / niñas, como de ancianos y ancianas por los cuidadores que están a cargo de su cuidado, como de conocidos de la familia, también influye en los partos prematuros, ya que las mujeres que sufren violencia intrafamiliar y que son violentadas en el embarazo, el producto puede fallecer, nacer en pretermino, con bajo peso y se pone en riesgo su vida, así como también en los primeros meses del embarazo puede ocasionar abortos según lo demuestra Holmes et al⁶⁰. Es decir la violencia durante el embarazo se asocia a abortos, muerte fetal, parto prematuro y lesiones. También se observó la asociación de bajo peso al nacer en estudios efectuados por Bullock y Mcfarlane⁶¹ y Jeejeebhoy⁶² (1989 y 1998) tanto en Nicaragua como la India. La literatura referente a la asociación entre la violencia y trastornos de salud mental crece cada día (Ellsberg)⁶³.

La violencia contra la mujer puede provocar también la muerte La Organización Panamericana de la Salud⁶⁴ en 1998⁶⁵ reportó que las muertes del 24.5% de las mujeres fue la violencia intrafamiliar por homicidio en contra del 51.7% de homicidio en hombre que la responsable era la violencia callejera o causa externa, Se sabe que en la mujer la muerte por homicidio se asocia a antecedentes de violencia intrafamiliar, ya que son ocasionadas por conocidos, especialmente parejas o exparejas, Muchas de estas muertes se producen en torno al momento en que la mujer decide buscar ayuda o abandonar a su agresor, Saltzman y Johnson⁶⁶ en 1996 reportan que de 5373 homicidios en Estados Unidos de mujeres 6 de cada 10 el homicida era conocido por la víctima, entre ellos el esposo o personas con quien había tenido intimidad y un reporte del Departamento de Justicia⁶⁷ de los Estados Unidos dice que el 1% de los hombres y el 5% en mujeres es ocasionado por familiares de la víctima.

En muchas mujeres que sufren maltrato, violencia o abuso de forma crónica, la tensión emocional y física puede inducir al suicidio. Las investigaciones realizadas en EU, Nicaragua, y Suiza demuestran que las mujeres violentadas así como los niños / as y

⁶⁰ Holmes M.M. et.al. Rape related pregnancy. Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J. Obstet Gynecol 320-324. 1996.

⁶¹ Bullock I. Mcfarlane. The battering low birthweight connection Am J. Nurs 89 1153 -1155. 1989

⁶² Jeejeebhoy s. Associations between wife beating and fetal and infant death. Impressions from a survey in rural India. Studies in fp 29. 300-308. 1998

⁶³ Ellsberg M. Candies in hell. Domestic violence against women in Nicaragua. Department of Epidemiology and public Health, Umea University Sweden 1997

⁶⁴ World Health Organization WHO. Multi country study of women's health and domestic violence. Core protocol Geneva. WHO (WHO /EIP/GPE/99.2) 1999

⁶⁵ Organización Panamericana de la Salud. OPS. La salud en las Américas vol. 1 Washington DC. OPS Publicaciones Científicas no. 569. 1998

⁶⁶ Saltzman, L.E. Johnson D. CDC'S Family and intimate violence prevention team. Basing programs on sciences JAMWA 51: 83-86. 1996

⁶⁷ Stringham Peter. Domestic violence. Mental health primary care clins in office practice vol. 26 no 3 June 1999

ancianos/as, corren un mayor riesgo de intento de suicidio (Abott et-al,⁶⁸ Bailey et al,⁶⁹ Kaslow et.al⁷⁰. Bergman y Brisman,⁷¹ Rosales et al.⁷²) Estos datos constituyen un testimonio dramático de las limitadas opciones de que disponen algunos de las y los integrantes de los grupos vulnerabilizados, cuando sufren relación de violencia intrafamiliar. Ya que no encuentran salida y se sienten apesadumados y por si mismo no visualizan la gravedad del problema.

6.1 MAGNITUD DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MEXICO

En nuestro país, México. el contexto de violencia familiar, se erige como un tópico de primordial importancia en la agenda gubernamental. Y se abordó a través del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática esta temática por medio de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) en 1999 en el Área Metropolitana de la Ciudad de México

Por otra parte durante el último trimestre del 2003 el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), coordinaron esfuerzos para levantar la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH); con el propósito de obtener información sobre los incidentes de violencia entre las parejas, y de manera específica la que se lleva a cabo por el hombre sobre la mujer.

La Encuesta⁷³ en su aplicación de la zona metropolitana de la ciudad. de México, por sus las cifras nos indican que:

- Solamente se buscó ayuda en 14.4% de los hogares del área metropolitana de la Ciudad de México en donde se sufrió algún tipo de violencia familiar.
- De acuerdo con los datos que proporciona la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) de 1999, de los 4.3 millones de hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, uno de cada tres -que involucra a 5.8 millones de habitantes- sufre algún tipo de violencia intrafamiliar.
- La ENVIF identificó que los miembros de la familia más agresivos son el jefe de la familia (49.5%) y la cónyuge (44.1%), mientras que las víctimas más frecuentes en todos los tipos de maltrato fueron las hijas e hijos (44.9%) y la cónyuge (38.9%).
- La ENVIF reveló que de los hogares con jefe hombre, 32.5% reportó algún tipo de violencia; porcentaje mayor al que fue reportado en los hogares dirigidos por mujeres (22%).
- En los hogares donde se detectó maltrato emocional, sus expresiones más frecuentes fueron los gritos (86%), el enojo fuerte (41%) y los insultos (26%). En los 215 mil hogares donde se detectaron intimidaciones, éstas se expresaron en actos como empujones (46%), jalones (41%) y amenazas verbales (38%). Asimismo, en aquellos hogares en donde se identificó violencia

⁶⁸ Abbott J. Et. Al. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population JAMA 273 (22) 1763 -1767. 1995

⁶⁹ Bailey et. Al. Risk factors for violent death of women in the home. Arch Intern Med 157(7) 777-782. 1997

⁷⁰ Kaslow et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African. 1998.

⁷¹ Bergman. Suicide attempts by battered wives .Acta Psychiatrica Scandinavica 83: 380-384. 1991.

⁷² Rosales. Encuesta Nicaraguense de demografía y salud 1998. Managua Nicaragua Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1999

⁷³ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. INEGI.Mexico. 2004.

física (147 mil), las formas que asumió este tipo de violencia fueron golpes con el puño (42%), bofetadas (40%), golpes con objetos (23%) y patadas (21%). Cabe señalar que los tipos de violencia no son excluyentes.

- En los más de 14 mil hogares donde se registró abuso sexual, éste se tradujo en presión verbal para forzar relaciones sexuales (84%), uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (54%) y obligar a tener relaciones sexuales cuando otros ven y oyen (6%).
- Los resultados revelan que sólo solicitaron ayuda 14 de cada 100 hogares (14.4%) en donde se registran actos de violencia. Los tipos de apoyo más requeridos fueron el psicológico y el de la iglesia.
- Por cada 100 receptores de violencia, 96 son mujeres y cuatro hombres. De los generadores de violencia, nueve de cada 100 son mujeres y 91 hombres.
- El DIF reportó 28 mil 559 menores maltratados atendidos en el año 2000. El tipo de maltrato más frecuente es el físico (31.2%), seguido de la omisión de cuidados (27.7%).
- De cada 100 llamadas a la Línea Mujer, 59 solicitaron apoyo psicológico y/o legal por maltrato intrafamiliar.
- De cada 100 llamadas relacionadas con situaciones de violencia, 77 corresponden a llamadas de mujeres. Las 23 restantes corresponden a hombres.
- De acuerdo con la Secretaría de Salud, en el año 2001 se atendieron 855 mil casos por lesiones; de éstos, 1.7% corresponde a lesiones por violencia intrafamiliar. El 60% de las atenciones por violencia intrafamiliar correspondió a mujeres.
- Se calcula que, en la Ciudad de México, la violencia doméstica ocupa el tercer lugar en pérdida de años de vida saludable (AVISA), después de los problemas de parto y la diabetes -esta última es la primera causa de pérdida de AVISA-.

Porcentaje de Mujeres con algún incidente de violencia por entidad federativa en México

ENTIDAD	PORCENTAJE DE MUJERES CON ALGUN INCIDENTE DE VIOLENCIA	Emocional	Física	Económica
FEDERATIVA	Al Menos uno			
Baja California	47.3	40.1	7.6	29.3
Coahuila	42.6	35.1	7.6	26.3
Chiapas	27.0	21.4	7.4	15.8
Chihuahua	46.3	39.0	8.4	28.3
Hidalgo	41.5	33.6	10.0	27.2
Michoacán	45.6	38.6	10.1	30.1
Nuevo León	28.6	22.9	5.0	18.1
Quintana Roo	43.0	35.2	9.4	28.0
Sonora	49.8	41.3	8.4	31.8
Yucatán	37.2	29.7	6.7	25.4
Zacatecas	49.3	39.3	8.1	28.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2004. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. INEGI. México.

6.2.LA ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar⁷⁴ 1999 (ENVIF) se identifica dentro de los hogares la presencia de diferentes manifestaciones de violencia como son el maltrato emocional, la intimidación, el abuso físico y el abuso sexual; reconociendo para cada una de ellas la forma como se presentan, su frecuencia y los actores involucrados.

Según los resultados de la Encuesta, en poco menos de uno de cada tres hogares — 30.4%— del Área Metropolitana de la Ciudad de México, tiene lugar alguno de estos actos violentos. Estos se presentan en el 32.5% de los hogares dirigidos por hombres, mientras que ocurren con menor frecuencia —22.0%— en los encabezados por mujeres; asimismo, se presentan más a menudo en los hogares cuyo jefe gana de 3 a 5 salarios mínimos —37.1%— que en los extremos de la escala de ingresos, en donde uno de cada cinco se encuentran en esta situación, y en los hogares en donde el jefe está separado —46.0%—, en comparación con los casados —14.6%— o con los viudos —16.6%—.

En cuanto al nivel de instrucción del jefe o la jefa de familia, se tiene que de los hogares cuyo jefe no posee instrucción alguna, el 31.2% presenta actos de violencia; de los que cursaron la primaria, el 34.6%; de los que cuentan con educación media, el 30.5%; de los de educación media superior, el 25.4%; y finalmente, de los que cursaron educación superior, en el 29.8% ocurren acciones violentas.

El maltrato emocional constituye el tipo de agresión que aparece con más frecuencia, ya que ocurre en el 99.2% de los hogares en los que se registra algún tipo de violencia; la intimidación se manifiesta en el 16.4%; la violencia física en el 11.2%, y el abuso sexual en el 1.1% de éstos.

Las principales formas en las que se presenta el maltrato emocional son el alza de la voz, que ocurre en el 85.1% de los hogares con violencia; el enojo que se da en el 40.8%, y el insulto que aparece en el 25.5%. Otras manifestaciones son la humillación verbal, el retiro del habla, la negación de alimentos, y la imposición de prohibiciones.

La intimidación se presenta principalmente a través de empujones, que ocurren en el 7.5% de los hogares con algún tipo de violencia; de jaloneos en el 6.7%, y amenazas verbales en el 6.2%, siendo otras manifestaciones, los intentos de golpe, las amenazas o el lanzamiento de objetos.

El abuso físico constituye la tercera forma de agresión en los hogares; éste ocurre principalmente a través de golpes con el puño, en el 4.7% de los hogares; de bofetadas, en el 4.5%; y de golpes con un objeto, en el 2.6%. Otros tipos de abusos físicos son las patadas, intentos de estrangulamiento y heridas con arma.

Las principales manifestaciones del abuso sexual son la presión verbal para tener relaciones sexuales, que ocurre en uno de cada 100 hogares con algún tipo de violencia; y obligar a tenerlas por la fuerza, en uno de cada 200 hogares.

Del total de hogares en los que ocurrió algún acto de violencia, únicamente el 14.4% buscó ayuda para resolver la situación. Este porcentaje es similar para el caso del maltrato emocional, y es del 47.3% en el caso de la presencia de abuso sexual. En cuanto al tipo de ayuda que buscaron los hogares, la tercera parte (32.1%) recurrió a especialistas, psicólogos o psiquiatras y 13.7% a la Iglesia, siendo el médico y la policía, con alrededor de 3% cada uno, las figuras menos frecuentadas. En dos de cada tres de los casos, la ayuda obtenida se calificó como buena. En el 70.2% de los

⁷⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta sobre la violencia familiar. 1999.INEGI.México. 2000

hogares que han sufrido algún tipo de violencia se tiene la expectativa de que estos actos vuelvan a ocurrir.

7. REPERCUSIÓN EN LAS VÍCTIMAS QUE ENFRENTAN LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

1. EN LOS NIÑOS(AS).

Varios estudios indican que la violencia intrafamiliar tiene consecuencias con los testigos de la misma violencia como si fueran ellos mismo violentados, que se traducen en problemas de conducta, dificultad de comportamiento, déficit escolar y por consecuencia deserción escolar, falta de relación positiva con compañeros de la comunidad, hay dificultad de adaptación al medio e incluye el ausentismo. Jaffe⁷⁵ dice que 55% de los niños estudiados sufren de retraimiento, y el 10% presenta actitudes suicidas, hay alto grado de ansiedad, que se manifiesta en morderse las uñas, jalarse el pelo, sufrir cefaleas, y dolores de estomago crónico y que posen conductas de alto riesgo en la edad adulta.

Además se refiere que los niños expuestos a la violencia⁷⁶ la tercera parte son violentos en la resolución de sus conflictos en la vida adulta. Por o tanto a menudo resulta difícil separar las causas de las consecuencias, ya que crecer en una familia en la que son testigos de la violencia intrafamiliar, donde se sufre abuso y maltrato y siempre se vive en estrés constante y continuado, esto es una vía importante por la que el ciclo de la violencia intrafamiliar sé perpetua, ya que se aprende como norma de conducta aceptada por el medio.

La victimización⁷⁷ directa de los niños / as también perpetua el ciclo de la violencia, ya que son niños y niñas con baja autoestima, incapacidad para rechazar el abuso sexual, o las relaciones sexuales no deseadas así como comportamientos autodestructivos. Así como un detonante predisponente para las alteraciones de salud mental.

La socialización de los niños y las niñas suele reflejar las normas y los valores culturales relacionados⁷⁸. Se estimula a los niños a ser agresivos y sexualmente activos mientras que a las niñas se les enseña ha resistir la actividad sexual y a ser dulces, abnegadas, pasivamente aceptantes.

Cabe destacar la necesidad de un trato especial a los niños víctimas de abuso, más cuando se trata de menores o adolescentes abusados sexualmente. Las consecuencias a nivel físico, psíquico y social son muy importantes⁷⁹. Sentimientos de vergüenza o culpa inevitable, de falta de confianza, confusión, sentimientos de suciedad, daño serán más grandes, cuanto más cercana sea la relación entre el abusado y el abusador. En estos casos hay que enfocar a todo el grupo familiar para

⁷⁵ Jaffe et al. Children of battered women vol 21 en Developmental CLINICAL Psychology and Psychiatric Newbury Park CA. Sage Publications. 1990

⁷⁶ Loredo A. Col. Maltrato al menor una urgencia medica y social que requiere atencion multi-disciplinaria. Boletín Medico Hospital Infantil México vol. 135.no 6 .pp 105- 110. México. 1999

⁷⁷ Loredo A. Col Interrelacion entre el abuso sexual y la violencia intrafamiliar con los medios masivos de difusión ¿realidad o ficción? Revista Mexicana de Pediatría julio- agosto. vol. 65 no 4 pp 171-176.México 1998.

⁷⁸ Loredo A. Col I taller iberamericano de maltrato al menor clinica de atencion integral del niño maltratado intituto nacional de pediatria. Boletin. Medico. Hospital Infantil México Secretaria de Salud vol. 55 no.3. marzo. México 1996.

⁷⁹ Loredo A. Cols maltrato al menor consideraciones clinicas sobre altrato fisico, agresion sexual y deprivacion emocional. Gaceta Medica México vol. 135. No.6 1999.

proteger al niño. Hay que buscar dentro de la familia, algún miembro que sea de confianza del chico, quien lo acompañará en la difícil situación de exponer lo vivido. Es importante creerle al niño. Hay muchos obstáculos para que el niño pueda hablar libremente: temores, vergüenza, sentimientos contradictorios como "quien me debería cuidar me pudo hacer daño", inseguridad del niño de hablar en contra de un adulto significativo para él. Nosotros debemos ayudarlo a través de la palabra, la verdad, el respeto, el no preguntar más allá de lo estrictamente necesario para registrar en la denuncia. "

2. EN LOS HOMBRES Y MUJERES JÓVENES.

En relación con lo anterior dice Johnson⁸⁰ Aunque es verdad que la frecuencia de maltrato y violencia intrafamiliar ejercida por hombres que fueron testigos y/o víctimas de violencia ejercida por sus propios padres, mas de la mitad de los hombres que sufrieron dicha exposición nunca se comportan violentamente en sus familias y/o parejas⁸¹. Datos de algunos países demuestran que el primer acto sexual que experimentan las niñas y jóvenes suele ser forzado frecuentemente ⁸², aceptado por miedo a la violencia nos refiere: Wood, Maforsh y Jewkes⁸³, y esto no importando el género.

Esto tiene gran incidencia en abortos clandestinos, en maternidades forzadas, en incursiones en uso y abuso de sustancias tóxicas y se aprende el síndrome de indefensión aprendida donde el poder lo ejerce el agresor, pero se resuelve en distinta manera en los géneros ya que el joven varón aprenderá por aprendizaje social a la resolución de conflictos en forma violenta, en cambio la joven mujer aprenderá a ser sumisa y obediente para evitar la violencia

Otro indicio de violencia y consecuencia de la misma es la exposición a "situación de calle"⁸⁴ de los y las jóvenes, que en ocasiones piensan que saliendo de casa, se van acabar los abusos, golpes y malos tratos, pero se encuentran con explotaciones, drogas y abuso tanto de sus pares como del poder judicial. Esto también tiene gran repercusión en la salud de los posibles adultos.

3. LAS MUJERES.

Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con frecuencia sufren situaciones de abuso en forma cíclica, escalonada y con intensidad creciente, que va desde los insultos hasta lesiones y puede concluir hasta en homicidio Ferreira⁸⁵ dice " una mujer golpeada es aquella que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico y sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vinculo intimo" y se detectan varios tipos

La violencia sobre la mujer puede tomar muchas manifestaciones, desde las más

⁸⁰ Johnson Dangerous domais violence against women in Canada. Nelson Canada International Thonson Publishing corp. 1996.

⁸¹ Carswell Jane. Lineamientos para el diagnostico y tratamiento de casos de violencia domestica de la asociacion medica americans (American Medical Association) Arc Fam Med 1.39-47. 1992

⁸² Consenso sobre la introducción a las causas y soluciones de la violencia psicosexual hacia las mujeres Instituto Valenciano de estudios de Salud Publica Valencia España

⁸³ Wood K. Maforah F. Jewkes R. he forced me to love him: Putting violence on adolescent sexual health agendas Soc. Sci Med 47. Pp 233-242. 1998

⁸⁴ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. La Dificil situacion de los niños de la calle. 66 sesion.1994/3. ONU. 1994.

⁸⁵ Ferreira. Violencia Familiar. En violencia familiar una mirada interdisciplinaria de Corsi Jorge. Editorial Paidós México.1994.

sutiles y difíciles de diferenciar hasta las más brutales. La misma puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer. Es un hecho innegable que la violencia afecta su nivel físico y mental, inmersa en una relación de abuso. Los padecimientos asociados al maltrato son: o dolor de cabeza crónico o dolor abdominal, muscular o infecciones vaginales recurrentes o alteraciones del sueño o trastorno de la alimentación o fracturas, depresión o embarazos no deseados, dolor pélvico o asma o abuso de droga o alcohol o enfermedades sexualmente transmisibles independiente H.I.V. La violencia en una mujer embarazada puede tener alcances mortales para la madre y el bebé.

Las lesiones no sólo son físicas sino que el impacto mayor es en la salud mental de la mujer y en el niño. Desarrolla un cuadro de stress permanentemente asociado con depresión, baja autoestima, aislamiento social, suicidio, intentos de suicidios reiterados u homicidio. Investigaciones, han probado que mujeres maltratadas durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y post-parto. Dichas complicaciones se refieren a hemorragias, infecciones y otras. Generalmente los bebés nacidos bajo esta situación tienden a ser de bajo peso, con trastornos que ponen en riesgo su supervivencia y, sus secuelas, van a influir en su crecimiento y desarrollo posterior. Cabe destacar la maternidad forzada, a consecuencia de violación, el embarazo producto de coerción sexual como otra forma de maltrato

4. EN LAS PERSONAS CON NECESIDADES Y HABILIDADES DIFERENTES.

Dobash et.al⁸⁶. Sostiene como la dominación histórica de los hombres sobre las mujeres, y grupos vulnerables como los niños (as) discapacitados(as) y ancianos (as) incluye el uso de la violencia que ha sido sancionada o aceptada por las creencias culturales. Ya que este grupo de personas con necesidades y habilidades diferentes para la cultura no son hombres y mujeres completos y por lo tanto son y debe ser focos para ejercer la violencia por relación de poder. En muchos entornos la violencia se considera normal⁸⁷ y una prerrogativa de los hombres y se ejerce como castigo o como agresión. Que en este caso es la violencia castigo la que se practica y que va desde la física, emocional, abandono de las necesidades básicas etc.

1. **ABUSO FISICO** - Incluye una escala que puede comenzar con un pellizco, continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, torceduras, pudiendo llegar a provocar abortos, lesiones internas, y llegar al homicidio.
2. **ABUSO EMOCIONAL** - Comprende una serie de conductas verbales tales como insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización, amenazas, etc. La mujer sometida a este clima emocional, sufre una progresiva debilitación psicológica, presenta cuadros depresivos y puede desembocar en el suicidio.
3. **ABUSO SEXUAL** - Consiste en la imposición de actos de orden sexual, contra la voluntad de la mujer, incluye la violación marital.

5. EN LOS ANCIANOS(AS).

Se realiza con todo acto, acción u omisión hacia los ancianos y ancianas por parte de algún miembro de la familia comprende las lesiones físicas, tratamiento despectivos, descuido en la alimentación, el abrigo, cuidados médicos, abuso verbales, abandono emocional, el ignorarlos y no tomarlos en cuenta así como también el financiero todo

⁸⁶ Dobash. , Dobash and Wilson. The myth of sexual symmetry in marital violence. social problems 39. pp.71-79. 1992

⁸⁷Cladem. Perú. Violencia domestica cuaderno de trabajo diferentes autores comisión jurídica. Foro M ujer. Perú. 1999.

ellos se resume en la falta de atención, de intimidad⁸⁸. El abuso emocional continuado, un sin violencia física, provoca consecuencias muy graves desde el punto de vista del equilibrio emocional.

Es toda acción u omisión que provoque daños físicos o psicológicos. Comprende agresiones físicas, tratamiento despectivo, descuido de la alimentación, abrigo, cuidados médicos, abuso verbal, emotivo, financiero, de parte de los hijos u otros miembros de la familia. Los ancianos son transmisores de tesoros espirituales depositarios de sabiduría y cariño, portadores de sentimientos y arraigos de pertenencia a una familia extendida, que otorga sentido de trascendencia. La vejez posee su propia funcionalidad y los instrumentos necesarios para vivir una vida plena en lo físico, psíquico y social. Las barreras impuestas a su funcionalidad son, con frecuencia, fruto de formaciones y mitos, más que el reflejo de deficiencias reales. Muchas son víctimas de violencia psicológica al ser despojados de su propio hábitat, invadiéndolos con pretexto de cuidarlos, que a veces encubre el apropiarse de bienes materiales o pensiones y/o jubilaciones^{89, 90}.

La mayor victimización de los ancianos⁹¹, según lo reflejan investigaciones⁹², es realizada en primer lugar por los hijos y en segundo lugar por sus cónyuges. Son víctimas de violencia física y la misma implica desde lesiones leves a graves, siendo muy frecuentes las fracturas. Muy encubierto y difícil de tomar conciencia es la violencia generada por "negligencia". Dentro de ella se encuentran acciones como abandono material, soledad, no dialogar ni participar de actividades con el anciano, la falta de actividades de recreación, etc. Dentro del abandono podemos encontrar falta de asistencia: médica, medicamentos, higiene, servicios (luz, calefacción, gas, etc.), alimentos, vestimenta. En síntesis, debemos creer en el testimonio vertido por el abuelo y verificar el grado de riesgo de los hechos, esto conducirá a las acciones a implementar. El afecto, la capacidad de escuchar atentamente, favorecerá la contención.

8. EL USO DE SERVICIOS DE SALUD

En los países industrializados parece existir una asociación entre la victimización y el uso de los servicios de salud, Ya que las víctimas de violencia intrafamiliar buscan la atención medica con mas frecuencia de las que no la sufre, en Estados Unidos un estudio de una organización de salud afirma que el costo de la atención medica de las mujeres violentadas o que sufren agresión física o psicológica fue de 2,5 veces mayor que de las no violentadas. Los datos sobre este aspecto procedentes de nuestro país son imposibles, hasta este mes de noviembre, se pone en funcionamiento la norma para los criterios para la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar.

Ya que aunque es posible que las mujeres no acuden a los servicios específicos de atención a la violencia domestica o intrafamiliar, pero si al servicio de salud, (esto es por miedo, temor, vergüenza,) piensen que el servicio medico es más informal y pasa desapercibida la situación de violencia, también es posible que utilicen estos para

⁸⁸ Centro de desarrollo municipal. Directorio nacional de información municipal México 1995.

⁸⁹ Wood Hay. Domestic violencia in the emergency departament. In emergency medicine. Clinics of North America vol. 17 no. 3 agust 1999.

⁹⁰ Hartmann. Un matrimonio mal avenido hacia una unión mas progresiva entre el marxismo y el feminismo. Zona abierta pp 85-113. 1980

⁹¹ Lawler Mary Phd. Domestic violence research letters to the editor the journal of family practice vol. 47 no. 3 sept 1998.

⁹² WHO. La vida en el siglo XXI. Una pespectiva para todos. Asamblea Mundial de la Salud.. Informe sobre la salud en el mundo 1998

resolver diversos problemas de salud relacionados con la violencia, como la depresión, mientras que la violencia propiamente permanece oculta.

Las numerosas consecuencias para la salud de la violencia intrafamiliar son importantes en lo que se refiere a la equidad en la salud ya que pueden incrementar la necesidad de atención de salud, al mismo tiempo que la mujer puede encontrar obstáculos para acceder a dicha atención. Y se enfrenta a la indiferencia hacia su problemática ya que el personal de salud si la paciente es conocida o desconocida solo utiliza el momento para regañarla y curar su herida pero nunca para profundizar en su problemática por falta de tiempo asistencial. En Estados Unidos que es la parte de referencia Scott Collins 1999 dice que más de la tercera parte de las que sufrieron violencia intrafamiliar notificaron que no habían obtenido la atención de salud que necesitan en al menos una ocasión.

También la violencia intrafamiliar tiene repercusiones en la actualidad con la cultura de la calidad ya que tenemos: Los costos beneficio donde se pueden ver los costos directos e indirectos tomando en cuenta los intangibles es decir en el costo directo se refiere a la pérdida de vidas, y de los servicios proporcionados, sean de salud, legales, de protección etc. En los indirectos como son los días de trabajo perdidos, la disminución de la productividad, lo cual repercute en el la economía global y en los intangibles que la mayor parte de la vez no son contabilizados debido a la dificultad que entraña su medición nos encontramos; el costo de las vidas destrozadas psicológicamente, el dolor crónico, del sufrimiento, del miedo, de la depresión, de los intentos de suicidio, de la perdida de oportunidades para lograr las propias metas y de la perdida del amor propio. Aunque puede ser útil considerar las consecuencias económicas de la violencia intrafamiliar también tiene la misma importancia la inclusión de aspectos humanos y sociales que impacta en la sociedad. Laurence y Palter Roth 1996 estudian investigaron los costos beneficio de la violencia intrafamiliar y la efectividad de las intervenciones en Estados Unidos.

En la mayoría de los estudios solo se consideran los costos de las lesiones y las muertes sin embargo los costos no solo repercute en la víctima, sino también en toda la familia, los recursos de las instituciones de la comunidad y la sociedad en su conjunto y en los programas destinados a disminuir dicha violencia. Además la violencia intrafamiliar contribuye al uso de sustancias psicoactivas, prostitución voluntaria o forzada, y problemas de incremento de salud mental que a menudo no se toman en cuenta según Laurence y Spalter Roth⁹³.

9. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y PERSONAL DE SALUD

La OMS para alcanzar la meta de salud para todos ha privilegiado las acciones dirigidas a eliminar las inequidades en salud. A través del programa de la mujer, la salud y el desarrollo. Se ha fortalecido el papel del sector salud en 10 países en lo que se refiere a la atención de mujeres y niñas que viven situaciones de violencia y a la movilización de organismos comunitarios, sectoriales, nacionales y regionales para su prevención⁹⁴.

Así se espera dar mayor visibilidad al problema al tiempo que se desarrollo un modelo para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar que posibilito el establecimiento de mas de 70 redes comunitarias, la capacitación de gran numero de

⁹³ Laurence L. Spalter Roth. Measuring the costs of domestic violence against women and the cost effectiveness of interventions. An initial assessment and proposals for further research Washington DC, Institute for women's Policy Research. 1996

⁹⁴ Natera G. Violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social salud reproductiva y sociedad 1.(2) 1-4. 1994.

personas y el diseño de instrumentos, sistemas y políticas que faciliten la detección y prevención de la violencia, así como la atención de las mujeres y niñas que sufren violencia en sus hogares.⁹⁵

Ante la violencia intrafamiliar el personal de salud presta mayor atención a las lesiones leves o graves que son parte de un proceso más complejo y su interpretación de la situación casi siempre se hace en emitir juicios de valor y ejercer presión sobre la víctima, para que abandone dicha situación y si se mantiene es por que "le gusta o es tonta" si es mujer, y si son niños, los padres tiene "el derechos de corregirlos", y cuando se trata de ancianos estos "son necios e insoportables" y si son discapacitados imagínate "esta nervioso lo han aguantado tanto tiempo". En relación a esto hay un estudio de:

Oaxaca Ayala⁹⁶ quien realizó un estudio hecho por la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el objetivo de evidenciar la terminología y la comprensión del personal de salud acerca de la violencia familiar, mediante el dialogo. Se solicito datos personales, y se abordo conocimientos sobre el tema de la violencia y actitud frente a este fenómeno De los 40 profesionales de salud entrevistados el 75% pertenece al genero femenino y tan solo el 25% representó al masculino. La edad promedio de edad de los individuos correspondió a 36 años, con un rango de 47 a 21; y la antigüedad de los trabajadores fue de 6 años en promedio.

La distribución del personal de salud con respecto a su profesión fue: 25% médicos y 25% enfermeras, mientras que el 50% restante correspondió a trabajadores sociales, odontólogos, nutrólogos y psicólogos, con un 12.5% respectivamente. y se encontró como resultado que;

a. Conocimiento de la violencia

La expresión que se observo para definir la violencia en un 90% de los entrevistados refirió a esta como *agresión física*; no obstante se advirtió otras expresiones complementarias como *presión psicológica* y *ejercicio de poder*. En cuanto al agresor el personal de salud identifica al *genero masculino* (50%) y en el rol familiar de *padre* (55%), *esposo* (35%) o *hijo* (10%)

Con respecto al tipo de violencia familiar que más frecuentemente identifican en su quehacer profesional el 100% del personal de salud señaló la *violencia física y psicológica*, consintiendo que el entrono familiar es el espacio donde se da origen a esta, y los grupos más vulnerables que resultan ser victimas de la misma, son las *mujeres y los niños* (80%). Indicando en un 90% que las *hematomas* son las expresiones más palpables de la violencia inflingida.

Por otra parte vislumbran que los factores de riesgo que inducen la violencia son aspectos de orden *económico* (41%), *culturales* (36.4%) y *educativos* (22.6%), y que conllevan al *consumo de drogas y alcohol* (60%) y altos niveles de *estrés* (40%).

Entre las condiciones identificadas por el personal de salud, como factores predisponentes para convertirse en victima de la violencia fue *la ignorancia* (40%) y *baja autoestima* (40%) como las más sobresalientes. Señalando que la actitud de las

⁹⁵ Muñoz Cano La violencia intrafamiliar en México. Un estudio socioeducativo. Tesis de Maestría en Pedagogía. Facultad de Filosofía y Letras.UNAM México2000.

⁹⁶ Oaxaca Ayala. y cols.<copnacimiento y Actitud ante la violencia Familiar del Personal de Salud de Unidades de Primer Nivel de Atención de un Programa Universitario de Salud.Programa Universitario de Salud,. Facultad de Salud Publica y Nutricion Universidad Autonoma de Nuevo Leon México

victimias de violencia manifiestan *sumisión y temor* (70%), *baja autoestima* (20%), *tristeza* (5%) y *encubrimiento* (5%), tal es el caso de las mujeres en el rol de esposas. Mientras que en los menores de edad, el 60% de los entrevistados refirió *irritabilidad, apatía, introversión, miedo y rebeldía* como aspectos evidentes de la violencia; además describió en un 35% el *bajo rendimiento escolar* y en 5% la *enuresis*.

Así mismo, mencionan que el tipo de familia en la que es evidente con mayor frecuencia la violencia es la *desintegrada* (50%), y cuyas características entrañan *bajo nivel socioeconómico*, y *patrones culturales* que favorecen a la violencia.

b. Actitud frente a la violencia

Un 30% del personal manifiesta *interrogar* de manera intencional a los pacientes a fin de identificar las causas de sus lesiones. El resto no toca el tema durante el lapso de la atención médica brindada. Citando el 100% que la causa por la cual no indaga es por considerar esta situación como *personal o íntimo*. Así mismo, detalla en un 70%, que el paciente debe *promover* la pauta para que el personal de salud ahonde al respecto. Con respecto a su percepción ante la identificación de un caso de violencia, el 50% se declaró *impotente* ante la situación, el 30% *enojo* y el 20% *falta de capacidad* para manejar estas situaciones.

Entre los obstáculos que el personal de salud identifica para canalizar a las víctimas, se encuentran la *carencia de capacitación* (98%), la *falta de protocolos de detección y manejo de causas* (90%) y la *insuficiencia de tiempo* para atender estas situaciones (50%).

En cuanto a los casos identificados de violencia en particular por los médicos quienes tienen contacto inicial con la víctima, el personal menciona en 90% estar *atentos y apoyar* a la víctima, y un 10% reconoce que no lo hace. Quienes apoyan a la víctima el 50% refirió *documentar* y el resto no lo hace; el 80% *referencia a las víctimas a consejería* con la Trabajadora Social o Psicóloga; y tan solo un 20% de ellos lo turnaba para *asesoría legal*. Mientras las enfermeras en un 100% solo abordaba la problemática desde la perspectiva de *atención a las lesiones*, sin dar seguimiento, sin embargo si *escuchaban atentamente* a las víctimas de la violencia.

El personal de Psicología y Trabajo Social, son quienes respondieron en 100% de tomar *acciones inmediatas* para atender a las víctimas y canalizarlas a instituciones para recibir apoyo legal y social. Los nutriólogos y odontólogos manifestaron en un 100% tomar una conducta de *no involucrarse* en los casos de violencia. El personal de salud en su querer hacer "bien las cosas", ⁹⁷solo manifiesta su atención en las lesiones, pero no se compromete con el problema, aun sospechándolo porque prevalece la cultura de lo íntimo y privado, de no meterse en problemas, ni en cuestiones legales, no es del ámbito de salud, puede tener capacidad de escucha, pero trata a la víctima como un número más o un miembro afectado, aun lo puede tratar con pericia para convertirla posteriormente en un objeto, no en una persona, en ocasiones la víctima de violencia puede tener la única ocasión segura de manifestar lo que le pasa, pero el miedo del personal de salud esta en: ¿que le puede proporcionar? ¿A donde se va, si deja su casa? ¿Y si la golpean más? O en ocasiones se ven reflejados en alguna situación personal no concluida, o lo ve tan normal porque también viven con y en violencia y no saben como reaccionar, y/o les asusta la situación que perciben. En otras ocasiones reaccionan con ira, o enojo haciendo una reacción también en la víctima que reacciona ante el personal de salud

⁹⁷ World Health Organization. Putting women's safety first ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women Geneva WHO 2002

también con enojo convirtiéndose la situación en un círculo vicioso donde el personal de salud se convierte en víctima victimario y se favorece la segunda victimización

Es necesario que el personal de salud pueda transmitir a través de su actitud y percepción, un claro mensaje que el comportamiento violento no es aceptable y que la víctima no merece sufrir abuso y maltrato en ninguna circunstancia, y así mantener una relación de calidad dentro de la atención, y propiciar el inicio de diferentes caminos para una situación existencial que afecta su calidad de vida, dando confianza a dicha víctima y procurando hacer el hincapié que el problema básico es del victimario pero que existen alternativas de solución empezando con la propia víctima, y así empezar a dar fin a una historia sin fin.

Debemos recordar que muchas veces las lesiones físicas no son los resultados más importantes e incluso pueden no producirse a consecuencia de la violencia. Sin embargo la violencia puede tener otras importantes consecuencias negativas para la salud, como son las enfermedades gastrointestinales, problemas mentales, intentos de suicidios, desgarres vaginales y diversas alteraciones psicosomáticas, desnutrición, lesiones en piel etc. Aunque las lesiones físicas pueden servir como indicador, no proporcionan un marco amplio para describir y conocer otras muchas formas de violencia como el maltrato a los niños y a los ancianos, el abandono social etc.

CAPITULO II PROCESO VICTIMA / VICTIMARIO (UN CHIVO EXPIATORIO)

En este capítulo tratare el status de la víctima como “chivo expiatorio” para mantener el equilibrio dentro de la relación de familia que sufre la violencia intrafamiliar y obteniendo un poder, que le quita la tensión al victimario y le da la oportunidad de buscar la reconciliación y la paz, con lo cual la víctima tiene doble poder; el de propiciar la violencia y apaciguar dicha violencia, es decir la víctima o “chivo expiatorio” es congruente con el papel impuesto es odiado y amado al mismo tiempo y es la o el que permite perpetuar la relación existente en el grupo familiar, para explicar lo anterior iniciare exponiendo que es un “chivo expiatorio”. Los argumentos que se van a exponer no tienen la intención de justificar la comunicación violenta entre las personas sino seguir este pensamiento de tratar que otro cargue con las culpas para aliviar la tensión interna, y descubrir la manera en la cual esta interacción toma modalidades de manifestación.

1. ANTECEDENTES MITOLÓGICOS.

En la Grecia antigua⁹⁸, Dionisos asumía la forma de un chivo, que se le venero tanto en Atenas como en Hermione con el nombre de “él de la piel negra”; se recubría de hojuelas de oro como procedimiento para proteger los viñedos contra el moho. Para salvarse de las iras de Hera, su Padre Zeus trasformó al joven Dionisos en chivo y otra versión⁹⁹ es que Dionisos fue transformado en macho cabrío, por eso cuando sus seguidores despedazaban un chivo vivo y lo devoraban crudo, debieron creer que comían la carne y bebían la sangre del mismo dios; la practica de comer y beber del cuerpo del sacrificado ha sido practicada como rito religioso hasta nuestro días aun en forma simbólica. Y con ello se pretendía adquirir las cualidades del dios.

"La costumbre de matar a un dios bajo forma animal, era para participar de la esencia del mismo dios y esto tenia dos vertientes.

1. cuando el animal sagrado era en general respetado y 2. solo por excepción se le mataba, si tal finalidad era la primera el mito relataría algún servicio rendido por el animal a la deidad, si su finalidad era la segunda el mito referiría algún daño infringido al dios por el animal.”¹⁰⁰.

El sacrificio del macho cabrío al dios Dionisos se da en ofrecimiento a él mismo, alegando ser su propio enemigo y como el dios debe participar de la víctima que se le ofrece resulta, que cuando esta víctima es el mismo, el dios come de su propia carne, es decir se devoraba a si mismo. Por lo tanto a Dionisos se le representa bebiendo sangre cruda de un macho cabrío y como “el dios toro” a Dionisos, se le llama el “que come toros” por lo general siempre que se representa a un dios comiendo de un animal determinado, este animal fue en un principio el propio dios.

Queda todavía por conocer un aspecto de esta costumbre, las desgracias y pecados acumulados de toda la gente se cargan algunas veces al dios agonizante, que se supone

⁹⁸ Girard Rene. *Chivo expiatorio*. Editorial Anagrama. Colección Argumentos. París Francia. 1986.

⁹⁹ Alfonso Reyes. *Religión Griega, Mitología Griega*, Obras Completas XVI Letras Mexicanas. pp. 503; 3 -III .. Fondo de Cultura Económica. México 1991

¹⁰⁰ Frazer James George *La rama dorada*. Magia y Religión. Novena reimpresión. Traducción de Elizabeth y Tadeo I. Campuzano. FCE. México. 1986.

los llevara consigo para siempre, dejando a las gentes inocentes y felices. La noción de que podríamos transferir nuestras culpas y dolores a otros seres que los soportaran por nosotros es familiar a la mente de las personas. Se origina en una confusión obvia entre lo físico y lo mental, entre lo material e inmaterial, como el ser posible de cambiar una carga pesada de nuestros hombros a los hombros ajenos; es decir el victimario, cree igualmente posible transferir las cargas de sus penas, temores, tristezas, enojos e iras, a otro o otros¹⁰¹ que hará las veces de víctima, para que la sufran en su lugar, nos dice Frazer¹⁰² que se hace una transferencia o proyección de su incomodidad o malestar hacia el otro.

Entendemos por la nota anterior que el mal que se intenta alejar no necesita transferirse a un animal expresamente, sino puede ser transferido a un objeto, o persona, cuando se pasa a un objeto, solo sirve de vehículo para cuando sea tocado por una persona esta adquiera los males de lo que es depositario. Cuando el depositario es una persona¹⁰³, el objetivo es que ésta se lleve el dolor, sufrimiento e incomodidad sentida, sea en forma individual o colectiva.

2. PERSPECTIVAS DEL SÍMBOLO Y SIGNIFICADO

Girard¹⁰⁴ tiene una hipótesis que se puede resumir en; “que lo sagrado generado en la resolución de la crisis mimética¹⁰⁵ de la violencia a través de la víctima propiciatoria, (o expiatoria) es la matriz de toda la cultura.”

Dicha hipótesis de Rene Girard apunta de un estado original de violencia generalizada que no dependerá de la explotación y alienación (sentido marxista) ni de exclusiva rivalidad edípica entre padre e hijo (esquema freudiano) sino de una violencia reciproca que se desencadena entre iguales, dobles, pares, que quieren cada uno, apropiarse del otro, en su ser y en su haber. En esto Girard esta de acuerdo con Perrone y Nannini¹⁰⁶ en que es violencia agresión y no violencia complementaria. Es decir la violencia agresión es la que se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico, es decir igualitaria. y la violencia castigo es la que tiene lugar entre personas implicadas en una relación de tipo asimétrico, es decir desigualitaria¹⁰⁷.

Para Girard lo decisivo no es la relación con la naturaleza de la violencia, sino la relación entre los hombres que perpetúan el círculo de la violencia ¿Por qué se caracteriza

¹⁰¹ Castiglioni Arturo. *Encantamiento y Magia*. FCE. México. 2002.

¹⁰² Frazer J. idem.

¹⁰³ Mircea Eliade. *Tratado de historia de las religiones*. Editorial Biblioteca Era. Ensayo. México 1994.

¹⁰⁴ Etxeberria Xabier. *Conflicto y violencia colectiva*. En *Ética de la diferencia en el marco de la antropología cultural*. Universidad de Deusto Bilbao, 1997.

¹⁰⁵ Maisonnueve Jean *Ritos religiosos y civiles*. Profesor emérito de la Universidad de Nanterre París Editorial Herder. Barcelona España. 1991.

¹⁰⁶ Perrone y Nannini. *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Un abordaje sistémico y comunicacional. Terapia Familiar. Editorial Paidós. México. 2003.

¹⁰⁷ A pesar de que se trata de conceptos conocidos me parece conveniente puntualizar que se entiende por relación simétrica y relación asimétrica. En la relación simétrica A y B se hallan en situación de rivalidad y en actitud de escalada. Si A define un valor, B da a su vez una nueva definición, con la que provoca a A los participantes tienen el mismo status. En la relación asimétrica A y B están de acuerdo sobre la definición del papel y el lugar que le corresponden a cada uno. Hay una adaptación mutua. A define un valor y B lo acepta. Los participantes no tienen igual status, el modelo se basa en la aceptación y la utilización de la diferencia existente entre ambos .

fundamentalmente esta relación? Por la imitación adquisitiva o imitación de comportamientos de apropiación, que conduce necesariamente a la rivalidad esto es por la rivalidad mimética. Dicha rivalidad no surge porque varios desean un mismo objeto, no surge de la escasez (teoría liberal) sino de que se desea, lo que el otro desea, solamente porque lo desea. El objeto no es deseado y deseable mas que a través del deseo que el otro tiene de él y según ese deseo.

“La mimesis que designa la imitación, es a la vez la fuente del aprendizaje y de toda la rivalidad, fuerza de cohesión y de disolución; temida por unos que destacan los riesgos, despreciada por otros que reducen su alcance a las conductas del conformismo o de la apariencia”¹⁰⁸

La rivalidad no es el fruto de una convergencia accidental de los dos deseos sobre un mismo objeto. El sujeto desea el objeto, porque el propio rival lo desea. Al desear tal o cual objeto, el rival lo designa al sujeto como deseable (con lo que) ya no es el valor intrínseco del objeto, lo que provoca el conflicto, excitando la codicia de los rivales, sino es la propia violencia la que valoriza los objetos, la que inventa unos pretextos para desencadenarse mejor, cada uno, es tercero para el otro, donde hay reciprocidad perfecta, ya que los dos sujetos son dobles, que entran en un régimen de indiferenciación, situación ideal para la exploración sin freno de la violencia, no son los sujetos, ni el objeto, los que marcan la dinámica, sino la propia violencia.¹⁰⁹

Girard dice” Por otra parte todo es idéntico no solo el deseo, la violencia, la estrategia, sino también las victorias y las derrotas alternadas, las exaltaciones y las depresiones, en todas partes aparece la misma ciclotimia. Dentro del sistema cuando uno de los participantes desempeña el papel de padre y de rey, el otro solo puede ser hijo súbdito y / o viceversa,. Esto explica por que todos los antagonistas son incapaces por regla general de percibir la reciprocidad de las relaciones en que ellos mismos están comprometidos.”¹¹⁰

Esto se ejemplifica perfectamente en la violencia de genero que sigue una evolución que va de menor a mayor intensidad siguiendo una secuencia que comienza con la violencia verbal, el insulto, sigue con la ofensa emocional, continua con violencia física, progresiva, que puede ser indirecta al inicio y directa posteriormente. Al comienzo puede ser violencia contra objetos de propiedad y queridos por la víctima que son destruidos al lanzarlos violentamente contra la pared, después sigue con agresión directa, que va del empujón, la palmada, que sigue con el golpe de puño o con objetos contundentes. En cualquier momento en esta evolución, puede aparecer la violencia sexual y muchas veces para la víctima es la peor y más traumática de las violencias. Por ultimo no con poca frecuencia, se llega a la amenaza de matar, la cual hay que tomar muy en serio, porque frecuentemente la violencia de genero llega hasta el homicidio¹¹¹.

¹⁰⁸ Girard. Rene. Chivo expiatorio. Colección Argumentos. pp. 57. Editorial Anagrama. París Francia. 1982.

¹⁰⁹ Genovés Santiago. Expedición a la violencia. Colección Popular FCE. UNAM. 1993.

¹¹⁰ Idem 1983 pp 164.

¹¹¹ Faúndes A. Violencia de genero. Experiencia internacional. En violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy? Editores FENEGO IPAS México. 2003.

Los hombres impulsados por un deseo mimético de apropiación, entablan luchas por poseer los objetos que los miembros de una comunidad son generalmente incapaces de repartirse pacíficamente: mujeres, alimentos, armas, territorios, poder. etc. Hallarán en los ritos sacrificiales¹¹² una especie de violencia de repuesta, localizada en un único ser: primeramente un miembro del grupo “chivo expiatorio” después en un ser notable de una categoría sacrificable (extranjero, animales, bienes y objetos varios.)

“Este proceso permite efectuar sobre las espaldas del sustituto una reconciliación, provisional al menos y lleva a una sacralización de la víctima ya que el retorno al sosiego parece confirmar a la vez la responsabilidad que tiene en los desordenes primero y en el apaciguamiento que sigue a su muerte después”.^{113 114}

Girard nos dice que la venganza constituye un proceso infinito e interminable, cada vez que surge es un punto cualquiera de una comunidad, tiende a extenderse y a invadir el conjunto del cuerpo social, y entonces se convierte en deber. El deber de la venganza es debido a que el crimen horroriza y que hay que impedir ha los hombres que se maten entre sí. El deber de no derramar nunca la sangre no es en el fondo distinto del deber de vengar la sangre derramada, y de ahí la obligación de vengarla.

“... El crimen que la venganza castiga casi nunca se concibe a sí mismo como inicial; se presenta ya como venganza de un crimen más original...”¹¹⁵

¿Por que este mecanismo? ¿Porque sobrevive el grupo? ¿Porque la violencia es sobre un solo miembro del grupo?. Porque tal vez consiguen derivar a todos contra uno, para liberarse de la culpa. Porque consiguen pasar con ello del paroxismo de la indiferenciación a la unanimidad violenta del grupo contra una víctima, cuya ejecución va a acarrear la reconciliación del grupo¹¹⁶. Los humanos han frenado la violencia con la violencia a través de la institución sagrada de la víctima expiatoria.

Lo que significa que lo religioso está en la base de la constitución de los sistemas simbólicos y significantes de las sociedades humanas. La víctima de la violencia es propiciatoria inicialmente por pertenecer a la comunidad y convivir con el grupo en que vive su muerte social o física se ve como un acontecimiento fundador a través de dos transferencias:

1. Toda la violencia acumulada la transfiere en una proyección odiosa a la víctima única, a la que designa como causa de la violencia y por lo que la ejecuta,
2. A continuación, transfiere a la víctima la causa de la reconciliación y la paz con lo que la víctima es revestida de un poder extraordinario. Esto hace a la víctima expiatoria que sea odiada y adorada a la vez y el grupo vive la ambivalencia de tal situación.¹¹⁷

¹¹² Mircea Eliade. *Herreros y alquimistas*. Editorial Alianza México. 1999.

¹¹³ Girard Rene. *Ritos mimesis y violencia*. En *Ritos Religiosos y Civiles* pp 132. Editorial Herder Barcelona España. 1991.

¹¹⁴ Malinowski B. *Estudios de psicología primitiva*. Editorial Altaya. Barcelona España 1998.

¹¹⁵ Idem 1983 pp 22-23

¹¹⁶ *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*. Sociotam. Vol.VIII, no. 1 ene- jun. UAT, UNAM. 1998.

¹¹⁷ Girard R. *Ritos, mimesis y violencia*. en *Ritos religiosos y civiles* de Maisonneuve Jean. Editorial Herder. Barcelona España. 1991

La víctima posee un poder sagrado que sobrepasa las fuerzas humanas, porque mezcla potencias maléficas que propician la violencia y potencias benéficas que dan origen a la reconciliación. La unión de lo maléfico y de lo benéfico constituye claro la monstruosidad primaria y esencial, y de ahí que se haga la asimilación en el ser de un diferente, de la diferencia entre lo bueno y lo malo, entre la buena y mala violencia, la diferencia fundamental a la que parecen subordinadas todas las demás. De ahí el desplazamiento y ambivalencia en el sujeto, víctima / victimario y su relación amorosa ya que existe vínculo objetual y la víctima no se percibe como victimario.

Dice Girard¹¹⁸. " Los hombres no adoran la violencia como tal, no practican "el culto a la violencia" en el sentido de la cultura contemporánea, adoran la violencia en tanto que les confiere la única paz de la que gozaran jamás. A través de la violencia que les aterroriza es, pues, hacia la no violencia que tiende siempre la adoración de los fieles"

Es decir debe de meter en "cintura" al que transgrede, al que desequilibra, al que desentona y cuando lo logra tiene la paz deseada, aun por un momento y que cada vez la alcanza menos y así es cuando se genera en el grupo la violencia "preventiva" aunque se recrimina se aplaude, ya que limita la violencia y su extensión dentro de la comunidad. ¿Pero que es lo que les une a todos? El ser marginal en la sociedad los hace sacrificables porque su maltrato y / o muerte no supone riesgo de venganza, porque no habrá nadie para defender su causa y esto es lo que sucede en el grupo vulnerable de mujeres, niños (as), ancianos(as) y discapacitados(as).

Los grupos vulnerables con mayor riesgo de sufrir y padecer violencia intrafamiliar son las mujeres, los niños(as), los ancianos(as), las personas con capacidades diferentes, estos grupos son definidos culturalmente como los sectores con menor poder y se sabe que es el adulto masculino, quien mas frecuentemente ejerce la violencia (física, sexual, emocional) sobre ellos, como el grupo de madre e hijos.

Hay además otra razón interna del sistema: la víctima debe coincidir con el doble monstruo que absorbe todas las diferencias especialmente la interior-exterior a la comunidad y la humanidad sagrada. Pues bien los grupos marginales son más adecuados para ellos. Por ultimo el sacrificio debe ser vivido en una relativa ignorancia de su función sustitutoria y en un contexto religioso, para que no pierda su eficacia y por ello podemos comenzar a entrever porque aparece a un tiempo como una acción culpable y como una acción muy santa, como una violencia ilegítima y como una violencia legítima¹¹⁹ Toda la población se asocia gustosamente a ese tipo de ceguera. ¹²⁰

Eduardo Nicol nos refiere en Meditación de la violencia¹²¹ "se vive en violencia y cuando no se tiene se asombra, porque no se sabe vivir sin ella y no satisface la no violencia", esto que nos refiere es muy fuerte, porque la vida solo cobra sentido en relación de la violencia tanto para la víctima como para el victimario que solo bajo estas circunstancias existe para el otro. Y a través de esto existe y se hace visible.

¹¹⁸ ídem 1983 pp 261 y 269

¹¹⁹ Idem 1983 pp 15 y 18.

¹²⁰ Nicol Eduardo. Sigue la violencia. Comunidad histórica y especie natural en El Porvenir de la Filosofía FCE.. México. 1997

¹²¹ Nicol Eduardo. Duda Metódica y duda final. Meditación de la violencia En El porvenir de la filosofía FCE. 1997.

Nos dice Girard¹²² esta voluntad desesperada de negar la evidencia favorecía la caza de los chivos expiatorios un ejemplo lo tenemos en La Fontaine en su fábula de "los animales y los males de la peste". En ella nos hace asistir al proceso de la "mala fe" colectiva, que consiste en identificar la epidemia con un castigo divino. El dios colérico esta irritado por una culpa que no es igualmente compartida por todos. Para desviar el azote hay que descubrir al culpable y tratarle en consecuencia o mejor dicho, como escribe La Fontaine entregarle a la divinidad. Los primeros interrogatorios en la fábula son unos animales depredadores que describen ingenuamente su comportamiento de animal predador, el cual es inmediatamente disculpado. En ultimo lugar llega El asno el más débil, el menos sanguinario, y el menos protegido de todos, resulta a fin de cuentas inculpaado por todos los males presentes y es entregado a la divinidad para que pague su culpa.

Esto pone de manifiesto lo que la investigación epidemiológica refiere acerca del problema de la violencia intrafamiliar que ha demostrado que existe dos variables decisivas a la hora de establecer la distribución del poder en las familiar y en la sociedad y por lo tanto de determinada dirección que adopta la conducta violenta y quienes son las víctimas propicias o chivo expiatorio, mas frecuentes del daño que ocasiona estas dos variables son el genero y la edad.

Entonces si hemos visto que el nacimiento de lo sagrado esta unido a la violencia, el nacimiento de la sociedad y la cultura así como de la institución esta unido a lo sagrado también, ya que reposan en la ejecución de la víctima propiciatoria. Toda la comunidad y por ende las instituciones como la familia debe ignorar que las fuerzas malélicas de la violencia proceden de la misma comunidad e institución, y que ofrecen una cierta fascinación de violencia, pero que al mismo tiempo invitan al orden y a la paz. Se violenta "porque lo merecía", ya se "había pasado de la raya" "se lo busco" "esta como sedita" etc. es decir la sociedad justifica el uso de la violencia, pero no la legitimiza y eso es lo que ha pasado en la violencia intrafamiliar que esta muy recientemente se medicaliza y se sanciona como delito con lo cual se abre las puertas a algo que era intimo y particular del circulo víctima / victimario.

Pero dentro de las instituciones y de la comunidad esta prohibido la violencia, dichas prohibiciones restauran las diferencias, puro-impuro, bueno-malo, condición necesaria para salir de la espiral de la violencia que se conoce, acepta y legitimiza. También dice Girard.

"todos los medios practicados en alguna ocasión por los hombres para protegerse de la venganza interminable podrían estar emparentados entre sí y es posible agruparlos en tres categorías":

1. Los medios preventivos referidos todos ellos a unas desviaciones sacrificales del espíritu de venganza.
2. Los arreglos y las trabas a la venganza como las composiciones, duelos judiciales etc. Cuya acción curativa sigue siendo precaria
3. El sistema judicial cuya eficacia curativa es inigualable.¹²³

¹²² Girard Chivo expiatorio cap. I Guillaume de Machaut y los judíos pp 7-20.

¹²³ Girard 1983 pp 28-29

Y a quien podemos percatarnos de las acusaciones de la víctima cuando esta en crisis en realizar los deseos de venganza pidiendo justicia que después se hace, o vuelve culpa, frustración y enojo contra si misma.

Girard propone romper el circulo de la violencia a través de la no venganza es decir; para salir de la violencia es preciso inevitablemente renunciar a la idea de retribución; y pensar y realizar justicia retributiva, por consiguiente hay que renunciar a la conducta que siempre se ha considerado natural y legitima, la venganza. Nos parece justo responder a los buenos procedimientos con buenos procedimientos y a los malos con malos, es decir actuamos con la ley del talión, diente por diente y ojo por ojo. Pero este pensamiento es tomar la justicia en las propias manos que tal vez estaría justificada, pero lo necesario es devolverle a la víctima su poder de ser persona ni buena ni mala sino solo persona un poder no sobre los demás sino sobre si misma es decir un empoderamiento ante si y por si misma.

La violencia se percibe siempre como una legitima represalia por consiguiente hay que renunciar al derecho de tomar venganza e incluso a lo que muchas veces se atribuye a legitima defensa. Puesto que la violencia se mimética, y nadie se siente jamás responsable del primer brote, solamente una renuncia incondicional puede desembocar en el resultado que se desea, la no violencia. Porque la víctima se convierte en victimario y el victimario en víctima y no sabemos quien es quien en este circulo continuo, en esta historia sin fin, porque ambos están en simbiosis y necesitan de esta díada para continuar con el control de la situación ejerciendo un poder y control, pero al mismo tiempo perdiéndolo dicho poder y control, por estar frente a la violencia, porque no conoce otro tipo de relación comunicacional.

3. ESTEREOTIPO

En el circulo o ciclo de la violencia, ésta presente una historia sin fin se contempla la violencia directa y / o indirectamente en forma colectiva que tiene consigo tres supuestos o fundamentos, que Girard llama estereotipos que son:

- A) La descripción de una crisis social y cultural, o sea de una indiferenciación generalizada- que será el primer estereotipo.
- B) Tiene crímenes indiferenciadores – segundo estereotipo,
- C) La designación de los autores de esos crímenes como poseedores de signos de selección victimaria, con unas marcas paradójicas de indiferenciación – tercer estereotipo.

Y se habla aquí de cronicidad de la violencia que puede terminar en el cese de la vida del otro, así como de injusticias en propiciarle lesiones leves hasta llegar a las que ponen en peligro su vida o dejan secuelas tanto físicas como psicológicas, entonces su presencia nos lleva a afirmar que: a) la violencia es real, b) que la crisis es real, c) que no se elige a las víctimas en virtud de los crímenes que se les atribuyen, sino de sus rasgos victimarios, de todo lo que sugiere su afinidad culpable con la crisis, d) el sentido de la operación consiste en achacar a las víctimas la responsabilidad de esta crisis y actuar sobre ella destruyéndolas o, por lo menos, expulsándolas de la comunidad que contaminan¹²⁴.

¹²⁴ Fromm Erich. El Lenguaje olvidado Buenos Aires. Argentina. 1990

Y esto se aplica aun en la institución de la familia. ¿Esto tendrá que ver con la violencia Intrafamiliar? ¿ Con los grupos minoritarios? ¿ Con los grupos vulnerables? ¿ Con los enfermos? Sin duda, la víctima esta condenada de antemano no pude defenderse, ha sido condenada previamente, pero siempre existe un proceso, todo lo inocuo que se quiera pero que no por ello deja de manifestar su naturaleza de proceso. En las persecuciones históricas, los culpables permanecen suficientemente diferenciados de sus crímenes para que podamos equivocarnos acerca de la naturaleza del proceso¹²⁵.

En los mitos basta con la presencia del desdichado en la vecindad para contaminar todo lo que le rodea, contagiar la peste a los hombres y a los animales, arruinar las cosechas, envenenar los alimentos, eliminar la caza, sembrar la discordia en su entorno. A su paso todo se descompone y corrompe, no vuelve a crecer la hierba. Produce los desastres con tanta naturalidad como la higuera, higos. Le basta con ser lo que es". Es decir tiene un halo mágico abarcante, que todo lo que toca "se descompone, se contagia, se contamina, pero al mismo tiempo, sin su presencia no se logra restablece la calma, tranquilidad y salud. Tiene el poder de unir a la familia, de contribuir a la armonía dentro de la desarmonía, de proporcionar "bienestar" dentro de la dinámica familiar, de la comunidad o de lo social es decir "hay que poner un correctivo", "se lo merecía", "solo así entenderá".

El expósito como una víctima precoz, elegida en virtud de unas señales de anormalidad que le auguran un mal futuro y que coinciden, evidentemente, con los signos de selección victimaria enumerados anteriormente. Un ejemplo de invalidez es la de Edipo, su pasado de expósito, su condición de extranjero, de recién llegado, de rey le convierte en un auténtico conglomerado de signos. Los perseguidores se imaginan a su víctima tal como la ven, o sea como culpable, pero disimulan las huellas objetivas de su persecución.

Los perseguidores creen elegir su víctima en virtud de los crímenes que le atribuyen y que a sus ojos la convierten en responsable de los desastres contra los que reaccionan con la persecución. En realidad, están determinados por unos criterios persecutorios y nos los transmiten fielmente, no porque quieran sino porque no sospechan su valor revelador. Nos dirá Freud¹²⁶ busca el castigo para conservar la armonía y unión de la familia, comunidad o sociedad, ante el victimario y pose la cualidad de hacer cumplir su fantasía catastrófica, que los demás vean su halo mágico de víctima, para lograr que todo vuelva a la calma y la armonía.

La víctima no ha hecho nada de lo que se le reprocha, pero todo la señala para servir de expiatorio para mitigar la angustia o a la irritación de sus conciudadanos o familiares o pares. La víctima es un ser indiferenciado. Fue Lévi Strauss¹²⁷ el primero en descubrir la unidad de numerosos comienzos míticos recurriendo al término de indiferenciado. No obstante, para él este solo posee un valor retórico sirve de telón de fondo al despliegue de las diferencias.

En los mitos más salvajes cuando no más primitivos, los principales personajes son unos temibles transgresores y se les trata como a tales. Atraen sobre ellos gracias a este hecho un castigo que se asemeja extrañamente al destino que sufren las víctimas de las persecuciones colectivas se trata con frecuencia de una especie de linchamiento. Y esto

¹²⁵ Sinibaldi Julián. Velasco ML. Manejo del enfermo crónico y su familia. Manual Moderno. México. 2003.

¹²⁶ Freud Sigmund. El Malestar de la Cultura. Séptima reimpresión. Editorial Alianza. México 1997.

¹²⁷ Levi Strauss. El Totemismo en la actualidad. FCE. México. 1990.

mismo sucede con la red de apoyo social de la víctima de la violencia intrafamiliar cuando se le pregunta " Pues que hiciste" " como te portarse" " porque lo hiciste enojar" etc.

En los mitos transfigurados como el de Edipo, esta transfiguración mas extrema no abre un abismo infranqueable entre los mitos y las persecuciones ya descifradas. Cabe definir con una palabra en efecto el tipo del que depende es exactamente monstruoso. Hay que concebir lo monstruoso a partir de la indiferenciación es decir, de un proceso que claro esta no afecta en nada lo real pero si a su percepción.

El paso a lo monstruoso¹²⁸ se sitúa en la prolongación de todas las representaciones de que ya hemos hablado, la de la crisis como indiferenciada, la de la víctima como culpable de crímenes indiferenciadores la de los signos de selección victimaria como deformidad. Llega un momento en que la monstruosidad física y la monstruosidad moral coinciden, porque la víctima lo ha provocado. lo busco, lo merecía, y el victimario solo es el disparador para que se ejerza la violencia, tomando en cuenta que la intención del victimario no lo querían, solo deseaban corregir, enmendar, guiar, educar a la víctima, devolverla al buen camino.

En el monstruo mitológico lo físico y lo moral son inseparables. La monstruosidad moral en cambio asume la tendencia de todos los perseguidores a proyectar los monstruos que crean a partir de tal o cual crisis, de tal desdicha pública o incluso privada sobre algún desdichado cuya invalidez o cuya extravagancia sugiere una afinidad especial por lo monstruoso¹²⁹. Y así es como se siente y se percibe la víctima, como un monstruo ya que su actuación y conducta es lo que desencadena lo que no quiere o que evita la violencia y en el victimario procede el mismo fenómeno el no quiere tener culpa y frustración, pero la víctima lo provoca, lo enoja tanto que no puede controlarse es culpa de la víctima, ella lo provoco, y solo ella es quien se lo busco y solo este el victimario estaba haciendo lo "correcto"

Mircea Eliade¹³⁰ con relación a los mitos griegos une bajo el signo de lo monstruoso los rasgos de selección victimaria y los crímenes estereotipados, pero no los mezcla. En realidad considerarlo todo como ilusoria es una manera más astuta de eludir los problemas molestos que considerarlo todo como verdadero, la mejor coartada lo más concluyente siguen siendo este descubrimiento abstracto que niega toda realidad a la violencia sugerida por el mito.

Para entender lo que hay de sagrado, hay que partir de lo que Freud¹³¹ ha denominado el estereotipo de acusación, la culpabilidad y la responsabilidad ilusoria de las víctimas, conviene inicialmente reconocerlo como una autentica creencia, que se inserta en las percepciones de cada uno de los integrantes del grupo. No es preciso que simpaticemos con la creencia para que admitamos su sinceridad. Evidentemente son de naturaleza social. Siempre son unas ilusiones compartidas por un gran numero de hombres, las creencias mágicas están impregnadas de un cierto consenso social¹³² que posee un carácter bastante coercitivo sobre los individuos, que se hace evidente en el marco de actitud y percepción, ya que aunque de diga que se piensa, si se acepta, se actúa

¹²⁸ Castiglioni Arturo. Encantamiento y magia. FCE. México. 2002.

¹²⁹ Jung C.G. Psicología y alquimia. Editorial Plaza y Janes. España. 1994.

¹³⁰ Mircea Eliade El mito del eterno retorno. Editorial Alianza. México. 1999.

¹³¹ Freud Sigmund. Psicopatología de la vida cotidiana. Editorial Alianza. Biblioteca Freud 1999.

¹³² Bandura. Aprendizaje Social. Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona. Martínez Roca. S.A.1987.

inconscientemente y por tanto, se repiten y se aprenden en lo social, viendo como su forma natural y este es lo que ocurre con la violencia intrafamiliar.

Gracias al mecanismo persecutorio, la angustia y las frustraciones colectivas encuentran una satisfacción vicaria en unas víctimas que favorecen la unión en contra de ellas en virtud de su pertenencia a unas minorías mal integradas. Sin identidad que viven a través del otro y por el otro y no tiene una identidad propia sino solo en relación con el otro y es aquí cuando la víctima y el victimario se desplazan a una situación simétrica donde el victimario se convierte en víctima, de que no puede entender sus motivos de amor, posesión o celos, por el gran deseo de poseer a su víctima y en secreto ser su víctima misma, pero como esto lo aterra prefiere propiciar la violencia, al otro aunque eso no era su intención, solo disminuir su tensión.

La víctima es un “chivo expiatorio” entendiendo como chivo expiatorio algo que denota simultáneamente la inocencia de las víctimas, la polarización colectiva que se produce contra ellas y la finalidad colectiva de esta polarización¹³³ Los perseguidores se encierran en la lógica de la representación persecutoria y jamás pueden salir de ella la polarización ejerce tal presión sobre los polarizados que ha las víctimas les resulta imposible justificarse. Pero bajo el pretexto de que todo el mundo conoce su uso, nadie piensa nunca en comprobar exactamente lo que es y se multiplican los malentendidos.

El “chivo expiatorio” se describe en el Levítico¹³⁴, “imaginemos unos hábiles estrategas que no ignoran nada de los mecanismo victimarios y que sacrifican unas víctimas inocentes con conocimiento de causa, debido ha unas maquiavélicas segundas intenciones”.

Una concepción demasiado consciente y calculadora de todo lo que abarca la utilización moderna de chivo expiatorio elimina lo esencial a saber la creencia de los perseguidores en la culpabilidad de su víctima su enclaustramiento en la ilusión persecutoria que como hemos visto, no es algo simple, sino un autentico sistema de representación

El enclaustramiento en este sistema nos permite hablar de un inconsciente persecutorio y la prueba de su existencia esta en que hasta las personas mas hábiles actualmente en descubrir los chivos expiatorios de los demás jamás descubren los propios. Y sin embargo el universo entero esta lleno de chivos expiatorios, la ilusión persecutoria hace mas estragos que nunca, no siempre tan trágicos evidentemente como en tiempos de Guillaume de Machaut pero si más solapados.

Para explicar las epidémias los universos mitológicos jamás han necesitado otra cosa que unos crímenes estereotipados y claro esta unos culpables para estos crímenes. Comprobamos entonces que todo lo que se denomina sagrado coincide con el carácter ciego y masivo de esta creencia¹³⁵

En el mito y rito del chivo expiatorio nos nuestra un autentico retorno del orden comprometido en la crisis y muchas veces también el nacimiento de un orden totalmente nuevo en la unión religiosa de la comunidad vivificada por la prueba que acaba de sufrir.¹³⁶ De aquí que la víctima sufra la violencia intrafamiliar como "su cruz", como algo que

¹³³ Cassier Ernst. Antropología Filosófica. Colección Popular. Vigésima reimpresión. FCE. México. 2001.

¹³⁴ Nacar Fuster. Colunga A. Levítico. Leyes Culturales. Sagrada Biblia Librería Parroquial México.

¹³⁵ Girard. Rene ¿Que es el mito? en El chivo expiatorio. vol. 81. pp 35-70 Editorial Anagrama.

¹³⁶ Jung C.G. Psicología y religión. Editorial Paidos Studio México 1990.

"Dios", "El Señor", "El Destino" le mando y debe hacerlo para continua uniendo a la familia, debe de sacrificase, ya que es bueno para todos los involucrados.

La conjunción perpetua en los mitos de una víctima muy culpable y de una conclusión simultáneamente violenta y liberadora solo puede explicarse mediante la fuerza extraordinaria del mecanismo del chivo expiatorio. Esta hipótesis en efecto resuelve el enigma fundamental de cualquier mitología; el orden ausente o comprometido por el chivo expiatorio se restablece o se establece por obra de aquel que fue el primero en turbarlo. Es decir la víctima o chivo expiatorio que es responsable o culpable.

Si exactamente así es concebible que una víctima aparezca como responsable de las desdichas publicas y privadas, eso es lo que ocurre en los mitos, al igual que en las persecuciones colectivas, pero la diferencia reside en que exclusivamente en los mitos esta misma víctima devuelve el orden, lo simboliza e incluso la encarna.

Pero hay un enigma en lo sagrado primitivo con la inversión benéfica de la omnipotencia maléfica atribuida al chivo expiatorio propiciatorio para entender esta inversión y resolver el enigma es preciso contemplar detenidamente de nuevo nuestra conjunción de temas, nuestros cuatro estereotipos de la persecución, pasadamente deformados, mas la conclusión que nos permite ver unos perseguidores reconciliados. Y esto es lo que permite las fases del circulo de la violencia con lo cual el victimario siente el temor, que le infunde su propia víctima, que le lleva a concebirse a sí mismo como totalmente pasivo, puramente reactivo, totalmente dominado por este chivo expiatorio en el mismo momento en que se precipitan sobre él. Piensan que le corresponde toda iniciativa, tiene el derecho de corregir e impartir justicia ante la desviación, con lo cual aquí se convierte en víctima del que le provoca y con ello se perpetua esta historia sin fin.

Es el chivo expiatorio, el único responsable de todo esto, es el responsable absoluto de todo lo que pase a su alrededor y responsable también de la curación, ya que lo es también de la enfermedad. Pero ya he dicho que la dimensión principal de cualquier crisis es la manera en que afecta las relaciones humanas.

Pero tan pronto como estas causa externas dejen de intervenir el primer chivo expiatorio, la víctima, pondrá punto final a la crisis, liquidando sus secuelas interpersonales con la proyección de toda la maleficencia sobre la víctima. Convierte a la víctima realidad pasiva en la única causa fáctica y omnipotente frente a un grupo que se considera a sí mismo como enteramente manejado." A la execración unánime de la que ocasiona la enfermedad, debe superponerse, por consiguiente la veneración unánime por el curandero de esta misma enfermedad"¹³⁷.

Se atribuyen un ciclo completo de variaciones a la víctima colectiva que facilita el retorno a la normalidad, deducirán necesariamente de esta doble transferencia la creencia en un poder trascendente a la vez doble y único que les aporta alternativamente la perdida y la salvación, el castigo y la recompensa. Este poder se manifiesta a través de violencias de las que es víctima pero en mayor medida misterioso instigador y propiciador.

4. LA INTERACION VIOLENTA EN EL PROCESO DEL "CHIVO EXPIATORIO".

Como hemos visto la víctima expiatoria no conoce los alcances y los poderes de lo cual la inviste el victimario ya que solo este se lo adjudica, ni mucho menos conoce el alcance de

¹³⁷ Mircea Eliade. El mito del eterno retorno. Editorial Alianza México. 1999..

su poder para ser el propiciados y apaciguador del proceso que padece. Por ello la violencia adopta dos forma de manifestación:

- a) LA VIOLENCIA AGRESIÓN: es la que se da entre dos personas vinculadas por una relación de tipo simétrico igualitaria, existe una escalada de la violencia y ninguno de los dos quiere estar bajo el dominio del otro, es decir posee el mismo status¹³⁸.

En la relación simétrica la violencia toma la forma de agresión y su contexto es el de una relación de igualdad, la violencia se manifiesta como un intercambio de golpes, tanto uno como otro reivindican su pertenencia a un mismo status de fuerza y de poder.

Puesto que se trata de una relación igualitaria la escalada desemboca en una agresión mutua. Poco importa que uno sea mas fuerte físicamente, ya que la verdadera confrontación se realiza mas bien en el nivel existencial. Quien domina en lo corporal puede no dominar en lo psicológico y viceversa, la rivalidad se desplaza hacia otro ámbito. Los actores tienen conciencia de esta forma de violencia bidireccional, reciproca y publica, donde existen acuerdos tácitos, que son los contenedores de la agresión y cuando se transgreden aparece la violencia al interior de la familia sea en lo publico o en lo privado.

Cuando se trata de violencia agresión entre adultos se observa que los involucrados aceptan la confrontación y la lucha y así se desarrollan peleas de parejas terribles e interminables El libreto esta muy bien aprendido, puede estar cerca de la tragedia y el escándalo si se interroga a una víctima de violencia agresión puede escucharle decir "que su marido la golpea pero ella no le tiene miedo". La violencia agresión puede tener dos modalidades que son:

- a.1) DE SUBE Y BAJA; "PERRO DE ARRIBA, PERRO DE ABAJO".

Cuando se trata de violencia agresión entre un padre y su hijo el caso mas corriente es el estallido de cólera seguido de golpes dirigidos al más débil que no se somete a pesar de la paliza y mantiene su oposición y desafío entonces el nivel jerárquico "se borra" puesto que el niño o niña "sube" a la posición del adulto y pese a su edad le hace frente de igual a igual y se nivela la situación convirtiéndola en igualitaria.

A la inversa puede ocurrir que el Padre "baje" a la posición del hijo, poniéndose por el comportamiento como un niño y esto hace que se convierta en simétrica e intercambie violencia en un nivel igualitario.

En ambos casos y en la continuidad de la relación simétrica tras la violencia agresión suele haber un paréntesis de complementariedad que se llama pausa complementaria que es una unidad relacional como una caja de sorpresas y que desconcierta a los testigos y es utilizada como comodín por los involucrados, pero gracias a ellas se reanuda la historia sin fin.

El que ejecuto el acto violento pide "perdón" pasa a la posición baja y puede encargarse de curar al que sufrió la violencia, se abandona momentáneamente el enfrentamiento y acepta que lo atiendan, en consecuencia viene el momento de la reconciliación de la

¹³⁸ Perrone y Rannini. Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional Barcelona España. Paidós. 1997

reparación, un breve armisticio en el que los actores y los participantes, olvidan el pasaje al acto y refuerzan su alianza, durante este periodo pueden los actores pedir ayuda fuera del sistema, por ejemplo acuden al hospital para curar las heridas, o se hacen obsequios y / o se piden disculpas mutuamente, se refuerza la alianza, se formula acuerdos de paz y de no agresión, excepto que no se hayan respetado los acuerdos tácitos.

a.2) LA PAUSA COMPLEMENTARIA.

Comprende dos etapas diferentes;

- 1) La aparición del sentimiento de culpabilidad que será el motor de la voluntad y el movimiento de reparación
- 2) Los comportamientos reparatorios como mecanismo de olvido, banalización desresponsabilización y desculpabilización, sirven para mantener el mito de la armonía, de la solidaridad y de la buena familia.

La pausa complementaria es el momento en que los involucrados piden ayuda pero paradójicamente al tenerla rechazan dicha ayuda con el pretexto de haber vuelto a encontrar el equilibrio relacional, creyendo estar seguros de que no habrá mas violencia, es decir la pausa abre la puerta a una intervención terapéutica o medica, pero también puede bloquearla cuando los actores la utilizan como medio para trivializar la violencia por medio de reparaciones apresuradas. "Cuando por fin se han decidido hablar de la violencia ya no tiene nada que decir".

En la violencia agresión; la identidad y la autoestima están preservadas: el otro es existencialmente reconocido. El pronostico es positivo y las secuelas psicológicas son limitadas. Conscientes de la incongruencia de los episodios violentos, los involucrados de la violencia intrafamiliar con la modalidad de violencia agresión muestran su preocupación y su voluntad de salir adelante y romper el circulo vicioso de la historia sin fin.

- b) LA VIOLENCIA CASTIGO. La violencia castigo es la otra modalidad de la intervención violenta y se manifiesta así; "Es la que tiene lugar entre personas vinculadas en una relación de poder, de tipo asimétrico es decir desigual. Siempre esta uno arriba y otro abajo sin intercambiar posiciones. No tienen status igual se basa en la aceptación y la utilización de la diferencia existente entre ambos individuos.¹³⁹ no se intercambian los lugares, la víctima nunca jamás sube al lugar de victimario.

Se manifiesta en forma de castigo, tortura, negligencia o falta de cuidado, Puesto que se trata e una relación desigualdad, la violencia es unidireccional e intima El que actúa la violencia se define como existencialmente superior al otro y este por lo general lo acepta. La diferencia de poder entre uno y otro puede ser tan grande que el que se encuentra en posición baja no tiene alternativa y debe someterse contra su voluntad que es lo que sucede en la relación personal de salud paciente, donde el personal de salud ejerce su poder sobre el paciente, usuario o cliente.

Cuando se trata de violencia castigo entre adultos se observa que quien controla la relación le impone el castigo al otro mediante golpes, privaciones o humillaciones. Por

¹³⁹ Perrone R. Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional pp.36 -38. Editorial Paidós. Serie. Terapia Familiar. México 2000

ejemplo la relación hombre mujer donde la esclaviza, le quita su libertad, le impide contacto con el exterior y le niega su identidad.

Según él, el castigo se justifica porque ha descubierto una "falta" y el "otro o otra" debe estar al servicio del "amo y respetar la ley". Se observa en la víctima de violencia con viejas fracturas que nunca fueron tratadas, quemaduras, dientes rotos, cicatrices o marcas corporales de sufrimiento físico, así como el abandono social, la negligencia etc.

b.1) VICTIMA COMO "CHIVO EXPIATORIO"

Cuando se trata de violencia castigo del adulto contra el niño (a), anciana(o), o personas con capacidades diferentes, se observa lesiones reiteradas, torturas y privaciones de afecto y cuidado, como ejemplo niños o niñas encerrados en los armarios, sometidos a palizas brutales, definidos como anormales o diferentes a los que se les da faenas pesadas, están descuidados y presentan deficiencia y retraso en el crecimiento psicológico, biológico y social, las enfermedades están mal cuidadas que le llevan a estados graves, también sufre de desnutrición. Estos niños crecen con un sentimiento de indignidad, creen merecer los castigos son además, designados como víctimas propiciatorias o chivos expiatorios para los demás miembros de la comunidad.

En la violencia castigo no hay pausa complementaria el victimario considera que debe comportarse así y a menudo la víctima esta convencido que tiene que conformarse con la vida que le imponen (indefensión aprendida¹⁴⁰). Ninguno habla de la violencia en el exterior, tiene carácter de íntimo y secreto y por lo tanto se mantiene escondida, los dos tienen baja autoestima. La víctima presenta un importante trastorno de la identidad y su sentimiento de deuda respecto de quien lo castiga lo lleva a justificar los golpes y sufrirlos sin decir nada, tiene un gran sentimiento de culpa y frustración que la lleva a la rabia contenida.

El victimario a menudo es rígido, carente de toda empatía, impermeable al "otro" y a su diferencia, tiene ideas fijas, repeticiones y comportamientos destinados a rectificar todo lo que es diferente de si mismo. La negación total y el rechazo de la identidad de la víctima nos muestra que el victimario desea modelar aun hasta "quebrarla" por su "bien" para que se vuelva "como debe ser" vale decir conforme a su propia imagen del mundo.

En la violencia castigo esta afectada la identidad de la persona en posición baja, puesto que se le niega el derecho a ser "otro". Las secuelas son profundas, la autoestima esta quebrantada y el pronostico es reservado. La persona de posición alta tiene una mínima conciencia de la violencia y un confuso sentimiento de culpabilidad así como también esta afectada su autoestima. En la violencia intrafamiliar este tipo de violencia castigo, es la más difícil que llegue al centro hospitalario o pida ayuda, lo ve natural y merecido y lo prolonga en el tiempo por generación en generación ya que se transmite por aprendizaje social.

5. MODELO RELACIONAL DE COMUNICACIÓN Y LA MORALIDAD.

1. MODELO DE INACCION/ INDEFENSION¹⁴¹.

¹⁴⁰ Seligman ME. *Indefensión* Editorial Debate. Madrid España 1981

¹⁴¹ La indefensión aprendida de Seligman, también se le llama desesperanza aprendida, desamparo aprendido, indefensión aprendida o Learned helplessness. y tiene los siguientes integrantes, pasividad, dificultad para aprender respuestas que producen alivio, disminución de la agresión, desaparece con el tiempo, pérdida de

La diferencia entre ambas formas de violencia, agresión y castigo es extremadamente rica en información, ya que configura dos modelos relacionales diferentes, ya que aclara comportamientos posteriores a las situaciones de violencia y muestra que en el marco de una relación complementaria repetitiva un niño tendrá un cierto aprendizaje social¹⁴² que es el de solucionar los conflictos con la agresión simétrica. Mientras que los niños expuestos a las relaciones violencia castigo aprenderá por modelaje, la indefensión, y posteriormente la identificación con el agresor para evitar el castigo y entonces hace alianza con el y modela su personalidad como lo quiere el agresor.

Leonor Walker¹⁴³ dice " la víctima aprende y aprehende que haga lo que haga, siempre será maltratado(a) y que no puede controlar ni detener la conducta de su victimario y que cualquier acción de ella o de él, puede provocar un mal peor hacia si misma(o) o hacia otros que quiere." La indefensión aprendida opera inmovilizando, paralizando a la víctima para pedir ayuda, y mucho menos para ejercer cualquier intervención judicial contra el agresor

También se instaurara un estado de inercia superior con la consecuente racionalización¹⁴⁴ " haga Lo que haga todo seguirá igual" característica de la anomia personal, que manifiestan estas víctimas, ya que estas vivencias resignifican en ella, la imposibilidad de establecer cambio alguno, debido tanto a las barreras del espacio privado intrafamiliar, como del espacio publico extrafamiliar, además ha visto y vivido siempre, desde su familia de origen hasta la que forman esta situación y así "son las cosas" no se pueden cambiar.

Muchas veces la víctima prefiere resistir, aceptar las cosas como están y continuar viviendo en ese malestar, prefiere lo conocido que lo desconocido que le llena de incertidumbre, de miedo y la paraliza, que hará si no esta "X", "no es tan malo " etc. teniendo la certeza de que nada se puede modificar y esta también propicia la respuesta aprendida y aprehendidas de la indefensión que la sumerge en la parálisis, lo cual detiene e inmoviliza cualquier modificación, por temor a enfrentarse con situaciones peores, particularmente cuando han recibido innumerables amenazas.¹⁴⁵

2. SINDROME DE TRAUMATIZACION CONTINUO.

La característica principal Síndrome por estrés postraumático¹⁴⁶.(SEPT) es la aparición de síntomas que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, la respuesta incluye temor, desesperanza, horror intenso en los niños un comportamiento desestructurado o agitado, la víctima reexperimenta persistentemente el acontecimiento traumático, embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, también aparece la constelación de los siguientes síntomas afectación del equilibrio

peso por disminución de ingesta, déficit sexual, depleción de norepinefrina cerebral, úlceras y estrés.

¹⁴² Caballero M.A. Ramos. L. Col. El trastorno por estrés postraumático y otras reacciones. En las víctimas de violencia intrafamiliar. Salud Mental. Vol. 23 No. 1 Febrero 2000.

¹⁴³ Leonor Walker ciclo de la violencia intrafamiliar citado en Esparza Soto Hilda Algunas características de personalidad que presenta la mujer que sufre el síndrome del maltrato y que solicita ayuda psicológica en el Centro de atención a la violencia intrafamiliar(CAVI). Tesis de Licenciatura. en Psicología. Facultad de Psicología UNAM México 1994.

¹⁴⁴ Fromm Erich. Anatomía de la destructividad humana. Editorial Siglo XXI .2000.

¹⁴⁵ Garay Martínez Cols. Análisis de un proceso de selección y capacitación en unidades de atención a víctimas del delito sexual. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. 1991.

¹⁴⁶ DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. México 1999.

afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperanza, desesperación, sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas. Y esto es lo que sufre la víctima de violencia intrafamiliar y sobre todo la que sufre y padece la violencia castigo.

Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 a los 6 meses posteriores al trauma y se agudo si dura menos de 3 meses y es crónico si dura mas de 3 meses. De acuerdo con Dr. Erazo¹⁴⁷ (1980) quien delimita la patología provocada por la torturase hace extensible este termino de victimización vivida por las víctimas en el ámbito familiar y hace alusión a la controversia sobre la categoría diagnostica que parece adaptarse a los efectos psicológicos de la tortura y la represión denominado síndrome de estrés postraumático clasificado en el DSMIV y dice que considera incorrecto definir como cuadro postraumático aquellos casos en los que " las condiciones generales del trauma no han sido removidos" ya que muchas personas continúan experimentando los signos del síndrome tal como ocurre con las víctimas de la violencia intrafamiliar

Según Erazo dice " No son los recuerdos invasores traumáticos los que paralizan o despiertan súbitamente a una persona. Es además posible e incluso probable que la violencia vuelva a ocurrir" y por ello propone la categoría diagnostica que ha denominado síndrome de traumatización continuo "la calificación de continuo no esta aquí referida a la presencia de múltiples hechos traumáticos (que puede existir) sino al carácter amenazante de la realidad en que esta situado el sujeto. Esto se corrobora que hay personas adultas, niños y ancianos en que resisten la violencia castigo para expiar sus culpas, aunque crezca su frustración y enojo hasta llegar a la rabia y solo se resuelve en la muerte de alguno de los integrantes, porque eso "les toco vivir", y "así son las cosas" "que se puede hacer" "es buena persona solo cuando esta alterado por..."¹⁴⁸

3. LA MADUREZ MENTAL. BUSQUEDA DE SENTIDO A LA VIDA.

Existe también otro tipo de relación entre la víctima y el victimario que se refiere como la víctima quiere, desea y busca salir del circulo vicioso y cortar o terminar esta historia sin fin que es la violencia y Víctor Frankl¹⁴⁹ argumenta que un signo de madurez mental se traduce en el sujeto que se niega a aceptar el sentido de su vida basado en la repetición de un modelo transferido e incorporado originalmente.

La búsqueda propia de ese sentido es lo que le otorga la madurez mental. Esto lo vemos repetido en las víctimas de violencia intrafamiliar cuando narran los antecedentes de violencia padecidos en su familia de origen como víctimas o testigos silenciosos de dicho maltrato. Dichas víctima recibe por herencia una tradición, primero como hijas o hijos y luego como esposas (os). El limite en ambos casos es impuesto por el Victimario a través del golpe físico y / o emocional transfirieron a su nueva vida, como esposas o madres, el mismo modelo llagando a descubrir que su vida "no tenia sentido".

¹⁴⁷ Dr. Erazo cita en Sinibaldi J. Violencia Intrafamiliar. Apuntes del diplomado en el Instituto Cencalli México 2003.

¹⁴⁸ Natera G. Violencia y adicciones. En Uribe y Muñoz editores enseñanza e investigación en salud en México. Algunos retos para el sexenio 2001-2006 Secretaria de Salud pp 410-412. México. 2001

¹⁴⁹ Frankl Víctor. El hombre en busca de sentido. Conceptos Básicos de Logoterapia. Editorial Herder Barcelona. España.1979.

Frente al temor por sus hijos, al deseo de que ellos no tengan que "sufrir el mismo destino" y de que no lleguen a perpetuar el sistema vincular violento en sus vidas futuras estas víctimas logran pedir ayuda transgrediendo la "tradición" e imprimiendo de este modo la "búsqueda de sentido a su vida" a pesar que esto hace a la víctima estereotipada y estigmatizada, porque rompieron con algo que era la voluntad de dios y así siempre a sido es decir rompen con el aprendizaje social recibido.

Esto se instaura por la "voluntad de sentido" es decir por la necesidad de encontrar un sentido en la vida, la cual no deberá quedar satisfecha con el objeto de que perviva. El modo de llegar a ella para Víctor Frankl¹⁵⁰ es transformar una tragedia en triunfo¹⁵¹ pasando de la victimización a la culminación del vinculo violento. Es decir en estas situaciones límite debe promoverse el desarrollo de sí mismas como sujetos independientes, incentivándoles en todo aquello que pueden y desean lograr, y fortaleciendo su autoestima es decir empoderándoles.

4. LA SEGUNDA VICTIMIZACION.

La violencia en la familia se encuentra legitimada desde hace siglos por la existencia de creencias fuertemente arraigadas en nuestra sociedad, que tiñen las actitudes y percepciones de las propias personas, que viven en la situación de violencia y de aquellas que conforman el contexto social. Los mitos forman parte de un tramado ideológico, muchas veces no consciente, aceptado sin previo análisis por quienes conforman la sociedad. Los mitos sobre la situación de violencia familiar contribuyen a que ésta ocurra, se justifique y se mantenga y se propague esta historia sin fin.

La mujer golpeada y el niño maltratado, así como los ancianos y personas con capacidades diferentes, tienen incorporados esos mitos y se juzgan a sí mismos a través de ellos, como vejados y aislados como diferentes, pero también los tienen incorporados los agentes de servicio o sea el personal de salud (que le ofrecen asistencia médica, legal, preventiva, policial, etc.) y el contexto social inmediato que la rodea, esto es no consciente como un inconsciente colectivo diría Jung.

Cuando la mujer golpeada hace la denuncia, redefine su vínculo con el agresor y "se revela" a la continuidad de una interacción marcada por la violencia. En esa situación la actitud que asuman los agentes sociales y las personas que forman parte del contexto social será vital para poder romper con la interacción violenta.

Muchos de los mitos pretenden reducir a una explicación individual un fenómeno que debe ser comprendido abarcando el impacto del orden social general. Estos mitos son parte de la ideología de los agentes sociales que intervienen cuando la víctima de violencia hace la denuncia, de las personas que forman el contexto social y de la propia víctima. Las respuestas negativas de las instancias sociales que deben prestar apoyo a la víctima generan un impacto negativo en ella. Este hecho se describe como segunda victimización.

La segunda victimización¹⁵² se refiere a que si los profesionales encargados de acoger a las víctimas de violencia se encuentran cargados de mitos y prejuicios, éstos pueden

¹⁵⁰ Frankl Víctor. La Voluntad de Sentido Editorial Herder. Barcelona España 1983.

¹⁵¹ Frankl Víctor. El sentido del sufrimiento en Lluís Pifarré, Catedrático de Filosofía en www.arvo.net.

¹⁵² Mateos R. Araceli. Los implicados en la atención de maltrato deben interrelacionarse. En Internet diariomedico.com. 16/11/99.

convertir a la persona en víctima por segunda vez. Esta segunda victimización generalmente se traduce en una intervención que termina por hacer que la víctima se sienta culpable de ser agredida. Dos ejemplos:

Un profesional de salud mental recibe a una mujer golpeada, con un estado de desequilibrio emocional producto de una situación prolongada de maltrato; le diagnostica una depresión y le receta antidepresivos, sin ver el origen del síntoma. La mujer siente que ella es la "enferma" y responsable de lo que le sucede. Aunque clínicamente esta con el síndrome de estrés postraumático. Que no se le diagnostica y que le produce que posteriormente acuda con somatizaciones física y psicológicas al médico. Y el problema de violencia intrafamiliar se queda oculto, mimetizado y ya no es seguido, visualizado o roto.

Un médico recibe a un niño con claras lesiones de maltrato por terceros y "dice creer" en los argumentos de los padres de una caída, para evitar conflictos, su conducta aumenta "la indefensión del menor" y es probable que los golpes continúen y que el menor vuelva a llegar a una consulta. Y con el tiempo tenga el riesgo potencial de convertirse en agresor, donde repetirá el ciclo de la historia sin fin.

5. LA MORALIDAD EN LAS RELACIONES PERSONALES.

Si continuamos la guía anteriormente citada podríamos decir que las relaciones parecieran estar en conflicto, según la moralidad deberíamos tratar a todos los seres humanos por igual a menos que haya alguna diferencia moral general y relevante que justifique la diferencia de trato. Pero esto no se cumple, ya que el victimario normalmente es generoso, dulce, encantador en público y con los extraños y representa el ogro, y todo lo contrario, ante los suyos y dentro de su casa.

Entonces esto no es verdad ya que las relaciones personales son parciales, siempre nos comportamos con los familiares y amigos de manera diferente a como nos comportamos con los desconocidos. Les damos una atención preferencial y pretendemos un trato igual, pero en la relación de la violencia intrafamiliar esto está volteado, ya que normalmente el victimario se comporta en forma amable, y afable en el exterior y desencadena la agresión en el círculo interno, con los familiares esposa, hijos, hermanos, padres.

Pensamos que las relaciones personales tal como las concebimos pueden ser compatibles con la moralidad pero estamos equivocados las únicas relaciones personales legítimas derivan de obligaciones imparciales y por lo tanto están alejadas de la intimidad según la concebimos. "Las exigencias de la moralidad son siempre superiores"¹⁵³ e intervienen dos principios:

5.1 Principio de igual consideración de intereses.¹⁵⁴

No podemos desarrollar ni un conocimiento moral, ni una empatía esencial para una moralidad imparcial a menos que hayamos tenido relaciones íntimas. Una persona criada por padres negligentes, que nunca establecieron vínculos íntimos con los demás, simplemente desconocerán como cuidar y proporcionar los intereses tanto de las personas más íntimas como de los desconocidos

¹⁵³ Hugh LaFollete. Las relaciones personales. En Compendio de Ética. Cap. 28- 449-456. Peter Singer Editorial Alianza, Madrid. 1995 .

¹⁵⁴ Mackinson G. Bioética y derecho: El Aporte de Terceras Partes. Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

Existe dos posibles formas de asistencia mutua, a) las relaciones personales intimas nos autorizan a desarrollar una moralidad impersonal y b) la intimidad prospera en un entorno que reconoce las exigencias personales de todos.

Si esto es correcto puede que no desaparezcan las tensiones entre las exigencias morales impersonales y las relaciones personales intimas, pero tendrán mas posibilidades de resolverse. No podemos fomentar intereses que no podemos identificar y el modo de aprender a identificar los intereses de los otros es a través de interacciones con los demás. La mayoría de nosotros aprendemos a identificar las necesidades de los demás en nuestra familia, nuestros padres nos consolaron cuando sufrimos daño, rieron con nosotros cuando estamos felices y nosotros llegamos a reconocer su dolor y felicidad y posteriormente aprendimos a interesarnos por ellos.

5.2 Principio de imparcialidad-¹⁵⁵

Cuando están en juego las relaciones personales intimas es inapropiado suponer que todas nuestras acciones se debieran guiar por normas morales imparciales. En ocasiones las normas morales son invalidadas por nuestros proyectos personales especialmente por nuestros compromisos con la familia y los amigos Sin tales relaciones o proyectos afirma Willams Bernard "no habrá suficiente base o convicción en la vida de un hombre para llevarla a comprometerse con la vida misma" Dicho de otro modo para que la vida sea significativa no podemos principios morales imparciales.

¹⁵⁵ ídem

CAPITULO III

MEDICALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

El uso corriente del término “medicalización” denota la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, y connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradójicos o indeseables, de tal fenómeno. En realidad, la medicina siempre ha ejercido un poder normalizado o de control social, básicamente por los conceptos de salud y enfermedad, normal y patológico, estableciendo un orden normativo rival de la religión y el derecho, que ha venido incrementándose desde la modernidad con la conquista de un auténtico estatuto científico, profesional y político.¹⁵⁶ Pero otra historia comienza con el modelo sanitario dominante tras la Segunda Guerra Mundial, cuando la medicalización deviene el equivalente de una “cultura de la salud = bienestar”, claramente visible en la sociedad posmoderna.

La crisis del estado benefactor en la década del 70 aparejó el tiempo de reflexión sobre los límites de la medicina, incluso más allá de la economía: se cuestiona la supuesta relación proporcional entre consumo y producción de salud, pero también el alcance de los conceptos médicos como criterios de moralidad (en cuanto a la conducta responsable y el estilo de vida, particularmente), del mismo modo que se denuncia la mala salud iatrogénica o expropiación del cuerpo por la institución médica, la cual con su función normativa y normalizadora dice qué cosa está bien y qué cosa está mal en términos de salud y enfermedad, normal y patológico. De hecho, la medicalización del lenguaje es la mejor expresión del poder que tiene el discurso médico.¹⁵⁷

Por otro lado, la praxis médica traduce en sus propios términos la experiencia de la vida y construye un código de comunicación social que invade el lenguaje corriente, del cual Wittgenstein también ha dicho que “es una parte del organismo humano y no menos complicado que él”. Un ejemplo es “la somatización” - en el sentido social y no en el clínico del término- de la vida emocional, traducida como depresión, infarto o estrés; y ni qué hablar de la “psicoanálisis” de los sentimientos, vertidos como castración, trauma o Edipo. Muchas actividades humanas, desde los oficios a la publicidad, imitan el modelo médico de la sociedad iatrogénica.

1. ANTECEDENTES DE LA MEDICALIZACIÓN

La medicina quedó constituida en la antigua Grecia¹⁵⁸ como actividad técnica o *tekhne iatriké*, un saber que curaba deliberadamente, fundamentado en el “que” y el “porque” de lo que se hace, basada a su vez sobre una fisiología o ciencia de la naturaleza. En la Grecia antigua estaban claramente implícitas dos proposiciones médico antropológicas que son:

1° Puesto que siendo verdadero técnico de su quehacer el médico conoce el “por qué” de la enfermedad (su causa, su génesis) será en principio capaz de evitar con su arte la aparición de ésta. Al menos (hubiese dicho un Asclepiada de entonces) cuando la afección morbosa, no deba su origen a una fatalidad

¹⁵⁶ Mainetti, J. A., *Ética Médica. Introducción histórica*, Cáp. VII “La medicina moderna” pp.57-69. La Plata, Quirón 1989.

¹⁵⁷ Mainetti, J. A. *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina*, Cáp. I “La crisis de la medicina”, pp. 9-20. La Plata, Quirón 1988

¹⁵⁸ Rowe Christopher. *La ética de la Grecia antigua*. En Peter Singer. *Compendio de ética*. Cáp. 10 pp183-198. Editorial Alianza. Madrid. 1995.

inexorable de la Physis, cuando no haya surgido por causa de una verdadera anánke en la naturaleza de quien la sufre.

2° Puesto que la realidad humana es íntegramente naturaleza cósmica y el desarrollo de esta depende en buena parte, en el caso del hombre, del medio natural en que el individuo se forma y crece, el medico será en alguna medida capaz de dirigir y mejorar tal desarrollo ¹⁵⁹

Esto sé tenía contemplado en el Corpus Hippocraticum¹⁶⁰ en lo referente sobre los aires, las aguas y los lugares y sobre la dieta. En el primero que se refiere a los aires, agua y lugares, el autor afirma que la influencia del medio físico, así como la vida sociopolítica sobre la Physis del hombre apunta expresamente la posibilidad de que, al modificarlo sus costumbres y sus leyes, se modifican sus características de esta naturaleza. El segundo libro, enseña la posibilidad de mejorar por obra de una dieta adecuada no solo la resistencia contra la enfermedad, sino la vida misma por ello la esperanza de vida.

Entonces desde la antigüedad hasta el momento, la medicina se encuentra respondiendo “que” y “porque” de las enfermedades. En su historia vemos que han existido diversos modelos para explicar la causalidad, o genealogía de los padeceres del hombre como:

En el Libro de Johann B. Erhard¹⁶¹, refiere que, la medicina es una relación practica y no-solo filosófica, cuya actividad se halla subordinada tanto a la naturaleza y a la razón y esta ligada al bienestar social de los ciudadanos esto fue escrito en 1800 y estaba dirigido a la legislación de Inglaterra.

En Inglaterra y Francia, la preocupación médico-social, se inicia ya en la Asamblea de 1789. En el siglo XIX los médicos y hombres de ciencia, se preocupan sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud que llegara a ser objeto de doble y complementaria actitud general. Para 1877 en Munich Petersen¹⁶² dice; “Suprimir todas las calamidades sociales, abolir sus inmediatas consecuencias destructoras, la enfermedad, la debilidad, la miseria tanto en el individuo como en la sociedad, convertida al fin en autoridad suprema, todo esto va a hacer la medicina del futuro.” ¹⁶³

Pero vemos que el buen deseo, no se cumple, aunque la medicina, a tenido grandes dominio sobre muchas y muy variadas enfermedades, otras han surgido, dentro de estas, algunas que se suponía controladas y otras de nuevo origen, como las sociales, que el medico no puede ignorar, como la violencia, que antiguamente el medico se quedaba al margen porque se pensaba que esto era solo del ámbito privado de la familia por lo cual se trataba ha “puertas cerradas”. Entonces la medicina tiene el ámbito fisiológico del ser humano, pero también se interesa por lo que pasa en el

¹⁵⁹ Lain Entralgo Pedro. La Medicina Actual. Capitulo quinto La prevención de la enfermedad y la mejora de la condición humana pp. 213- 243. Editorial Dossat. Bolsillo Madrid España 1981.

¹⁶⁰ Lain Entralgo Pedro. El medico y el enfermo. Biblioteca para el hombre actual. Ediciones Guadarrama Madrid. España

¹⁶¹ Lain Entralgo Pedro. El otro como objeto. En Teoría y realidad del otro. Tercera parte. Cáp. V. pp. 547-577 Editorial Alianza Madrid España 1988

¹⁶² Lain Entralgo Pedro. El otro como persona. en Teoría y Realidad del Otro. Tercera parte. Cáp. VI pp. 577-613 Editorial Alianza Madrid España 1988.

¹⁶³ Ídem. pp. 218- 219

ámbito social que a su vez repercute en la salud del individuo. Para Rudolf Virchow¹⁶⁴, quien supo expresar con autoridad el sentir común nos refiere que:

“Conocemos había escrito Sir Francis Bacon, el método por el cual obligamos a la Naturaleza ... a poner su fuerza en nuestras manos ... Pues bien definitivamente convertido en científico ese método va a cambiar a través de la medicina, la faz y el alma de la humanidad”.¹⁶⁵

Tres son para Virchow en efecto las dimensiones esenciales de la medicina científica:

- 1° Es un saber teórico y sobre ella debe en consecuencia descansar la antropología, si esta quiere ser verdadera ciencia;
- 2° Es además una disciplina social reformadora hasta el punto de que la buena política puede ser considerada como medicina en gran escala.
- 3° es una instancia evolutiva en un sentido a la vez histórico y moral de este término, porque descubre y fomenta el gran principio de la constitutiva perfectibilidad de la naturaleza.

“La importancia de la ciencia natural y de la medicina como ciencia natural es que se aplicaba para la educación moral de la humanidad” rezaba el título de una conferencia de Virchow en la asamblea de Wiesbaden, En 1887 El fin principal de la medicina no es solo curar, sino procurar salud, lograr una situación jurídica que permita prescindir de la misericordia y asegure a los desheredados su único patrimonio;” la salud” proclama Salomón Neumann

Entonces las posibilidades de la ciencia adquieren una suerte que esta ligada al aura sagrada que cubre a los médicos y los naturalistas del siglo XIX, el hombre de ciencia, el médico científico se ven a sí mismos como los sacerdotes de una nueva religión y en definitiva como los redentores de la humanidad menesterosa “Soy un sacerdote de la redentores de la Verdad” vaticina Wiesbaden en 1852.¹⁶⁶

Así la situación actual tras la llamada crisis de la ciencia y el irracionalismo vitalista a fines del siglo XIX y comienzos del XX, en sentido estricto, las ilimitadas posibilidades del progreso científico tiene como testigos la producción literaria de la ciencia-ficción han pasado a ser uno de los mitos sociales más vigorosos, que es en el que vivimos. Pero en el seno mismo se han producido o se están produciendo, hechos nada ilusionantes como las guerras planetarias, bombas atómicas, campos de concentración y la cámara de gas, la discriminación basada en género, el abuso de poderla posibilidad de clonar a un humano etc.

Todo esto permite la aparición de una generación escéptica, donde es testigo de violencia por doquier, así como un incremento universal del uso y abuso de drogas y se ha llegado a pensar que el fracaso es uno de los principios constitutivos de la existencia humana¹⁶⁷ (Jaspers) que la angustia (Heidegger) o la náusea (Sartre) son el nervio ontológico y vivencial de esa existencia y que la humanidad esta amenazada, ya que tiene de cerca la posibilidad de convertirse en un hormiguero de entes mecánicamente uniformados por la técnica y la planificación, que siempre sigue y persigue la violencia como modo de vida; dirá Genovés Santiago.

Con el gran auge de la revolución tecnológica y su permeabilidad en la medicina, a dado pie a una doble simbolización, engrandecer el aura del médico como Magister,

¹⁶⁴ Lain Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Editorial Salvat. Barcelona España. 1984.

¹⁶⁵ ídem pp. 220

¹⁶⁶ ídem pp. 221

que tiene dominio sobre la técnica literal y la techné como arte, pero al mismo tiempo, le retira el “don” de sacerdote, para convertirlo en esclavo de la tecnología, en súbdito en lugar de soberano y se queda impotente ante el auge de nuevas enfermedades cada vez más agresivas, pero sobre todo impotente sobre una enfermedad médico social que penetra en todos los rincones de la vida, es decir se enfrenta a la violencia explícita e implícita, que modifica, agrava, genera nuevas formas de enfermedades tanto agudas como crónicas, en la población vulnerable tanto directa como indirectamente

2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA

El proceso histórico nos refiere como la medicina a través del orden de los hechos del progreso científico ha aumentado la esperanza de vida, esto es por la prevención de las enfermedades, la sanidad del ambiente y esto vinculado estrechamente con la clase social, y desarrollo del nivel económico.

Pero el Personal de Salud se enfrenta a hechos y procesos que no está en su mano solo prever o mejorar, sino que es el resultado de la interacción de los sujetos, como personas, como es el caso de las guerras, o enfrentamientos armados, donde se manifiesta las atrocidades, /o maldades de la humanidad, sobre la propia humanidad, donde se experimenta, descubre, desarrolla y favorece el crecimiento y desarrollo del proceso científico, así mismo se perfecciona métodos y técnicas a costa de la vida humana, dentro de la violencia generada.

Es decir en esta manifestación de deshumanización del género humano, también se propicia la toma de conciencia del otro, como ente, como perteneciente a la especie humana, a un determinado género, que es una persona, como grupo étnico, ya que tiene conciencia de que “quien hoy enterraba, mañana podría ser enterrado” este doble vínculo hace que él médico en la actualidad empiece a comprender, que como hace algunos años advertía el psiquiatra Kretschmer¹⁶⁷ en su discurso jubilar, “hoy la medicina no es ante todo un problema de bacterias y microorganismos, sino un problema de ética”: Problema que se extiende desde la relación médico paciente hasta la aplicación de la técnica sobre del campo del trabajo cotidiano.

En donde el orden de perspectivas: el planteamiento del problema de la violencia generalizada, que cabe esperar se erradicara en cuanto se aplique la prevención de la enfermedad, es decir la educación de los valores en el ser humano¹⁶⁸ y a la promoción de la salud, evitando en lo posible factores desencadenantes de la violencia generalizada como la intrafamiliar, pero esto no es así.

Pasamos así abiertamente del orden de los hechos actuales que rebasa la buena voluntad del personal de salud con sus expectativas de mejora, de evitar todo daño y dar bienestar a los seres humanos, como ya lo dijo en 1920 Winslow¹⁶⁹ al dar la definición de la medicina refiere:

¹⁶⁷ Cassel Christine. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 116. Number 2 January .1992

¹⁶⁸ Una buena educación de valores y fomentar el desarrollo potencial son factores protectores, para evitar la manifestación de la violencia tanto dentro como fuera de la familia.

¹⁶⁹ Lain Entralgo Pedro, La prevención de la enfermedad y la mejora de la condición humana. En *La medicina actual*. Capítulo quinto pp 228. Dossat Bolsillo Madrid España 1981.

“Es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficacia vital; todo ello mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”¹⁷⁰

¿Esto será aplicable para controlar la creciente manifestación de la violencia generalizada y de la violencia intrafamiliar particularmente? Esto que nos dice Winslow que lo podríamos traducir como que el personal de salud tiene la tarea de adaptar la naturaleza, al bienestar de la humanidad, para regularla en lugar de someterse a ella, es decir utilizarla para crear técnicamente una segunda naturaleza en beneficio de la propia humanidad.

Si esto es así, la violencia que no es una segunda naturaleza del hombre y que solo es una herramienta necesaria en algunos casos de sobrevivencia, y en otras una aberración del ser humano, no permite que el personal de salud combata el dolor, la molestia, la violencia misma, que permea todos los ámbitos, tanto sociales, culturales, familiares, personales, de una manera silenciosa, sin percibirse, sin tomarse en cuenta y solo manifestándose cuando el otro que es violentado, ya se encuentra lastimado, vejado, humillado, dejado en impotencia, en indefensión, frente al agresor, lo cual se requiere identificar a la violencia como el estado anormal de la vida cotidiana y de la colectividad, para poder enfrentar un enemigo que debe ser combatido, junto con el dolor, el hambre y la enfermedad, y esto debe empezar en el hogar, en el sistema de salud, para romper el círculo de violencia en la cual estamos inmersos.

Pero esto reclama al personal de salud estar atento siempre para aplicar los criterios de atención a la víctima de violencia familiar, y algo más, la modificación de actitudes y reestructurar percepciones, ante lo normal o anormal de la violencia como constructo social, que se transmite por aprendizaje social, a lo cual el personal de salud no puede escapar sino con un esfuerzo sobrehumano, ya que en este mundo de globalización donde todo está tan cerca y en un momento nos enteramos de lo que sucede al otro lado del mundo, no podemos cerrar los ojos y los oídos ante las personas que sufren violencia y que se encuentran junto a nosotros no importando el grado en la cual la sufre, es el momento en que invirtamos unos momentos para escuchar al otro, tal vez solo eso podemos hacer," pero ya es algo"

3- LA MEDICINA VISTA COMO SACERDOCIO¹⁷¹

El médico desde la antigüedad a gozado de privilegios de ser considerado un hombre sabio y virtuoso que lo ha llevado a tener exceso de confianza, la confianza excesiva de la ciencia de aquellos “sacerdotes de Isis” del siglo XIX parece haberse convertido en una empresa técnica razonablemente planeada de la cual dos son los principales momentos que la constituyen: 1° La total eliminación de la enfermedad que se convierte en el proyecto de una humanidad enteramente libre de enfermedad y 2° la mejora de la naturaleza y la condición del hombre.

1° En la eliminación de la enfermedad. Kedrov poniendo énfasis en la profilaxis dice: ...”la fortaleza de la enfermedad ha sido asaltada en un amplio frente y será destruida. En el futuro no habrá enfermedades” y Brockington¹⁷² escribe ...”la simple ausencia de enfermedad ya no está muy lejos”.

¹⁷⁰ ídem

¹⁷¹ Haldane John. La ética medieval y renacentista. En Peter Singer. Compendio de ética. Cap. 11 pp 198-216. Editorial Alianza Madrid España 1995.

¹⁷² Sigerist Henry. Los modelos cambiantes de la atención médica pública. En Hitos en la historia de la salud. Cap. V. pp 85-98 Editorial Siglo XXI México 2000:

Pero hay que recordar que enfermabilidad es una nota constitutiva de la naturaleza humana; el ser hombre sobre la tierra es un ente, que entre otras cosas tiene el poder de enfermar y esto se debe por dos distinciones que son;

(a) Posibilidad física de. 1° Las enfermedades infecciosas cambiantes y en movimiento constante, 2° neoplasias que todavía no se ha podido encontrar todas las génesis del mismo 3° enfermedades constitucionales y hereditarias, el avance en este rubro es muy grandes, ya que el boom de la genética y en la manipulación del genoma humano esta presente. Donde tal vez es posible aplicar la eugenesia entendiendo en el sentido más fuerte del vocablo esto es como corrección técnica de las alteraciones morbosas del genotipo. 4° enfermedades por desgaste y accidentes traumáticos al tratar de reducir al mínimo el riesgo de accidente y enfermedad psicósomática que se generan por estrés y/o de relaciones violentas que empiezan a cobrar víctimas, y sobre todo ya es más frecuente que no se queden en el hogar, sino que se acuda al medico para ser atendidas sea explícita o implícita dicha violencia.¹⁷³

(b) Como una posibilidad de la naturaleza es el lado de la indudable posibilidad física de una humanidad sin enfermedad donde se encuentra la posibilidad histórica por fines poderosos que lleguen a ser los saberes científicos y los recursos técnicos del hombre que ha llegado ha ser capaces de impedir la aparición de cualquier enfermedad posible. Siempre podrá acontecer en efecto que gérmenes hoy inocuos aparentemente dominados por la medicina profiláctica experimenten súbita e imprevisiblemente una mutación de carácter nosogénético y nunca podrán calcularse con suficiente seguridad preventiva las consecuencias hoy tenemos la enfermedad del cólera, o la pandemia del virus del SIDA¹⁷⁴.

De ahí que el progreso histórico del genero humano y también que el hombre pudiendo en principio evitar físicamente cualquier enfermedad, porque su mente le permite gobernar la naturaleza al servicio de sus fines propios no podrá históricamente escapar al destino de padecer de cuando en cuando alguna enfermedad, es decir que la pesadumbre de enfermar alguna vez acompañara inexorablemente al hombre en su historia terrena mientras esta dure., pero la finalidad del hombre es que dicha enfermedad, no sean producidos por el propio hombre y menos generados por la violencia de cualquier tipo, tanto dentro como fuera del seno de la familia.

4. LA DESHUMANIZACIÓN MÉDICA

El esfuerzo de mantener libre de enfermedad a la humanidad, la creciente ola de descubrimientos científicos, el avance de la biotecnología, la masificación de la atención, y la creciente demanda de servicios, así como en tratar de cubrir dichas demandas, hacen que el medico y personal de salud, pierda el aura de sacerdote, de amigo y se empiece a ver como un obrero de la salud, para lo cual se le empieza acusar de deshumanización, de un trato frío hacia el enfermo y esto se agudiza en el siglo XX en la segunda mitad donde:

“hay una supremacía del modelo biomédico de atención a la salud que ha propiciado la percepción del paciente por parte del medico solo como un sistema de células, órganos y aparatos o como un sujeto experimental y no

¹⁷³ Gracia Diego. Procedimientos de decisión en ética clínica. Universidad Complutense. Madrid. 1991.

¹⁷⁴ ídem pp 233-234

como sujeto moral con derechos, contextualizado e históricamente determinado”¹⁷⁵

Este modelo de atención de ver al paciente como objeto o cosa no es sino el reflejo de la situación que se vive en todo el siglo, en un surgimiento de los grandes descubrimiento tecnológico y del alejamiento cada vez mas del alma de los seres humanos, donde parece que existe un miedo por el acercarse al otro y tratarlo como si mismo. Y Ocampo continua diciendo en su articulo (que se replantea la estructura de los valores dentro de la medicina) que es el reflejo de la crisis que vive el mundo, y se empieza a voltear a ver al medico, ya no como sacerdote, monarca, o dios, sino como ser persona que tiene responsabilidades como hombre y ciudadano del mundo, que pertenece a la sociedad y por lo cual tiene preferencias y percepción del mundo.

Dentro de las crisis de la medicina en este momento se encuentra la presión existente hacia el personal de salud de conocer los resultados que sean efectivos, y sobre todo de la cantidad atendida, lo que importa son los números, no la calidez, solo eficiencia, y eficacia, y se deja de lado la interacción humana por falta tiempo y no ser productivo.

En el modelo de atención se centra en tiempos y movimientos, costo y beneficio aunque en el momento actual donde el tiempo es dinero, si se piensa que el medico así como el personal de salud se conviertan en guardianes del presupuesto del sistema de salud o de la propia economía, dando paso a la administración mas que a la promoción del bienestar del paciente, para este momento todavía se deja a la consciencia de los prestadores de servicios, el trato amable y condescendiente, aun que esta estipulado en los códigos éticos y deontológicos de las profesiones, pero no se cuestiona y se da por sentado que “así debe ser” y todavía el paciente es sujeto pasivo que deposita su confianza en el medico y personal de salud, porque “ellos saben lo que le conviene”,¹⁷⁶ Y todavía no hay la demanda por negligencia o mala practica o mala conciencia pero se empieza a despuntar dichas demandas y por ende la medicina defensiva.

Es decir todas estas circunstancias aleja cada vez mas al personal de salud de una practica profesional que tome en cuenta valores del ser humano, como la autodeterminación, la búsqueda del bien propio, el derecho a la diferencia, el de mantenerse sano y de ser atendido con calor, dentro del proceso de su enfermedad y este trato también empieza a ser cuestionado pero entra en funcionamiento los modelos de gestión y de calidad dentro del ámbito de la medicina, donde se quiere y requiere que el personal de salud además de ser administración de los recursos, sea un promulgador de los derechos del paciente para evitarse demandas y se empiezan a institucionalizar como la medicina defensiva.

4.1 EL HUMANISMO EN EL PERSONAL DE SALUD¹⁷⁷

¹⁷⁵ Ocampo Martínez Joaquín. Las humanidades medicas hacia el siglo XXI. Laborat acta Vol. 11 no. 3 1999

¹⁷⁶ Fourier. Teoría de los cuatro movimientos. pp 167. Editorial Banel. Barcelona 1974.

¹⁷⁷ Gracia Diego. Fundamentación de Bioética. Editorial Eudema. Manuales Universidad. Universidad Complutense 1989.

A consecuencia de lo anterior se hace un énfasis de llevar el humanismo a las profesiones de asistencia o sea al personal de salud, es decir un humanismo basado en la libertad, creatividad, responsabilidad y racionalidad de los seres, como personas y en el potencial de desarrollo por autodeterminación y con plena consciencia de sus límites y alcances, y empieza a promoverse los derechos humanos que emergieron en la revolución del siglo XVIII, y se empieza la preocupación por la crisis de valores no solo dentro de medicina, sino del mundo, que se refleja en actividad y pensamientos, así como en el incremento de violencia tanto institucional, y personal. Y aunque se enfatiza la enseñanza de humanismo en la escuela todavía no es suficiente para llegar a una autoconciencia del trato, no solo por el deber sino por reflexión.

La mejora de la condición humana tanto al interior del personal de salud, como persona así como del paciente, usuario o cliente se debería ir pensando para la disminución de la insatisfacción del paciente ante el ejercicio de una atención que no le satisface.

En la relación entre la mejora de nuestra naturaleza y la mejora de nuestra condición¹⁷⁸; esta en las perspectivas reales de una verdadera mejora de la condición humana combinadas entre sí, ambas posibilidades la predicción en un futuro tipo humano mas sano y mas inteligente que el actual resulta por completo licita, la calidad de la naturaleza humana puede ganar quilates en el curso de su historia y no parece cosa improbable que la ciencia y la técnica ayuden eficazmente en el futuro al logro de esa creciente perfección.

Tal vez el problema consiste no en saber que lo mejor de la naturaleza humana seria necesariamente encontrar el bien, la perfección y por ende la felicidad, sino que permitiría primero la convivencia con el otro, no como extraño moral, sino como espejo del yo, como alguien donde vive lo que vive como alguien que esta ahí, pero que a través de él, me reconozco y solo a través del soy.

5. MODELO MÉDICO.

El modelo medico desarrollado por Menéndez designa el tipo de practica medica característica de la biomedicina sea; biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo, pragmatismo, lo hegemónico proviene de la teoría de Gransci y se opone al de subalterno. En Francia, Gran Bretaña y Alemania, y algo más tarde, en USA, su hegemonía reforzó el proceso de medicalización, es decir, la mirada o perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares. Este proceso no se debió tanto al progreso técnico como a estrategias corporativas destinadas a asegurar el monopolio sobre la atención en salud.

5.1 LOS MODELOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DENTRO DE LA MEDICALIZACIÓN.

Todo lo anterior ha generado diferentes modelos dentro de la medicalización médica. Sabemos que el modelo de la atención medica es cambiante y en realidad estamos hoy ubicados en el verdadero centro de estos cambios¹⁷⁹, recordemos que la medicina moderna se desprende de la revolución industrial, ya que el desarrollo industrial al proporcionar nuevos trabajos incorporando a las mujeres y niños, aunque también trajo, desarrollo diferente en las poblaciones, se incremento la población y se modificaron las enfermedades, así como las condiciones de hacinamiento

¹⁷⁸ Gracia Diego. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Editorial Búho LTDA. Santa Fe. Bogotá D.C. Colombia. 1998.

¹⁷⁹ Mainetti José Alberto. La medicalización de la vida y del lenguaje Cuadernos de ética no. 7 p51-56 Junio 1989.

agudizándose las grandes concentraciones en las ciudades, dando pie a nuevas formas de salud y de vida.

Ya Rudolf Virchow¹⁸⁰ dijo “que la medicina es una ciencia social y la política no es mas que la medicina en gran escala”¹⁸¹ esto fue en 1848. Otro medico fue S. Neumann quien en su trabajo sobre salud publica y propiedad dice “que el propósito del estado en ese momento era, proteger la propiedad privada individual y que la mayoría de la población solo contaba con su fuerza de trabajo, la cual dependía por completo de su salud”. Esto no ha cambiado y la persona se basa solamente en su fuerza y en su salud.

En consecuencia el estado estaba y esta obligado a proteger la salud del pueblo. En 1848 este programa, porque era un movimiento impulsado por médicos liberales, para el pueblo pero sin el pueblo, yo pienso que a raíz de ello hemos aprendido que la salud del pueblo le concierne al mismo pueblo, no puede ser manejado desde arriba ni dispensada a través de la caridad, y esto se aplica a la violencia a pesar que ha ávido una gran apertura para la denuncia, todavía no se cuenta con una cultura de denuncia para el participante y el observador, ya que dicha consciencia de denuncia limitaría, los casos que nos llegan al hospital o por lo menos tendrían un tratamiento integral tanto psicológico, social y medico, esto no es solo para pedir y exigir, sino también para vivir con una dignidad de ser humano, sin permitir la violencia sobre sí y sobre los demás y no fomentar la coexistencia de una cultura del disimulo y del hacer como cuando “no veo” “ ni oigo” esto permitiría no vivir en estado de violencia como dice Eduardo Nicol¹⁸²

La industrialización crea la necesidad de que mas gente recibía salarios pero también mas gente vivía insegura ya que dependía para subsistir del mercado laboral, sobre el cual no tenia control ya en 1849 Bismarck¹⁸³ había dicho que la inseguridad social de los trabajadores era causa real de que fuesen un peligro para el Estado quien aprobó una legislación en materia de seguridad social, en parte para satisfacer las demandas de la clase obrera, pero también con base en una actitud paternalista, característica de la clase de poder.

Otro proceso importante fue la absorción de la obstetricia por el medico, cosa que antes era tratado por las mujeres, mas adultas de la comunidad en el hogar, es decir por la anciana de la casa o bien por la comadrona de la comarca, era una función de mujeres ejercida por mujeres. Pero cuando el medico medicaliza los partos, es decir todos los embarazos no solo los de alto riesgo, esta se integra ala medicina como una rama mas de especialización. Esto trae la institucionalización de los fórceps para la extracción de los productos y así no permitirse la muerte de los infantes.

Así el incremento de la industrialización creó nuevas necesidades, los fuertes partidos políticos representantes de los intereses de los trabajadores, constituyeron una amenaza potencial para el orden existente o al menos para el sistema tradicional de producción y una aguda alarma, igual a la generada por la Comuna de París, llevo a los conservadores a reaccionar y así fue aprobada la legislación en materia de seguridad social. Tenemos un nuevo tipo de medicina llamada a servir un nuevo tipo

¹⁸⁰ Gracia Diego. Bioetica clínica. ética y vida. no. 2 Editorial Búho. LTDA.. Santa Fé. Bogotá D.C. Colombia. 1998.

¹⁸¹ Lain Entralgo P. Tensiones internas de la medicina actual. En la medicina actual. Editorial Dossat. Bolsillo. Madrid España. 1987.

¹⁸² Nicol Eduardo. Duda metódica y duda final. Meditación de la violencia. En El porvenir de la filosofía pp. 49-52. .FCE. México 1997.

¹⁸³ Lifshitz Alberto. La relación medico paciente en los albores del siglo XXI. En El ejercicio actual de la medicina de Octavio Rivero Serrano cord. Cap. 3 pp 39-48. Editorial Siglo XXI UNAM 2000.

de sociedad y esto, obviamente, reclama que se organicen y amplíen los modelos de atención médica.

Con ello nace también la salud pública al dar atención y regir a través de la legislación los medios de producción, de sanidad, de salubridad del medio ambiente, trabajo, industria, comercio y de la comunidad en general, esto vino a cambiar la calidad de vida de las personas e incremento su esperanza de vida así como los años productivos para la comunidad.

Al mismo tiempo se han desarrollado medios científicos para la prevención de enfermedades muy frecuentes y ahora es el momento de revertir y cuestionar la relación que ha existido en los últimos 5000 años entre el médico y el paciente. En lugar de esperar que la salud se quiebre y los pacientes busquen consejo, el médico debe convertirse cada vez más en un educador que busca a sus pacientes potenciales en donde la gente se congregue por razones de trabajo, en la fábrica, en el campo, y en la oficina.

Entonces la medicina es cada vez menos el arte de curar y se convierte más en una artesanía que tiene cuatro tareas principales que son:

1. La promoción de la salud a través de la educación general y sanitaria, la cultura física, la creación de las mejores condiciones de vida y de trabajo y de los mejores medios de descanso y recreación.
2. La prevención de la enfermedad a través de medidas tradicionales de salud pública y además la protección de las personas que están especialmente amenazadas, ya sea fisiológica o socialmente. Madres, lactantes, niños, ancianos, obreros de industrias peligrosas.
3. Es el restablecimiento de la salud cuando falla la prevención y
4. La rehabilitación que puede requerir tratamientos especiales

Pero a pesar de ello existe una gran desproporción de derechos de pacientes, y del personal de salud, a pesar de los adelantos científicos, de la manipulación del genoma, todavía existen enfermedades incurables y cada vez más enfermedades crónicas degenerativas por la prolongación de la vida y sobre todo el incremento de una cultura de violencia¹⁸⁴ que incide y favorece las enfermedades agudas y crónicas¹⁸⁵.

¿Qué se puede hacer? ¿Es acaso que el estado como Institución es incapaz de satisfacer las demandas de las personas? ¿Y de garantizarles una seguridad pública y una atención a la salud de la población satisfactoria para todos? O ¿es acaso que la promoción a la salud no ha sido la adecuada para evitar muchos de los incidentes antes mencionados? Pero ¿cómo prevenir en la sociedad donde esta implícitamente la cultura de la violencia, desde la institución familiar, grupal o social y donde la autoridad de poder parece decir “no veo ni oigo nada de dicha violencia ya pasará?” “es cosa de familia” “se arreglarán pronto” “no te metas, es su vida”.

6. CONVERGENCIA EN DIFERENTES MODELOS MÉDICOS

¹⁸⁴ Nicol Eduardo. Sigue la violencia. Comunidad histórica y especie natural. En El porvenir de la Filosofía. pp 53-63. FCE. México 1997.

¹⁸⁵ Finkler Kaja. Gender, Domestic Violence and Sickness in México. Soc.Sci. Med. Vol. 45. No 8 pp 1147 -1160 Great Britain. 1997

Los diferentes modelos médicos tienen una convergencia que son algunos de los principios generales que convergen en diferentes modelos médicos como:

1. Que toda persona independientemente de su raza, credo, opinión política, de sí es pobre o rica, de sí vive en ciudades o zonas rurales, tiene derecho a la atención médica. Y que en nuestro país esta garantizado con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.¹⁸⁶
2. Que toda la moderna tecnología médica debe estar al servicio de toda persona, incluidos el médico general, el especialista, el hospital, los laboratorios, la enfermería, la atención domiciliaria etc. Claro que depende del estatus social, y de la prontitud de dichos servicios¹⁸⁷.
3. Que la prevención debe estar en el primer plano de toda actividad médica. Por supuesto que siempre habrá accidentes que requieren de un cirujano, pero la prevención debe ser lo predominante en el pensamiento médico. Ya que prevenir es mejor que curar.¹⁸⁸

Y todo esto afecta directamente la relación médico paciente y digo médico, por ser palabra genérica para nombrar a todo el personal de salud, relación que desde la antigüedad se ha tenido como algo intocable, como algo que estriba en la amistad, pero al mismo tiempo en el respeto de autoridad, en la relación de poder, o de figuras significantes y/o paternas.

7. ESTIGMATIZACIÓN DEL PACIENTE

Donde esta la etiqueta o estigma sobre la víctima o paciente de violencia intrafamiliar ya que la sociedad establece medios para poner categorías a las personas y a los atributos que se perciben como corrientes y naturales Goffman¹⁸⁹ define el término estigma como;

“un atributo profundamente desacreditado que altera nuestra percepción de la persona total y común así como reduce a un ser desprotegiendo y por tanto menospreciado”

La persona que tiene un estigma no es totalmente humana y valiéndose de esto, practica diversos tipos de comportamientos discriminatorios mediante los cuales reduce en la práctica, aunque sin pensarlo, las posibilidades de una vida plena, para el o ella, ya que es poseedor o poseedora de una cualidad indeseable en el caso que tratamos sería la característica de despertar violencia sobre sí misma¹⁹⁰, por que además es presumible el término de víctima de violencia intrafamiliar haciendo referencia a un estado especial directa o indirectamente y por lo cual se tiene una ganancia o una desventaja ya que es un a persona dispuesta a ser chivo expiatorio.

¹⁸⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Colección Porrúa septuagésima tercera edición. México 1996

¹⁸⁷ Torres Falcon Martha. El marco jurídico de la violencia doméstica en México. Programa interdisciplinario de estudios de la mujer del Colegio de México. México 1995.

¹⁸⁸ Sigerist Henry. Los modelos cambiantes de la atención médica. En Hitos en la historia de la salud Capítulo 5. pp. 85- 98 Publica Editores Siglo veintiuno 5ta edición. México D.F. 2000

¹⁸⁹ Aguirre Lee Daniela. Cols. El estigma de la enfermedad mental. Variables que influyen en su impacto. Tesis de Licenciatura de Psicología Facultad Psicológica UNAM. 1998.

¹⁹⁰ Salazar José Miguel. Cols. Percepción social en Psicología social cap. 3 pp 77-109. Editorial Trillas. México 1999.

Causando directamente la invasión o intervención de un agente extraño análogo a una bacteria o virus que se hospeda en un huésped y que desafortunadamente permanece en él en forma indeterminada y por largo tiempo, esta concepción subraya la naturaleza indeseable de tal condición, la cual la mayoría de la gente desearía evitar, después de todo nadie quiere estar estigmatizado y pocas personas disfrutan conscientemente de este fenómeno y esto se manifiesta también en la relación médico paciente, donde la víctima es conocida por el personal de salud y como cotidianamente asiste con sus lesiones ahora leves, luego más intensas se le tipifica y se le deja de un lado provocando en la paciente o el paciente malestar, inconformidad, porque el personal de salud no alivia su situación dándose la situación de la segunda victimización¹⁹¹ y en el personal un sentimiento de inconformidad, de insatisfacción, de cansancio¹⁹², porque dicho paciente viene a "quitar el tiempo" y "él y/o ella" no resuelve su situación que es solo un acto de voluntad, esta relación médico paciente es viciosa y causa insatisfacción entre ambos. ¿Cómo solucionarla?

8. MEDICALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

Pero volviendo a la medicalización de la violencia tenemos que en 1948. En el Código de Nuremberg¹⁹³¹⁹⁴ se trata de tomar por primera vez de la experiencia humana a raíz de las guerras mundiales y de los crímenes nazis y se empieza a reglamentar la violencia.

En los años 60' se toma conciencia de las investigaciones biomédicas sobre sujetos humanos planteado lo que encontrado en pueblos que hacia en interrelación. En el 1972 se divulga el llamado caso Tuskegee¹⁹⁵ un estudio hasta entonces secreto en el que 400 individuos de raza negra habían dejado de ser tratados contra la sífilis a pesar de que ya existían tratamientos eficaces con el objeto de estudiar la historia natural de la enfermedad.

En 1978 La Comisión Nacional de Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, otorga el informe Belmont¹⁹⁶ con directrices para la protección de los individuos que participan como sujetos de experimentación en biomedicina, basándose en los principios de autonomía, beneficencia y justicia.

En 1975 Karen Ann Quinlan¹⁹⁷ este es un caso inmensurable y ella queda en estado vegetativo persistente, los padres piden que la desconecten del ventilador para que pueda morir en paz. El Tribunal Supremo de Nueva Jersey autoriza la desconexión, sobre la base de "derecho a una muerte digna y en paz", se reconoció por primera vez que la propia tecnología de soporte, estaban planteando la crisis sobre Eticidad o no de mantener en estado vegetativo a individuos que nunca volverán a tener una vida

¹⁹¹ Stringham Peter. MD. Domestic Violence. Mental Health. Primary Care. Clins in Office practice. Vol. 26. No. 2 June 1999.

¹⁹² Siendo en algunas ocasiones el detonante para despertar o detectar en el personal de salud el síndrome de Bourout.

¹⁹³ Código de Nuremberg. Universidad de Navarra. Departamento de Humanidades Biomedicas. Centro de Documentación. Centro de Bioética.

¹⁹⁴ Gómez Fajardo C. MD. Desde Nuremberg hasta los modernos códigos de ética medica. Un comentario sobre las relaciones entre bioética y la historia. Medellín Colombia 1998.

¹⁹⁵ Goldim José Roberto. La pagina del núcleo interinstitucional de bioética HCPA /UFRGS comentando a Jones JH. Sangre mala. El Tuskegee sífilis experimento. Nueva York.

¹⁹⁶ Belmont Informe. Principios y Guías éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento USA. Abril 18 de 1979.

¹⁹⁷ Rothman D. Strangers at the bedside, New York. Basicbooks, 1991:222-5 en Mccarrick Pm. Ethics committees in hospitals. Kennedy Institute of Ethics Journal,2(3):285-306. 1992

consciente y de ahí se propuso la creación de comités de ética capaces de enfrentarse a conflictos de esta naturaleza.

Esto es en forma general pero en lo particular de la violencia intrafamiliar tenemos varios documentos los cuales solo tomaremos los párrafos que nos interesan para el tema que tratamos y que se tendrán en los anexos los cuales se revisan los internacionales y los nacionales que fundamentan la legislación contra la violencia intrafamiliar y la discriminación por género.

Sabemos que la medicina a sufrido intromisiones de ambientes que no le eran propios como la violencia, pero al crecer la magnitud y su alcance de poder de dicha violencia también a afectado la práctica cotidiana. Son varios los autores Szasz, Bensaid, Foucault, Skrabanek, Mckormick y otros¹⁹⁸ que han hablado de la medicina como una nueva religión. Lo que viene a decir que en la medicina, la salud es el cielo y que para alcanzarlo hay que llevar un estilo de vida saludable en todos los órdenes de la vida.

Por eso medicalizar nos suena a evangelizar, esto es a través de los modelos de la medicina oficial y científica. Nuestros hábitos serán buenos o malos para la salud y nuestra vida espiritual e incluso nuestro gusto artístico e inclinación intelectual también influirán, ya que todo condiciona nuestro bienestar, pero no deja de ser arriesgado querer intervenir médicamente en las manifestaciones de la violencia. Thomas Szasz llamó a este planteamiento *medignosis*, una doctrina según la cual “todos los problemas humanos son enfermedades médicas que pueden curarse mediante las apropiadas intervenciones terapéuticas, las cuales si es necesario se impondrán por la fuerza al paciente”¹⁹⁹. Para dicho psiquiatra estadounidense esta sería la fe religiosa dominante del hombre moderno, pero esto ¿se podrá hacer con la violencia intrafamiliar?

Como los pacientes que llegan a las salas de hospitalización sean para consulta general o urgencias, tiene un gran número de enfermedades ligadas a la violencia intrafamiliar y no tienen respuesta del personal de salud que solo ve en ellos el problema por el cual asisten como una gastritis, cefalea, heridas, etc. Pero no se interesa por el problema de fondo aunque se percate de ello, ya sea por ignorancia, poca sensibilidad o bien una mal entendida ética moral, el paciente, usuario o cliente se disgusta, se ofende, y se retira molesto por la atención recibida, en algunas ocasiones con razón y otras sin ella.

8.1 DERECHOS HUMANOS SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Dentro de la medicalización de la violencia debemos reconocer que en la violencia intrafamiliar, la víctima tiene contacto directo con su victimario y tiene relaciones económicas, legales, y emocionales con él, lo cual confunde su decisión y aumenta las consecuencias de daño psicológico y vulnera la percepción, así como intensifica la pérdida de confianza.

La víctima de violencia intrafamiliar es dependiente, además tiene baja autoestima y limitaciones para tomar decisiones en forma autónoma sea por ser menor de edad, no contar con un trabajo, estar limitado en sus funciones por enfermedad o edad avanzada y todo esto le dificulta solucionar la situación vivida y si aunamos que el trauma se exacerba por el hecho de que el victimario es alguien que debe amarlos (os) y protegerlos(as).

¹⁹⁸ Cuarto Congreso Chileno Antropología. Los desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia. Expropiación de la salud- Medicalización y Desmedicalización. 2000

¹⁹⁹ Casino Gonzalo ¿hacia la medignosis? WWW. Doyma/ pescepticemia.com.

Todo lo anterior provoca importantes trastornos como miedo, tristeza, angustia, depresión, agresividad, enojo, codependencia, culpa, inseguridad, frustración, vergüenza, silencio, todo ello con relación a trastornos psicósomáticos que se manifiestan como cefaleas, gastritis, gastroenteritis, insomnio, dermatitis, exceso o falta de ingesta, alta o baja presión arterial etc. Que son trastornos que necesitan y requieren en un momento determinado atención del personal de salud y no solo las lesiones por la agresión de la violencia vivida en caso extremo, también se desarrollan actitudes autodestructivas o suicidas, así como apatía, rechazo, y alteraciones genitourinaria.

En todo esto está implícito el síndrome del maltrato que tiene cautiva a la víctima, sea adulto o niño, anciano o persona con capacidades y habilidades diferentes. Y da pie a que revisemos en forma ligera los derechos humanos, aunque podemos decir que la teoría de los derechos humanos y los principales instrumentos nacionales e internacionales en la materia son o debe ser conocido por el personal de salud que prestan sus servicios en instituciones o de manera particular.

8.1.1 BREVE HISTORIA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA MUJER

Las fuentes más antigua acerca de los derechos humanos podríamos referirlas al código de Hammurabi²⁰⁰, así como el Decálogo y las leyes y reformas de Solón donde se desarrolla el concepto de derecho natural, derecho de gentes según los romanos y con el la corriente jus naturalista entendida como el conjunto de normas que los hombres deducen de la intimidad de su conciencia y que estiman como expresión de la justicia²⁰¹.

En esta época se inicia la reivindicación de la dignidad humana y la superioridad de esta ante la regulación de los hombres, destaca la proclamación de respeto a la libertad de todos los hombres de Cicerón así como la Ley de las Doce tablas.

Pero estos derechos eran concedidos a los ciudadanos es decir hombres libres que poseían bienes, excluía a los esclavos, extranjeros y a las mujeres. Para esa época las mujeres eran consideradas botín de guerra, en Egipto la condición de la mujer fue mas favorable tiene los mismos derechos que el hombre, como el que herede y posee bienes, se casaba libremente, pero para conservarlos debe ser la esposa, sino por ser esclava los perdía.

El derecho grecorromano consideraba a la mujer como una eterna menor, sin derecho a un hogar que le pertenezca, ni autoridad sobre él. Al marido corresponde el derecho de mandar y a la esposa el deber de obedecer.

A la caída del imperio Romano el documento más trascendente es la Carta Magna de 1512 mediante la cual el clero y la nobleza le imponen al soberano una serie de limitaciones que se relacionan con el derecho de propiedad. El rompimiento del Principio de Incondicionalidad de los Vasallos.

Para los siglos XV al XVIII en Inglaterra se legislo acerca de algunas libertades en el campo de las creencias y la tolerancia religiosa, también se legislo los derechos humanos como limite a la acción gubernamental como Petition of Rights de 1628 que obligo a Carlos I de Inglaterra a ampliar los principios de la carta magna y el Habeas

²⁰⁰ Rivero Ma. Pilar. Proyecto Clío. Universidad de Zaragoza. fyl.unizar.es/historia_antigua/index.html

²⁰¹ Olamendi Torres Patricia. Programa de capacitación acerca de los Derechos Humanos de las Mujeres y la Violencia de Género.

Corpus Amendment Act de 1679, por el cual se crea el primer recurso de libertad personal contra las detenciones arbitrarias.

También el Bill of Rights de 1689 postula la existencia de una serie de derechos y libertades frente al monarca que son inderogables.

Con la presencia de la Santa Inquisición marca la vida de las mujeres ya que al menos 8 millones fueron quemadas vivas, estos crímenes tuvieron su base "legal" en el Malleus Maleficarum de 1486, donde se estipulaban las sanciones por infringir los mandatos divinos y estas mujeres eran consideradas brujas y el principal delito será el intentar aliviar el dolor ajeno.

También esta la Ley teutona donde el marido tenía derecho de castigar a su mujer con un bastón aunque debía tener cuidado de no quebrar sus huesos. Con la aparición de los movimientos revolucionarios que se iniciaron en Francia y se extendieron por Europa, así como los movimientos independentistas en América comienzan las grandes declaraciones de los derechos que abordan con nitidez el problema de los derechos humanos.

Se trata de la Declaración de Derechos de Virginia en 1714 en los Estados Unidos de América y la Declaración de los Derechos del Hombre y de El Ciudadano de 1789, producto de la revolución Francesa ambos documentos imponían límites a la autoridad del Estado. En esta época los derechos humanos alcanzaron su carácter universal al ser incorporados en el marco jurídico constitucional de casi todas las naciones. ¿Pero pese a todos estos avances que pasó con los derechos de las mujeres?

En Inglaterra Mary Wollstonecraft promovió la defensa de los derechos de la mujer al mismo tiempo en 1791 en Francia surge la Proclamación de Derechos de las Mujeres y ciudadanas como cuestionamientos a la declaración de los Derechos del hombre y del Ciudadano donde las mujeres eran excluidas. Esto lo hizo Olimpe de Gouges

La constitución de 1789 de los Estados Unidos de Norteamérica no contempla el reconocimiento de la mujer como ciudadana, sino que esta condicionada a requisitos de propiedad o de instrucción para ejercer este derecho, desde 1828 se desarrollo movimientos en demanda de los derechos de las mujeres conjuntamente con los movimientos antiesclavistas.

No todas las opiniones de la época eran desfavorables para las mujeres en Inglaterra el filósofo John Stuart Mills²⁰² en 1861 en su obra "La Sujeción de las Mujeres" critico la discriminación y apoyo la igualdad jurídica, así como las oportunidades para las mujeres refiere " si las mujeres llegasen a tener una influencia igual a la de los hombres en materia política, la causa de la paz se vería favorecida".

Para el siglo XIX es evidente que el mundo entero de iure y de facto mantiene la marginación y subordinación de la mujer. El siglo XX inicia con el reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres

A mediados del mismo siglo los derechos humanos experimentan un gran impulso al ampliarse su ámbito e incluir derechos de tipo social, económico y cultural. Fruto de esa evolución ha sido la firma de declaraciones, convenios y tratados en el plano internacional o continental, así como el seguimiento a través de comisiones, de los compromisos que han adquirido los gobiernos.

²⁰² Stuart Mill John. Ensayos sobre la igualdad de los sexos. Traducción de Pere Casanellas. Serie Mínimo transito. Editorial Machado Libros.

8.1.2. RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES EN EL AMBITO INTERNACIONAL

En 1975 se efectuó en la ciudad de México la primera Conferencia del Año Internacional de la Mujer²⁰³ donde se discutieron diferentes temas para lograr la igualdad de la misma en los ámbitos político, laboral y civil que en nuestro país motivaron las reformas a la Constitución y a los códigos civiles entre otros, el tema de los derechos humanos de la mujer y la violencia solo fue abordado desde el punto de vista de la familia (se considera del ámbito privado).

Para 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas acuerda la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer²⁰⁴ México firma el documento en 1981, promulga en forma jurídicamente obligatoria principios aceptados universalmente y medidas para conseguir que la mujer goce de derechos iguales en todas partes, señalaba la profunda exclusión y restricción para la mujer por cuestión de género y pide igualdad de derechos en todos los ámbitos, se solicita los gobiernos leyes nacionales para prohibir la discriminación y recomienda medidas especiales a fin de acelerar la igualdad de hecho. Desde su origen se creó un Comité de Seguimiento para evaluar las acciones de los gobiernos aceptantes.

En 1980 el análisis del fenómeno de la violencia contra la mujer había adquirido mayor importancia y en este año se celebra la Segunda Conferencia Mundial de la Mujer, en Copenhague, Dinamarca y se reconoce que la violencia es un asunto de orden público además de atentar contra los derechos humanos de las mujeres.

En 1985 en la Ciudad de Nairobi²⁰⁵, Kenia se reconoció que la violencia doméstica es un obstáculo a la equidad y una ofensa intolerable a la dignidad humana. La Asamblea General de las Naciones Unidas emitió una resolución acerca de la violencia hacia la mujer e hizo un llamado a la acción concertada y multidisciplinaria para combatir la modalidad de violencia doméstica en todos los países.

En la Conferencia de Viena sobre Derechos Humanos de 1993²⁰⁶, se logró colocar en la agenda de trabajo la necesidad del reconocimiento explícito de la existencia de los derechos humanos de las mujeres y se emitió una declaración que señala:

"Los Derechos Humanos de la mujer y de la niña, son parte inalienable, integrante e indivisible de los Derechos Humanos Universales. La plena participación en condiciones de igualdad de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural, en los planos nacional, regional, e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional. La Violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de

²⁰³ En 1975, con ocasión de la realización de la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer en México se aprueba el primer instrumento internacional destinado a promover sistemáticamente la integración de las mujeres en el desarrollo: el Plan de Acción Mundial.

²⁰⁴ Considerando que los estados partes en los pactos internacionales de derechos humanos tienen la obligación de garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos

²⁰⁵ Las estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer establecieron la preocupación de la comunidad internacional y reconocieron la responsabilidad de los gobiernos en la erradicación de la violencia

²⁰⁶ El secretario general de las Naciones Unidas da como prioridad que es urgente conseguir que los Estados adopten los textos que ya existen y los apliquen efectivamente que definir nuevos derechos. Lo más importante es que existan estructuras y mecanismos apropiados para garantizar su efectividad, tanto en el plano interno como en el plano internacional.

prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas"

Esto era necesario porque en la práctica no eran aplicados esos derechos aunque estén contenidos en documentos y declaraciones internacionales.

En 1993 La Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer²⁰⁷, definiendo de una manera más amplia este fenómeno y recomendando medidas para combatirlo.

La relevancia del documento es porque contempla la violencia contra las mujeres, especialmente dentro de los derechos humanos en virtud de que deben ser disfrutados de la misma manera que los hombres. Proporciona una dimensión mayor del concepto, al reflejar la realidad vivida y reconocer la violencia no solo como hechos consumado sino como amenazas dentro y fuera del hogar e incluso la efectuado por el Estado. Su trascendencia es el señalar que la Violencia tiene su origen en el género, no por ser violencia por si misma, También señala que la violencia contra la mujer incluye pero no esta limitada ha:

"La violencia física, sexual y psicológica que ocurre en la familia, incluyendo las golpizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, violencia marital, mutilación genital femenina y otras practicas tradicionales en perjuicio de las mujeres, violencia no conyugal y violencia relacionada con la explotación.

La violencia sexual y psicológica que ocurre dentro de la comunidad, incluyendo la violación, el abuso sexual, el hostigamiento sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas, y en cualquier lugar del trafico de mujeres y la prostitución forzada así como la violencia sexual y psicológica perpetuada o condonada por el Estado, dondequiera que esto ocurra".

La petición que se realizo a la Comisión sobre Derechos Humanos a fin de que asignara una relatora especial tuvo respuesta el año siguiente con fundamento en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres.

Igualmente las Naciones Unidas recomendó a los Estados partes, modificaciones legales para que las mujeres tuvieran acceso a la justicia, así como se sancionara la violencia ejercida contra ellas y se garantizara la reparación del daño, también recomendó evitar la victimización (segunda victimización) de la Mujer como consecuencia de las leyes y practicas medicas y la sensibilización de lo servidores públicos en todas las instituciones (jurídicas, medicas etc.) respecto a la situación de la mujer.

En 1994 se llevó a cabo la Conferencia de Población y Desarrollo en la ciudad de El Cairo²⁰⁸, Egipto donde se logro introducir el tema de la violencia como un mecanismo de control de la salud y la sexualidad, además de exponer que es un obstáculo en el ejercicio de los derechos de las mujeres.

²⁰⁷ Instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos de las Mujeres. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas. 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

²⁰⁸ El programa se considero trascendental para avanzar en la promoción de los derechos, y marca el inicio de una nueva y progresista visión sobre la triada población, mujer y desarrollo y enfatiza vigorosamente el concepto de salud como un derecho humano y un derecho ciudadano.

En el mismo año la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem Do Para"²⁰⁹. El Senado Mexicano la ratificó en 1996. En esta Convención se definió la violencia contra la mujer como toda conducta basada en su género que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual, o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado. Incluye la violencia perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes e insiste en que.

"Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos."

En 1995 Durante la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer²¹⁰, celebrada en Pekín China nuevamente se establecieron temas prioritarios como el respeto y la defensa de los derechos humanos y el combate a la violencia. Uno de estos compromisos fue garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como tomar medidas eficaces contra la violencia de esas garantías.

"La violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones históricas de poder entre hombres y mujeres, las cuales han llevado a la dominación y discriminación de las mujeres por los hombres y han impedido el pleno avance de las mujeres" dice la Plataforma de acción de Pekín".

Como nos podemos dar cuenta el reconocimiento de la igualdad jurídica basado en géneros es decir el reconocer que los mismo derechos de igualdad, libertad, tanto civiles, políticos y jurídicos han sido el resultado de un largo y arduo así como complejo proceso de lucha de las mujeres y grupos vulnerables para hacer valer sus derechos como grupos minoritarios.

8.1.3. DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO NACIONAL

Seguramente lo más importante a mencionar respecto al contexto actual en México es que, gracias a las acciones del movimiento feminista, y de mujeres en ámbitos tan diversos como la academia, el espacio legislativo y las instituciones estatales que han sido creadas en los últimos 10 años, se ha avanzado de manera definitiva en la sensibilización sobre el tema de violencia intrafamiliar y el reconocimiento de éste como una problemática social que requiere acciones urgentes para su contención y prevención. Sería casi imposible enumerar la gran cantidad de acciones que se han

²⁰⁹ La Organización de Estados Americanos (OEA) convencidos de que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para el desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida y convencidos de que la adopción de una convención para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la mujer, en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos, constituye una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarles.

²¹⁰ En esta cuarta conferencia mundial sobre las mujeres los gobiernos reunidos se comprometieron sin reservas a combatir las limitaciones y obstáculos, promoviendo así el avance y el empoderamiento de las mujeres de todo el mundo y convinieron en que esta tarea exigía una acción urgente, con espíritu decidido de esperanza, cooperación y solidaridad, ahora y con la vista puesta en el próximo siglo. Entendiendo empoderamiento en una doble dimensión, por un lado significa la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente tienen las mujeres. En este sentido tiene que ver con la recuperación de la propia dignidad de cada mujer como persona. En segundo lugar, el empoderamiento tiene una dimensión política, en cuanto pretende que las mujeres estén presentes en los lugares donde se toman las decisiones, es decir ejercer el poder.

realizado, además de que no son el objetivo de este documento²¹¹, por lo que sólo mencionaré que un ejemplo de este avance en el ámbito nacional es que durante dos sexenios se ha dado especial atención a este tema. Para el período 2002–2006 se ha elaborado un programa nacional para atender la problemática de violencia intrafamiliar. En el sexenio pasado se elaboró el Programa Nacional de la Mujer 1995–2000, en el que se planteó que la violencia hacia la mujer es uno de los retos prioritarios de este programa, además de que se le identificó como una de sus líneas programáticas. Actualmente sigue vigente el Programa Nacional por una Vida sin Violencia. 2002–2005.

En las esferas estatales, gracias a la creación de los Institutos de las Mujeres, el tema de violencia hacia las mujeres ha quedado plasmado en la mayoría de los programas que actualmente rigen los aspectos relacionados a la implementación de políticas públicas relacionadas con la situación de los grupos vulnerables en el país.

Respecto a la acumulación de conocimiento, en los últimos años también se ha avanzado en la producción de estadísticas confiables así, como estudios particulares que permiten dar cuenta del fenómeno y su interrelación con problemáticas como la salud mental de las mujeres las adicciones entre jóvenes²¹² o la migración²¹³. Durante el 2003 se realizaron dos encuestas representativas, una de usuarias de servicios de salud²¹⁴ y otra a población abierta para saber sobre la dinámica de las relaciones en los hogares en 11 estados de la República Mexicana²¹⁵.

Como bien sabemos, el conocimiento y análisis que se puede desarrollar de los trabajos mencionados tardará un tiempo relativamente largo para llegar a todos los ámbitos y especialistas a los que debiera, pero la información está lo suficientemente accesible como para alimentar el diseño de programas y proyectos.

Discursivamente, el problema de la violencia contra las mujeres, niños(a), ancianos(as) y personas con habilidades diferentes, ha sido incluido en todos los niveles de la normatividad vigente dentro del país. A continuación mencionaré los marcos que actualmente regularían el reconocimiento y tratamiento de la problemática de la violencia intrafamiliar.

Leyes, normas y programas

La Constitución Política tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

De este contexto, se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. De manera más específica se deben mencionar los artículos 1º, 4º y 20º.

²¹¹ Por ejemplo ver: La Lucha Contra la Violencia Hacia la Mujer. Legislación, Políticas Públicas y Compromisos de México, Patricia Olamendi (comp.), México: UNIFEM, 1997; Política Social del Gobierno del Distrito Federal. Documento Marco. Ciudad de México, 1998; Memoria del Foro Latinoamericano y del Caribe de Mujeres. Nuevos Tiempos, Nuevos Retos. A una década de Beijing '95, México: Milenio Feminista, 2004.

²¹² Ramos Lira, Luciana, Saldívar, G.; Medina-Mora, ME., Rojas E., Villatoro, J. (1998) Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con consumo de drogas. Salud Pública de México, 40(3), 221-233.

²¹³ Huacuz Elías, Guadalupe y Barragán, Anabella, *Diluyendo las fronteras: Género, migración internacional y violencia conyugal en Guanajuato*, Gobierno del Estado de Guanajuato e Instituto de la Mujer Guanajuatense, México, 2003.

²¹⁴ Encuesta Nacional sobre Violencia hacia la Mujer 2003 (ENVIM)

²¹⁵ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Hogares 2003 (ENDIREH)

El artículo 1 prohíbe todo tipo de discriminación “por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social...”; mientras que el artículo 4º garantiza que “toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar”. El artículo 20 se relaciona con el derecho a los procesos jurídicos de tal manera que “En todo proceso penal, la víctima o el ofendido por algún delito, tendrá derecho a recibir asesoría jurídica, a que se le satisfaga la reparación del daño cuando proceda, a coadyuvar con el Ministerio Público, a que se le preste atención médica de urgencia cuando la requiera”

Tratados Internacionales

De acuerdo con la normatividad mexicana, la Constitución tiene supremacía pero los tratados internacionales signados y ratificados por México están por encima de las leyes estatales. De ahí que se deban considerar a los tratados internacionales como leyes vigentes en el país.

- - Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ONU, 1979.
 - Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, OEA, 1988
 - Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, ONU, 1993.
 - Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)
 - Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
 - Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995
 - Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Belem Do Pará, 1996.

Leyes específicas

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar.

Esta ley tiene carácter administrativo e identifica las responsabilidades correspondientes a las instancias de representación, así como a las entidades de administración pública. La ley describe un proceso mínimo de manejo de casos en las diferentes instancias identificadas para la atención. No tiene características penales ya que no plantea castigo al agresor y más bien plantea una figura jurídica identificada como de "amigable composición". Este es un problema ya que esta figura puede ser entendida como la obligación de parte de las autoridades para propiciar un "arreglo entre la pareja". La primera de estas leyes se aprobó en el Distrito Federal en 1996 y posteriormente varios estados elaboraron leyes similares. Actualmente 23 estados cuentan con leyes de este tipo. Códigos

La violencia doméstica, familiar o intrafamiliar ha sido tipificada como delito en los códigos penales de la mitad de las entidades federativas, y se asignan sanciones que consisten, en la mayoría de los casos, en pena privativa de la libertad y multa,

tratamiento psicológico, y la pérdida de algunos derechos familiares como la patria potestad y los derechos de sucesión y alimento²¹⁶

Aún cuando se han realizado reformas a códigos y la mayoría de los estados ya aprobaron leyes específicas sobre violencia doméstica, todavía existen importantes lagunas, contradicciones y dificultades en la aplicación de las leyes que deben ser resueltas para garantizar a las mujeres y los menores bajo su tutela, la protección que requieren y el acceso efectivo al sistema de procuración de justicia.

Normas oficiales

Norma oficial mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Esta norma fue elaborada para garantizar el correcto tratamiento de la violencia doméstica en los espacios de atención a la salud y tiene como objetivo establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar. La Norma es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud. Durante el segundo semestre del 2005 se ha conformado un comité técnico para modificar esta norma e incluir criterios para la atención a la violencia sexual por extraños.

Programa Nacional por una Vida sin Violencia.2002 – 2006

Este Programa forma parte de los programas federales que definen estrategias para la implementación de las políticas públicas. Instituciones gubernamentales que dan atención En la ciudad de México existen una multiplicidad de instituciones y algunas organizaciones son gubernamentales que dan algún tipo de atención a la violencia intrafamiliar. Una buena proporción de los servicios en la ciudad de México se habían concentrado en el sistema de procuración de justicia. Por ejemplo:

- Dirección General de Coordinación Interinstitucional
- Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
- Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad
- Subprocuraduría de Procedimientos Penales
- Dirección General de Atención a Víctimas del Delito
- Dirección General de Asuntos de Menores e Incapaces
- Dirección General del Albergue Temporal de Justicia del Distrito Federal
- Dirección General de Investigación de Delitos Sexuales
- Centros de Atención a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar
- Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales

En los últimos 5 años se han abierto una serie de instancias locales en cada una de las delegaciones de la ciudad de tal manera que actualmente se cuenta con 16 Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar y 16 Centros Integrales de Atención a la Mujer. En marcado contraste y debido a la característica centralizada del poder en el país, en casi ninguno de los estados existen espacios especializados de atención.

8.1.3. SITUACIÓN EN MÉXICO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA SEXUAL

²¹⁶ Modelo Integrado para la prevención y Atención de la violencia familiar y sexual. México: Secretaría de Salud, 2004, p.19.

Si bien la lucha por el reconocimiento de los Derechos Humanos de las mujeres en nuestro país ha enfrentado obstáculos e incomprendimientos, La acción del Movimiento Amplio de Mujeres y la sensibilidad encontrada en Legisladores y funcionarios públicos posibilitó la ratificación de instrumentos internacionales y reformas legislativas como las de 1989 en el Código Penal del Distrito Federal²¹⁷ para los llamados delitos sexuales, hoy conocidos como Delitos Contra la Integridad y el Normal Desarrollo Psicosexual, en los cuales se reconoce que la violencia sexual daña la integridad física, psíquica y la libertad sexual.

A la par de esta reforma se dan las primeras acciones políticas públicas, al instalarse en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal la primera agencia especializada del Ministerio Público²¹⁸ en relación a delitos sexuales. En donde se desarrolló un modelo específico de atención para quienes padecen este tipo de violencia, creándose espacios privados para su atención e incorporándose los apoyos psicológicos y médicos, con el objetivo de hacer menos dolorosos y traumatizante el trato hacia mujeres y niños.

También se crean el centro de terapia de apoyo para Víctimas de Violencia Sexual (CTA) y el Centro de Atención da la Violencia Intrafamiliar (CAVI)²¹⁹

En 1993, La Constitución fue reformada a fin de garantizar los derechos que tienen las víctimas para recibir atención médica, asesoría jurídica, la reparación del daño causado y coadyuvar con el Ministerio Público. Dicha reforma ha permitido que las víctimas no sean simples observadoras en el drama penal, sino que puedan tomar decisiones y exigir el cumplimiento de sus derechos.

En el caso de la Violencia Intrafamiliar con la ratificación del Senado de la República en 1996 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belem Do Pará, se abre el paso a la aprobación de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar²²⁰, en donde el gobierno en su conjunto se obliga a tomar medidas de prevención en los ámbitos educativos, sociales, culturales y médicos, tendientes a aminorar este fenómeno, así como crear espacios de atención para proteger a quienes padecen esta violencia.

En 1997 El Congreso de la Unión²²¹ aprueba las reformas a los códigos civiles y penales, al igual que a sus respectivos procedimientos en materia de violencia intrafamiliar, por primera vez en nuestro país, la violencia física y psicológica que se ejerce dentro de la familia es considerada un delito, se obliga a los servidores públicos en los ámbitos de procuración y administración de justicia a establecer medidas de protección, se considera a la violencia contra la mujer como una causal de divorcio y respecto a los menores, la pérdida de la patria potestad de los padres, agresores, además se crea el tipo penal de violación en el matrimonio.

²¹⁷ Congreso de la Unión. Decreto que reforma diversos artículos de los códigos civiles, de procedimientos penales. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 1997.

²¹⁸ Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y marco jurídico internacional. Instrumento para combatir la violencia familiar. Colección ordenamientos jurídicos. PGR.GDF. 2001

²¹⁹ Reglamento de la ley de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar del Distrito Federal. Colección ordenamientos jurídicos. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. II Legislatura.

²²⁰ Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar. Texto vigente publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 8 de julio de 1996 y en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996.

²²¹ Centro de Desarrollo Municipal. Directorio Nacional de Información Municipal. México 1997

En la actualidad las reformas a los códigos civiles y penales en el país, así como la Ley de asistencia y Prevención a la Violencia Intrafamiliar han sido aprobadas en la mayoría de los estados y en otros están sujetas a discusión en los congresos locales.

La normatividad existente hasta ahora es resultado de una de las demandas más sentidas de nuestra sociedad: que las mujeres y los menores, así como ancianos(as) y discapacitados, (as), reciban un trato humanitario, de respeto a su dignidad e integridad corporal y libre de humillaciones por parte del sistema institucional.

A partir de los Derechos Humanos²²² explícitos, ya que siempre implícitamente se han encontrado marcados en las garantías individuales que consigna la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Se desprenden de estos hechos los derechos del paciente, ante las exigencias de enfermos, familiares y sociedad.

9. DERECHOS DEL PACIENTE.

Ante lo anterior en la medicalización de la medicina se han decretado declaración de los derechos del paciente ante las exigencias de enfermos, familiares y sociedad con el énfasis de dar solución a las necesidades reales y sentidas de los pacientes clientes o usuarios; el primero es de 1975 por la Asociación Americana de Hospitales y posteriormente la Declaración de Lisboa²²³ de 1981 en síntesis los principales derechos del paciente más importantes para el tema de las víctimas de violencia intrafamiliar son los:

- 1.) Recibir óptima atención médica de calidad, oportuna, respeto, consideración y buen trato.
- 2.) Obtener información completa, amplia a satisfacción y comprensible, previo estudio y procedimiento sobre el diagnóstico obtenido, tratamiento ofrecido, pronóstico a futuro.
- 3.) Además de ser informado ampliamente de posibles consecuencias médicas al optar por una alternativa, respecto a su intimidad y confidencialidad conforme a registros, datos médicos y personales de su expediente y comportamiento.
- 4.) Privacidad en su atención y tratamiento especialmente durante ciertas intervenciones o exploraciones.

Debemos recordar que los derechos universales del paciente son inalienables e indiscutibles e incluye la confidencialidad o secreto profesional y el consentimiento informado, y en la víctima de la violencia intrafamiliar es lo primero que se vulnera ya que se transgrede sus derechos de paciente, sus derechos humanos y sus garantías por el simple hecho de ser una víctima de algo que todavía está en proceso de sensibilización, pero que no comprendemos ni deseamos hacerlo.

9.1 CONFIDENCIALIDAD PROFESIONAL O SECRETO MEDICO.

El secreto profesional ya se contempla en el Juramento Hipocrático y se sigue recogiendo en la Declaración de Ginebra, en el Código Internacional de ética médica y en los diversos códigos deontológicos nacionales

²²² El 10 de diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas pidió a todos los países miembros que publicaran el texto de la declaración y dispusieran que fuera distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios.

²²³ Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente adoptada por 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal. Septiembre octubre 1981. Reconociendo que puede haber dificultad práctica, ética, o legal un médico debe siempre obrar de acuerdo con su conciencia y siempre por el supremo interés del paciente.

El secreto profesional puede ser absoluto o relativo y el personal de salud esta obligando al segundo, beneficia al paciente, puesto que tiene mayor confianza para revelar información al personal de salud.

"un secreto es un conocimiento oculto que pertenece a una persona por derecho y que ninguna otra puede adquirir, usurpar o comunicar sin la voluntad razonable de su dueño"²²⁴.

Guardar el secreto profesional inspira mayor confianza del paciente hacia el personal de salud en ocasiones, pero esto no sucede en la víctima de violencia intrafamiliar que se le interroga delante del victimario, por lo cual se pierde la confianza en el personal de salud y se refuerza el miedo al victimario por las repercusiones a represalias posteriores. Generalmente protege los intereses del paciente y beneficia el prestigio del personal de salud. Como esta registrado en el de la Asociación Medica Americana, o el Internacional de Ética Medica. El Juramento de Fidelidad Profesional y también se cita como obligación en los artículos 210 y 211 del Código Penal Federal Mexicano. Pero a pesar de esto es frecuente la víctima de violencia intrafamiliar, sea conocida por todo el hospital por las platicas que se realizan en los corredores, pasillo, elevadores, comedores del mismo esto sin respetar y guardar el secreto al que se esta obligado.

La confidencialidad debe ser observada por todo el Personal de salud sin marcar excepciones es decir, médicos, enfermeras, directivos, asistentes de laboratorio, consultorios, archivos, farmacia, servicios básicos, etc. Será toda persona que tenga relación directa o indirecta con la asistencia médica de la víctima de violencia intrafamiliar.

9.2 EL SECRETO PROFESIONAL COMPRENDE.

- 1.La enfermedad considerada en si misma, cuando intereses socioeconómicos o fama del paciente pueda afectarse.
- 2.Excluye enfermedades banales, pero no ciertas circunstancias agregadas como la trascendencia de la violencia en la salud.
- 3.Cualquier padecimiento o dato clínico que el paciente solicite no sea divulgado.
- 4.Todo lo percibido u observado de la vida del paciente y sus familiares.

Sin embargo en ocasiones debe transgredirse sin afectar el principio ético de confidencialidad como refiere Stefano Rodota; " A nivel jurídico formal no seria licita la revelación del secreto profesional; Pero en la Práctica las normas deontológicas orientan al personal de salud hacia la obligación de una información de trascendencia"

9.2.1 LIMITE DEL SECRETO PROFESIONAL

- 1.Cuando el paciente otorga consentimiento para divulgarlo
- 2.Cuando se afecta el bien común o publico y de no divulgarse se causara un daño grave a una o un grupo de personas, publico en general o a la sociedad
3. Cuando de no divulgarse se sigue grave a un terceros debido por la mala fe del paciente al negarse a comunicarlo
- 4.Cuando de guardar fidelidad, el dueño del secreto sufriera daño o el propio medico, de no divulgarlo estuviese en peligro de daño personal.

²²⁴ Gispert Cruells. Conceptos de bioética y responsabilidad medica. Capitulo 5. Derechos y deberes. Manual Moderno. 2da edición. México D.F.

5. Cuando se cumple función de peritaje o informe oficial, por citatorio ante juzgado legal correspondiente.

6. Cuando se declare ante organismos sanitarios competentes en caso de enfermedad infectocontagiosa. La confidencialidad no la pierde el paciente, la responsabilidad del secreto pasa del médico a la autoridad sanitaria notificada,

7. En caso de que el comportamiento irracional o injusto del paciente provocara un daño en contra de una tercera persona, debe predominar el deber civil y social de la defensa del que fue o será injustamente agredido.

9.2.2. LIMITACIONES DEL SECRETO PROFESIONAL.

1. Los niños y jóvenes menores de edad no tienen derecho al secreto profesional en relación a sus padres o tutores legales, están legalmente bajo protesta paterna hasta la mayoría de edad, en los casos de los adolescentes que piden guardarles el secreto como indicación precisa de no participación a los padres, el personal de salud debe tratar de obtener la seguridad de que el o la adolescente comunicara directamente del hecho. Tratándose de una comisión de delito deberá informarse a los padres y a la autoridad correspondiente.

2. Personas bajo un régimen de internamiento, cuartel, cárcel, colegio, no tienen derecho al secreto profesional médico con relación exclusivamente con los superiores del centro, para evitar contagio o daño a los terceros internos.

3. Un trabajador con enfermedad infectocontagiosa que siga trabajando mientras transmita el padecimiento a pesar de incapacidad médica.

9.2.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es un derecho fundamental del paciente a partir de la Declaración de Manila que tiene relación con el secreto profesional. Representa la "piedra angular" de la relación médico paciente y gira alrededor de la anuencia del paciente en base al convencimiento razonado del médico, que debe explicarle en forma comprensible y detallada el padecimiento que lo aqueja, diagnóstico claro y preciso, exámenes a realizar, posibilidades terapéuticas y porque su elección, más molestias ocasionadas por el proceso médico o por la historia natural de la enfermedad, posibles complicaciones con y sin tratamiento, riesgos secuelas, pronóstico de vida futura, para que el paciente con toda esta veraz información más la solicitada este en condiciones de tomar decisiones, sobre como manejar su padecimiento y su vida.

El deber del personal de salud es informar siempre la verdad al paciente, basándose en su capacidad de comprensión, respuesta o acogida atendiendo al mayor interés global del paciente, posiblemente en forma gradual y conveniente en consideración a las características propias de los menores de edad. Ya que esta en posición de tomar decisiones y validar sus propias decisiones, el titular del derecho a decidir sobre su salud es la persona enferma y nadie más siempre y cuando tenga capacidad de razonamiento y discernimiento pasando a segundo término la edad y esto abarca a los menores de edad, a los mayores de edad, y a las personas con capacidades y necesidades diferentes. Todo lo anterior nos llega a la responsabilidad del paciente y del personal de salud.

9.3. DEONTOLOGÍA EN LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

La deontología es el conjunto de deberes profesionales que están al servicio del individuo y de la asistencia pública sea institucional o privado, que abarca el respeto a las normas éticas y principios morales que inspiran la profesión que profese cualquier profesional de la salud. El código es el resultado de una larga tarea de selección de normas y criterios con que se quiere autorregular la práctica de la profesión, es una

guía de conducta profesional que contiene los compromisos éticos que se contraen para garantizar a la sociedad un adecuado nivel de calidad de los servicios profesionales. Y todo lo que estuvimos revisando en el presente capítulo desde los derechos del paciente entran en la deontología y que se centra en la responsabilidad y sus diferentes acepciones. La profesional, laboral, civil, penal y las desviaciones a dicha responsabilidad así como la mala praxis. Normalmente si hay transgresión a las normas hay sanción sea civil, penal o administrativa. Empezaré en describir la responsabilidad

9.3.1 RESPONSABILIDAD.

Cuando las normas éticas se alteran y pasan del orden individual a la afectación de intereses de otros individuos o público en general rebasando el concepto puramente ético se penetra en el campo de las normas jurídicas o legales donde esta estipulada la responsabilidad en diferentes marcos deontológicos.

9.3.2. EVOLUCIÓN A TRAVÉS DE LA HISTORIA.

El mas antiguo código de responsabilidad es la "Ley del Talión", pena que consiste en hacer sufrir al infractor un daño igual al que causo, es decir "Ojo por Ojo" "Diente por diente" o sea " tal harás, tal hallaras".

Otro código legal que hace referencia a la responsabilidad profesional y al castigo infringido es el Código de Hammurabi, dos mil años A.C., este mencionaba a los médicos y especificaba los castigos a los incumplimientos de la responsabilidad, y algunos eran tan drásticos como la perdida de las manos e incluso de la propia vida.

Actualmente las leyes de todos los países tipifican y penalizan los delitos a las desviaciones de las normas legales profesionales. Yo nombrare algunas de las normas, reglamentos y leyes establecidas en la República de los Estados Unidos Mexicanos, pero no pretendo ondar en las leyes, sino solamente, mencionar algunos artículos representativos de leyes, códigos y reglamentos que tengan relación con la responsabilidad del personal de salud.

9.3.3. DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDAD.

Definiremos como Responsabilidad profesional " al delito en que pueda incurrir un personal de salud, durante el ejercicio de su quehacer profesional, al infringir alguna de las leyes civiles o penales que norman su conducta profesional" es decir es cuando se desacata consciente o inconscientemente las normas, reglamentos o leyes que rigen su profesión, y se cae en delito lo cual lo hace acreedor al castigo que las propias leyes fija. Existen diferentes clases de responsabilidades.

9.3.3.1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

En la Ley General de Salud dentro del titulo primero en disposiciones generales, capítulo único dice: " la presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

1.En el Titulo tercero. Sobre Prestaciones de servicios de salud. Capítulo IV. Nos define a los usuarios y la participación de la comunidad.

2.En el Titulo octavo. Sobre Prevención y control de enfermedades y accidentes. Nos habla de la notificación de enfermedades infectocontagiosas y de la prevención de accidentes a terceros.

3. En el Título decimotercero. Sobre las >medidas de seguridad, sanciones y delitos. Nos habla de las sanciones administrativas y en estas de las violaciones a los preceptos de esta ley, sus reglamentos, normas y demás disposiciones.

4. En el mismo Título pero en el capítulo IV. Nos refiere: en el artículo 469 del profesional médico y de salud que se niegue a la atención de urgencia.

También se encuentran las normas oficiales de salud expedidas por la Secretaría de Salud y publicados en el Diario Oficial de la Nación sobre:

1. La prestación de servicios de atención médica a las víctimas de violencia intrafamiliar.

2. La prestación de servicios de atención médica psiquiátrica.

3. El reglamento de la ley de la prevención a la violencia doméstica

4. El reglamento para la prevención del maltrato y abuso de la niñez

5. Reglamento para la atención de los adultos en Plenitud

6. Reglamento para la atención de los discapacitados...

9.3.3.2. RESPONSABILIDAD LABORAL.

Como responsabilidad laboral se entienden faltas a las normas y reglamentos en que pueda incurrir un trabajador en el desempeño de su labor contractual, estos derechos y obligaciones se encuentran contemplados en:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 5º constitucional se hace mención a las profesiones y de ella emana la Ley de Profesiones donde dice: "nadie puede ser privado del producto de su trabajo, siendo este lícito, la ley determinará, cuáles profesiones necesitan título, para su ejercicio y las condiciones que deben llenarse para obtenerlo, así como las autoridades que han de expedirlo."

2. Responsabilidad Administrativa de los servidores Públicos. El personal de salud, es legalmente considerado un servidor público y como tal tiene atribuciones, responsabilidades y obligaciones extra a los que solamente practican la medicina privada o particular. En el artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos define la responsabilidad de los servidores públicos.

3. La Ley Federal de Responsabilidades de los servidores Públicos en el artículo 47 marca la obligación para salvaguardar los intereses del público y procedimientos de conducta, como la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en la misma ley pero en el artículo 77 bis se señala que en caso de falta administrativa que cause daño o perjuicio se indemnizará al dañado.

4. En la Ley Federal del Trabajo, donde se establece las relaciones contractuales de trabajo entre el patrón y el trabajador así como las obligaciones y derechos en los cuales están inmersos ambos.

9.3.3.3. RESPONSABILIDAD CIVIL.

En el código civil en el artículo 1927 refiere la obligación de los servidores públicos de responder del pago de daños y perjuicios, causados en el ejercicio de sus atribuciones. Y en el artículo 2615 el que preste servicios profesionales solo es responsable hacia las personas a las que sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito y en el artículo 21 se indica "la ignorancia de las leyes no excusa su incumplimiento".

También da las definiciones de:

- 1.Negligencia: es la omisión al cumplimiento de un deber a sabiendas de ello y teniendo los recursos necesarios para hacerlo.
- 2.Impericia: realización de actos con carencia de conocimientos técnicos, científicos o destrezas suficientes para realizar el procedimiento o cualquier acto relacionado con la profesión, mismo que puede y debe exigirse con el grado académico real del profesional.
- 3.Dolo. Voluntad intencional o propósito de cometer un delito, engaño en contratos o actos jurídicos; Información maliciosa en el cumplimiento de las obligaciones contraídas. El dolo calificado equivale generalmente a un delito.
- 4.Precipitación: Acción apresurada cuando se cuenta con el tiempo suficiente para precisar los procedimientos, diagnósticos, o terapéuticos necesarios.
- 5.Demora: Actuación retardada, cuando el tiempo para una buena obtención diagnóstica o terapéutica es limitado y su alargamiento puede resultar en perjuicio del paciente.
- 6.Inobservación de normas: cuando se transgrede la norma o legislación establecidas para la ocasión.

9.3.3.4. RESPONSABILIDAD PENAL.

El Código Penal nos refiere "responsabilidad es la calidad o el estado de ser responsable". El personal de salud deberá reportar al Ministerio Público por formar parte de los procedimientos penales las lesiones en riña o por maltrato, violación o estupro, suicidios, aun los fallidos, homicidios con violencia o accidentes, así como los casos de violencia intrafamiliar.

En los artículos 228 al 230 se encuentran el cumplimiento con las obligaciones, acciones y restituciones económicas a los afectados en caso de perjuicio, además de las sanciones propias del delito, se les suspenderá en dicho ejercicio y se obligará a reparar el daño causado por el personal de salud o sus subordinados.

9.3.4. DESVIACIONES DE LA RESPONSABILIDAD.

Desde el punto de vista legal se califica a cualquier desviación en la práctica del personal de salud como negligencia médica, pero es rara la verdadera negligencia, por lo cual se utiliza el término iatrogénica que define " toda alteración del estado del paciente producida por la acción del personal de salud" abarca la iatrogénica positivas o curativa y la iatrogénica negativa, nociva o iatropatogénica, cuando "la intervención del médico resulta perjudicial o patológica para el paciente" en la práctica se usa erróneamente como sinónimo de iatrogénica para el paciente el de malpraxis médica o mala práctica médica. Desde el punto de vista legal es casi invariablemente un delito culposo por ser involuntario el daño provocado, sería doloso en caso de hacerlo a propósito lo cual prácticamente no se da en medicina.

9.3.4.1 LA MALA PRAXIS O IATROPATOGENIA PUEDE SER:

- 1.Necesaria o por comisión es la iatropatogenia, no malpraxis y se efectúa cuando conscientemente el médico debe aceptar un riesgo más o menos calculado en busca de un mayor beneficio.
- 2.Inconsciente a la malpraxis, la cual el médico no aprecia su realización y se manifiesta como una complicación evitable, esto es, cuando acontece un efecto secundario no deseado o impredecible y del cual no se tuvo conocimiento al cometerlo.

3. Inecesaria esta iatrogenia es legalmente calificada como negligencia y dependiendo de la intención puede ser dolosa (voluntaria) o culposa (involuntaria) y su causa puede ser por:

3.1. Equivocación o error en el desempeño, aun cuidadoso de su labor en diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

3.2. Impericia o falta de conocimiento, ignorancia, inexperiencia, falta de práctica o habilidad en procedimiento médico, quirúrgico, psicológico, terapéutico, deficiente técnica o falta administrativa.

3.3. Negligencia, apatía, descuido, omisión, o inconsistencia en la práctica médica.

3.4. Temeridad al realizar actos fuera de su conocimiento, competencia o práctica a menos que se trate de una urgencia, también se califica como precipitación.

3.5. Dolo existiendo voluntad intencional con el propósito de cometer un acto delictivo, crimen, engaño, fraude o simulación.

3.6. Inobservación no cumplimiento con las normas, reglamentos, políticas, y leyes, preceptos o instructivos que están en relación con la práctica asistencial.

En algunos países los reclamos contra la malapraxis van en aumento y las Asociaciones Médicas Nacionales²²⁵ tratan de superar el problema ya que esto lleva a la medicina defensiva y se pierde más la relación médico paciente., se debe hacer la distinción entre la mala praxis y un resultado generado por un aumento en la cantidad de reclamos legales por parte del paciente.

Y para evitar esto es necesario en lo referente a la violencia intrafamiliar el desarrollo de las propuestas adecuadas sobre la capacitación terapéutica del personal de salud cuyos conocimientos y habilidades sobre el tema sean deficientes, para corregir las deficiencias dentro de la práctica de la atención de la víctima de violencia intrafamiliar, ya que esto lleva también a la abstención del personal de salud al trato con estas víctimas por el alto riesgo y la deficiencia de lo que se logra en la relación médico paciente y sobre todo en que se propicia la medicina defensiva y se pierde la mística de la asistencia.

²²⁵ Proposición sobre mala praxis médica. Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marsella España Septiembre 1992.

CAPITULO IV

LA RELACIÓN PERSONAL DE SALUD PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA PRACTICA MÉDICA

En el capítulo anterior en la medicalización de la violencia, vimos dentro de la deontología, la responsabilidad, pero esta es la que es obligada por las sanciones jurídicas, penales, civiles, administrativas, pero en este capítulo veremos la responsabilidad desde el lado ético, como reflexión personal que lleva a la decisión propia de responder a algo o a alguien sin importar la sanción o mención merecidas.

1. LA RESPONSABILIDAD EN LA RELACIÓN PERSONAL DE SALUD PACIENTE.

La Responsabilidad en la relación personal de salud paciente a sufrido importantes cambios en los últimos años, sino decimos décadas, aunque el personal de salud siempre actúa o debe actuar y ser de acuerdo a su conciencia, a su concepción ética moral, en el mejor beneficio, en el mejor interés del paciente, en ocasiones se debe hacer gran esfuerzo para garantizar la autonomía y libertad del paciente en relación al hábito del personal de salud de tratarlo sin derechos, y sin responsabilidades de si mismo, y a permitir que el paciente como sujeto de derecho que conoce sus necesidades, sus derechos y obligaciones las reclaman poniendo en entredicho la responsabilidad del personal de salud.

Llevando a juicio jurídico, civil, administrativo, o moral dicha responsabilidad, ya que cuestiona el deber impuesto y no la libre elección del mismo, ya que esto no garantiza que se haya introyectado la ley y solo se actúa por la presión de las recompensas o sanciones de cualquier tipo. Es decir sé debería ser y hacer porque se ha escogido por libre voluntad y no por las sanciones que se pueden sufrir sean estas morales, civiles, o penales.

La responsabilidad en el ejercicio de la profesión debe cubrir ciertos requisitos y normalmente se piensa que siempre esta en relación con lo jurídico fundamentalmente y para abordarla debe hacer alusión a los usos en que se aplica aunque ya vimos en el capítulo anterior algunos tipos de responsabilidades y su ámbito de aplicación.

La palabra responsabilidad proviene de responderé cuyo significado es prometer, pagar. En un sentido mas restringido responsum (responsable) significa "el obligado a responder de algo o de alguien"²²⁸

Según Dobler López se pueden entender cuatro sentidos de responsabilidad que son:

1. La responsabilidad de un cargo dado, que conlleva cierta discrecionalidad, es un deber en abstracto que pertenece a la ética profesional.
2. Responsabilidad como causa de un acontecimiento, se es responsable del acto dado, que puede pertenecer o no al acto profesional.
3. Responsabilidad como merecimiento, reacción o respuesta que esta ligada al anterior, es causa efecto, al que más se acerca a su significado original de responderé y es el que se utiliza en lo jurídico.

²²⁸ Dobler López I. La Responsabilidad en el Ejercicio Médico. Manual Moderno México D.F. 1999.

4. Responsabilidad como capacidad mental que responde a sus actos libremente adquiridos.

De hecho para el personal de salud ser responsable es hacer lo adecuado en beneficio de su paciente, cumpliendo las normas y reglas estipuladas por los procedimientos a seguir. Sin embargo en lo jurídico el termino responsabilidad señala a quien debe responder del cumplimiento o incumplimiento de una obligación en este sentido la responsabilidad es una obligación de segundo grado es decir aparece cuando la primera no se cumple, cuando se comete un hecho ilícito, por no tener cuidado, la obligación de no maleficencia, de no dañar, y es el responsable del daño quien tiene que restituir por el daño causado.

La aplicación de la responsabilidad puede ser de dos maneras:

1.1. RESPONSABILIDAD SUBJETIVA O PER CULPA

La responsabilidad subjetiva²²⁹ surge de una culpa por parte del autor del delito esto es la consecuencia de sanción, se aplica al individuo considerado responsable, que al cometer el hecho no tuvo la intención de cometerlo o bien si se produce un resultado no previsto, siendo previsible o previo, pero confío en que no se produciría, en virtud de la violación de un deber de cuidado que debía y podría observar, según las circunstancias y condiciones personales.

1.2. RESPONSABILIDAD OBJETIVA O ABSOLUTA

En la responsabilidad objetiva²³⁰ no importa la culpa²³¹, al autor, basta que el hecho ilícito se realice de modo intencional (premeditado) para que se aplique las consecuencias de sanción al individuo considerado responsable a esto es a lo que se le llama delito culposo.

El personal de salud puede caer en cualquiera de estos dos ya que en el ejercicio de la profesión, debe cuidar el desempeño propio y la evolución, pero sobre todo cumplir con los procedimientos y que estos queden bien registrados en los documentos médicos específicos.

1.3. MEDICINA DEFENSIVA

Para no caer en una practica de la medicina defensiva ²³²por parte del personal de salud es necesario que exista entre el personal de salud y el paciente comunicación que lleva tiempo, pero es esencial, para incorporarlo en su padecimiento, en su tratamiento y en el proceso de seguimiento, esto favorece la confianza mutua y la comprensión en caso de producirse resultados inesperados, ya que en ocasiones esta no maleficencia esta permeada de la actitud y percepción que dicho personal tenga sobre la enfermedad, ya que se trata de una persona con una historia, con un proceso de vida que se dedica a la practica profesional y por lo tanto con virtudes o carencia de ellas que es difícil que las

²²⁹ Lafollete Hugh. Las relaciones personales en Compendio de ética de Peter Singer Cap. 28 pp. 449-456. Editorial Alianza. Madrid.1995.

²³⁰ De La Cuesta Aguado Paz M. Victimología y victimología femenina. Las Carencias Del Sistema Universidad de Cádiz. 1994.

²³¹ Lacroax. La culpabilidad moral o el sentido de la falta. Editorial Siglo XXI. México. 1987.

²³² Lolos Stepke Fernando. Situaciones de la antropología médica y bioética. Paralelos y futuro. En Bioética y antropología médica. pp. 151 -158. Publicaciones Técnicas. Mediterráneo Lida Chile. 1999.

deje de lado para atender con responsabilidad al paciente y sobre todo al paciente que padece de violencia intrafamiliar.

En la aplicación de la responsabilidad dentro de la ética medica vino de una sociedad deontológica, en la que fija los límites de la actuación del profesional en las disciplinas de la salud, límites que se transgreden con frecuencia y que se manifiestan en las demandas por responsabilidad profesional, esto genera que se haga una medicina defensiva que facilita que se pierda la esencia de la relación personal de salud paciente, ya que genera desconfianza, daño físico, moral y económico, tanto al paciente como al personal involucrado, lo que establece un círculo vicioso que resulta en que sea "peor el remedio que la enfermedad".

Y esto ocasiona que muchas veces se deje de lado el razonamiento ético moral para cumplir con los requisitos administrativos "que pueden ser fastidiosos" y "burocráticos" ponerse a pensar en el procedimiento y no en la persona en si misma, se anula, se cosifica, se borra. Todo ello repercute en el medio laboral y también se convierte en campo de batalla, de competencia desleal con los propios compañeros para conocer si han incurrido en delito, falta administrativa o ética.

Pero también la soberbia inherente a la condición humana se impone y se hace patente en la emisión de juicios de valor que consiguen generar mas hostilidad en el medio laboral, donde el paciente servirá de escudo depositario de dicha hostilidad, y como esto se genera y el paciente va también ha la defensiva, el paciente deposita en el personal de salud sus conflictos, frustraciones, enojos y exige que sus necesidades sean resultas, aunque no sean de asistencia medica, psicológica o psiquiátrica.

Todo ello lleva a la situación que favorece las demandas y denuncias justificadas o injustificadas por responsabilidad profesional, con lo que se ve al paciente como un enemigo potencial que pretende depositar su agresión o bien perjudicar y obtener otros beneficios secundarios sin pensar que se esta dentro de un círculo vicioso donde se mantiene y genera el conflicto.

El paciente es cada vez mas consciente de sus derechos y de las obligaciones de los involucrados en la asistencia medica, conciencia adquirida sobre todo a través de los medios masivos de comunicación , pero esta información no siempre es veraz y a veces esta incompleta o manipulada, lo cual cambia la tradicional actitud sumisa y dependiente del paciente , por una actitud demandante, de cumplimiento de sus derechos, actitud que genera en el medio asistencial, acostumbrado a la toma de decisiones unilateral, el temor a perder su autoridad y se cae en el contractualismo o en la deontología, pero se olvida la calidad moral, la reflexión ética en todas o casi todas las relaciones donde involucra al personal de salud paciente. Donde ambas son personas en interrelación constante, continua y bidireccional.

2. EL PROCESO DE SER PERSONA

La practica medica se ha centrado en la relación medico paciente en la calidad de enfermedad pero nunca en la calidad que ese paciente es "persona" enferma.

La persona "es una actividad vivida de autocreación, de comunicación y de desarrollo personal" ²³³eso es; el hombre en tanto persona, no es una obra terminada, sino una

²³³ Buber Martín ¿Qué Es El Hombre? Breviarios 10. Décima Tercera Reimpresión. FCE. México. 1985

constante creación, no como un ente solitario, sino un ser en comunicación continua y además, un ser con ciertas preferencias.

Dicha autocreación tiene un fundamento y motor primordial que es la libertad. La libertad es una fuerza que esta en el origen de la persona, en su afirmación y desarrollo, de ella depende casi todos sus atributos y posibilidades. Gracias a la libertad la persona cuenta con centros de elección o preferencia, (valores) alrededor de los cuales organiza y desarrolla su existencia.

La libertad es el motor que impulsa a trascender, que es tal vez una de las aspiraciones superiores de la persona bien desarrollada y Gabriel Marcel²³⁴ ha explicado como el ansia de “ser mas que mi vida” dentro de la libertad se encuentra condiciones biológicas, sociales, económicas, y políticas que inciden en la persona y su entorno sociocultural. Y cuando se da la violencia se anula, se niega la libertad, porque se pasa por sobre los derechos del sí mismo; del otro.

Al Personal de Salud, nos interesa sobre todo la condicionante biológica entendida como el cuerpo humano y sus enfermedades se opone la libertad de la persona. Para tratar este asunto conviene recordar el concepto de necesidad o de lo necesario. Se entiende por necesario²³⁵ “todo lo que resulta de una razón suficientemente dada” la que en el orden físico, (que es el que aquí nos interesa puesto que estamos hablando del cuerpo humano se llama causa. Lo necesario “lo que no puede dejar de hacer” si entendemos fuerza necesitante como determinismo científico, otros filósofos consideran que la libertad no es solamente lo que esta fuera de dicho determinismo y que dicha libertad no se gana contra los determinismos naturales sino que se conquista sobre ellos, pero con ellos

Con la libertad y los valores se construye el universo de la ética, la ética es por lo tanto otra característica de la persona, Entonces la persona es autocreación y libertad con lo que se establece una verdadera comunicación interpersonal. Comunicarse es exponerse, es salir de sí mismo para comprender al otro para asumir o tomar sobre sí, su alegría, su pena, su padecer, y para darle por lo menos comprensión, generosidad, compañía. Así entendida la comunicación es un elemento fundamental de la relación personal de salud paciente

Hay también preferencia cuando gracias a la libertad, la persona se organiza alrededor de centros de elección o valores, cuando elige o toma partido. Ha dicho Mounier que “al elegir esto o aquello me elijo indirectamente a mí mismo y me constituyo en la elección”

2.1 LA TRANSCENDENCIA DEL SER PERSONA.

La persona es la realidad trascendente del hombre como ser biológico, psíquico, social y cultural es trascendente porque es superior “en su calidad de ser” respecto al hombre entendido como la unidad biopsicosociocultural.

El ansia de trascendencia es el movimiento del ser humano para ir siempre mas lejos (Malebranche) para ser “mas que mi vida” como dijera Marcel. El ansia de trascender es la antítesis del conformismo, de la seguridad, de la adaptación y de la visión común de la felicidad Adaptarse es reducir la superficie amasada y

²³⁴ Charlesworth Max. La Bioética en una sociedad liberal. Trad. González M. Universidad De Deakin Cambridge. University Press 1996.

²³⁵ Lain Entralgo Pedro. Antropología médica para clínicos. Editorial Salvat. Barcelona España 1984.

hacerse semejante a lo que es al precio menos caro dice Mounier y agrega ¡Y a esto es a lo que se llama felicidad ¡²³⁶

Los valores son tan indispensables para la existencia verdaderamente humana y es tanta su trascendencia que los filósofos han dicho que “solo existimos definitivamente desde el momento en que nos hemos constituido un cuadro interior de valores, contra el cual ni siquiera prevalecerá la amenaza de muerte”.²³⁷

De todo lo anterior le viene la dignidad a la persona, es digna por ejercer su libertad, porque es capaz de comunicarse, de comprender, de amar, de asumir características de otras personas, es digna por su ansia de trascendencia, por su sacrificio al que muchas veces lo impulsa la ética. Por todo esto la persona es digna y además respetable. Es responsable de sus actos, de su autocreación, de su trascender y sobre todo también de su no actuar, no trascendencia, de su conformismo, como diría Sartre “estamos condenados a ser libres al escoger o no escoger algo”²³⁸

2.1.1 LA AUTONOMIA EN LA TRANSCENDENCIA DEL SER PERSONA Y SU INFLUENCIA EN LA RELACION PERSONAL DE SALUD PACIENTE

“Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano. Dice John Stuart Mill²³⁹ y “Nadie fuera de sí mismo puede llegar realmente hasta él, puede tocar su alma, su inmortalidad, debe vivir para siempre consigo mismo, tiene una profundidad insondable, un infinito abismo de existencia “nos dirá John Henry Newman²⁴⁰.

Para lo cual podemos tomar el pensamiento siguiente:

La esencia de liberalismo es la convicción moral de que como las personas son agentes morales autónomos, dentro de sus posibilidades, la gente debe ser libre para elegir por sí misma, incluso si sus opciones son erróneas, objetivamente hablando y además la convicción de que el estado no puede imponer una posición moral o religiosa a la comunidad, sino que debe de tratar estas posiciones por igual, siempre que no se violen o perjudiquen la autonomía personal de los otros²⁴¹

Así es que se debe respetar la autonomía del paciente para la toma de decisiones en relación con lo que más le conviene ha su vida y a sí mismo. Pero con la excusa de asegurar el bien común o bien de defender los intereses públicos o un conjunto de valores esenciales, sin los cuales defienden que una sociedad civilizada se vendría abajo, están muy dispuestos, de una forma totalmente autoritaria, a decir al paciente lo que es bueno para ellos y dictaminar prohibiciones sobre lo que podrán o no hacer con sus vidas.

Esto nos convierte, como personal de salud, en parte del problema de violencia²⁴² intrafamiliar, ya que permite que la víctima, este en peligro creciente y se sienta cada vez

²³⁶ Martínez Cortes Fernando. La relación médico paciente en la Práctica Médica, en El Ejercicio Actual de la Medicina. Rivero Serrano O. Tanimoto. Coordinadores. Editores. Siglo XXI. UNAM 2000.

²³⁷ Macintyre Alesdair. La naturaleza de las virtudes En Tras La Virtud Editorial Critica Grijalbo. Barcelona España. 1987.

²³⁸ Savater Fernando. El valor de elegir. Editorial Ariel. Barcelona España. 2003.

²³⁹ Stuart Mill John. Sobre la libertad. Clásicos Ciencia Política. Editorial Gernika 2001.

²⁴⁰ Lolás Stepke Fernando. Mas allá del cuerpo. Editorial Andrés Belle. Chile.1997.

²⁴¹ Charlesworth. Max La bioética en una sociedad liberal Trad. González. Universidad de Deakin Cambridge University Press 1996.

mas atrapada gracias al poder y control medico y del personal de salud, ya que este con frecuencia tiene diferentes percepciones²⁴³ como:

- ñ1. CONSIDERA NORMAL LA OPRESIÓN, cree que la violencia es el resultado natural de la desobediencia de la víctima contra el victimario.
- ñ2. VIOLA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, Es decir entrevista delante del agresor, contarles a los colegas las cuestiones confidenciales, sin consentimiento del usuario
- ñ3. TRIVIALIZA Y SUBESTIMA EL ABUSO: Es decir, No tomar en serio el peligro que refiere los integrantes de los grupos vulnerables, suponer que si ha aguantado tantos años de abuso no puede ser tan malo.
- ñ4. IGNORA SU NECESIDAD DE SEGURIDAD, No reconociendo que se siente en peligro, Omite preguntarle ¿No es peligroso ir a su casa? ¿Tiene un lugar adonde podría ir si empeora la situación?
- ñ5. NO RESPETA SU AUTONOMIA. Es muy dado a: Recetarle el divorcio, calmantes, ir a un refugio, sesiones de orientación de parejas, o intervenciones policíacas y además castigar al usuario / a por no hacer lo que le aconseja.
- ñ6. CULPABILIZANDO A LA VÍCTIMA. Preguntándole que hizo para provocar la violencia, tratarla como si ella fuera el problema, ¿Por qué no lo deja? ¿Porque lo aguanta? ¿Por qué deja que le haga eso?

Se supone que vivimos en una sociedad liberal donde la autonomía y la libertad personal son valores fundamentales, pero una condicionante para que las personas no puedan actuar de una forma auténticamente libre y autónoma es, si viven una situación dramática de pobreza, violencia o en condiciones de anarquía social²⁴⁴, así como si carecen de una educación básica o de unos mínimos de salud. Igualmente no pueden ser agentes autónomos si no se les ofrece la oportunidad de elegir de una forma real y autentica entre dos o más bienes, si no se les da información adecuada.

De hecho la autonomía personal es un valor absoluto, es decir intrínsecamente bueno a pesar de cualquier consecuencia que pudiera acarrear, por lo cual cualquier justificación utilitarista es inadecuada, nos dice Charlesworth:²⁴⁵

“Sostengo que la calidad de vida solo puede definirse haciendo referencia a la noción de autonomía personal ¿Podrá la persona en cuestión ejercitar algún grado mínimo de control autónomo sobre su vida si el tratamiento tiene o no éxito? “.

Una vez mas el modelo utilitarista, económico racionalista y con orientación costo beneficio tienden a ser el que dirige y marca la norma, así como conductas paternalista, descuidando tanto la autonomía del paciente como la autonomía profesional del profesionales de salud, la llamada consulta de la comunidad se limita a establecer y ordenar las prioridades de la salud basándose en el concepto de costo beneficio.

²⁴² Cross S. And Sim J.J. Confidentiality within physiotherapoy. Perceptions and Aptitudes of clinical prtitioners. Med Ethics. 26. Pp447-453. 2000

²⁴³ Natera Guillermina. Cols. Violencia familiar y su relación con la farmacodependencia. En Asociación Mexicana de Psicología Social. AMEPSO Vol. V Pp 263-270. Editorial La Psicología Social en México. México 1994

²⁴⁴ Gutiérrez Castañeda Griselda. El estado y la violencia. En Sánchez Vázquez Adolfo en El Mundo de la Violencia de pp. 309-325. FCE. México. 1988.

²⁴⁵ Charlesworth. Max La bioética en una sociedad liberal Trad. González. Universidad de Deakin Cambridge University Press 1996.

2.2 EL IDEALISMO LIBERAL Y EL CONCEPTO DE AUTONOMÍA.

La idea de la autonomía esta bastante clara, significa simplemente que si voy a actuar de una forma ética o moral, debo elegir por mi mismo lo que voy a hacer, es solo entonces cuando aquello, que he hecho se me puede imputar, por lo tanto es un acto mío, de tal modo que soy responsable de ello, así como digno de elogio o culpa.²⁴⁶ :

“Aunque nuestras creencias pueden ser equivocadas respecto a los valores, esto no significa que alguien mas que tiene razones suficientes para creer que se ha cometido un error, pueda ella mejorar mi vida dirigiéndola por mi, de acuerdo con su jerarquía de valores. Por otro lado la vida no va a mejorar por ser dirigida desde fuera, en consonancia con unos valores que la persona en cuestión no comparte. Mi vida solo va a mejorar si la dirijo desde dentro de acuerdo con mis creencias sobre los valores. No valdrá porque una vida valiosa es aquella vida que se dirige desde dentro²⁴⁷ “.

El germen de esta idea esta presente en la discusión sobre la acción voluntaria en la Ética a Nicómaco: “Un acto moral es aquel que es deliberado y elegido libremente por el agente²⁴⁸” También en el siglo XIX el Cardenal Newman²⁴⁹ en la carta al Duque de Norfolk dice: “Debo decidir dependiendo del caso particular que va más allá de las reglas y debe decidir según sus méritos. Podría recibir consejo de otros pero, si después de todo no pudiera usar su opinión en el tema entonces debo dirigirme por mi propio juicio y conciencia” detrás de esta perspectiva sobre la conciencia hay un criterio filosófico de la persona humana que Newman expresa en este magnifico pasaje dentro de Parochial and Plain Sermons.

“Nadie fuera de sí mismo puede llegar realmente hasta él, puede tocar su alma, su inmortalidad, debe vivir para siempre consigo mismo, tiene una profundidad insondable, un infinito abismo de existencia²⁵⁰”

La idea de la autonomía personal es quizás más famosa unida al nombre de Emmanuel Kant, ya que de alguna forma toda la filosofía moral de Kant gira en torno a la idea de que el agente moral es su propio legislador. "Con el sentido común discernio sobre los imperativos categóricos u obligaciones absolutas o competencias de la ley moral y me las impongo a mí mismo". Es decir: Si actúo por cualquier motivo irracional, mis sentimientos o inclinaciones o la fuerza coercitiva de otros, entonces ya no estoy actuando ética, ni moralmente.

²⁴⁶ Sobre el concepto de autonomía ver Joseph Raz *The Morality of Freedom* Oxford, Clarendon Press 1986. Especialmente capítulo 14 autonomy and pluralism y el capítulo 15 freedom and autonomy Robert Young, personal autonomy: Beyond negative and Positive liberty. La Haya Croom Helm 1986; G. Dworkin *The theory and Practice of autonomy* Editada por J. Christman Cambridge University Press 1988 : *The Inner Citadel. Essays on Individual autonomy* Nueva York Oxford University Press 1989.

²⁴⁷ Will Kymlicka, *Liberalism and communitarianism* Canadian. *Journal of Philosophy* 28.. Pag 183. Canadá. 1988

²⁴⁸ Aristóteles. *Etica Nicomáquea*, Libro III Cap. I. Editorial Gredos Madrid. Biblioteca Clásica No 89.

²⁴⁹ Newman J.H. *Parochal And Plain Sermons* Vol 4 Pp82-83.Serie Vi.*The Medicadielity Of The Soul* Londres Rivingts. 1863.

²⁵⁰ Idem.

Para Kant, el agente moral autónomo no es simplemente el origen del valor moral, sino que intrínsecamente tiene valor por sí mismo y debe ser respetado como tal por los otros es decir tiene una Dignidad intrínseca. Entonces la autonomía es una finalidad en sí misma y nunca puede ser utilizada como medio instrumental, para conseguir las intenciones y propósitos de nadie. Tratar a otra persona como un medio para conseguir nuestros propios fines es en realidad, tratarla como una cosa. Con Kant somos testigos del desarrollo de la idea de autonomía desde ser una condición fundamental de la acción ética a ser un valor ético con derecho propio y como tal merece un respeto moral ²⁵¹

Kant define el sujeto / agente moral o persona como una finalidad en si misma que nunca puede ser tratado simplemente como un medio para una remota finalidad. Debido a que estas acciones son buenas o se consideran buenas, esa libertad para elegir y esa autonomía es buena en sí misma. Sin embargo la autonomía, la capacidad de autodeterminación, es también valiosa en si misma en el sentido de que incluso si lo que elijo (el contenido de mi acto) es objetivamente malo, mi elección es todavía buena en cuanto es un acto libre y autónomo, en oposición a una que es coaccionada. Por ejemplo; Si contrastamos dos actos: a) Uno elegido libremente pero objetivamente equivocado y b) uno coaccionado y no-elegido libremente pero que objetivamente también es bueno, podría decir que el primer acto es moralmente más valioso que el segundo.

Mucho más tarde, él filósofo Jean Paul Sartre²⁵² intento construir toda una teoría ética alrededor de la autonomía donde el sujeto consciente, no tiene una esencia predeterminada o una constitución o naturaleza sino que esta totalmente autodeterminado. "Me hago a mí mismo a través de mis opciones soy totalmente responsable de mí mismo". Darse cuenta de esto es la base del primer mandamiento ético Sartriano: Actúo siempre como alguien que tiene autodeterminación y es responsable de lo que hace esto es lo que Sartre llama la actitud de autenticidad.

El corolario negativo de esto es que no debo intentar evadir mi libertad de autodeterminación y mi responsabilidad de hacerme a mí mismo a través de mis actos, practicando autoengaño o mala fe. El intentar escapar del peso de la libertad y la autodeterminación o autonomía resulta paradójico, ya que ningún intento de abdicar sobre tener que elegir libre y responsablemente por mi mismo, presupone que soy libre. Lo que estoy diciendo efectivamente es: Elijo libremente, el elegir libremente lo que voy a hacer o como sujeto autodeterminado consciente elijo ser una cosa predeterminada.

Solo considerando a Descartes, no puedo dudar de que soy un ser consciente, ya que tengo que presuponer que soy consciente para poder dudar, así que para Sartre el intento de abandonar la autonomía moral de uno presupone que soy libre, autodeterminado y autónomo. Sin embargo como Sartre muestra en sus brillantes delineaciones de las estrategias patológicas de la mala fe y del autoengaño, en todas las áreas de la vida humana, podemos ciertamente tener éxito en engañarnos a nosotros mismos y en renegar de nuestra autonomía, es ardua y solo en raras ocasiones tiene éxito.

²⁵¹ Emmanuel Kant, Foundation of the metaphysics of morals, 1785 trad. Carl J. Friedrich en The Philosophy of Kant Nueva York, Modern Library, 1949

²⁵² Pellegrino Edmund. Philosophical Basis Of Medical Practic. Toward S Philosophy And Ethics Of The Healing Profesions. Oxford University Press NY.

En cierto modo Sartre quita romanticismo a la idea de autonomía es decir mientras que enfatiza que esta es el bien central, también hace hincapié en que es un peso que la mayoría de la gente prefiere evitar, siendo muy difícil escapar de los encantos de la mala fe y lograr autenticidad todos decimos que queremos ser libres y autónomos (libertad o muerte) pero de hecho nos pasamos la mayoría de nuestro tiempo intentando escapar de la libertad y la autonomía.²⁵³

Esto explica porque la víctima de violencia intrafamiliar no rompe el círculo de violencia y también la impotencia del personal de salud al ver que sus esfuerzos no tienen fruto ante la víctima de violencia intrafamiliar, pero entonces ¿Porque la víctima de violencia intrafamiliar no puede poner en movimiento su autonomía y su libertad para romper el círculo de la violencia en que vive? Contestar simplistamente esta pregunta tal vez sería fácil, pero están involucrados una interrelación de factores, donde se incluye al personal de salud y esto se puede explicar mejor con el modelo ecológico del enfoque sistémico, donde vemos el macrosistema, el exosistema y el microsistema, donde Corsi nos refiere que:²⁵⁴

1. El macrosistema: Es el conjunto de creencias culturales, percepciones asociadas al problema de la violencia intrafamiliar han sido estudiadas desde la sociología y la antropología, que han definido al entorno más amplio como sociedad patriarcal, dentro de la cual el poder conferido al hombre por sobre la mujer y a los padres sobre los hijos, es el eje que estructura los valores sostenidos históricamente.

El sistema de creencias patriarcales²⁵⁵ sostiene un modelo de familia vertical, con un padre y estratos inferiores donde son ubicados, la mujer y los hijos, los ancianos. Donde el subsistema filial reconoce también cierto grado de diferenciación basada en el género²⁵⁶, ya que los varones son más valorados y en consecuencia obtienen mayor poder que las hijas mujeres. Y esto se repite en la sociedad patriarcal, donde en la institución se refleja como calca, perpetuando la violencia pasiva de género.

2. El exosistema: Los valores culturales son replicados por las instituciones educativas, recreativas, laborales, religiosas, judiciales etc. Y es aquí donde se da la legitimación institucional de la violencia, ya que las instituciones reproducen el funcionamiento vertical de poder, así como el autoritarismo, donde se utilizan métodos violentos para resolver conflictos, lo cual se transforma en un espacio simbólico institucional propicio para el aprendizaje y /o legitimación de las conductas violentas en el nivel individual.

Y esto lo podemos apreciar en la institución de salud, que no ofrece alternativas a la resolución violenta de conflictos, sino que reproduce un estilo de relación autoritaria y plagada de estereotipos de género, independientemente de la profesión que se ejerza, sosteniendo así un modelo vertical de poder, y perpetuando la segunda victimización.²⁵⁷

²⁵³ Sartre Jean Paul. Existentialism And Humanism. Trd Mairet, Brooklyn Haskell House 1977 Y La Seccion Patterns Of Bad Faith En Being And Nothingness Trad. Hazel Barnes, Londres, Methuen 1969

²⁵⁴ El modelo ecológico aplicado al campo de la violencia familiar. en Una Mirada Abarcativa Sobre La Violencia Familiar. de Corsi Jorge . pp 52- 61 Editorial Paidós Argentina 1994.

²⁵⁵ Bourdieu Pierre. La Dominación Masculina. Editorial Anagrama Colección Argumentos Barcelona. 2000

²⁵⁶ Hierro Graciela: Comp. Naturaleza y fines de la educación superior UNAM 1994

²⁵⁷ Hierro Graciela: com. De la domesticación a la educación de las mexicanas. Editorial Torres. Asociados Cuarta Edición 1998.

3. El microsistema con frecuencia los antecedentes que emergen de la historia personal de quienes están involucrados en relaciones violentas muestran un alto porcentaje de contextos violentos en las familias de origen, sea porque fueron violentados o fueron testigos de la misma violencia y esta violencia en la familia vivida o vista ha servido de modelo de resolución de conflictos interpersonales y ha ejercido el efecto de normalización de la violencia, esto provoca un efecto cruzado cuando consideramos la variable genero.

Los hombres se identifican con el agresor incorporando activamente en su conducta, lo que alguna vez sufrieron pasivamente. En cambio las mujeres llevan a cabo un aprendizaje de indefensión, que las ubica con más frecuencia en el lugar de víctima, dentro y fuera de la estructura familiar. Los dos tienen un factor en común la baja autoestima²⁵⁸.

A todo lo anterior se debe sumar el contexto individual con las dimensiones conductuales, cognitivas, interaccionales, y psicodinámicas que no voy a abordar, pero que el paciente tiene que involucrar en su decisión de autonomía de su autodeterminación para hacer ejercicio de su libertad, la cual está tocada entre lo que piensa que es "normal" y lo que "no le gusta" entre lo que "le dicen" y lo que "siente" y sobre todo que está confundida (o) porque vuelve a ser victimizada por segunda vez, cuando recurre al personal de salud en busca de ayuda.

Habitualmente los profesionales de la salud y las instituciones de asistencia no específicas, están impregnadas de mitos y estereotipos culturales en torno a la violencia intrafamiliar y dan respuesta inadecuada a las demandas de la víctima, por ejemplo; culpabilizando a la víctima, restando importancia al problema o haciendo oídos sordos del mismo, y las intervenciones, que se eligen aunque de buena fe, lejos de ser neutras tienden a ser erróneas, y agravan la situación de quienes están en riesgo, poniendo muchas veces en peligro su vida.

2.3. CONSECUENCIAS DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Viendo todo lo anterior nos damos cuenta que el personal de salud, junto con el paciente están inmersos en el contexto de macro, exo, y microsistema que interactúan mutuamente permitiendo que las actitudes y percepciones de ambos se mezclen, actúen, faciliten, obstaculicen, la dinámica del proceso de la relación personal de salud paciente y tiene que ver con las consecuencias de la autodeterminación de ambos.

La palabra autonomía²⁵⁹ deriva del griego autos(propio) y nomos(regla, autoridad, ley) se utiliza para las personas y ha adquirido significado tan diversos como autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. Y de ella se derivan los derechos del paciente al consentimiento informado, negativa informada, veracidad, confidencialidad.

En la autonomía hay dos condiciones esenciales 1. La libertad, actuar independientemente de las influencias, que pretenden controlar las acciones y 2. Ser agente, tener la capacidad de actuar intencionalmente.

²⁵⁸ Sinibaldi J.J.F. Apuntes sobre violencia intrafamiliar Instituto de Terapia Familiar Cencalli México.2002.

²⁵⁹ Gracia Diego. Procedimientos de decisión en ética clínica. Universidad Complutense. Madrid España. 1991.

Algunas de las teorías sobre la autonomía han descrito las características que toda persona autónoma debe tener entre otras la capacidad de autogobernarse, que incluye la comprensión, el razonamiento, la reflexión, y la elección independiente. Pero nuestro interés²⁶⁰ por la toma de decisión, nos hace centrarnos en la elección autónoma que se refiere más al gobierno de sí, que a la capacidad de autogobierno en determinadas ocasiones, personas autónomas con aptitud de autogobierno no son capaces de autogobernarse a la hora de hacer una elección a causa de una serie de limitaciones temporales impuestas, como por ejemplo una enfermedad o una depresión, por ignorancia, imposición o por una serie de condiciones que reducen las opciones, como en la víctima de violencia intrafamiliar por encontrarse en estado de stress postraumático, o en estado de indefensión, o bien una persona autónoma que firma un informe de consentimiento sin leerlo o entenderlo esta capacitado para actuar autónomamente, pero en esta ocasión no lo ha hecho.

De igual forma las personas que por lo general no son autónomas pueden en ocasiones realizar actos autónomos por ejemplo pacientes de instituciones mentales incapaces de cuidar de si mismos y que han sido declarados incapaces por la vía legal, pueden a veces tomar decisiones autónomas como decir cuales son sus comidas preferidas, rechazar fármacos o llamar por teléfono.

Por lo cual las acciones autónomas se analizan en función de sus agentes, los cuales actuaran: a) intencionalmente. b) con conocimiento y c) en ausencia de influencias externas que pretenden controlar y determinar el acto. Las acciones tienen distintos grados de autonomía en función de cómo cumplan estas dos condiciones ultimas (conocimiento y ausencia de influencia externa) ambas permiten un amplio y continuo espectro de posibilidades que van desde su satisfacción total a su ausencia completa. Y por lo tanto se debe valorar si la autonomía es suficiente en cada uno de los diferentes contextos.

Ya que el sujeto puede ejercer su autonomía para decidir aceptar y cumplir las exigencias de una institución, tradición o comunidad que él considera una buena fuente de orientación. El ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como agente autónomo, respetar a un agente autónomo implica como mínimo asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones, basadas tanto en sus valores, como en sus creencias personales. Este respeto debe ser activo y no simplemente una actitud, que en el caso de las víctimas de violencia intrafamiliar es claro, porque todas las personas que se encuentran a su alrededor, piensan que tienen el derecho de decidir como llevar sus vidas, y esto también incluye al personal de salud, y como no lo realizan, como se les dijo entonces viene la indiferencia, el castigo, el olvido, la exclusión.

Esto implica no solo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto. El respeto desde este punto de vista supone permitir que las personas actúen autónomamente, mientras que el no respetar la autonomía, consiste en ignorar contravenir o disminuir la autonomía de estas, negando así la existencia de una mínima igualdad entre ellas.

²⁶⁰ Beauchamp Tom. L. Childress James. F. Principios de ética biomédica. Cap. El respeto de la autonomía. Editorial Masson 1999

Kant considera que el respeto a la autonomía deriva del reconocimiento de que toda persona tiene un valor incondicional y la capacidad de determinar su propio destino. Entonces no respetar la autonomía de un individuo significa tratarlo como un simple medio, es decir sin tener en cuenta sus objetivos, sino los objetivos de otros. Esto constituye una violación moral básica, ya que toda persona autónoma es un fin en sí misma, capaz de determinar su propio destino. Mill se centra más en la autonomía o como él refiere llamarla “la individualidad” como determinante de la vida de las personas. Cree que deberíamos permitir que todo ciudadano se desarrolle en función de sus convicciones personales siempre que estas no interfieran con la libertad de otros, pero si un sujeto tiene ideas falsas o mal calibradas tenemos la obligación de intentar persuadirle.

El principio de respeto a la autonomía nos dice Beauchamp y Childress²⁶¹ puede formularse negativamente; las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros este principio plantea una obligación amplia y abstracta que no permite cláusulas de excepción

El principio de respeto a la autonomía puede formularse positivamente también, de ser respetuoso, ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones autónomas, por parte de las personas en este caso ha los pacientes.

Como los principios positivos y negativos funcionan de forma muy diversas en la vida moral, pueden servir como apoyo para otras reglas morales mas especificas como ejemplo.

1. Decir la verdad
2. Respetar la intimidad de los demás
3. Proteger la información confidencial
4. Obtener el consentimiento de los pacientes para las intervenciones
5. Ayudar a los demás a tomar decisiones importantes, cuando se nos pida.

3. EL PADECER DE LA PERSONA

Entonces si vemos al paciente como persona y su padecer que vive cuando es sujeto de violencia intrafamiliar, como algo que lo trastoca y desequilibra, el personal de salud no trata con cuerpos humanos sino con pacientes, y el paciente es una persona, que acude al servicio medico, por su problema de salud, que espera que este lo resuelva implícita y explícitamente. Ese problema es un padecer, llamamos padecer a lo que el paciente esta viviendo, sintiendo, imaginando, sufriendo, y por lo cuál busca ayuda medica.

El padecer es un evento solamente personal, es la expresión de la característica de la persona que consiste en hacer algo genuinamente suyo, particular y único, propio del cuerpo, con su forma, funciones, dolores, impotencia, creencias, emociones y sufrimientos, etc. de darle una interpretación, de aceptarlo o rechazarlo de manera muy personal y singular. Es el padecer la forma muy particular de sentir, de vivir las amenazas o limitaciones de la enfermedad o a veces sus ganancias o beneficios.

El padecer es el conjunto de vivencias personales por las que el paciente busca ayuda médica. Y el que padece violencia acude al médico en busca de resolver su problema,

²⁶¹ ídem pp 113 -178

busca ser ayudado explícitamente para las lesiones externas, e implícitamente para quitar o erradicar su padecer, para romper el ciclo de poder de la violencia intrafamiliar, en la que vive, dando y reconociendo en el médico el halo de poder sacerdotal y todopoderoso del padre. Creyendo que el personal de salud es el que puede romper este círculo de violencia intrafamiliar, de padecer, para escapar de dicha violencia sentida y vivida, es aquí cuando el personal de salud puede ser parte de la solución a través de sensibilizarse, autoexaminarse, solucionando sus problemas personales y dándose cuenta de sus proyecciones en el paciente víctima de violencia intrafamiliar etc.

3.1. FASES DE LA RELACION PERSONAL DE SALUD PACIENTE.

En la relación personal de salud paciente se advierte diferentes fases: la primera fase es la relación con la persona que es el paciente, relación que se teje alrededor de su padecer. En esta fase de la consulta asistencial la actitud del personal de salud debe ser de cálido interés por la persona que es el paciente, por lo que dice y por lo que calla, debe ser una actitud de respeto, de disposición a conocer, comprender y ayudar.

“Respecto a los medios de que se vale él médico para establecer esta relación con la persona que es el paciente estos se reducen a los que promueven y facilitan la comunicación del padecer. Los principales son: el silencio atento, respetuoso y comprensivo, solo interrumpiendo por las palabras o expresiones verbales que facilita o alientan el discurso del paciente”.²⁶²

Los síntomas que no comunican los pacientes suelen tener dos caras (como el Jano Mitológico) Una cara del síntoma propiamente dicho que nos permite identificar la enfermedad y la otra del síntoma corresponde al padecer, el personal de salud sabe distinguir ambas caras y esto se ajusta bien a la violencia Intrafamiliar, con su doble moral, ya que se ajusta, una a la cara social y pública y otra a la vivencia cotidiana a puerta cerrada en la familia.

Esto da un punto de poder al personal de salud ya que viendo la lesión o enfermedad por la cual se presenta la víctima de violencia intrafamiliar puede deducir el signo, que se queda callado, que no se expresa y que necesita decir y lo único es que el personal de salud sea sensible y sensibilizado para iniciar el diálogo para afirmar o negar su suposición de que existe o no, violencia intrafamiliar y sobre todo si el padecimiento por el cual acude es derivado por dicha causa.

A esta fase de la relación personal de salud paciente es a la que Lain Entralgo ha llamado relación objetivante, en ella el personal de salud deja a un lado al paciente como persona y se dedica a interrogarlo, lleva a cabo la exploración física de su cuerpo y solicita los exámenes de laboratorio o gabinete que se requieren para el diagnóstico correcto de la enfermedad, incluyendo su etiología.

Pero no olvida nunca que se enfrenta ante una relación subjetivante, que lo encara ante el otro que tiene preferencias, creencias, experiencias, que en un momento dado despiertan en él una reacción, con la cual responde en su relación personal de salud paciente. Lo que hace el personal de salud al observar, al palpar y auscultar al paciente es poner en práctica la forma de adquirir conocimiento llamada empírico-sensorial para enseguida aplicar la información así obtenida, en la forma de conocer llamada abstracto-discursiva.

²⁶² Lain Entralgo Pedro. Tensión interna de la medicina actual. En la medicina actual. Capítulo sexto. pp 245-259 Editorial Dossat Madrid España 1981.

Ambas formas le proporciona una integración del intra y extra mundo personal del paciente como persona, y es el punto más importante dentro de la relación víctima de violencia intrafamiliar personal de salud, ya que se despierta el poder dentro de la relación es decir; el poder se manifiesta en todas las relaciones humanas, en si mismo el poder no es el problema, este radica en el uso que se haga de ese poder, lo que puede propiciar:

- a) Avances sociales, sin violencia a los individuos de manera premeditada y consciente.
- b) Opresión y conductas agresivas, premeditadas y conscientes, que transgreden los derechos humanos de los individuos.

El abuso de poder que se da en la relación personal de salud paciente frecuentemente genera, desigualdad entre los individuos, misma que es reflejo de la sociedad. El poder es real y simbólico, en ambos casos se delimita socialmente a través de las jerarquías que se establecen en los grupos. Simbólicamente se otorga a partir de la dinámica social; la cotidianidad, las relaciones humanas y creencias en torno a los individuos de acuerdo a las características que los distinguen y este es el caso del personal de salud. Ya que la función del uso de poder se opera con pactos y códigos no tácitos que sancionan positivamente el ejercicio de violencia sobre quienes están colocados en posición de desventaja y vulnerabilidad ubicándose esto como algo inevitable como en el caso del paciente víctima de violencia intrafamiliar.

4 CAMBIO DE PARADIGMA EN LA RELACION PERSONAL DE SALUD PACIENTE

Cuando la ciencia en su afán inquisitivo, y transformador se convirtió en amenaza para el individuo, la sociedad y la especie, se vio en la necesidad de ponerle un freno a este afán, dándole un nuevo rostro a la ética científica surgiendo así la Bioética.

Este nuevo rostro que fue sin duda un original enfoque de la ética se puso en circulación hace mas de 20 años esta ética novedosa gira alrededor de la vida, no solo de la humana sino también de las demás formas conocida sobre el planeta es decir la animal, y la vegetal. A partir del holocausto de la segunda guerra mundial, la ciencia se había considerado éticamente neutra, entonces las implicaciones derivadas de las aportaciones científicas dieron cuenta que tan funestas podían ser para la humanidad por sus efectos directos sobre el hombre y la naturaleza en general.

Años atrás en 1933 un biólogo llamado Aldo Leopold escribió un artículo titulado “ ética de la conservación”, que fue reeditado dieciséis años después como consecuencia de la explosión atómica, por lo anterior se considera como el precursor de la Bioética, el primero en vislumbrar las bases de una nueva moral para la conducta humana, a través del desarrollo de una ética ecológica Inspirado en el escrito de Leopold, Va, Potter publicó en 1971 un libro, en donde se exponía la relación del hombre con la tierra, los animales y las plantas, había llegado al convencimiento que si no se ponía freno al comportamiento del ser humano frente a la naturaleza, su supervivencia sobre el planeta no sería larga, concluyendo que la supervivencia del hombre podía depender de una ética basada en el conocimiento biológico al cual le dio el nombre de Bioética,(ciencia de la supervivencia) en donde se conjuntan los conocimientos biológicos y los valores humanos. Por ello podría llamarse ética interdisciplinaria esto es porque incluye tanto a las ciencias como a las humanidades.

Para 1978 en EU surge el Llamado Informe Belmont en donde se consagra los tres principios morales que orientan a la Bioética; autonomía, beneficencia y justicia, pero no todos los aceptan como principios morales sino como procedimientos para resolver problemas corrientes surgidos en el proceso de prestación de servicios de salud.

Siendo la Bioética médica un producto típicamente norteamericano dista mucho de la ética médica primigenia. Esta siempre fue naturalista, paternalista, y algo metafísica y esto no podía ser de otro modo, debido a que se nutrió de la filosofía griega del derecho romano, y de la religión judío cristiana. Por su parte la Bioética es esencialmente pragmática alimentada por los principio de libertad y autonomía es decir por los derechos humanos elementales.

Debemos recordar que la ética medica se mantuvo en su estado inicial estancada en el rol absolutista, y paternalista en donde al enfermo se le trato como un incompetente mental, y moral. Solo hasta la década de los 70' se le concedió la ciudadanía moral, es decir se reconoce su condición de agente moral autónomo, libre y responsable. Por supuesto que este cambio radical en la ética medica ha traído consigo conflictos, en la interpretación de los principios morales fundamentales de esa nueva ética, por parte del paciente, el medico y el estado, y en particular el principio de autonomía moral que se presta a ser usado con exagerado pragmatismo.

El propósito de Potter fue la fundamentación teórica de la Bioética a que no se sujetara a una sola corriente filosófica, ni a un solo sistema ético esto debería ser pluralista, secular y democrática. Los estudiosos de la Bioética encuentran compatible su fundamentación con aquellas circunscritas al naturalismo, idealismo, epistemología, y por su puesto a la axiológica.

La Bioética se fundamenta en el principio de libertad moral y por lo tanto acepta que el ser humano es un agente moral autónoma, deberá ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas y esto es el caso de la víctima de violencia intrafamiliar, que debe ser tratado con un enfoque Bioético y no solo de ética medica, donde se involucren, el respeto a la autonomía, la libertad de saber, conocer ser informado, y de tener disyuntivas para toma de decisiones y a la autodeterminación del paciente después de tener dichas alternativas.

5 LA RELACIÓN PERSONAL DE SALUD ANTE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El personal de salud es la primera persona que no pertenece a la familia a quien la víctima de violencia intrafamiliar acude en busca de ayuda, tiene la oportunidad única y la responsabilidad de intervenir. Las víctimas a menudo se presentan con lesiones reiteradas, achaques médicos y problemas psicológicos y de salud mental, todo lo cual es resultado de vivir en el interior de una relación conflictiva y abusiva. Es parte de la rutina del personal de salud en todos los contextos de la práctica médica ver las consecuencias de la violencia y el abuso, aunque frecuentemente no reconocen sus etiologías violentas. El personal de salud puede ayudar a las víctimas a recuperar el control sobre sus vidas, al reconocer y dar tratamiento a los efectos de la violencia intrafamiliar y al referir a dichas víctimas a los servicios y terapias que legalmente lo necesiten.

El reporte de estudios clínicos²⁶³ subestima el predominio de la violencia en relación con los traumas continuos y reiterados, problemas médicos continuos como cefaleas, dolores abdominales alteraciones de la conducta, depresiones, angustia y refiere que mas del 10% de las lesiones requieren hospitalización y tratamiento de urgencia, que el 35% de los casos no reportados son los que acuden al servicio medico mimetizando las causas de su padecer, que el 19 % tiene lesiones graves, 14% solo tienen lesiones leves, que el 25% intenta suicidarse, que otro 25 % llega a los servicios psiquiátricos y que el 50 % tiene continuas y reiteradas alteraciones psicósomáticas crónicas, como es alteraciones del sueño, del apetito, fatiga, falta de concentración, cefaleas, trastornos gastrointestinales etc.

Esto lleva a que frecuentemente se presente en el servicio de urgencia o con el medico familiar y como el personal de salud no resuelve su vieja problemática y no por capacidad, sino por ignorar la situación que vive, situación de la violencia de vida, ya sea por no percibiría, por no darse cuenta que existe dicha situación o en otras circunstancias, reconoce su propia violencia vivida, entonces se hace un proceso transferencia, contratransferencia en la relación haciéndose víctima de agresiones al personal de salud. Porque el personal de salud no detecta que su problemática es diferente y por lo que va, es solo el efecto de algo que esta ahí presente pero no-manifiesto. Esta relación personal de salud – paciente, víctima de violencia intrafamiliar se hace insatisfecha por los dos integrantes el personal de salud y la víctima de violencia intrafamiliar.

²⁶³ Carswell Jane.T. MD. Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de casos de violencia doméstica de la Asociación Médica Americana (American Medical Association) Arc. Fam. Med.; 1:39-47. 1992.

CAPITULO V

REFLEXIONES

Sobre lo que lleva a cierta actitud y percepción del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar

La reflexión que se vierte aquí es una tentativa de justificar la actitud y percepción del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar y llegue a la conciencia que el personal de salud puede ser parte del problema, pero también parte de la solución, porque permite que la víctima de violencia intrafamiliar este en peligro creciente y se sienta cada vez mas atrapada gracias al poder y control del personal de salud, ya que este con frecuencia tiene diferentes actitudes y percepciones²⁶⁴ y / o le brinda seguridad y confianza para terminar con una historia sin fin y romper el circulo de violencia intrafamiliar. Empezare con la reflexión de como el personal de salud es parte del problema.

1. EL PERSONAL DE SALUD COMO PARTE DEL PROBLEMA

El personal de salud Como parte del problema, debe revisar su actitud y percepción así como su concepto que tiene sobre la violencia intrafamiliar, ya que consciente o inconscientemente, es parte de él, porque se ve directa e indirectamente incluido en el problema de violencia intrafamiliar por los siguientes motivos:

1. CONSIDERA NORMAL LA OPRESIÓN, cree que la violencia es el resultado natural de la desobediencia de la víctima contra el victimario y que este solo, disciplina al que ha desobedecido o infringido la ley, personal o familiar, por lo cual el castigo este bien merecido.

2. Frecuentemente VIOLA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, Es decir entrevista delante del agresor / victimario, ha la víctima, y esto hace que dicha víctima no pueda confiarle el problema, por miedo a la represalia, también les cuenta ha los colegas las cuestiones confidenciales sin consentimiento del usuario, paciente, cliente o víctima de violencia intrafamiliar.

3. Otro error frecuente es el de TRIVIALIZA Y SUBESTIMA EL ABUSO. Para lo cual, no toma en serio el peligro que refiere los integrantes de los grupos vulnerables, y supone que si ha aguantado tantos años de abuso no puede ser tan malo y le gusta tenerlo.

²⁶⁴ Natera Guillermina. Cols. Violencia Familiar y su Relación con la Farmacodependencia. En Asociación Mexicana de Psicología Social. Editorial La Psicología Social en México Vol. V 1994 pp. 263-270. México AMEPSO

4. Con el mal sentido ético de no inmiscuirse en asuntos personales, IGNORA la NECESIDAD de SEGURIDAD de la víctima, no reconociendo que se siente en peligro, Omití preguntarle ¿Siente que es peligroso ir a su casa? ¿Tiene un lugar adonde podría ir si empeora la situación? ¿Sufre violencia intrafamiliar? El personal de salud no hace directamente dichas preguntas por actitudes y percepciones propias e institucionales.

5. Como el personal de salud no quiere inmiscuirse en problemas personales propicia el NO RESPETAR la AUTONOMIA de la víctima. Y en su afán de aconsejar en buena fe, Receta: el divorcio, calmantes, antidepresivos, ansiolíticos, o ir a un refugio, sesiones de orientación de parejas, o intervenciones policiales y además castiga al usuario / a por no hacer lo que se le aconseja.

También es usual que no se respete su autonomía porque podríamos decir que la víctima es un agente moral que esta impedido para la toma de decisiones por el estado de stress en el que se encuentra, pero a pesar de eso hay que favorecer la toma de conciencia de la situación, buscar alternativas de solución entre ambos, víctima y personal de salud y no dar una lista de recetas como las anteriores.

6. En otra ocasión o en interrelación con los anteriores errores el personal de salud CULPA A LA VÍCTIMA. Y lo trata como si ella / el fuera el problema, mandándola(o) al psiquiatra, recetándole antidepresivos, o ansiolíticos, preguntándole que hizo para provocar la violencia, tratarla como si ella / el fuera el problema, ¿Por qué no lo deja? ¿Porque lo aguanta? ¿Por qué deja que le haga eso? .

Todo estos puntos permite o dan como consecuencia que el personal de salud sea propiciador de la segunda victimización de las víctimas de violencia intrafamiliar

1.1. EL PERSONAL DE SALUD COMO PROPICIADOR DE LA SEGUNDA VICTIMIZACION

Todo lo anterior hace que la víctima de violencia intrafamiliar se sienta que ella es la que "esta mal" y es "la que provoca los episodios de violencia" y como ella / él es "el malo" se merece que lo "castiguen" y se vuelve a cerrar el circulo de la violencia se repite la historia sin fin, donde el sujeto, siente culpa, frustración, enojo que lo llevan a la depresión, que vuelve a generar mas culpa, mas frustración, mas enojo, contra sí mismo, contra los que se encuentran a su alrededor, contra el mismo personal de salud, que le brinda la atención y todo esto se debe a la actitud y percepción del personal de salud hacia la víctima de violencia intrafamiliar. Haciendo lo que se llama la segunda victimización que esta fundamentado en la ignorancia²⁶⁵ y falta de sensibilización hacia el problema y los involucrados.

²⁶⁵ Pienso que la mayor de las enfermedades es la IGNORANCIA como refiere la primera de las cuatro nobles verdades del Budismo o bien si hacemos referencia a " la verdad les hará libres" de la religión Católica.

Se supone que vivimos en una sociedad liberal donde la autonomía y la libertad personal son valores fundamentales, pero una condicionante para que las personas no puedan actuar de una forma auténticamente libre y autónoma es, si viven una situación dramática de pobreza, violencia o en condiciones de anarquía social²⁶⁶, así como si carecen de una educación básica o de unos mínimos de salud. Igualmente no pueden ser agentes autónomos si no se les ofrece la oportunidad de elegir de una forma real y auténtica entre dos o más bienes, si no se les da información adecuada y este es el caso de la víctima de violencia intrafamiliar que es la más desinformada de las diferentes alternativas que puede o tiene que seguir.

De hecho la autonomía personal es un valor absoluto, es decir intrínsecamente bueno a pesar de cualquier consecuencia que pudiera acarrear, por lo cual cualquier justificación utilitarista es inadecuada, nos dice Charlesworth.²⁶⁷

“Sostengo que la calidad de vida solo puede definirse haciendo referencia a la noción de autonomía personal ¿Podrá la persona que padece violencia intrafamiliar en cuestión ejercitar algún grado mínimo de control autónomo sobre su vida si el tratamiento tiene o no éxito?”.

Por que recordemos que la víctima de violencia intrafamiliar esta esperando implícita y explícitamente que el personal de salud de solución a su problema, pero jamás espera que se reflexione con ella / él para buscar juntos alternativas o caminos que solución en el problema que ha vivido, como castigo, designó divino o mala suerte. Pero esto jamás sucede por lo tanto.

Con esto trato de decir que en el personal de salud hay una reacción una especie de frustración cuando ve que ese mismo paciente, usuario o cliente, esa víctima, tiene un sinnúmero de veces que esta en urgencias, o va a la consulta externa, y siempre es el mismo problema y aunque no refieren, en el 95% de las vez, que se trata de violencia intrafamiliar "se conoce" que la sufre y como dicho personal de salud ya aconsejo, le dijo que hacer y como " no hace caso" para que gastar tiempo y esfuerzo con alguien que "no entiende" y quiere seguir así como esta. Por lo cual se le castiga siendo indiferente o fortaleciendo la segunda victimización antes señalada.

Pero esto hace que el personal de salud sienta mas frustración y desmotivación, que facilita y favorece su distanciamiento, su ausencia y / o prepotencias con la víctima de violencia intrafamiliar. ¿pero cuales podrían ser las posibles causas de esto?

1.2. POSIBLES CAUSAS QUE FACILITAN LA ACTITUD Y PERCEPCION QUE EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Para dar respuesta a la pregunta anterior se que hay un abanico de posibilidades, pero reconozco que el personal de salud puede actuar de esta manera por estar en una de estas tres actitudes y percepciones ante la víctima de violencia intrafamiliar que son:

1. EL PERSONAL DE SALUD QUE SUFRE O PADECE DEL SINDROME "BURNOUT"

²⁶⁶ Gutiérrez Castañeda Griselda. El Estado y la Violencia. En El Mundo de la Violencia de Sánchez Vázquez Adolfo FCE 1988. Pp309-325. México.

²⁶⁷ Charlesworth. Max La bioética en una sociedad liberal Trad. González. Universidad de Deakin Cambridge University Press 1996.

El personal de salud que trata a la víctima de violencia intrafamiliar, cuando ve que sus esfuerzos son infructuosos, puede caer en un síndrome de fatiga crónica, síndrome de stress crónico o el síndrome de burnout, ó el síndrome de estar quemado, todos estos son distintos nombres pero hablan de lo mismo. Y todos estos síndromes que tienen y afectan al personal de salud, repercuten en el trato en la actitud hacia la víctima de violencia intrafamiliar veremos por que:

En el Síndrome de estrés crónico, el personal de salud que trabajan en el campo de la salud y con víctimas de violencia. Se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación en crisis, de necesidad o de dependencia. Dicen Maslach y Jackson,²⁶⁸, que han definido el "burnout" como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones de salud con estrés constante y crónico.

Las personas víctimas de alguna enfermedad y las víctimas de violencia intrafamiliar, generalmente adoptan, como parte de su cuadro, una conducta de adherencia, dependiente y se hacen demandantes, hacia quienes tienen a su cargo la atención médica, psicológica, legal o social de la misma. Por lo tanto, es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo la atención de dichos pacientes víctimas de violencia intrafamiliar, esto esta caracteriza por un proceso marcado por tres fases que son:

1. EL CANSANCIO EMOCIONAL.

El cansancio o agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentados e irritables. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas que se realiza. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, quejosa.

2. LA DESPERSONALIZACIÓN

La segunda de las etapas del síndrome de burnout que puede presentar el personal de salud es; la despersonalización (que no es sinónimo del cuadro psiquiátrico del mismo nombre) es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y, en esta fase, alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio laboral.

Y esto es frecuente después de trabajar un tiempo con las víctimas de violencia intrafamiliar por el nivel de frustración, ausencia de éxito, ni recompensa así como la impotencia que se adquiere, ya que se trata con personas que vuelven al medio que propicia nuevamente las agresiones y lesiones, por las cuales fueron motivo de la consulta, por lo que el personal de salud incrementa su frustración, enojo e impotencia.

3. EL ABANDONO DE LA REALIZACIÓN PERSONAL.

²⁶⁸ Especialistas americanas en Psicología de la Salud que colaboran en la (FEMPRESS) Argentina por Jorge Corsi.

La tercera fase del proceso es el abandono de la realización personal que consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente alejamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión.

Es decir hay una experiencia de culpa en el personal de salud y trata de realizar "mejor" su trabajo es forzándose y exigiéndose más para quitar del problema a la víctima de violencia intrafamiliar, pero sin darle alternativas, sino en forma paternalista.

Porque "cree" que es lo mejor y cuando esto no se lleva a cabo, se hace un conflicto de intereses, ya que la víctima de violencia intrafamiliar no conoce o reconoce lo que pasa y piensa que el victimario lo hace por su "bien" y el personal de salud sabe y conoce que no es así y se disgusta, enoja, presionando para que la víctima de la violencia intrafamiliar tome decisiones, que dicho personal de salud cree que es lo más adecuado, para dicha víctima

La diferencia fundamental entre el estrés simple y el síndrome de burnout es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso.

Según Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid, el Burnout puede afectar a todos el personal de salud, pero especialmente a dos: A los docentes y al personal que atiende a víctimas directamente. Los factores que contribuyen a su aparición los podemos encontrar en el contexto y en la persona.

- a) Los elementos del contexto: básicamente, esta ligados con el nivel de la necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste y se da atención.

Mientras más intensas sean las demandas de las víctimas de violencia intrafamiliar y más alto su grado de dependencia en relación con el personal de salud, mayor probabilidad de que aparezca dicho síndrome.

A esto hay que agregarle las condiciones físicas y sociales del trabajo, generalmente poco jerarquizado, con escasos recursos y, adicionalmente, atacado por críticas externas

- b) Las condiciones personales: Maslach sostiene que para que el síndrome aparezca, aunado a las condiciones contextuales deben sumarse ciertas condiciones personales como son:

El perfil de la persona más vulnerable al burnout está caracterizado por elementos tales como: elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Que lo llamaremos Complejo de Dios

Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual "Sólo ellas, y nadie más que ellas, hacer bien las cosas ". Lo que hace que la vinculación con la sobrecarga emocional sea evidente.

Otros investigadores del síndrome de Burnout, Modlin y Montes, encontraron que otros factores asociados eran: insatisfacción conyugal, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga laboral.

En síntesis, a estas personas, víctimas del síndrome de burnout, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse. Por lo cual tiene efectos sobre su salud personal y sobre las personas que brinda atención asistencial.

1. EFECTOS SOBRE LA SALUD

Muchas personas que trabajan en el campo de la salud desarrollan un alto grado de compromiso emocional con la tarea, lo cual es un rasgo positivo y resulta funcional cuando las otras variables mencionadas anteriormente no suman factores de riesgo.

Sin embargo, cuando se potencializan las características contextuales y personales mencionadas, aparecen los efectos sobre la salud, que se dan en los niveles físicos, emocionales, conductuales y sociales.

Existe un tipo de deterioro descrito por Schreiber y Doyle, caracterizado por:

1. Irritabilidad,
2. Dificultad para concentrarse,
3. Trastornos del sueño,
4. Susceptibilidad aumentada y déficit en la memoria.
5. En el plano psicosomático, se dan
 - Cefaleas, migrañas
 - Dolores musculares y
 - Disfunciones sexuales y / o menstruales.

Esto hace que el personal de salud este insatisfecho con su trabajo y sus reconocimientos que recibe, claro que esto no quiere justificar todas las actitudes y percepciones del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar, sino que algunos de ellos que caen es este problema y / o en stress crónico los puede llevar a tener esas actitudes de desinterés, prepotencia, paternalismo como complemento del rol que juegan es decir, que el personal de salud como experto, ya que sabe y tiene el poder y esta ante el novato, ante la víctima la que no sabe y se le debe hacer entender, que lo que se le dice es lo mejor para ella / el que es por su bien.

2. EL PERSONAL DE SALUD QUE SUFRE O PADECE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El segundo grupo en que puede estar el personal de salud es aquel en que vive en violencia intrafamiliar y por lo mismo comparte los mismos valores culturales y la misma actitud social negativa hacia la violencia, que predomina en la sociedad en general, por lo cual piensa entonces, que algunas víctimas, merecen ser castigadas o que es obligación del victimario educar a quien no obedece, ya que es lo adecuado en la relación de uno quien ordena y otro quien se somete, por lo general asumen que la violencia intrafamiliar y la agresión sexual en el hogar solo se da en los ámbitos de

pobreza, o entre víctimas de origen étnico o concepto religioso extremo y no reconocen su propia actitud ante la violencia intrafamiliar que vive, por lo cual esta manera de pensar impide responder de manera comprensiva y solicita a las personas violentadas que buscan atención.

La actitud social negativa hacia las personas vulnerables violentadas suele estar tan profundamente arraigada que es difícil de vencer y erradicar. Estas actitudes y percepciones pueden influir en el modo como el personal de salud valora la veracidad de la víctima de violencia intrafamiliar y la responsabiliza por lo que ha ocurrido.

Entonces se da mucho prejuicio y estereotipo entre el personal de salud, también cuando les cuesta trabajo reconocer la verdad de las víctimas de violencia intrafamiliar es porque se identifican con el victimario, por ejemplo: un sujeto miembro integrante del personal de salud dice "quizá me hace sentir incomodo el hecho de que yo mismo he experimentado esa clase de furia"²⁶⁹ El personal de salud que ha sido y es víctima de violencia intrafamiliar encuentran difícil tocar el tema²⁷⁰ de la violencia con las víctimas y sobre todo validarlas en su padecer.

Entonces presentan una resistencia que se refiere a un conjunto de fenómenos clínicos, que también puede considerarse como una manifestación específica del funcionamiento de los mecanismos de defensa y como tal, forma parte de la psicología psicoanalítica en general y puede decirse que existe tanto en las personas normales, como en las que padecen algunas perturbaciones psíquicas. Y en ocasiones también el personal de salud puede presentar una neurosis de transferencia es decir:

1. Se siente desvinculado del paciente
2. Se establece un vínculo definido entre el personal de salud y la víctima, pero este vínculo es ambivalente.
3. Existe un esfuerzo por complementar la persona del personal de salud o por coadyuvar a que el personal de salud progenitor, pueda afianzarse como persona separada e íntegra. Existe identificación.
4. Se establece un vínculo de dependencia, pero no se establece una relación de personal de salud paciente buena y persistente.

El personal de salud puede presentar también una contratransferencia hacia la víctima de violencia que pudieras enumerar de la siguiente manera:

1. La resistencia que siente el personal de salud a raíz de la actividad en él de los conflictos internos que le perturban su comprensión y su manera de conducir la asistencia generando aberturas o lagunas dentro de sí.
2. Las transferencias del personal de salud sobre la víctima, en las que esta se convierte en su sustituto actual de una figura importante de la niñez del personal de salud, también deben incluirse las proyecciones del personal de salud sobre la víctima.
3. La contratransferencia del personal de salud como producto interactivo del campo de comunicación en que participan tanto el personal de salud como la víctima.

²⁶⁹ Impedimentos para abordar la violencia en Population Reports Del Center For Health And Gender Equity (CHANGE) que es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Maryland USA.

²⁷⁰ Existe identificación sea con la víctima o con el victimario, también se da la proyección y la transferencia contratransferencia en la relación personal de salud paciente víctima de violencia intrafamiliar

4. La perturbación de la comunicación entre el personal de salud y la víctima a raíz de la angustia que le provoca al primero la relación entre ambos.
5. La totalidad de las actitudes conscientes e inconscientes del personal de salud hacia la víctima de violencia intrafamiliar.
6. La reacción emocional normal o anormal del personal de salud frente a la víctima que puede constituir una importante herramienta o no, dentro de la asistencia a víctimas²⁷¹

Entonces la resistencia, la neurosis de transferencia y la contratransferencia interfieren para llevar a cabo un adecuado vínculo en la relación personal de salud paciente y por lo tanto no se realiza, deteriorando incluso la calidad de los servicios y atención a la víctima de violencia intrafamiliar.

3. EL PERSONAL DE SALUD QUE SUFRE O PADECE DE NO INVOLUCRAMIENTO, "ME VALE"

El personal de salud sufre o padece de no involucrarse, de un me vale presente, una falta de compromiso personal ético con el trabajo que realiza, arguyendo que no le toca, y no se involucra en cuestiones que no le corresponden, no tiene reconocimiento por realizar un trabajo como la atención de las víctimas de violencia intrafamiliar.

En este tercer grupo, que aunque identifica el problema, lo reconoce, y lo conoce sea personal o no, sea porque lo haya sufrido directa o indirectamente, se identifica, pero no realiza nada por la víctima, por que piensan que sus colegas valoran menos ese tipo de trabajo, que otras intervenciones clínicas.

Así como los programas destinados a abordar la violencia intrafamiliar no están tan difundidos y solo es de algunos no de todo el personal de salud, por lo cual se sienten carentes de responsabilidad o de compromiso moral, con relación a las víctimas por lo cual deciden que no es de su práctica clínica, sino que es de otra especialidad y si ellos denuncia se van a ver envueltos en procesos judiciales y legales etc. que es largo y engorroso proceso.

Aquí estamos hablando de falta de conciencia ético moral para ayudar a otro donde los principios están en juego, los del personal de salud y los beneficios del paciente es decir hablamos de conflicto de intereses, de omisión de acción que proporciona maleficencia al directamente implicado que es la víctima de violencia intrafamiliar.

Otro factor es que hay miedo a las represalias de los victimarios contra el personal de salud y prefieren abstenerse de denunciar o alertar, así como dar informar u orientar porque no es de su incumbencia y se creen que ponen en peligro su propia integridad y la de sus familiar, si ayudan a las víctimas de violencia intrafamiliar.

También en este mismo grupo se encuentra el burócrata que no le toca la asistencia a la víctima de violencia intrafamiliar.

Aquí mismo esta el grupo en que dice que si reconoce a las víctimas de violencia puede resultar contraproducente, ya que no se cuenta con servicios adecuados de servicio, ni los recursos disponibles para las mismas. Lo que lleva a una mayor frustración en la víctima a través de la indiferencia que le proporciona el personal de salud

²⁷¹ Sandler J. Dare.C. El paciente y el analista Editorial Paidos. 1993. México

Aquí se presenta una omisión, que cae en la maleficencia, como ya lo dijimos, ya que un principio es el de no hacer daño, por lo menos, pero cuando se cae en la omisión en el no actuar, para evitar problemas, mal entendidos, con otros y dejamos que la víctima de violencia intrafamiliar se vaya sin ser reconocida, y con esto estamos validando y legitimando la violencia intrafamiliar y con ello propiciamos que se violen sus derechos como personas dignas.

Entonces estas tres actitudes y percepciones que serían: el síndrome de burnout, la legitimación de la violencia y la omisión de acción, provocan que se continúe con la segunda victimización de las víctimas de la violencia intrafamiliar, ya que no se hace nada por romper o desmembrar el círculo de la violencia y se continúa con una historia sin fin donde las personas vulnerables son los protagonistas. Pero así como el personal de salud es parte de los problemas también para podrá ser parte de la solución de esta historia sin fin.

2. EL PERSONAL DE SALUD COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN. A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

El personal de salud como parte de la solución del problema de violencia intrafamiliar está en que deberá evaluar la satisfacción del paciente víctima de la violencia intrafamiliar que se ve afectado por la atención recibida, por el que debe conocer la necesidad de mejora de su autonomía, para ello se debe de tomar en cuenta sus opiniones, deseos y necesidades y se debe de promover su integración a la comunidad no violentada.

1. CALIDAD DE VIDA

También se debe de mejorar la percepción del paciente a cerca de su calidad de vida y de su propia realidad existente, ya que si se considera la percepción subjetiva del paciente se podría diseñar las distintas intervenciones ó los programas de sensibilización a la no violencia. Ya que en el ámbito de la salud mental²⁷² la calidad de vida²⁷³ es un concepto asociado a los enfoques que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas con trastorno o alteraciones psicológicas, teniendo en cuenta sus necesidades individuales.

Debemos recordar que calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseado por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida que son.

1. Bienestar emocional.
2. Relaciones interpersonales
3. Bienestar material
4. Desarrollo personal.
5. Bienestar físico.
6. Autodeterminación.
7. Inclusión social.
8. Ejercicio de sus derechos.

²⁷² Verdugo Miguel. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Salud mental. Vol. 25 No. 4 Agosto 2002.

²⁷³ El concepto de calidad de vida comienza a utilizarse como factor clave para el buen desarrollo de los procesos de reforma y desinstitucionalización debido a la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios. La mejora de la calidad de vida promueve el mantenimiento y la integración a la comunidad de los enfermos, así como su autonomía.

Que reconozco que la víctima de violencia intrafamiliar no posee y carece, para lo cual se debe lograr una apertura entre la actitud y percepción del personal de salud y sobre todo de la víctima de violencia intrafamiliar.

Pero esta calidad de vida y sus necesidades propuestas por Schalock²⁷⁴ en la década de los 1990 también reconoce la importancia de la percepción subjetiva, siendo el que mas énfasis pone en la multidimensionalidad del concepto, esto se puede aplicar adecuadamente a la persona víctima de violencia intrafamiliar, ya que ninguna de las ocho necesidades están cubiertas o satisfechas. El paciente víctima de violencia intrafamiliar no ejerce su autodeterminación en ocasiones por ignorancia, miedo, dependencia psicológica, indefensión etc. hacia si mismo (a), hacia su victimario, hacia el personal de salud, lo que limita su autonomía ante lo cual el personal de salud debería implantar un programa que favoreciera el ejercicio de poder y control sobre su situación sentida de la víctima, es decir se le debe empoderar²⁷⁵ a la víctima nuevamente.

2. EMPODERAMIENTO DE LA VICTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Para que sea ella quien limite su situación y ejerza su autonomía, creando habilidades que permita a la víctima de violencia intrafamiliar una mejor adaptación a una nueva vida, una autonomía personal que nunca a sido ejercida y empiece a desempeñar un papel dentro de la comunidad diferente al que ha ejercido hasta ahora, es decir su autonomía se debe reflejar en las oportunidades que tiene la propia víctima para poder ejercer control sobre su microambiente, así como en sus elecciones y decisiones en su exoambiente y con esto se podría impactar en el macroambiente asistencial a través de las intervenciones del personal de salud y sus programas para mejorar la calidad de vida de las personas víctimas de violencia intrafamiliar.

Mejorar e incrementar la autodeterminación a la vez que se incide en el desarrollo de las personas que sufren violencia intrafamiliar, puede ser uno de los objetivos de algunos programas de fortalecimiento de habilidades de autoayuda o de un programa de psicoeducativo para las víctimas de violencia intrafamiliar, y con ello se enseñaría a la víctima a enfrentar sus síntomas, mostrándole las distintas estrategias orientadas a limitar cada vez mas los episodios de violencia intrafamiliar, con lo cual tendría oportunidades para su crecimiento personal, para fortalecerse en su toma de decisiones y a tener metas de proyecto de vida y a tener control personal sobre sus redes sociales.

Todo ello nos llevaría a realizar una planificación centrada en la persona que padece, violencia intrafamiliar, entendiendo entonces a la autodeterminación como la capacidad del individuo para tener autonomía personal, control sobre sus actos y el medio en que se desenvuelve y establecer metas y tener valores personales en la vida, y eso se debe manifestar con la posibilidad de elegir y decidir sobre los distintos aspectos de la vida cotidiana. Para ello ha sido necesario y decisivo estimular la participación del personal de salud y de favorecer las redes sociales.

3. FAVORECIENDO LA DISMINUCION DE ENFERMEDADES.

Si recordamos que las repercusiones de la violencia intrafamiliar son muchas, ya que la víctima acude, al servicio de atención medica, por un sin fin de alteraciones físicas, psicoemocionales y sexuales como:

²⁷⁴ Schalock. Indicadores transculturales de calidad de vida; evaluación y su importancia y uso. Universidad de Salamanca. Salamanca. 2001 (manuscrito sin publicar)

²⁷⁵ Devolverle el poder a la víctima, primero en si misma es decir tener confianza y autoestima y segundo colocarla en situaciones de poder ante la comunidad.

FÍSICA	PSICOEMOCIONAL	SEXUAL
CONSECUENCIAS NO MORTALES		
Lesiones	Enfermedades psicosomáticas	Violaciones
Leves, levísimas, graves y gravísimas	Estrés Post Traumático	Abuso de niños (as), adolescentes. Ancianos(as), y discapacitados(as)
Daño funcional	Depresión	Disfunciones sexuales
Discapacidad motrices auditivas oculares	Ansiedad Fobias Trastornos de pánico Trastornos del sueño	Embarazos no deseados Abortos enfermedades pélvicas inflamatorias bajo peso al nacer
Obesidad y / o delgadez grave	Trastornos del emocionales	Complicaciones en el embarazo
Trastornos crónicos como: colon irritable gastrointestinales dolores crónicos trastornos ginecológicos Dermatitis	Baja autoestima Propensión al uso y abuso de sustancias tóxicas	Infecciones de transmisión sexual: HIV Sífilis Gonorrea Condiloma Humano Etc.
Síndrome del niño maltratado	Bajo rendimiento escolar	Infecciones urinarias
Síndrome del niño sacudido	Eneuresis y coproresis	
Úlceras de presión en ancianos y discapacitados	Abandono social	
CONSECUENCIAS MORTALES		
Homicidio		
Suicidio		
Mortalidad materna		
Muertes por SIDA		

Entonces debemos conocer que el personal de salud es un punto fundamental para detectar a las personas vulnerables que viven violencia intrafamiliar, para lo cual dicho personal de salud debe estar sensibilizado, informado, capacitado, adiestrado y conocer la ruta crítica que siguen las víctimas afectadas por la violencia intrafamiliar y ser un instrumento para identificar las organizaciones y las personas que ayuden en estas situaciones críticas de las víctimas de la violencia intrafamiliar

4. EL PERSONAL DE SALUD COMO PROPICIADOR DE LOS PRIMEROS AUXILIOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El personal de salud como punto crucial para detectar los signos y síntomas de la violencia intrafamiliar, y para canaliza al paciente víctima debería y tiene el deber de estar capacitado y adiestrado sobre todo el los primeros auxilios de la intervención en crisis

Y sobre todo deberán conocer los pasos a seguir en una intervención en crisis para atender y dar mejor atención a las víctimas de violencia intrafamiliar como sería:

1. Realizar el contacto con la víctima es decir, saber escuchar.
2. Conocer las dimensiones del problema poniendo énfasis en las siglas de CASIC que es el comportamiento, la afectividad, la somatización, la vida interpersonal, y el proceso cognitivo, de la víctima.
3. Analizar las posibles soluciones del problema sin brindar falsas esperanzas.
4. Realizar acciones concretas y sobre todo autoanalizarse para saber en donde se encuentra o que tendencia tiene si es directivo, y este perpetua la historia sin fin, ya que no propicia la autodeterminación de la víctima, o facilitador propiciando las nuevas habilidades y destrezas así como conocimientos sobre la problemática y las posibles soluciones que le daría en forma autodeterminada(o) por si misma(o).
5. Dar seguimiento al proceso.

Entonces cada personal de salud deberá planificar, vigilar y coordinar las actividades que atiende las necesidades de las personas vulnerables a sufrir violencia intrafamiliar que tiene a su cargo.

5. SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD

El permitir que todo personal de salud rote por los diferentes servicios del área asistencial y si esto no fuera posible, si favorecer que se tenga un programa de terapia individual y / o grupal, donde se puedan tratar los problemas personales, no en forma voluntaria sino como parte del programa de asistencia a víctimas de violencia intrafamiliar, donde el personal de salud es parte, sino para aliviar la resistencia, la neurosis de trasferencia y la contratransferencia, así como síndrome de burnout, que se hace en el trato con los pacientes esto generaría mejores relaciones personal de salud paciente así como mejor clima laboral.

6. EN LAS POLITICAS PUBLICAS.

México es un país donde casi la mitad de su población vive en pobreza; donde la estructura económica no tiene capacidad para crear los trabajos necesarios para los jóvenes; donde la "crisis" económica lleva casi 30 años; y donde la violencia sigue siendo efectiva para "resolver" todo tipo de situaciones de conflicto. Una violencia que amenaza a todos y que, desde la percepción de la mayoría de la población no tiene posibilidades de disminuir en el futuro cercano. En este contexto, la violencia que se vive en el entorno cotidiano y de supervivencia, tiende a relativizarse. Como diría Eduardo Nicol " la violencia es lo normal lo cotidiano, y lo extraño será la no violencia" de aquí que el reto es el formular un programa nacional donde se haga primordial la necesidad de una vida sin violencia.

El contexto de miedo a la inseguridad que existe en México hace que cada vez sea más cuestionable si el debate sobre la violencia intrafamiliar hacia las mujeres deba integrarse a la tendencia de pedir un sistema punitivo más efectivo y la construcción de más cárceles. Quizá, para el caso de la violencia interpersonal en las familias y las unidades domésticas no quede más que interpelar a los sujetos para preguntar si efectivamente la violencia es inevitable en este ámbito. La fantasía de que la violencia puede ser contenida con la intervención del sistema de procuración de justicia, el encarcelamiento de los delincuentes y el incremento de penas para los criminales

sigue funcionando, aun cuando ha sido ampliamente demostrado que las leyes y el sistema punitivo no tienen el efecto que se supone deberían tener de desalentar la comisión de actos delictivos²⁷⁶. Esta fantasía es la que alimenta la idea de que demandando y obteniendo más leyes y más programas de intervención judicial se podrá disminuir la violencia hacia las mujeres. Por esta razón considero fundamental identificar, diferenciar y jerarquizar las acciones en relación con el tipo de impacto que tengan es decir:

1. Intervención de reparación, principalmente centradas en sistema de procuración de justicia.
2. Intervención oportuna de detección y prevención de riesgo de invalidez o muerte, posible en sistema de salud.
3. Prevención, principalmente en sistema educativo. los lugares privilegiados: serán las secundaria y preparatoria, momento en que hay una definición de identidades de género y establecimiento de pareja

Entonces las Políticas públicas con sus contenidos teóricos y metodológicos deberían incluir como un aspecto medular para su operación, la capacitación, especialización y reconocimiento del personal que labora en las instituciones que actualmente están a cargo de la atención del problema como procuración de justicia , salud y educación a las víctimas de violencia intrafamiliar.

Aspectos teórico conceptuales que deben estar presentes en todo programa o proyecto: Si bien es cierto que la violencia de género representa un ejercicio de poder y control que se ejerce sobre las mujeres, esta violencia y su capacidad de reproducción intergeneracional sólo se puede comprender cabalmente cuando entendemos el papel que juegan las instituciones al clasificar los actos violentos y sus consecuencias. Esta clasificación puede tener como efecto la validación de las formas de poder y control que son ejercidas sobre las mujeres en nuestra sociedad.

Como las percepciones y creencias que los profesionales de salud que atienden esta problemática tienen sobre las identidades y roles de género son similares o iguales a las percepciones de las víctimas y agresores, las intervenciones requieren, para ser exitosas, realizar capacitaciones y especializar a los profesionales con herramientas teóricas, metodológicas y de experiencia que impacten sobre la subjetividad e identidad de los propios profesionales de la salud.

Así, considero que nuestra preocupación requiere desplazarse de la búsqueda de explicaciones sobre las razones por las cuales las mujeres continúan en una situación de violencia intrafamiliar a la exploración de los contextos institucionales que permitan o facilitan la desestructuración de la violencia. Los espacios de atención a la salud se presentan entonces como espacios paradigmáticos que pueden facilitar el proceso de desarticulación de la violencia intrafamiliar o reforzar los mecanismos que la constituyen cuando ignoran sus efectos o la “etiquetan” como un problema de salud mental de las mujeres.

Estas reflexiones son a las que llego después de estudiar y explorar la problemática de actitud y percepción del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar

²⁷⁶ Lapido, David (2001), “La industria penitenciaria estadounidense”, en Madrid: New Left Review, No. 7.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES, Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones a las cuales llego, después de este recorrido para conocer las causas, efectos y predisponentes de la violencia intrafamiliar y del efecto e impacto que genera en actitudes y percepciones del personal de salud ante la victima de violencia intrafamiliar, me he percatado que :

1. No existe investigación cualitativa, ni reflexión, ni disposición ética o bioética para atender los casos de violencia intrafamiliar (por considerar por parte del personal de salud o por los comités estructurados de bioética de los centros hospitalarios) como asunto de índole particular, interno, personal, de las personas involucradas sea individual o familiarmente.

Esto es porque siempre “hay otras prioridades” en el discernir del comité , de bioética y se mal interpreta el derecho de autonomía del paciente, ya que es una situación que parece voluntaria por lo cual el tema “no es de interés” para el medico en general y para el personal de salud en particular, y en el mejor de los casos se trata con paternalismo u omisión propiciando la segunda victimización al considerarlos como “sujeto no apto para decisión autónoma” y es verdad, la victima de violencia intrafamiliar presenta en el momento de la crisis un stress postraumático, que le impide pensar serenamente.

Pero si se le da seguimiento, se proporciona información, apoyo, orientación, capacitación empoderamiento, puede tomar la decisión de cambiar de vida y el personal de salud ser propiciador de la mejor calidad de vida, así como ser agente para disminuir el impacto que tiene el evento en la salud de los involucrados dentro de la violencia intrafamiliar.

Y esto no se refiere a los grandes trabajos expuestos en los foros contra la violencia internacionales y nacionales, a los promocionales en los medios masivos de comunicación , etc. sino a la especificación de las investigaciones científicas en la bioética como tal y no solamente en el sujeto o el objeto

2. También cuando existe la disposición de apertura ante la violencia intrafamiliar así como hacia la victima que la padece, no se tiene toda la información administrativa, civil y penal en relación a la violencia intrafamiliar, ni mucho menos se conocen los criterios de atención medica para la victima de violencia intrafamiliar y se refiere que dichas victimas tienen la libertad de salir del circulo de violencia en el que se encuentran inmersos, cuando ellos / as lo decidan y sin la intención de dañar, se perpetua la historia sin fin, por una buena intención de no involucrarse en asuntos ajenos, pero se cae en omisión de información, apoyo, solidaridad, humanismo, lo cual se perpetua la violencia intrafamiliar y la segunda victimización dentro de la familia y la institución de salud, jurídica o educativa, así la victima de violencia intrafamiliar no se les permite tener otras alternativas de solución a su problema que se resolvería en ocasiones solo escuchando, informando, orientando, capacitando, devolviendo el poder a la victima para convertirla nuevamente en persona con dignidad ante si misma.

3. En el ámbito de la legislación según lo investigado, existe la necesaria y suficiente la cual es de creación reciente relativamente, sobre la eliminación de la

discriminación y violencia a los grupos vulnerables es decir; mujeres, niños, ancianos y personas con habilidades y necesidades diferentes, dentro y fuera del hogar, esto lo avala la ley de protección y asistencia a las víctimas de la violencia familiar, así como el reglamento a la propia ley antes mencionada que regula: ¿quiénes? ¿cómo? , ¿dónde? ¿cuándo? y a ¿quien canalizar? en los casos necesarios, así como la notificación por ley a las autoridades respectivas.

También existen las modificaciones realizadas al código penal y civil en los artículos específicos para tomar la figura de la violencia intrafamiliar como causal de delito penal, y de disolución del vínculo matrimonial y del retiro de la patria potestad de los hijos o personas no aptas para el cuidado de si mismo (ancianos, personas con necesidades y habilidades diferentes) así como la suspensión de herencia o legado en los casos comprobados de violencia intrafamiliar.

Aunado a todo esto la Secretaria de Salud emite una propuesta de norma donde se marca y delimita los criterios para la atención medica de las víctimas de la violencia intrafamiliar. Con la cual el personal de salud tiene lineamientos a seguir en los casos de violencia intrafamiliar, y se completa un marco legislativo amplio en que se apoye, pero es necesario, conocer, difundir, informar, comunicar, cumplirla y hacerla cumplir, para que no sea letra muerta.

Todo esto hace que el personal de salud tenga varias herramientas para el detección , prevención , tratamiento y rehabilitación o canalización de las víctimas de la violencia intrafamiliar.

Para conocimiento, y consulta, por parte del personal de salud expongo en los anexos, documento 8, un resumen de los reglamentos, normas y leyes relacionados con la legislación existente para la atención y dictaminación de la violencia intrafamiliar dentro del marco jurídico., civil y administrativo.

Así como la norma oficial de los criterios para la atención a la víctima de violencia familiar que se encuentra integra en el documento 10 de los anexos. que al existir estos criterios específicos para el personal de salud involucrado en la atención a la víctima de violencia intrafamiliar, es necesario seguir, cumplir, y hacer cumplir, así como conocer y promover entre el personal de salud para su conocimiento, información, aprendizaje y sobre todo su aplicación en el área cotidiana laboral. Dicha norma, es la Norma Oficial Mexicana. NOM -190.SSA1-1999.Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar D.O.F. primera parte del 20 de octubre 1999 su **OBJETIVO Es establecer los criterios a observar en la atención medica y la orientación que se proporciona a los pacientes que se encuentren involucrados en situaciones de violencia intrafamiliar, así como define los criterios para el establecimiento de un registro de probables casos en la materia.**

Su **CAMPO DE APLICACIÓN** Es de observancia obligatoria para las instituciones, organismos y personal que prestan sus servicios de atención medica en los sectores publico, social y privado. Teniendo como **GENERALIDADES** que Las instituciones publicas o privadas que otorguen atención medica a las víctimas de la violencia intrafamiliar deberá notificar a través de las cédulas respectivas y al ministerio publico si fuera necesario. Además registrar e informar a la Secretaria de Salud de los pacientes afectados de violencia intrafamiliar conforme establecen las disposiciones oficiales, que al

efecto se emitan Así como que tiene su carácter de obligatoriedad para el personal de salud que brinda atención medica, abarca los siguientes rubros:

1. La promoción de la salud y la prevención
2. La detección y diagnóstico.
3. El tratamiento y la rehabilitación.
4. Notificar al ministerio publico.
5. La capacitación y actualización
6. La investigación.
7. Registro de información
8. Hospitalización
9. Vigilancia epidemiológica.
10. Recomendaciones

Entonces si ya existen criterios de atención a la víctima de violencia intrafamiliar, lo que corresponde hacer, es motivar, sensibilizar y hacer que el exceso de información llegué a los oídos, conciencias del personal de salud involucrado, no solo referido al cumplimiento de una deontología, donde se conoce las repercusiones, cuando no se lleva a cabo, sino haciendo énfasis en bioética, sobre la reflexión de una conciencia que permita al personal involucrado ver al otro como persona, conocer y reconocer su padecer y propiciar su mejoría dentro de la calidad de vida, a través del desarrollo de una reflexión ética del personal de salud que ayude a los necesitados, permitiendo descosificar al paciente y abordarlo como persona integra.

4. El personal de salud no esta conciente que tiene y desempeña un papel crucial para ayudar a las mujeres, niños(as) ancianos(as), así, como a personas con capacidades diferentes, tanto en el área asistencial, comunitaria, preventiva o de rehabilitación, ya que ellos son los primeros contactos que tiene una víctima de violencia intrafamiliar y puede darle visibilidad a la violencia de estos grupos vulnerables, teniendo presente que es una de las causas principales de consulta por deficiencia o mala salud, así como de incapacidad laboral, que incluye las afecciones psicossomáticas, psicoemocionales las alteraciones sexuales y las físicas.

Sabemos y reconocemos que el personal de salud no puede resolverlo todo y que tiene limitaciones tanto de recursos materiales, financieros y humanos, pero la sensibilidad y el compromiso pueden empezar a marcar la diferencia entre perpetuar la historia sin fin de la violencia y / o romper el círculo de dicha violencia intrafamiliar.

5. Otro punto que concluyo es que el personal de salud no cuenta con una área de salud mental dentro de su área laboral, sino solo cuando se individualiza , y es rotundamente indispensable y si es afectado directa o indirectamente por la violencia intrafamiliar, no tiene orientación, ni canalización, para resolver el problema que afectara su desempeño laboral, ni su problemática individual

6. La mayoría del personal de salud no tiene tiempo, ni adiestramiento para asumir la responsabilidad, exclusiva de satisfacer las necesidades de las víctimas de violencia intrafamiliar, más sin embargo pueden identificar y remitir a las víctimas de violencia intrafamiliar y cuando sea factible proveer atención de calidad, ya que como mínimo el personal de salud puede y debe:

1. "No dañar". Las actitudes no solidarias o que culpan a la víctima pueden reforzar el aislamiento y la culpa de la víctima agredida, minar la confianza de sí misma y restar probabilidad de que las víctimas se abran para buscar ayuda.
2. Estar atentos a los posibles signos y síntomas de violencia o maltrato y hacer un seguimiento.
3. Cuando sea factible, preguntar con regularidad a todos los pacientes / usuarios / clientes sobre sus experiencias de violencia como parte normal de la documentación de la historia clínica.
4. Ofrecer atención médica y documentar en la historia clínica del pacientes / usuarios / clientes las circunstancias de la violencia, inclusive detalles del victimario
5. Conocer los recursos disponibles de la red de salud en la comunidad. Para remitir a las pacientes víctimas de violencia intrafamiliar
6. Mantener la privacidad y el carácter confidencial de la información y de la historia clínica de la víctima.

La respuesta sensible del personal de salud puede incidir en que la víctima de violencia intrafamiliar reduzca sus sentimientos de aislamiento y culpabilidad, también el personal de salud puede ser un instrumento eficiente y eficaz en la orientación, asesoramiento y de conocimiento de grupos de autoayuda que pueda servir y guiar a la víctima de violencia intrafamiliar. Las deficiencias en el conocimiento de todo ello puede hacer sentir al personal de salud aislado e indefenso, porque la capacidad para ayudar a la víctima es limitada.

7. En el contexto de políticas públicas es importante el diseño de políticas públicas eficientes que requiere de un enfoque de género que permita analizar la dinámica y normatividad de las instituciones del Estado y la manera en que el poder de estas instituciones, y los profesionales que laboran en ellas, se articula para reproducir patrones que mantienen a los grupos vulnerables en una posición de subordinación y en riesgo de violencia sobre todo intrafamiliar y de segunda victimización

Haciendo hincapié que las Instituciones ejercen poder de socialización, y se debe reconocer que cuando hablamos de hombres y mujeres "hablamos ciertamente de un sujeto constituido en el género,²⁷⁷ pero no exclusivamente merced a la diferencia sexual, sino sobre todo a través de diferentes lenguajes y representaciones culturales; un sujeto engendrado que adquiere un género al experimentar relaciones de raza y clase tanto como relaciones sexuales; un sujeto que en consecuencia, no es unitario sino múltiple y que se encuentra tanto dividido como en contradicción".

En las instituciones de salud, jurídicas y educativas se perpetua la violencia de género: y el papel que juegan los profesionales que laboran en los servicios del Estado o privados, es crucial al minimizar los hechos, los síntomas y enfermedades que los grupos vulnerables, en situaciones de violencia intrafamiliar, sobre todo los que se presentan en los espacio de atención, y / o educativos manteniendo el riesgo que se corre al instrumentar políticas que consideren las limitaciones de intervenciones tradicionales sobre la violencia intrafamiliar.

²⁷⁷ Saucedo González Irma Políticas, leyes y acciones sobre la violencia intrafamiliar contra las mujeres en México. Aportes para una discusión teórica conceptual. citado en Validación del Modelo de Leyes y Políticas sobre Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres” 6-8 de septiembre, 2005 Washington D. C.

8. Falta de integración de normas reglamentos y leyes a la realidad cotidiana. Las leyes, normativas y programas relacionados con la violencia contra las mujeres que están vigentes serían suficiente recurso normativo y discursivo para avanzar de manera significativa en la prevención del problema de la violencia intrafamiliar. Sin embargo, esto no es así porque en México, como en la mayoría de los países en transición política o de desarrollo diferente, la eficiencia de sus instituciones y su organización política no permiten que exista un traslado lineal de los marcos discursivos y normativos a la realidad cotidiana. Y dichas leyes deberían estar inmersas en la perspectiva de género, ya que además de ayudar a comprender y hacer sentido de los datos que se generan sobre el fenómeno, permitirían sacar a luz aspectos poco discutidos en la elaboración de políticas públicas referidas al tema²⁷⁸

9. En el contexto laboral se fragmenta al individuo. Tradicionalmente los profesionales de la salud han sido entrenados para actuar de manera individual, fragmentariamente y con el poder de etiquetar los casos que atienden. Sin embargo en los casos de violencia doméstica, especialmente los referidos a abuso sexual a menores o violación incestuosa²⁷⁹, ese tipo de intervención puede poner en riesgo a los menores y muchas veces a los familiares de éstos. En estos casos la participación y valoración del personal de salud es crucial, fundamental, pero muchas veces menospreciada, ignorada o no tomada en cuenta, si proviene de las enfermeras y trabajadoras sociales. y este es uno de los principales retos que debemos enfrentar en cuanto a la atención directa, que es la fragmentación de la problemática por parte de los profesionales que la atienden. Especialmente la referida a la violencia sexual en el ámbito intrafamiliar.

Muchos de los especialistas en salud, de procuración de justicia y en políticas educativas, no reconocen que la detección de un caso (mujer, niña(o) o joven menor, anciano(a) o discapacitado(a)) implica la existencia de otros integrantes de la unidad familiar en riesgo o como víctimas de la violencia intrafamiliar. De tal manera que muchas veces no se realizan intervenciones o referencias que podrían ser oportunas o de protección. Aunado a esto, pocas veces consideran aspectos relacionados con la violencia sexual, aun cuando haya información y evidencia suficiente.

10. Concluyo que existe varios retos para favorecer el objetivo de la atención, y cambio de actitud y perspectiva sobre la violencia intrafamiliar; el primer reto que enfrenta el país es garantizar la calidad de los servicios existentes tanto jurídicos, de salud y educativos en relación con la víctima de violencia intrafamiliar. El segundo reto tiene que ver con la ampliación de servicios de calidad a los diferentes estados de la República. Ya que por las características de centralismo esta en la Ciudad de México sobre todos los de atención a víctimas de violencia intrafamiliar. El tercer reto es garantizar la inclusión de esta temática en la curricula de las Universidades para empezar a contener el nunca acabado proceso de sensibilización y capacitación a los profesionales de la salud, de procuración de justicia y de la educación. Ya que la educación deberá ser el punto fundamental para la prevención de la problemática de la violencia intrafamiliar. **Con este argumento termino mis conclusiones para pasar a las recomendación.**

RECOMENDACIONES

²⁷⁸ Saucedo González, Irma, Violencia Doméstica. Modelo de Intervención en Unidades de Salud. Capacitación para atención en unidades de salud a mujeres maltratadas. Vol. 1. México: El Colegio de México, Banco Interamericano de Desarrollo, Secretaría de Salud, 2002

²⁷⁹ Saucedo, Irma, “La relación violencia- salud reproductiva: un nuevo campo de investigación”, en Salud Reproductiva y Sociedad. Año II, No 6-7. El Colegio de México. 1995

Al analizar las reflexiones y conclusiones y de esta primera el inciso 2 donde se aborda al personal de salud como parte de la solución estas podría ser recomendaciones ya que trata de mejorar la calidad de vida de la víctima de violencia intrafamiliar, favorecer el empoderamiento de la misma, sensibilizar al personal de salud, que el mismo personal de salud tenga habilidades y destrezas de los primeros auxilios de la intervención en crisis no importando la carrera de la cual provenga, que el propio personal tuviera una área de apoyo para si mismo para descargar los problemas relacionados a la atención de las víctimas de violencia intrafamiliar, pero también sus propios problemas. sin que fueran remitidos sino como una política de prestaciones laborales. Reconocer la necesidad de difundir, aplicar, cumplir y hacer cumplir la legislación en torno de la violencia intrafamiliar si como reglamentos, normas que tiene la legislación mexicana para disminuir la violencia intrafamiliar. Pero sobre todo hacer énfasis en:

1. Fortalecer los programas de bioética para que se tenga en cuenta los casos de violencia intrafamiliar reconociendo que es un problema de salud pública, y mental; se podría hacer a través de:
 - Programas educativos de bioética dentro de la curricula de todos los niveles académicos en forma obligatoria
 - Dar a conocer los diferencias elementales entre moral, moralidad, ética, bioética, y ética medica al personal de salud.
 - Propiciar la reflexión sobre las características de la bioética, de su nacimiento, su alcance dentro del área de salud
 - Descubrir los usos mal intencionados que se hacen de la bioética con ciertas tendencias
 - Hacer de la bioética una arma educativa para las futuras generaciones que se encuentren dentro del personal de salud.
 - Programas de sensibilización y denuncia de los actos no éticos en la relación personal de salud víctima de violencia intrafamiliar que se llevara a cabo en las instituciones de Salud.
 - Fomentar programas de resolución de conflictos y adquisición de herramientas de habilidades de la comunicación humana.
 - Hacer programas educativos del ciclo y manifestaciones de la violencia intrafamiliar en las carreras ligadas al personal de salud, jurídicas, y educativas.
 - Programas de sensibilización a vivir un mundo sin violencia intrafamiliar para el personal de salud en particular y la población abierta en general.
 - Realizar y llevar a cabo un protocolo a seguir ante las víctima de violencia intrafamiliar.
 - Hacer un frente asistencial para combatir la violencia intrafamiliar dentro y fuera de la Institución.
 - Enfatizar la buena comunicación entre las personas
 - Forma redes de información, Programas de capacitación, Grupos de apoyo entre el personal de salud, jurídicas y educativas.
 - Favorecer la concientización del importante papel que tiene el Personal de salud frente a los niños / a, mujeres, ancianos / as y personas con capacidades diferentes en todos los ámbitos asistenciales.
 - Favorecer la reflexión del conflicto de intereses que se le presente con relación a problemas como los que presenta la víctima de violencia intrafamiliar

- Favorecer la reflexión de los principios de imparcialidad sobre el tópico de violencia intrafamiliar

Enfatizando en las recomendaciones es importante seguir :

2. Un Protocolo ante la Víctima de Violencia Intrafamiliar (documento 11, anexos)

Entonces el personal de salud debería seguir tal vez un protocolo sobre detección y atención de víctimas de violencia intrafamiliar como el siguiente que fue propuesto y aprobado por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

3. Enfatizar que el personal de salud puede llegar a ser:
 1. Primeros contactos con las víctimas de la violencia intrafamiliar
 2. Personas significativas para la víctima de violencia intrafamiliar
 3. Persona con la que tenga mayor comunicación sobre de su problema
 4. Persona que pueda reconocer sus necesidades, carencias, alcance
4. Si se reconoce que como miembro del personal de salud no se tiene:
 - Tiempo
 - Adiestramiento
 - Responsabilidad

Puede por lo menos no dañar Atendiendo signos y síntomas de la violencia intrafamiliar y derivar a las personas especializadas correspondientes Preguntar regularmente si se padece o se ha padecido violencia intrafamiliar Documentar dichas respuestas en el expediente clínico Conocer e investigar los recursos disponibles del sector salud para la atención de estos pacientes víctimas de violencia intrafamiliar Conocer e interesarse si el paciente víctima de violencia intrafamiliar tiene red social que lo sostenga Mantener la privacidad y confidencialidad del paciente en lo posible.

5. Dar a conocer al personal de salud que ella reducida los sentimientos de:
 1. Aislamiento
 2. Culpabilidad
 3. Vergüenza
 4. Ira
 5. Enojo
6. Combatir la violencia intrafamiliar en diferentes frentes a saber.
 1. Identificar la prevalencia y evaluar sus consecuencias personales y sociales
 2. Proponer y adoptar intervención es para prevenir la violencia intrafamiliar
 3. Proteger a las víctimas de violencia intrafamiliar pero al mismo tiempo

4. propiciar la toma de decisiones por si misma.
5. Identificar y darle atención a las víctimas de violencia intrafamiliar.

Existe evidencia que muchas veces el personal de salud opta por ignorar las señales evidentes de violencia y prefiere creer que los hematomas, erosiones o fracturas son resultado de caídas o e otros accidentes a pesar de que el tipo de lesión haga muy improbable o imposible que sea explicado verbalmente

7. En relación con el síndrome de burnout el personal de salud podría seguir las siguiente recomendación.

- 1) Implicarse en actividades externas al trabajo.
- 2) Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares,
- 3) Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales,
- 4) Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación,
- 5) No saltar o dejar pasar períodos de vacaciones,
- 6) Desarrollar actividad física,
- 7) Realizar una psicoterapia focalizada en el problema

8. En relación si se sufre o padece violencia intrafamiliar como miembro del personal de salud se puede hacer:

1. Darse un tiempo personal
2. Iniciar una terapia individual y /o grupal
3. Favorecer la salud mental del personal de salud
4. Explorar actitudes y percepciones personales sobre las víctimas de violencia intrafamiliar en particular y sobre la violencia intrafamiliar en general,
5. No tratar, atender a víctimas de violencia intrafamiliar mientras no este resuelto su problema personal.

9. Hacer investigación cualitativas para corroborar o descartar las reflexiones vertidas en las tres vertientes de esta tesis que favorecen la segunda victimización en las victimas de violencia intrafamiliar que también es otra vertiente para investigar posteriormente.

1. SS de Burnout
2. Violencia intrafamiliar presente en el personal de salud.
3. Omisión de acción, maleficencia y no conciencia ética

Con esto doy por terminado mis recomendaciones, y conclusiones a un tema multifacético como es la violencia intrafamiliar y sobre todo a la actitud y percepción del personal de salud ante la víctima de violencia intrafamiliar, pensando que se pueda aportar algo para terminar con una historia sin fin en algún momento.

ANEXOS

DOCUMENTOS SOBRE MEDICALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

DOCUMENTO 1

Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de Riad) Proclamada por la Asamblea General en su resolución 45/112 que tiene fecha de adopción 14 diciembre de 1990.

Donde los principales fundamentos son prevenir la delincuencia juvenil, en la atención en el niño y la condena de niños y jóvenes en forma humanista, no como objeto socializante o de control, utilizado en la política que abarca la oportunidad educativa, la familiar, de doctrinas, la intervención oficial para guiar con justicia y equidad, la política del bienestar y desarrollo, el reconocimiento del hecho de que el comportamiento no se ajusta a los valores y normas generales y la conciencia que los estereotipos pueden desarrollar pautas particulares en dichos individuos y sobre todo en el proceso de socialización en su apartado IV dice: "deberá prestarse especial atención a las políticas de prevención que favorecen la socialización e integración eficaces de todos los niños y jóvenes en particular por conducto de la familia, comunidad, grupos de jóvenes que se encuentra en condiciones similares, la escuela, la formación profesional y el medio laboral, así como mediante la acción de organizaciones voluntarias. Se deberá respetar debidamente el desarrollo personal de los niños y jóvenes y aceptarlos, en pie de igualdad, como copartícipes en los procesos de socialización e integración"

En lo tocante a la familia dice:

- Toda sociedad deberá asignar elevada prioridad a las necesidades y el bienestar de la familia y de todos sus miembros.
- Dado que la familia es la unidad central encargada de la integración social primaria del niño, los gobiernos y la sociedad deben tratar de preservar la integridad de la familia, incluida la familia extensa, y la sociedad tiene la obligación de ayudar a la familia a cuidar y proteger al niño y asegurar su bienestar físico y mental, deberán prestarse servicios apropiados, inclusive de guarderías.
- Los gobiernos deberán adoptar una política que permita a los niños criarse en un ambiente familiar de estabilidad y bienestar. Deberán facilitarse servicios adecuados a las familias que necesiten asistencia para resolver situaciones de inestabilidad o conflicto
- Cuando no exista un ambiente familiar de estabilidad y bienestar, los intentos de la comunidad por ayudar a los padres en este aspecto hayan fracasado y la familia extensa no pueda ya cumplir esta función, se recurrirá otras posibles modalidades de colocación familiar, entre ellas los hogares de guarda y la adopción, que en la medida de lo posible deberán reproducir un ambiente familiar de estabilidad y bienestar y al mismo tiempo crear en los niños un sentimiento de permanencia, para evitar los problemas relacionados con el "desplazamiento" de un lugar a otro.
- Deberá prestarse especial atención a los niños de familias afectadas por problemas creados por cambios económicos, sociales y culturales rápidos y desiguales, en especial a los niños de familias indígenas o de inmigrantes y refugiados. Como tales cambios pueden perturbar la capacidad social de la familia para asegurar la educación y crianza tradicionales de los hijos, a menudo como resultado de conflictos culturales o socialmente constructivos para la socialización de los niños.
- Se deberán adoptar medidas y elaborar programas para dar a las familias la oportunidad de aprender las funciones y obligaciones de los padres en relación con el desarrollo y el cuidado de sus hijos, para lo cual se fomentarán relaciones positivas entre padres e hijos, se hará que los padres cobren conciencia de los problemas de los niños y los jóvenes y se fomentará la participación de los jóvenes en las actividades familiares y comunitarias.

- Los gobiernos deberán adoptar medidas para fomentar la unión y la armonía en la familia y desalentar la separación de los hijos de sus padres, salvo cuando circunstancias que afectan al bienestar y al futuro de los hijos no dejen otra opción viable.
- Es importante insistir en la función socializadora de la familia y de la familia extensa; es igualmente importante reconocer el papel futuro, las responsabilidades, la participación, y la colaboración de los jóvenes en la sociedad.
- Al garantizar el derecho de los niños a una socialización adecuada, los gobiernos y otras instituciones deben basarse en los organismos sociales y jurídicos existentes pero, cuando las instituciones y costumbres tradicionales resulten insuficientes deberán también prever y permitir medidas innovadoras.

DOCUMENTO 2

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Proclamada por Asamblea general en su resolución 48/104 fecha de adopción de 20 de diciembre de 1993. La Asamblea general reconociendo la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos, y observando que estos derechos y principios están consagrados en instrumentos internacionales, entre los que se cuentan la declaración universal de derechos humanos, el pacto internacional de derechos civiles y políticos, el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Reconociendo que la aplicación efectiva de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer contribuiría a eliminar la violencia contra la mujer y que la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, enunciada en la presente resolución, reforzaría y complementaría ese proceso, y preocupada porque la violencia contra la mujer constituye un obstáculo no sólo para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz, tal como se reconoce en las estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, en las que se recomendó un conjunto de medidas encaminadas a combatir la violencia contra la mujer, sino también para la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Afirmando que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades y preocupada por el descuido de larga data de la protección y fomento de esos derechos y libertades en casos de violencia contra la mujer. Reconociendo que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

DOCUMENTO 3

Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "Convención De Belem Do Para". Depositario: OEA. Lugar de adopción: Belem do Para, Brasil. Fecha de adopción: 9 de junio de 1994. Vinculación de México: 12 de noviembre de 1998. Ratificación. Aprobación del Senado: 26 de noviembre de 1996, según decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 1996. Entrada en vigor: 5 de marzo de 1995- General. 12 de diciembre de 1998- México. Publicación Diario Oficial de la Federación: 19 de enero de 1999. Los Estados parte de la presente Convención, Reconociendo que el respeto irrestricto a los derechos humanos ha sido consagrado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y reafirmando en otros instrumentos internacionales y regionales; Afirmando que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades;

Preocupados porque la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres; Recordando la Declaración sobre la Erradicación de la Violencia contra la mujer, adoptada por la Vigésimo quinta Asamblea de Delegadas de la Comisión Interamericana de Mujeres, y afirmando que la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases; Convencidos de que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida, y Convencidos de que la adopción de una convención para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la mujer, en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos, constituyen una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas.

DOCUMENTO 4.

Consenso Sobre La Introducción A Las Causas Y Soluciones De La Violencia Psicosexual Hacia Las Mujeres. Primeros Resultados Del Estudio Delphi Asociación De Mujeres Por La Salud Y La Paz.

En este trabajo de investigación se formula una pregunta a las participantes, después del relato de una experiencia concreta, de violencia psíquico-sexual contra una mujer, la pregunta, se realiza en Diciembre de 1996 y fue: ¿Cuáles son las causas, individuales, familiares, sociales y ambientales, que provocan que el hombre actúe con violencia? y ¿Cuales son las posibles soluciones preventivas en la infancia, adolescencia y en la etapa del adulto de la violencia psíquico-sexual hacia las mujeres? Hay propuestas de intervención desde la prevención individual, social, ambiental, dentro del marco de la educación por la paz. Los objetivos del consenso son: confirmar con la experiencia relatada por las mujeres, expertas y víctimas a la vez de la violencia, las líneas teóricas de Investigación en educación para la salud y encontrar nuevas formas de actuación útiles para resolver las situaciones de conflicto en las que sufren violencia las mujeres.

Estas expertas a quienes preguntaron provienen de diferentes campos: psicología, pedagogía, medicina y trabajo social. Obtendremos, preguntando a estas mujeres expertas, el extracto de su experiencia en grupos de trabajo financiados por el Instituto de la Mujer de la Consellería de Cultura Educación y Ciencia y diversos ayuntamientos españoles desde 1991 a 1996. Sus antecedentes y justificación del estudio es, En la **Estrategia de Salud para todos en el año 2000**, en los **objetivos referidos a las mujeres en Europa** (todavía no se diferenciaba todos y todas) se menciona la violencia contra las mujeres con la idea de trabajar acciones concretas. El **objetivo número 8** dice: 'En el año 2000 tendría que haber una continua mejoría en la salud de todas las mujeres, intentando alcanzar una reducción sustancial en la incidencia y en las consecuencias adversas sobre la salud de los ataques sexuales, violencia doméstica y violación'. En la **Conferencia de Viena de 1994**, en el documento de las conclusiones consensuadas titulado '**La salud de las mujeres cuenta**' se remarca la necesidad de conocer los desencadenantes de la violencia sobre las mujeres y niños y de tener en cuenta este problema desde la perspectiva de la Salud Pública, además de recomendar el estudio y la valoración de la magnitud del problema, enmarcándolo en la **Estrategia de 'hacer visible lo Invisible'**. Esta estrategia se corroborará y ampliará en la IV Conferencia Mundial de la mujer (Pekin-Beijing Septiembre de 1995). En dicha IV Conferencia se presentó un documento escrito sobre la resolución de conflictos, por la Asociación Mujeres Salud y Paz titulado: Viaje por la Paz. De Valencia a Croacia. (2) resultado: consenso alcanzado en junio 97. (1) 'Partimos del reconocimiento de la existencia de un sistema sociocultural, el sistema patriarcal. Caracterizado por determinados valores y creencias que posibilitan y contribuyen al mantenimiento del dominio -psíquico-físico- del varón sobre la mujer. Esta situación sostenida por unos y otras recrea unas relaciones basadas en la jerarquía complementaria en la cual, el complemento inferior es ocupado por la mujer. Un modelo relacionar jerárquico, falocrático. Es el mito arcaico basado en la desigualdad y el sometimiento. A partir de la

Conferencia sobre la Salud de las Mujeres en Europa Central y del Este celebrada en Viena en Febrero de 1994. Y de la lectura del Documento de Consenso: 'La salud de las mujeres cuenta, las mujeres de la Asociación para la Salud y la Paz, del País Valenciano nos planteamos el trabajo de 'hacer visible lo invisible', para que así pueda contar el problema de la violencia psíquico-sexual en los planes de acción y nuevas estrategias que las organizaciones de ámbito Nacional e Internacional proponen para seguir avanzando en la sociedad. Es por ello que la Asociación de Mujeres por la Salud y la Paz se plantea una revisión pública sobre la violencia psíquico-sexual, invisible hasta ahora para la sociedad. No hablamos del maltrato físico, agresión que deja señales visibles. Hablamos de la violencia que no deja señales visibles sino que cambia a la mujer en su interior haciéndola impotente para ser autónoma. Hemos tenido en cuenta que el fenómeno de la violencia toma relevancia y está siendo tratado por hombres y mujeres del mundo (científicos y políticos) con diferentes intereses y, según manifiestan, con la finalidad de "erradicarla". Por ser mujeres y reconocernos violentadas de muchas y diferentes maneras, por no sentirnos representadas o desconfiar de los actuales 'artífices' de las medidas contra la violencia por todo eso y más nos sentimos comprometidas a expresar nuestro pensamiento. Debemos reclamar lo que las feministas reconocían pero que muchas han perdido de vista: somos la fuente de información autorizada en materia de violencia psíquico-sexual. También sólo nosotras podemos expresar la cantidad y calidad de las lesiones psíquicas y emocionales que produce esta violencia, del profundo conflicto que nos produce la manipulación de nuestro cuerpo, la utilización de nuestra sexualidad y la cosificación de nuestros órganos, incluido el cerebro. En este tipo de violencia no hay daños físicos comprobables a posteriori, como lesiones. Heridas, fracturas de alguna parte del cuerpo. No se emplea la fuerza física. Se producen en su mayoría en el ámbito doméstico, familiar, de conocidos. No intervienen compinches que reducen o intimidan a la agredida. La mujer víctima de esta violencia se presenta a nivel social como que **"este trato le agrada"**, como si **"ella se lo ha buscado"**. En quienes lo oyen y lo ven no se produce horror y vergüenza. En los casos de violencia psíquico-sexual hacia las mujeres se emplea la fuerza profesional, la fuerza del poder. Existe la complicidad de la sociedad, de la cultura y existe una ley que no les va a castigar, ni va a valorar los hechos como violentos o malévolos. Los daños psíquicos que se producen tienen un alcance y repercusiones impredecibles actualmente. Vivimos en una sociedad violenta, donde sigue faltando información, y la que nos llega a la población esta mediatizada por intereses particulares. La educación sigue siendo sexista. Las personas cada vez dialogamos menos. La violencia psíquico-sexual es un problema más extendido de lo que se cree. En estos momentos las expertas lo definen como un problema de salud pública en las sociedades industrializadas. Recordamos a todos y todas que sólo cuando no admitamos la violencia ni el chantaje comenzarán los otros a cuestionarse la identidad violenta".

CAUSAS DE LA VIOLENCIA PSÍQUICO SEXUAL CONTRA LAS MUJERES La causa general es la existencia del paradigma del patriarcado. Estructura caracterizada por no dejar espacio para las diferencias. Este paradigma representa la realidad como dualista, que enfrenta naturaleza y cultura, razón y sentimiento y, donde la imagen de los sexos es una construcción, caracterizada por: la polarización, la jerarquización y la complementariedad. No se considera a la mujer como persona, se la "objetualiza" al servicio del deseo o los intereses de quien ocupa el lugar del poder.

- La familia es el espacio donde los juegos de poder se convierten en juegos de violencia.
- Es la familia con sus expectativas quien crea el niño y la niña a quienes atribuye diferente educación, rol y valores.
- La violencia se aprende, y es en la intimidad de la familia en donde primero se ejerce.
- La violencia se inicia en la familia, se tienen padres, hermanos o familiares cercanos violentos y que están bien considerados.
- La introducción del paradigma de género es invisible a los ojos de la sociedad.
- El patriarcado, asigna los modelos que hombre y mujer interiorizan sin cuestionar, y pasan a ser el guión de vida.
- Al varón se le define con una sexualidad preponderante, urgente, dominante, (lo masculino es: la fuerza, la dominación y la violencia) y a las mujeres con una sexualidad a disposición del varón, es decir: una no sexualidad femenina.
- A la mujer le falta la palabra, es el otro quien nos define como somos.

- La interiorización de los roles asignados: masculino y femenino, es contradictoria y el mantener esos papeles genera sufrimiento en hombres y mujeres.
- La violencia contra las mujeres se produce por el modo en que hemos sido educados/as y por el modo en que no hemos sido educados/as.
- Los/as adultos/as que se han educado en un determinado contexto tienden a reproducirlo y a educar a sus niños/as en él, y estos/as a su vez harán lo mismo.
- Las causas generales que provocan violencia en los varones suelen provenir del miedo, la inseguridad y la incapacitación para soportar su existencia, en un mundo que les está exigiendo constantemente ser responsables, valientes, competitivos, geniales, inteligentes, activos, simpáticos, conquistadores, maravillosos ante la sociedad patriarcal en general, pero en particular ante sus congéneres varones.
- La identidad social del varón se forma alrededor de estereotipos de fuerza agresividad, dominio, rigidez o autoritarismo, con el consenso del otro sexo. Así tiene vía libre el varón para ejercer su dominio sobre la mujer, de forma educada o agresiva, dependiendo de la socialización y la subcultura familiar.
- Faltan referentes masculinos no violentos.
- El vivir en la sociedad patriarcal heterosexista, de roles rígidos que han reducido el papel de la mujer a reproducir y ser objeto de deseo del hombre, sin sexualidad propia.
- Las mujeres siendo fuertes han debido mostrarse débiles y sentirse limitadas y sometidas como si de "lo natural" se tratara.
- La violencia más arraigada es la del temor al padre, al de los cielos o al de la tierra.
- Hay otros tipos de violencia menos denunciados y más aceptados, como la discriminación étnica, por edad, disfuncionalidad en el trabajo, en los órganos de decisión, o en los puestos de poder.
- La ley la impone el fuerte, pocas veces la Razón. La Razón y lo razonable son patrimonio de los hombres.
- La ciencia está en manos de los hombres, pagados por otros hombres con la finalidad de ampliar su poder.
- Las mujeres ostentamos el patrimonio del conocimiento intuitivo. Por causas obvias, a las mujeres se les deja acceder al conocimiento científico a otro ritmo.
- Algunos hombres al estar sometidos al sistema capitalista tienen más insatisfacciones, y se liberan de éstas con el ejercicio de la violencia sobre el/la otro/a.
- Existe un pacto de silencio, entre los hombres en la mayoría de los casos de violencia contra las mujeres. Este pacto afecta también a los varones profesionales: de la salud, de la judicatura y la policía.
- A los niños no sólo no se les reprime socialmente, sino que en la escuela primaria se les fomenta la agresividad, respondiendo al ideal masculino de fuerza, agresividad y desapego de los sentimientos tiernos.
- En la mujer, sin embargo, se pone de relieve como ideal femenino un prototipo desprovisto de agresividad y caracterizado por el desinterés en lo propio y el servicio a los/as demás, lo que conduce a una conducta de rol de género que es disfuncional y socialmente peligrosa.
- La mujer forma parte de la estructura patriarcal e interioriza el rol que se le asigna como propio y natural.
- Ella es madre y cuerpo sobre el que se asienta la familia. El hombre es el centro del universo. La mujer tolera esta situación porque ella misma participa de este pensamiento, aceptando inconscientemente todos los tópicos, esto posibilita que el hombre se afiance en su posición de agresor.
- Hay otra violencia ambiental ejercida específicamente por las empresas, estados, gobiernos y ejércitos que han creado un perfil de varón arquetipo, forjado por el patriarcado, para evidenciar la fuerza, la inteligencia, el valor, el dominio de las situaciones.
- La violencia también se ejerce sobre el gran útero de la madre tierra que nos da su calidez, sus nutrientes, su oxígeno y su belleza plena como cualquier otra madre que provee de lo imprescindible para gestarnos con amor, en salud y en paz.

DOCUMENTO 5

LEY DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

(Ley publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el día 8 de julio de 1996 y en el Diario Oficial de la Federación el día 9 de julio del mismo año). **PREAMBULO** Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República. ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed: Que la Honorable Asamblea de Representantes del Distrito Federal, se ha servido dirigirme el siguiente **DECRETO LA ASAMBLEA DE REPRESENTANTES DEL DISTRITO FEDERAL, DECRETA: Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar**

TITULO PRIMERO CAPITULO UNICO.DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Las disposiciones contenidas en la presente ley son de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer las bases y procedimientos de asistencia para la prevención de la violencia familiar en el Distrito Federal.

Artículo 2.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

- I. Administración Pública.- A la Administración Pública del Distrito Federal;
- II. Consejo.- Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal;
- III. Delegaciones.- El órgano político administrativo de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal;
- IV. Ley.- Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar;
- V. Organizaciones Sociales.- Las instituciones que se encuentren legalmente constituidas, que se ocupen de la materia de esta ley y que se hayan distinguido por su labor;
- VI. Unidad de Atención.- Las Unidades de la Administración Pública encargadas de asistir a los receptores y generados de violencia familiar, así como de prevenirla; de conformidad con lo que establezca el programa general.

Artículo 3.- Para los efectos de esta Ley se entiende por:

- I. **Generadores de Violencia Familiar:** Quienes realizan actos de maltrato físico, verbal, psicoemocional o sexual hacia las personas con la que tengan o hayan tenido algún vínculo familiar;
- II. **Receptores de Violencia Familiar:** Los grupos o individuos que sufren el maltrato físico, verbal, psicoemocional o sexual en su esfera biopsicosexual; y
- III. **Violencia Familiar:** Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño, y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases:

A) **Maltrato Físico.**- Todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control;

B) **Maltrato Psicoemocional.**- Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad. Todo acto que se compruebe que ha sido realizado con la intención de causar un daño moral a un menor de edad, será considerado maltrato emocional en los términos de este artículo, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor.

C) **Maltrato Sexual.**- Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen un daño. Así como los delitos a que se refiere el Título Décimo Quinto del Código Penal para el Distrito Federal, es decir, aquellos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, respecto a los cuales la presente Ley sólo surte efectos en el ámbito asistencial y preventivo.

Artículo 4.- Corresponde al Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Gobierno, a la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, a la Secretaría de Seguridad Pública, a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y las Delegaciones, la aplicación de esta Ley.

Artículo 5.- A la Secretaría de Gobierno, a la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social del Distrito Federal y a las Delegaciones les corresponde la asistencia y prevención de la violencia familiar. Para efectos de la aplicación de la Ley, dichas instancias establecerán los mecanismos de coordinación.

TITULO SEGUNDO CAPITULO UNICO. DE LA COORDINACION Y CONCERTACION

Artículo 6.- Se crea el Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal como órgano honorario, de apoyo y evaluación, integrado por once miembros, presidido por el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, e integrado por: La Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, la Secretaría de Seguridad Pública, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, tres Diputados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, que la misma designe y tres representantes de las organizaciones sociales que se hayan destacado por su trabajo y estudio en la materia, invitados por el Jefe de Gobierno. Así mismo, se crean los Consejos para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar Delegacionales en cada una de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal los cuales funcionarán con las mismas características del Consejo arriba señalado y que estará presidido por el delegado político de la demarcación correspondiente, integrado por los subdelegados de Gobierno y Desarrollo Social, el Delegado Regional de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el titular de la región correspondiente de la Secretaría de Seguridad Pública, el titular de la Unidad de Atención, el coordinador del área de educación correspondiente y el titular de la jurisdicción sanitaria, tres representantes de organizaciones sociales o asociaciones vecinales convocados por el Delegado y dos Diputados de la Asamblea Legislativa, correspondientes a los Distritos Electorales que se encuentren comprendidos en la demarcación de que se trate.

Artículo 7.- El Consejo deberá contar con un equipo técnico integrado por expertos honorarios con reconocida trayectoria en la materia y nombrados por el propio Consejo.

Artículo 8.- El Consejo tendrá las siguientes facultades:

- I. Participar en la elaboración del Programa General para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal;
- II. Fomentar y fortalecer la coordinación, colaboración e información entre las instituciones públicas y privadas que se ocupen de esa materia;
- III. Evaluar trimestralmente los logros y avances del Programa General;
- IV. Analizar y aprobar los lineamientos administrativos y técnicos en esta materia, así como de los modelos de atención más adecuados para esta problemática;
- V. Elaborar un informe anual que remitirá a las comisiones correspondientes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal;
- VI.- Contribuir a la difusión de la legislación que establece mediadas para la Violencia Familiar;
- VII.- Vigilar la aplicación y cumplimiento del Programa General derivado de la Ley; y
- VIII. Promover estrategias para la obtención de recursos destinados al cumplimiento de los fines de la Ley.

TITULO TERCERO CAPITULO I DE LA ASISTENCIA Y ATENCION

Artículo 9.- La atención especializada que es proporcionada en materia de violencia familiar por cualquier institución, ya sea privada o perteneciente a la Administración Pública del Distrito Federal, será tendiente a la protección de los receptores de tal violencia, así como a la reeducación respecto a quien la provoque en la familia. Del mismo modo, estará libre de prejuicios de género, raza, condición socioeconómica, religión o credo, nacionalidad o de cualquier otro tipo, y no contará entre sus criterios con patrones estereotipados de comportamiento o prácticas sociales y culturales, basadas en conceptos de inferioridad o de subordinación.

Artículo 10.- La atención a quienes incurran en actos de violencia familiar, se basará en modelos psicoterapéuticos reeducativos tendientes a disminuir y, de ser posible, de erradicar las conductas de violencia que hayan sido empleadas y evaluadas con anterioridad a su aplicación. Se podrá hacer extensiva la atención en instituciones públicas a quienes cuenten con ejecutoria relacionada con eventos de violencia familiar, a solicitud de la autoridad jurisdiccional de acuerdo con las facultades que tiene conferidas el juez penal o familiar; o bien, a solicitud del propio interesado.

Artículo 11.- El personal de las instituciones a que se refieren los dos artículos anteriores, deberá ser profesional y acreditado por las instituciones educativas públicas o privadas, debiendo contar con la inscripción y registro correspondiente ante la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social. Dicho personal deberá participar en los procesos de

selección, capacitación y sensibilización que la misma Secretaría establezca, a fin de que cuente con el perfil y aptitudes adecuadas.

Artículo 12.- Corresponde a las Delegaciones, a través de la Unidad de Atención:

- I. Llevar constancias administrativas de aquellos actos que de conformidad con la presente Ley, se consideren violencia familiar y que sean hechos de su conocimiento;
- II. Citar a los involucrados y reincidentes en eventos de violencia familiar a efecto de que se apliquen las medidas asistenciales que erradiquen dicha violencia;
- III. Aplicar e instrumentar un procedimiento administrativo para la atención de la violencia familiar;
- IV. Resolver en los casos en que funja como amigable componedor y sancionar el incumplimiento de la resolución;
- V. Proporcionar psicoterapia especializada gratuita, en coordinación con las instituciones autorizadas, a los receptores de la violencia familiar que sean maltratados, así como a los agresores o familiares involucrados, dentro de una atención psicológica y jurídica;
- VI. Elaborar convenios entre las partes involucradas cuando así lo soliciten;
- VII. Imponer las sanciones administrativas que procedan en los casos de infracciones a la Ley; sin perjuicio de las sanciones que se contemplen en otros ordenamientos;
- VIII. Atender las solicitudes de las personas que tengan conocimiento de la violencia familiar, en virtud de la cercanía con el receptor de dicha violencia;
- IX. Emitir opinión o informe o dictamen con respecto al asunto que se le requiera de conformidad con la legislación procesal civil y penal del Distrito Federal; y
- X. Avisar al Juez de lo Familiar y en su caso al Ministerio Público para que intervenga de oficio en los asuntos que afecten a la familia, especialmente tratándose de menores, de alimentos y de cuestiones relacionadas con violencia familiar, a fin de que se dicten las medidas precautorias que corresponden.

Artículo 13.- La Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, deberá:

- I. Coadyuvar a través del Registro Civil a la difusión del contenido y alcances de la presente Ley;
- II. Promover la capacitación y sensibilización de los defensores y personal profesional auxiliar, que presten sus servicios en la defensoría de oficio del Fuero Común en el Distrito Federal, en materia familiar y penal, a efecto de mejorar la atención de los receptores de la violencia familiar que requieran la intervención de dicha defensoría; y
- III. Emitir los lineamientos técnico-jurídicos a que se sujetará el procedimiento a que alude el Título Cuarto, Capítulo I de la Ley.

IV. Vigilar y garantizar el cumplimiento de esta Ley, de conformidad con las atribuciones que la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal establece.

Artículo 14.- Las Delegaciones podrán solicitar a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal:

I. Le sean canalizados todos aquellos receptores y presuntos generadores de la violencia familiar para los efectos del procedimiento que le confiere la Ley, cuando no existe ilícito penal o se trate de delitos de querrela;

II. Que requiera la certificación de las lesiones y el daño psicoemocional que sea causado como consecuencia de actos de violencia familiar;

III. Intervenga, de conformidad con lo establecido en los Códigos Civil y Penal, en los asuntos que afecten a la familia;

IV. Pida al órgano jurisdiccional competente que dicte las medidas provisionales a fin de proteger a receptores de violencia familiar. Cualquier autoridad que tenga conocimiento de conductas de las que se pueda desprender la comisión de un delito sancionado por las leyes penales, deberá dar aviso a la brevedad posible a las instancias correspondientes.

Artículo 15.- La Secretaría de Seguridad Pública:

I. Contará con elementos especializados en cada una de las Delegaciones para la prevención de la violencia familiar;

II. Hará llegar los diversos citatorios a que hace alusión el artículo 12, fracción II de la Ley a los presuntos generadores de violencia familiar;

III. Llevará a cabo la presentación para hacer efectivos los arrestos administrativos que se impongan con motivo de la Ley; y

IV. Incluirá en su programa de formación policíaca, capacitación sobre violencia familiar.

Artículo 16.- Los órganos jurisdiccionales, a través de sus titulares, y una vez que conozcan de juicios o procesos, en donde se desprenda que existe violencia familiar, podrán solicitar a las Delegaciones, o en su caso, a las instituciones debidamente sancionadas por el Consejo o que se encuentren señaladas expresamente por el Reglamento de la Ley, la realización de los estudios e investigaciones correspondientes, las que remitirán los informes, dictámenes, procesos psicoterapéuticos de agresores y receptores de la violencia familiar, las opiniones que conforme a los Códigos de Procedimientos Civiles y Penales, deban de allegarse para emitir una sentencia y en general todos aquellos que les sean de utilidad.

CAPITULO II DE LA PREVENCION

Artículo 17.- Corresponde a la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, además de las funciones que en materia de asistencia social tiene asignadas, las siguientes:

- I. Diseñar el Programa General de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar;
- II. Operar y coordinar las unidades de atención a través de las Delegaciones, así como vigilar que cualquier otro centro que tenga como objeto la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar cumpla con los fines de la Ley;
- III. Desarrollar programas educativos, para la prevención de la violencia familiar con las instancias competentes y promoverlos en cada una de las instituciones públicas y privadas;
- IV. Llevar a cabo programas de sensibilización, así como proporcionar la formación y capacitación sobre cómo prevenir la violencia familiar a los usuarios en salas de consulta externa de los hospitales generales, materno-infantiles y pediátricos del Distrito Federal; así como al personal médico dependiente del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal. Igualmente a los usuarios y personal de los centros de desarrollo y estancias infantiles de esta Secretaría. Del mismo modo, deberá celebrar convenios con instituciones de salud privadas; a efecto de que en las mismas se lleven a cabo los programas antes mencionados.
- V. Aplicar acciones y programas de protección social a los receptores de violencia familiar;
- VIII. Llevar un registro de instituciones gubernamentales y organizaciones sociales que trabajen en materia de violencia familiar en el Distrito Federal;
- IX. Concertar con instituciones gubernamentales y organizaciones sociales, vínculos de colaboración a fin de conocer sus acciones y programas de trabajo, para su incorporación al Sistema de Información del Distrito Federal;
- X. Promover que se proporcione la atención a la violencia familiar en las diversas instituciones que se encuentran comprendidas en la Ley por especialistas en la materia, con las actitudes idóneas para ello, de conformidad con el Reglamento, llevando el registro de éstos;
- XI. Coordinarse con la Procuraduría Social del Distrito Federal de conformidad con las atribuciones que ésta tenga;
- XII. Promover programas de intervención temprana en comunidades de escasos recursos para prevenir, desde donde se genera, la violencia familiar, incorporando a la población en la operación de dichos programas;
- XIII. Impulsar la formación de promotores comunitarios cuya función básica será estimular los programas de prevención de la violencia familiar; y
- XIV. Fomentar, en coordinación con instituciones especiales públicas, privadas y sociales, la realización de investigaciones sobre el fenómeno de la violencia familiar, cuyos resultados servirán para diseñar nuevos modelos para la prevención y atención de la violencia familiar.
- XV. Concurrir a sitios diversos con fines preventivos o de seguimiento donde exista violencia familiar mediante trabajadoras sociales y médicos, para desalentarla;

XVI. Establecer servicios especializados y facilidades de comunicación y accesibilidad a las personas con discapacidad así como a aquellas personas que pertenezcan a algún grupo étnico.

TITULO CUARTO CAPITULO I DE LOS PROCEDIMIENTOS CONCILIATORIO Y DE AMIGABLE COMPOSICION O ARBITRAJE

Artículo 18.- Las partes en un conflicto familiar podrán resolver sus diferencias mediante los procedimientos:

I. De **conciliación**;

II. De **amigable composición o arbitraje**. Dichos procedimientos estarán a cargo de las Delegaciones. Quedan exceptuadas aquellas controversias que versen sobre acciones o derechos del estado civil irrenunciables o delitos que se persigan de oficio.

III. Será **obligación de la Unidad** de Atención antes de iniciar cualquier procedimiento, preguntar a las partes si éstas se encuentran dirimiendo sus conflictos ante autoridad civil o penal, informar a las partes del contenido y alcances de la presente ley y de los procedimientos administrativos, civiles y penales que existan en la materia; así como de las sanciones a las que se harán acreedores en caso de incumplimiento o reincidencia. Los procedimientos previstos en la presente ley no excluyen ni son requisito previo para llevar a cabo el procedimiento jurisdiccional. Al término del proceso de conciliación o del arbitraje, en caso de que existiera un litigio en relación con el mismo asunto, el conciliador o el árbitro le enviará al juez de la causa la amigable composición o la resolución correspondiente.

Artículo 19.- Cada procedimiento de solución de los conflictos familiares a que se refiere el artículo anterior, se llevará a cabo en una sola audiencia. La amigable composición y resolución podrá suspenderse por una sola vez, a efecto de reunir todos los elementos de convicción necesarios para apoyar las propuestas de las partes. En todo caso, tratándose de menores antes de dictar la resolución o de establecer la conciliación, deberá oírseles atendiendo a su edad y condición a fin de que su opinión sea tomada en cuenta en todos los asuntos que le afecten.

Artículo 20.- Al iniciarse la audiencia de conciliación, el conciliador procederá a buscar la avenencia entre las partes, proporcionándoles toda clase de alternativas, exhortándolos a que lo hagan, dándoles a conocer las consecuencias en caso de continuar con su conflicto. Una vez que las partes lleguen a una conciliación se celebrará el convenio correspondiente que será firmado por quienes intervengan en el mismo.

Artículo 21.- De no verificarse el supuesto anterior, las Delegaciones con posterioridad procederán, una vez que las partes hubiesen decidido de común acuerdo y por escrito someterse a la amigable composición, a iniciar el procedimiento que concluya con una resolución que será de carácter vinculatorio y exigible para ambas partes. Informándoles las consecuencias que puede generar el incumplimiento de las determinaciones de las autoridades administrativas o judiciales

Artículo 22.- El procedimiento ante el amigable componedor a que hace alusión el artículo anterior, se verificará en la audiencia de amigable composición y resolución de la siguiente forma:

I. Se iniciará con la comparecencia de ambas partes o con la presentación de la constancia administrativa a que hace referencia el artículo 12, fracción I, de esta Ley, que contendrá los datos generales y la relación sucinta de los hechos, así como la aceptación expresa de someterse al procedimiento;

II. Las partes en dicha comparecencia ofrecerán las pruebas que a su derecho convenga a excepción de la confesional, pudiendo allegarse el amigable componedor de todos los medios de prueba que estén reconocidos legalmente, que le permitan emitir su resolución, aplicándose supletoriamente, en primer lugar el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal y en segundo término, la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal; y

III. Una vez admitidas y desahogadas las pruebas, se recibirán los alegatos verbales de las partes quedando asentados en autos, procediendo el amigable componedor a emitir su resolución.

Artículo 23.- Cuando alguna de las partes incumpla con las obligaciones y deberes establecidos en los convenios o en la resolución del amigable componedor, en los términos previstos en el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, podrá acudir ante la autoridad jurisdiccional respectiva para su ejecución, independientemente de la sanción administrativa que se aplique.

CAPITULO II INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 24.- Se consideran infracciones a la presente Ley:

I. El no asistir sin causa justificada a los citatorios de las Delegaciones que se señalan en el artículo 12 fracción II de la Ley;

II. El incumplimiento al convenio derivado del procedimiento de conciliación;

III. El incumplimiento a la resolución de la amigable composición a la que se sometieron las partes de común acuerdo; y

IV. Los actos de violencia familiar señalados en el artículo 3 de la Ley, que no estén previstos como infracción o como delito por otros ordenamientos.

Artículo 25.- Las sanciones aplicables a las infracciones serán:

I. Multa de 30 a 180 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de cometer la infracción. Si el infractor fuese jornalero, obrero o trabajador no asalariado, la multa será equivalente a un día de su jornal, salario o ingreso diario; o

II. Arresto administrativo inmutable hasta por 36 horas.

Artículo 26.- Se sancionará con multa de 30 a 90 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal por el incumplimiento a la fracción I del artículo 24 y que se duplicará en caso de conducta reiterada hasta el máximo de la sanción establecida. El incumplimiento a la resolución a que se refieren las fracciones II y III del citado artículo, se sancionará con multa hasta de 90 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, y en todo caso se procederá conforme a lo previsto por el artículo 23 de la Ley.

Artículo 27.- La infracción prevista en la fracción IV del artículo 24 de la Ley, se sancionará con multa hasta de 180 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal. La reincidencia se sancionará con arresto administrativo inmutable por 36 horas.

Artículo 28.- Para la acreditación de las infracciones o de la reincidencia a que hacen mención los artículos anteriores, se citará nuevamente a las partes para que éstas manifiesten lo que a su derecho convenga, antes de que el amigable componedor sancione dicho incumplimiento, sin mayor justificación.

CAPITULO III MEDIOS DE IMPUGNACION

Artículo 29.- Contra las resoluciones y la imposición de sanciones de la Ley, procederá el recurso que establece la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal.

TRANSITORIOS

ARTICULO PRIMERO: La Ley entrará en vigor 30 días después de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. Para su mayor difusión, publíquese en el Diario Oficial de la Federación. Las disposiciones relativas a los procedimientos de conciliación y amigable composición entrarán en vigor dentro de los 150 días siguientes a su publicación.

ARTICULO SEGUNDO: El Reglamento de la presente Ley deberá expedirse dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que entre en vigor la Ley.

ARTICULO TERCERO: El Consejo a que se refiere el artículo 6 de este ordenamiento deberá instalarse dentro de los 90 días naturales a partir de la entrada en vigor de la Ley.

ARTICULO CUARTO: En tanto es nombrado el Jefe del Distrito Federal, las facultades que esta Ley le confiere, serán ejercidas por el Jefe del Departamento del Distrito Federal.

ARTICULO QUINTO: Se derogan todas aquellas disposiciones administrativas que se opongan al contenido de la presente Ley.

RUBRICA. RECINTO DE LA ASAMBLEA DE REPRESENTANTES DEL DISTRITO FEDERAL, a los veintiséis días del mes de abril de mil novecientos noventa y seis.- Rep. Arturo Saenz Ferral, Presidente.- Rep. Esther Kolteniuk de Cesarman, Secretaria.- Rep. Antonio Paz Martínez, Secretario.- Rúbricas". En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de junio de mil novecientos noventa y seis.- Ernesto Zedillo Ponce de León.- Rúbrica.- El Jefe del Departamento del Distrito Federal, Oscar Espinosa Villarreal.- Rúbrica.

ARTICULOS TRANSITORIOS DEL DECRETO DE REFORMAS Y ADICIONES A DIVERSOS ARTICULOS DE LA LEY DE ASISTENCIA Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PARA EL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL EL 2 DE JULIO DE 1998.

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO.- En todos aquellos artículos, en los que se mencione el término Violencia Intrafamiliar, se entenderá que quedan modificados por el de Violencia Familiar.

TERCERO.- Quedan derogadas, todas aquellas disposiciones que contravengan a la presente Ley.

CUARTO.- La Secretaría de Gobierno tendrá la obligación de garantizar la instalación de las unidades de atención delegacionales.

QUINTO.- En tanto no sean designados por la Asamblea Legislativa, los Diputados que integran el Consejo para Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal, que se menciona en el artículo 8o. de la ley; éste funcionará con los restantes ocho miembros.

PUBLICACIÓN Y REFORMAS Publicación: G.O. 08jul96 y D.O. 09jul96 Esta Ley contiene: No. de Reformas: 1 Fecha y Publicación de Reformas: G.O. 02jul98

DOCUMENTO 6

Congreso De La Unión, Decreto Que Reforma Diversos Artículos De Los Codigos Civil, De Procedimientos Civiles, Penal Y De Procedimientos Penales, Publicado En El Diario Oficial De La Federación El 27 De Diciembre De 1997

En materia civil se da una protección privilegiada a los menores, cuyos intereses siempre se consideran superiores, además se incluye la violencia intrafamiliar, sea entre cónyuges o contra los hijos , en las causales de divorcio En general las medidas de protección a los menores, la definición de los actos que constituyen violencia intrafamiliar la atribución(aunque sea reiterada) de facultades amplias a los jueces familiares y la incorporación de dictámenes periciales fuera de los tradicionales para comprobar la ejecución de actos de violencia constituyen todas y cada una un acierto indudable en la regulación y sistematización de mecanismos legales de combate a la violencia la otra parte de las reformas penales alude a la violencia intrafamiliar como delito, que se sanciona con prisión, y el nuevo artículo 343 señala textualmente que se considera violencia intrafamiliar. “ el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave, que de manera reiterada se ejerce en contra de un miembro de la familia por otro integrante de la misma contra su integración física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones” estas reformas criminalizan el acto de violencia intrafamiliar como una conducta significativa atribuible a un carácter de ser dañina y lesiva para la sociedad.

DOCUMENTO 7

Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes adoptados por la Asamblea general en su resolución 37/ 194 de 18 de diciembre de 1982.

El principio 1 el personal de salud especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas y detenidas y otros tratos inhumanos o degradantes tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están en estas circunstancias.

Principio 2 Constituye una violación patente de la ética médica, la participación activa o pasiva del personal de salud en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos o no denunciarlos.

DOCUMENTO 8

LEGISLACION ADMINISTRATIVA, CIVIL Y PENAL SOBRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MEXICO.

En materia jurídica nuestro país ha suscrito convenios internacionales tales como la *Convención de Belem do Pará* y la *Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*, obligándose a operar mecanismos para la prevención de la violencia intrafamiliar por medio de políticas de supervisión en sectores que la propician, aprueban, la disimulan, la solapa. etc.

En cuanto a asistencia, México tiene el compromiso de evitar la impunidad de los hechos, destinando recursos para sancionar a los responsables de la violencia intrafamiliar y para aplicar medidas que permitan erradicar la violencia contra los grupos vulnerables intra, inter y extra familiarmente. Y eso se hizo por medio de acciones de sensibilización en todos los sectores gubernamentales, entre los servidores (as) públicos, entre el personal de salud y sobre los que puedan tener la responsabilidad de hacer cumplir, conocer y aplicar la ley. Para lo cual las acciones se dividen en: administrativas, civiles, penales.

1. Administrativas

La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal, fue creada en 1996 y reformada en 1998 que establece responsabilidades a distintas dependencias del Gobierno del Distrito Federal. Las disposiciones contenidas en dicha ley son de orden público e interés social y tienen por objetivo establecer las bases y procedimientos de asistencia para la prevención de la violencia familiar en el Distrito Federal. Cuenta además con un amplio ámbito de aplicación al considerar la asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar, tratando de resolver el conflicto familiar a través de la conciliación, de la amigable composición o arbitraje y la resolución correspondiente. También considera las infracciones a la propia ley y las sanciones aplicables a dichas infracciones. Además contra las resoluciones y la imposición de sanciones contempla medios de impugnación.

Cabe mencionar que dicha ley contempla como manifestaciones de la violencia intrafamiliar, el maltrato físico, el maltrato psicoemocional y el maltrato sexual. Entonces como violencia intrafamiliar dice que es: "aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño y que puede tener diferentes manifestaciones".

Otro Documento dentro de la legislación en contra de la violencia intrafamiliar es el **Reglamento de la Ley de Asistencia Y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal**, vigente desde octubre de 1997 y tiene por objetivo regular las disposiciones de la ley de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar del Distrito Federal, todo esto a través de las Unidades instaladas en cada una de las Subdelegaciones de Desarrollo Social adscritas a las Delegaciones del Distrito Federal destinadas a proporcionar atención y asistencia tanto jurídica como psicoterapéutica, así como dar a conocer los procedimientos de conciliación y amigable composición, a los receptores y generadores de la violencia intrafamiliar.

La atención especializada para los receptores y generadores de violencia intrafamiliar en las unidades, se proporcionará en forma individual o en grupos homogéneos a fin de evitar que se incremente la dinámica de violencia, el apoyo terapéutico tiene el fin de reeducar para erradicar el potencial violento del sujeto generador de violencia dentro del hogar, también las unidades pueden canalizar a los receptores de la violencia intrafamiliar a los albergues dependientes de

la Administración Pública del DF. Otorga también la asistencia jurídica para salvaguardar y proteger los derechos de los receptores de la violencia intrafamiliar.

Otro Instrumento administrativo es **El Proyecto de Norma Oficial PROY-NOM-1980-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.** Y tiene como objetivo establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a los pacientes que se encuentren involucrados en situaciones de violencia intrafamiliar y definir los criterios para el establecimiento de un registro de probables casos en la materia. Entendiendo por atención médica al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental de los pacientes involucrados en situación de violencia intrafamiliar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la identificación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y cuando las condiciones lo permiten, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores. Todo esto a través de las instituciones de salud públicas, privadas así como sociales.

2. Civiles

CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DEL FUERO FEDERAL.

En el año de 1997 se reformó el código civil para considerar la violencia intrafamiliar como causal de divorcio. En el artículo 267 contempla en la fracción XIX como causal de divorcio; las conductas de violencia familiar cometidas por uno de los cónyuges contra el otro o hacia los hijos de ambos o de alguno de ellos. Para los efectos de este artículo se entiende por violencia familiar lo dispuesto por el artículo 323 ter de este código.

Artículo 323 bis. Los integrantes de la familia tienen derecho a que los demás miembros les respeten su integridad física y psíquica, con objeto de contribuir a su sano desarrollo para su plena incorporación y participación en el núcleo social. Al efecto contará con la asistencia y protección de las instituciones públicas de acuerdo con las leyes.

Artículo 323 ter. Los integrantes de la familia están obligados a evitar conductas que generen violencia familiar. Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas; independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y el agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL

Artículo 208 El juez podrá practicar las diligencias que a su juicio sean necesarias antes de dictar la resolución. En el caso de violencia familiar tomará en cuenta los dictámenes y opiniones que hubieren realizado las instituciones públicas o privadas dedicadas a atender asuntos de esta índole.

Artículo 941.- El juez de lo familiar estará facultado para intervenir de oficio en los asuntos que afectan a la familia, especialmente tratándose de menores, de alimentos y de cuestiones relacionadas con violencia familiar, decretando las medidas precautorias que tiendan a preservar la familia y proteger a sus miembros.

Artículo 942.- Tratándose de violencia familiar prevista en el artículo 323ter del código civil para el Distrito Federal en materia del fuero común y para toda la República en Materia del Fuero Federal, el juez exhortará a los involucrados en audiencia privada a fin de que convengan los

actos para hacerla cesar y en caso de que no lo hicieran, en la misma audiencia el juez del conocimiento determinará las medidas procedentes para la protección de los menores y de la parte agredida. Al efecto, verificará el contenido de los informes que al respecto hayan sido elaborados por las instituciones públicas o privadas que hicieren intervenido y escuchará al Ministerio Público.

En cuanto a otras actividades civiles tenemos; la detección de casos el Sistema Público de Localización telefónica (LOCATEL) ha creado tres líneas telefónicas especializadas para grupos específicos; la Línea Mujer, Niñotel, y Línea Dorada donde se recibe importante flujo de llamadas que requieren apoyos de tipo médico, legal y psicológico y se ha constituido en una fuente primordial de detección-canalización de casos de violencia intrafamiliar.

El Instituto de la Mujer se creó para promover la cultura de la no violencia hacia las mujeres e impulsar a través de los órganos políticos administrativos la consolidación de 16 Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM) que captan y detectan los casos de violencia intrafamiliar.

3. Penales.

La Procuraduría General de Justicia Del Distrito Federal tiene las Agendas Especializadas en Delitos Sexuales y también Agencias Especializadas en Maltrato al Menor, así como esta el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) que depende de la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito que tiene desde 1999 una célula en los Ministerios Públicos a fin de hacer expedita la referencia de casos de violencia intrafamiliar.

CÓDIGO PENAL, PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DEL FUERO FEDERAL.

En el código penal se promueven reformas para considerar la violencia intrafamiliar en cualquier modalidad como delito y recibir sanción. Entra en vigencia el primero de octubre de 1999 el cual establece tipos penales para la violencia intrafamiliar, la discriminación, el acoso sexual, la violación, así como la sanción penal para el incumplimiento de las obligaciones alimentarias y demás responsabilidades civiles.

HOSTIGAMIENTO SEXUAL Art. 259 bis Bien Jurídico Tutelado: Libertad y Normal Desarrollo Psicosexual.

Definición Típica: Al que asedie, acose o solicite favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero con la amenaza de causar a la víctima un mal relacionado con las expectativas que pueda tener en el ámbito de una relación, bien sea entre superior e inferior jerárquico, entre iguales o en cualquier circunstancia que los relacione en el campo laboral, docente, doméstico, o cualquier otro.

Punibilidad: Se le impondrá sanción de uno a tres años de prisión. Si el hostigador fuese servidor público y utilizase medios o circunstancias que el encargo le proporcione, además de la pena prevista en el párrafo anterior, se le destituirá de su cargo.

Otra circunstancia agravante de la penalidad se encuentra prevista en el artículo 266 bis del CP, la cual requiere una calidad específica del sujeto activo, como es: ser ascendente, descendiente, hermano, tutor, padrastro, servidor público o aquella persona que tenga al ofendido bajo su custodia: además del número de personas que intervienen en el hecho, en cuyo caso se aumentará la pena hasta en una mitad en su mínimo y máximo.

ESTUPRO Art. 262 Bien Jurídico Tutelado: Libertad y Normal Desarrollo Psicosexual.

Definición Típica: Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño.

Punibilidad: Se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión.

VIOLACIÓN Art. 265 Bien Jurídico Tutelado: Libertad Sexual y Normal Desarrollo Psicosexual

Definición Típica: Al que por medio de la violencia física o moral, realice cópula con persona de cualquier sexo. Al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Punibilidad. Se impondrá prisión de ocho a catorce años.

Comentarios: Se entiende por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima, por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

DELITO EQUIPARADO A LA VIOLACIÓN Art. 266 Bien Jurídico Tutelado: Libertad Sexual y Normal Desarrollo Psicosexual.

Definición Típica: El que sin violencia, realice cópula con persona menor de doce años de edad de cualquier sexo. El que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistir la conducta delictuosa.

Punibilidad. Se impondrá prisión de ocho a catorce años. Si se ejerciere violencia física o moral, el mínimo y el máximo se aumentará en una mitad.

CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES DE PUNIBILIDAD EN ABUSO SEXUAL Y VIOLACIÓN. Art. 266 bis. Cuando el delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o mas personas.

Cuando el delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, este contra aquel, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo o por el padrastro o amasío de la madre del ofendido en contra del hijastro.

Cuando el delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo publico o ejerza su profesión utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen.

Cuando el delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda, o educación, o a aproveche la confianza en él depositada.

Punibilidad. Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentarán hasta en una mitad en su mínimo, en las cuatro fracciones señaladas. En la fracción segunda del citado artículo, perderá la patria potestad o la tutela, y en la tercera será destituido de su cargo o empleo, o suspendido por cinco años en el ejercicio de dicha profesión.

VIOLENCIA FAMILIAR Arts. 343 bis, 343 ter, 343 quáter. Bien Jurídico Tutelado. La integridad física y psicológica de los integrantes de la familia. La seguridad y confianza implícitas en las relaciones familiares.

Definición Típica: Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave que se ejerce en contra de un miembro de la familia por otro integrante de la misma contra sus integridades físicas, psíquicas o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones.

Comete el delito de violencia familiar el cónyuge, concubina o concubinario, pariente consanguíneo en línea recta ascendente o descendente sin limitación de grado, pariente colateral consanguíneo o afín hasta el cuarto grado, adoptante o adoptado, que haga uso de la fuerza física o moral o que incurra en la omisión grave.

Punibilidad. A quien comete el delito de violencia familia se le impondrá de seis meses a cuatro años de prisión, prohibición de ir a lugar determinado, en su caso, caución de no ofender y perderá el derecho de pensión alimenticia. Asimismo, se le sujetará a tratamiento psicológico especializado, que en ningún caso excederá el tiempo impuesto en la pena de prisión, independientemente de las sanciones que correspondan por las lesiones inferidas o por cualquier otro delito que resulte. En caso de reincidencia la pena de prisión se aumentará hasta en una mitad.

VIOLENCIA FAMILIAR EQUIPARADA. Se equipara la violencia familiar a la realización por el sujeto activo de los actos señalados en el artículo anterior, en contra de la persona con la que se encuentre unido fuera de matrimonio, de los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado de esa persona o de cualquier otra persona que este sujeta a su custodia, guarda, protección, educación, instrucción, o cuidado, siempre y cuando el agresor y el ofendido convivan en la misma casa.

Punibilidad: Se sancionara con prisión de seis meses a cuatro años.

COMETARIOS: La educación o formación del menor no será en ningún caso considerada justificación para forma alguna de maltrato. También es importante informar a los profesionales de las áreas de educación y salud que deben poner en conocimiento a la autoridad cuando un menor presente lesiones o traumas.

DOCUMENTO 9

DERECHOS DEL PACIENTE

Derecho a la atención médica de buena calidad. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos. En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

Derecho a la libertad de elección. El paciente tiene derecho a elegir o cambiar íntegramente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

Derecho a la autodeterminación. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

Derecho del Paciente inconsciente. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación. Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

El Paciente legalmente incapacitado. Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

Procedimientos contra la voluntad del paciente. El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

Derecho a la información. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla. El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona. El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

Derecho al secreto. Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud. La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer", a menos que el paciente dé un consentimiento explícito. Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

Derecho a la Educación sobre la Salud. Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

Derecho a la dignidad. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores. El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

Derecho a la Asistencia Religiosa. El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

DOCUMENTO 10

Norma Oficial PROY-NOM-1980-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. CRITERIOS DE ATENCION A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La Secretaria de Salud a través de la norma oficial para establecer los criterios de atención a víctimas de la violencia intrafamiliar establece los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporciona a los pacientes que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar así como define los criterios para el establecimiento de un registro de probables casos en la materia.

Su CAMPO DE APLICACIÓN Es de observancia obligatoria para las instituciones, organismos y personal que prestan sus servicios de atención medica en los sectores público, social y privado.

Teniendo como GENERALIDADES que Las instituciones publicas o privadas que otorguen atención médica a las víctimas de la violencia intrafamiliar deberá notificar a través de las cédulas respectivas y al ministerio publico si fuera necesario. Además registrar e informar a la Secretaria de Salud de los pacientes afectados de violencia intrafamiliar conforme establecen las disposiciones oficiales que al efecto se emitan y manifiesta que los criterios para la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar deben abarcar los siguientes rubros. Así como su carácter de obligatoriedad para el personal de salud que brinda atención medica o en su caso el equipo multidisciplinario deberá observar los criterios que a continuación se indican.

1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN

Educación para la salud.

Promover estilos de vida saludables.

Cambios de actitud.

Participación social con integración de grupos.

Comunicación educativa promoviendo y valuando campañas educativas.

Promover la participación activa ciudadana (cultura de denuncia).

Tener coordinación con SEP para reforzar sistema educativo.

2. LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.

Identificar a los usuarios (as) de violencia intrafamiliar

Diagnosticar su grado de riesgo tanto en comunidad, consulta externa, hospitalización y otros servicios.

Realizar interrogatorio en un clima de confianza, sin juicio, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad, para detectar una posible agresión.

Debe incluir la historia de la violencia física, psicológica, sexual, durante el embarazo o abandono.

Determinar si los signos y síntomas que se presentan son consecuencia de posibles actos derivados de violencia intrafamiliar.

Permitir la búsqueda de indicadores de violencia física, psicológica, sexual o abandono como eventos únicos o combinados para constatar o descartar su presencia.

Integrar y registrar en el expediente clínico formatos de violencia intrafamiliar.

3. EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN.

Orientar el tratamiento a una atención integral y de las secuelas específicas.

En el plan terapéutico contemplar manejo y seguimiento periódicos.

Referir preferentemente a los servicios de salud mental

Desarrollar procedimientos específicos bajo los lineamientos en cada institución, apegados a la normatividad vigente.

Impartir consejería en los servicios médicos.

4. NOTIFICAR AL MINISTERIO PÚBLICO.

Orientar y/ referir al ministerio publico para recibir servicios jurídicos.

Informar y orientar la posibilidad de denuncia del ilícito

Notificar al Ministerio Público si la situación lo amerite, por gravedad de lesión y/o riesgo inminente en la integridad, la vida, etc.

Cuando se trate de delitos contra la libertad la víctima al ser remitida a una agencia especializada o MP deberá ser acompañada por personal del servicio de trabajo social

La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar registrados en el expediente clínico y ser notificados al MP.

5. LA CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

El personal de salud para la capacitación y actualización de si mismo deberá.

- Otorgar y recibir capacitación o actualización de conformidad con las disposiciones aplicables La capacitación deberá comprender:

Marco conceptual sobre equidad, derechos humanos, enfoque de genero etc.

El análisis de factores asociados a la violencia intrafamiliar.

La magnitud, las consecuencias años de salud perdidos así como las consecuencias sociales, la vulnerabilidad del ser humano, la mejora de la dinámica familiar, la notificación y la denuncia

La identificación de personas vulnerables a violencia intrafamiliar.

El reconocimiento de indicadores de violencia física, psicológica, sexual.

El reconocimiento de las repercusiones de la violencia intrafamiliar en la salud

Realizar el tamizaje en la población general y diagnóstico de riesgo en las víctimas de violencia intrafamiliar.

- En la detección de personas afectadas deberán tener:

Atención médica inmediata, continua y de rehabilitación.
 Manejo psicológico y/o psiquiátrico.
 Canalización a un servicio especializado.
 Procedimientos de referencia a servicios de salud mental y trabajo social entre otros.
 Procedimiento a referencias a centros de orientación de atención integral de terapia de apoyo o redes sociales etc.

6. LA INVESTIGACIÓN.

Promover y realizar investigaciones clínicas y epidemiológicas sobre violencia familiar que permitan cuantificación, las causas y determinar los patrones sociales y culturales así como las repercusiones económicas, así como las repercusiones de estos factores en la salud individual y colectiva.

Promover y realizar investigaciones interdisciplinarias que permitan diseñar mecanismos tendientes a modificar la percepción que tienen del fenómeno los servidores públicos y a coadyuvar en el proceso de planeación, formulación de políticas y programas para la prevención y a elevar la calidad de las acciones, que para la atención de los usuarios(as) que se encuentran involucradas en situación de violencia intrafamiliar se realizaran en los establecimientos de salud.

7. REGISTRO DE INFORMACIÓN

Para las unidades medicas de consulta externa los probables casos nuevos de violencia intrafamiliar son de NOTIFICACION OBLIGATORIA en los formatos de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000 A través de este registro se conocerá la frecuencia de casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa.

8. HOSPITALIZACIÓN

Para hospitalización deberá llenarse el formato estadístico denominado REGISTRO DE ATENCION EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR, el cual contiene variables sobre los pacientes involucrados en situación de violencia intrafamiliar, el evento y la atención proporcionada (apéndice informativo 2) las instituciones podrán diseñar su propio formato, el que deberá contener las variables señaladas. En caso de fallecimiento, el certificado de defunción modelo 2000 contempla el apartado de circunstancias que dieron origen a la lesión, incluye la leyenda atribuible a la violencia intrafamiliar especificando en caso de homicidio esto permitirá la codificación de la posible causa de muerte a partir de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Y06 y Y07)

9. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

En el contexto de Vigilancia Epidemiológica para accidentes y lesiones SIVEPAL se podrán hacer investigaciones especiales a través de encuestas, autopsias verbales, revisión de expedientes clínicos y seguimiento de unidades centinelas.

Estos criterios se deberán llevar a cabo en todas las instituciones especializadas o no sobre la violencia intrafamiliar y el personal de salud debería conocerlas y gozar de los derechos sobre la capacitación, investigación, información, adiestramiento que permita la sensibilización sobre el problema y se empiece a

dar a conocer un programa de la no violencia. Pero esto no es así porque ni todo el personal tiene acceso, ni a todo el personal le interesa y ni tampoco responde a ello

10. RECOMENDACIONES

Establecer redes de información y de referencia intersectoriales, así como programas de capacitación y grupos de apoyo para asegurar que las personas que sufren y padecen violencia intrafamiliar reciban atención de calidad en sus centros asistenciales o comunitarios.

DOCUMENTO 11

PROTOCOLO A SEGUIR ANTE LA VICTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El personal de salud debería seguir tal vez un protocolo sobre detección y atención de víctimas de violencia intrafamiliar como el siguiente:

1. No tener miedo de preguntar, si se sufre de violencia intrafamiliar. En realidad, muchas víctimas están esperando en silencio que alguien les pregunte para poder hablar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las víctimas están dispuestas a revelar la violencia, cuando se les pregunta en forma directa y no con juicios de valor.
2. Crear un ambiente de apoyo, donde sin emitan juicios de valor. se déje que la víctima de violencia intrafamiliar que cuente su historia. Mencione claramente que nadie merece ser golpeado ni violado en ninguna circunstancia.
3. Estar atento (a) o reconocer las "señales de peligro". Si bien la mejor manera de descubrir la violencia intrafamiliar es preguntar directamente, varias lesiones o afecciones deben hacerle sospechar de la existencia de la violencia:
 - Quejas crónicas y vagas, que no tienen una causa física obvia.
 - Lesiones que no coinciden con la explicación de cómo se produjeron.
 - Un compañero que es excesivamente atento, controlador o renuente a dejar a la víctima sola.
 - Lesión física durante el embarazo.
 - Antecedentes de intentos de suicidio o ideación suicidas.
 - Demora entre la lesión y la concurrencia al hospital para ser atendida.
4. Evaluar la situación para determinar si está en peligro inmediato. Definir si la mujer considera que ella o sus hijos están expuestas a un peligro inmediato. En ese caso, ayúdela a considerar planes alternativos de acción. ¿Hay un amigo o pariente que ella pueda llamar? Si hay un refugio de mujeres o un centro para crisis en la zona, ofrecerse a llamarlos.
5. Explicar que tiene derechos médicos y legales. Trate de determinar qué protecciones legales existen en la zona donde se encuentra la o las víctimas de violencia intrafamiliar y a dónde pueden recurrir las mujeres y los niños para recibir ayuda en cuanto a reclamar sus derechos.
6. Dar una cita de seguimiento a cada caso.
7. Considerar la posibilidad de crear espacio en el consultorio para grupos de apoyo y autoayuda.

8. Colgar carteles y repartir volantes sobre la violencia intrafamiliar, la violación y el abuso sexual, cuando estén disponibles, para aumentar la conciencia de los temas y alentar a las pacientes a notificar cualquier maltrato que puedan estar experimentando.
9. Evitar prescribir medicamentos, en la medida de lo posible, que alteren el estado de ánimo de la víctima, que está viviendo con un compañero(a) abusivo, ya que estos pueden poner en peligro su capacidad de predecir y reaccionar a los ataques de su compañero(a)
10. Establecer y mantener contactos con grupos de mujeres y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales que ofrezcan apoyo a las víctimas que experimentan violencia. Asegúrese de que contengan información actualizada sobre sus servicios en forma visible, en los idiomas que correspondan.

GLOSARIO DE TERMINOS

Abuso de poder	Se genera en la desigualdad ente los individuos por la jerarquización
Agente moral	Es una persona como finalidad en si misma, que nunca debe ser tratado como medio para una remota finalidad,
Asclepiada	Referente al dios Asclepios dios de la medicina
Atención médica de la violencia intrafamiliar.	Al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental de los usuarios(as) involucrados en situaciones de violencia intrafamiliar incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnostico de las personas que viven esas situaciones, la evaluación de riesgo, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través de tratamiento o referencia a instancias especializadas y cuando las condiciones lo permitan la promoción y restauración de la salud de los probables agresores
Autodeterminación	Actuar por motivos racionales, y no solo inclinación personal o sentimental, ni por la fuerza coercitiva de otros. Tiene dos condiciones esenciales 1. Tiene que estar libre de influencias externas y 2. Ser agente moral con capacidades de actuar intencionalmente
Autonomía	Derecho de uno mismo a elegir su estilo de vida propio, es un valor absoluto, es decir es intrínsecamente bueno a pesar de cualquier consecuencia que pudiera acarrear
Calidad de vida	Es un concepto asociado a los enfoques que buscan mejor las condiciones de vida de las personas con trastorno o alteraciones psicológicas, teniendo en cuenta sus necesidades individuales
Características de ser persona	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intimidad, que indica un conocimiento y capacidad de manifestar y comunicarla. 2. Libertad, nos indica que tiene autodeterminación, para la ejecución de sus actos y por lo tanto responsable de estos. 3. Identidad que es la conciencia de si mismo. Y le permite separarse y reflejarse en los otros. 4. Ética tiene capacidad de elección, de reflexión
Chivo expiatorio	Persona que sin causa aparente merece un castigo, porque ejerce ante los otros un halo de ser propicia para descargar su agresión y su violencia, se comporta como si fuera merecedora de castigo y lo propicia para que lo ejerza otro o se autocastiga a si misma para purgar sus culpas, frustraciones y rabia.
Comunicación en la relación personal de salud paciente	Es exposición, es salir de si mismo para comprender al otro, para asumir o tomar sobre si

	su alegría, pena, su padecer, dar comprensión, generosidad, compañía.
Conferencia de Población y Desarrollo (Cairo, Egipto) 1994.	Se logra introducir el tema de la violencia como un mecanismo de control de salud y sexualidad.
Confidencialidad profesional	Guardar secreto profesional siempre y cuando no se afecte a terceros
Consentimiento informado	Derecho fundamental del paciente de recibir información en forma comprensible y detallada del padecimiento que le aqueja, de un diagnóstico claro y preciso, así como de los exámenes que se realizaran, de cuales son las posibilidades terapéuticas y si existen otras elecciones, las posibles complicaciones con y sin tratamiento, las posibles secuelas, el pronóstico de la vida futura y sobre todo la calidad de vida que puede esperar.
Consentimiento informado	Derecho fundamental del paciente de recibir información en forma comprensible y detallada del padecimiento que le aqueja, de un diagnóstico claro y preciso, así como de los exámenes que se realizaran, de cuales son las posibilidades terapéuticas y si existen otras elecciones, las posibles complicaciones con y sin tratamiento, las posibles secuelas, el pronóstico de la vida futura y sobre todo la calidad de vida que puede esperar.
Contratransferencia	Hacia la víctima de violencia que pudieras enumerar de la siguiente manera: <ol style="list-style-type: none"> 1) La resistencia que siente el personal de salud a raíz de la actividad en él de los conflictos internos que le perturban su comprensión y su manera de conducir la asistencia generando aberturas o lagunas dentro de si. 2) Las transferencias del personal de salud sobre la víctima, en las que esta se convierte en su sustituto actual de una figura importante de la niñez del personal de salud, también deben incluirse las proyecciones del personal de salud sobre la víctima. 3) La contratransferencia del personal de salud como producto interactivo del campo de comunicación en que participan tanto el personal de salud como la víctima. 4) La perturbación de la comunicación entre el personal de salud y la víctima a raíz de la angustia que le provoca al primero la relación entre ambos. 5) La totalidad de las actitudes conscientes e inconscientes del personal de salud hacia la víctima de violencia intrafamiliar. 6) La reacción emocional normal o anormal del personal de salud frente a la víctima que puede constituir una importante herramienta o no, dentro de la asistencia a víctimas
Convención Interamericana para Prevenir,	Se define a la violencia contra la mujer como toda

Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem Do Para) Organización Estados Americanos (OEA) 1994	conducta basada en el genero, que causa muerte, daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico, tanto en el ámbito publico como privado e Incluye la violencia perpetuada y/o tolerada por el Estado a través de sus servidores públicos.
Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer 1979 Asamblea General de las Naciones Unidas. (AGNU)	Promulga en forma jurídicamente obligatoria principios aceptados universalmente para que la mujer goce de los derechos en igual que el hombre sin exclusión, restricción. Se solicita se hagan leyes nacionales para prohibir la discriminación.
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) 1995	Garantiza el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y grupos vulnerables como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y se toman acciones eficaces contra la violencia.
Deontología	Es el conjunto de deberes profesionales que están al servicio del individuo y del la asistencia medica sea institucional o privada e indica el respecto a las normas éticas y principios morales que inspiran la profesión de los profesionales de salud.
Derechos del paciente	Son los derechos minamos indispensables del paciente como consumidor de servicios asistenciales para obtener servicios de calidad, calidez, eficiencia y buen trato con dignidad y abogan por un servicio equitativo en todas las oportunidades, con derecho al resguardo de las confidencias, a la decisión sobre la participación de investigación, disponer de medios adecuados de comunicación etc.
Derechos del paciente	Son los derechos minamos indispensables del paciente como consumidor de servicios asistenciales para obtener servicios de calidad, calidez, eficiencia y buen trato con dignidad y abogan por un servicio equitativo en todas las oportunidades, con derecho al resguardo de las confidencias, a la decisión sobre la participación de investigación, disponer de medios adecuados de comunicación etc.
Derechos humanos de las mujeres.	Principios aceptados universalmente para que la mujer y la niña gocen de los derechos iguales a los hombres, sin exclusión, ni restricción por cuestión de género, en todos los ámbitos tanto en el público como privado.
Deshumanismo	No me interesa o importa lo que atañe a otros. Veo al otro como objeto jamás como sujeto lo cosifico sin marco de referencia ni esferas de influencia y acción.
Dignidad	Es intrínseca del ser persona, por el solo hecho de serlo, por el ejercer su libertad, por el comunicarse, comprender, amar por trascender, por ser responsable de sus actos y de su no actuar.
Educación a la salud	Informar, promover la crítica y el razonamiento

	sobre la mejor calidad de vida, para que se haga una acción autodeterminado en relación con todo lo que tiene que ver con la vida, el bienestar y la salud.
El personal de salud	Es la persona que proporcionará la atención médica a los usuarios(as) víctimas, que se encuentren involucrados en situaciones de violencia intrafamiliar, pudiéndolos referir a otros servicios, unidades medicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive a fin de lograr precisión diagnostica, continuidad del tratamiento y la rehabilitación El personal de salud deberá apegarse a los criterios de oportunidad, calidez, confidencialidad, honestidad y respeto a la dignidad del paciente, cliente o usuario.
Equidad de genero	Principio conforme al cual hombres y mujeres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los bienes y servicios de la sociedad, con el fin de lograr la participación equitativa de las mujeres en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.
Esperanza de vida	Años de vida saludable y con calidad de un ser humano.
Estigmatización	Percepción, y atributo que se le da a una persona o cosa con fundamento o sin el, que desacredita profundamente su ser persona, reduciendo la protección y propiciando el menosprecio.
Exosistema de la violencia intrafamiliar	Los valores culturales replicados por instituciones como la escuela, iglesia, familia, jurídicas, sistema de salud, etc. y es aquí donde se legitima la violencia basada en genero y relaciones de poder contra los grupos vulnerables.
Feminismo	Legitima el trato digno a las mujeres, que se es igual entre hombre y mujeres, en las cuestiones mas importantes del ser y del valer y que esta igualdad debe se públicamente reconocida.
Genero	Características atribuidas a personas del género masculino o femenino como funciones mutables por ser determinadas por la cultura de una sociedad. Permite separar lo biológico de lo que es determinado por la cultura de cada sociedad. Valores, atribuciones, roles que la sociedad asigna a hombre y a mujeres.
Humanismo	Todo lo que atañe al hombre me es propio, basado en la libertad, creatividad, responsabilidad, racionalidad de los seres, como personas y en el potencial de desarrollo por autodeterminación
La Norma Oficial Mexicana NOM-190.SSA1-1999. Presentación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar D.O.F. primera parte 20 de octubre de 1999.	Da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer y grupos vulnerables que se encuentran plasmados en:

	<p>Convención Para La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer (Asamblea General De Las Naciones Unidas 1979).</p> <p>Convención Sobre Los Derechos Del Niño (Asamblea General De La Naciones Unidas, 1989).</p> <p>Conferencia Mundial De Derechos Humanos (Viena, 1993).</p> <p>Declaración Sobre La Eliminación De La Violencia Contra La Mujer (Asamblea General De Las Naciones Unidad 1993).</p> <p>Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "Convención De Belem Do Para "(OEA, 1994).</p> <p>Conferencia Internacional Sobre Población Y Desarrollo (El Cairo, 1994).</p> <p>Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995)</p> <p>Cuarta Conferencia Mundial Sobre La Mujer (Beijing, 1995)</p>
Libertad	Hace referencia a la capacidad por la que la persona puede dar forma a su propia vida a través de la autodeterminación. Sin dañar a terceros con sus decisiones.
Lo necesario	Lo que no pude dejar de haber
Macrosistema de la violencia intrafamiliar	Conjunto de creencias culturales, percepciones asociadas al problema de la violencia intrafamiliar que se estudian desde la perspectiva de la sociología, y la antropología que han definido el entorno mas amplio de la sociedad patriarcal.
Medicalización.	Es la influencia de la medicina en casi todos, por no decir todos, los aspectos de la vida cotidiana y da un orden normativo con una apreciación critica por los efectos negativos, paradójicos, deseables o indeseables de los fenómenos
Medicalización de la violencia	Incorporación de la situación, conceptualización, y solución de la violencia sea intrafamiliar, global etc. al mundo de la medicina
Microsistema de la violencia intrafamiliar	Es lo que fundamenta a un ser, su historia personal, sus creencias, sus percepciones su aprendizaje social, su resolución de conflictos en fin su estructura yoica , su inconsciente y su Super yo.
Modelo ecológico	Es el modelo que se incorpora de la teoría de sistemas donde se abarca lo interno, el entorno y el externo, llamado micro, exo y macro sistema que se encuentra en interrelación completa en el ser humano.
Necesario	Todo lo que resulta de una razón suficientemente dada
Neurosis de transferencia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se siente <u>desvinculado</u> del paciente 2) Se establece un <u>vínculo</u> definido entre el personal de salud y la víctima, pero este vínculo es <u>ambivalente</u>.

	<p>3) Existe un esfuerzo por complementar la persona del personal de salud o por coadyuvar a que el personal de salud progenitor, pueda afianzarse como persona separada e íntegra. <u>Existe identificación.</u></p> <p>4) Se establece un vínculo de <u>dependencia</u>, pero no se establece una relación de personal de salud paciente buena y persistente.</p>
Ocho necesidades de la calidad de vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienestar emocional. 2. Relaciones interpersonales 3. Bienestar material 4. Desarrollo personal. 5. Bienestar físico. 6. Autodeterminación. 7. Inclusión social. 8. Ejercicio de sus derechos.
Padecer	Es el conjunto de vivencias personales por las que el paciente busca ayuda asistencial, es un evento solamente personal, es la expresión de la característica de la persona que consiste en hacer algo genuinamente suyo, particular y único, propio del cuerpo, con su forma, funciones, dolores, impotencia, creencias, emociones y sufrimientos.
Persona	Es una actividad vivida de auto creación, de comunicación y de desarrollo personal
Perspectiva de Género	Metodología y mecanismo que permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, así como las acciones que deben experimentarse para actuar sobre los factores de género y para crear las condiciones de cambio encaminadas a la construcción de la equidad de género.
Physis	Naturaleza física
Poder	Control sobre la naturaleza, sobre otros hombres, sobre todas las mujeres. Es hablar de la fuerza que suscita reverencia, admiración o miedo, que se pone a disposición a sacrificar todo lo demás con tal de poseer dicho poder.
Poder Patriarcal	Superioridad ejercida por poder masculino sobre el mundo femenino, se alza del hecho de controlar lo que hace a unos superiores, y otros inferiores se imponen jerarquías o clases. Y entonces el sentido de poder se entiende como dominación.
Prevención de enfermedades	El conocimiento de las causas que afectan la salud y combatirlas a través de medidas tradicionales de salud pública.
Prevención de la violencia	Educación en valores y desarrollo del potencial humano
Primera Conferencia del Año Internacional de la Mujer. 1975. (México)	Se discute diferentes temas para lograr la igualdad en el ámbito político, laboral, civil solo se aborda la violencia como un tema del ámbito privado.
Primeros auxilios psicológicos de la	1. Realizar el contacto con la víctima es decir,

intervención en crisis	<p>saber escuchar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Conocer las dimensiones del problema poniendo énfasis en las siglas de CASIC que es el comportamiento, la afectividad, la somatización, la vida interpersonal, y el proceso cognitivo, de la víctima. 3. Analizar las posibles soluciones del problema sin brindar falsas esperanzas. 4. Realizar acciones concretas y sobre todo autoanalizarse para saber en donde se encuentra o que tendencia tiene si es directivo, y este perpetua la historia sin fin, ya que no propicia la autodeterminación de la víctima, o facilitador propiciando las nuevas habilidades y destrezas así como conocimientos sobre la problemática y las posibles soluciones que le daría en forma autodeterminada(o) por si misma(o). 5. Dar seguimiento al proceso.
Promoción a la salud	Facilitar las mejores condiciones de vida a través de la educación general y sanitaria, la cultura física, la cultura de prevención, del trabajo y propiciar medio de recreación y descanso
Resistencia	Que se refiere a un conjunto de fenómenos clínicos, así como también puede considerarse como una manifestación específica del funcionamiento de los mecanismos de defensa y como tal forma parte de la psicología psicoanalítica general
Responsabilidad	Del verbo responderé que es prometer, pagar. O de responsum responsable que significa el obligado a responder de algo o de alguien.
Responsabilidad objetiva o absoluta	En la responsabilidad objetiva no importa la culpa del autor, basta que el hecho ilícito se realice de modo intencional (premeditado) para que se aplique las consecuencias de sanción al individuo considerado responsable a esto es a lo que se le llama delito culposo.
Responsabilidad profesional	Llamase al delito en que puede incurrir un personal de salud, durante el ejercicio de su quehacer profesional, al infligir algunas de las leyes civiles, penales que norman su conducta profesional.
Responsabilidad subjetiva o per culpa	Surge de una culpa por parte del autor del delito esto es la consecuencia de sanción, se aplica al individuo considerado responsable, que al cometer el hecho no tuvo la intención de cometerlo o bien si se produce un resultado no previsto, siendo previsible o previo pero confío en que no se produciría, en virtud de la violación de un deber de cuidado que debía y podría observar, según las circunstancias y condiciones personales
Secreto profesional	Es un conocimiento oculto que pertenece a una persona por derecho y que ninguna otra puede adquirir, usurpar o comunicar sin voluntad

	razonable de su dueño Puede ser absoluto o relativo.
Segunda Conferencia Mundial de la Mujer 1980 (Copenhague, Dinamarca)	Se reconoce ya aquí que la violencia domestica es un asunto de orden publico que atenta contra los derechos humanos de las mujeres
Segunda victimización	Es la violencia ejercida por el estado, el personal de salud etc. al considerar normal la opresión, cuando se viola la información recibida, cuando se minimiza y subestima los acontecimientos de violencia y abuso de poder, cuando se ignora la necesidad de seguridad, no se respeta la autonomía y además se culpabiliza a la víctima de violencia intrafamiliar.
Ser persona	Es la totalidad que implica su condición corporal y su dimensión psíquica espiritual
Síndrome de "burnout"	Es un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia
Teoría de genero	Marco conceptual, de paradigmas, de modelos, y teorías que enmarcan perspectivas, enfoques, que transforman la condición de la mujer y posibilitan resolver las necesidades estratégicas entre las relaciones intergenericas e intragenericas.
Tercera Conferencia de la Mujer 1985 (Nairobi Kenia).	Se ve a la violencia domestica como el obstáculo a la equidad y una ofensa a la dignidad humana y se hace un llamado a la acción multidisciplinaria para combatir la modalidad de violencia domestica en todos los países.
Víctima	Persona inocente que es blanco de castigo o agresión ejerce un halo de atracción sobre el victimario que no se puede contener de ejercer la violencia sobre la misma.
Víctima de la violencia intrafamiliar	Persona que tiene contacto directo con su victimario y mantiene relaciones económicas, legales y emocionales sentimentales con el o ella, esto confunde su decisión, aumenta las consecuencias del daño psicológico y vulnera la percepción del evento así como intensifica la perdida de confianza y autoestima.
Victimario	Persona que aplica un castigo, agresión o violencia sobre el otro porque lo provoca, que cree es justo y se lo merece, bajo su propia concepción del concepto del bien y del mal propio.
Violencia de género.	Cualquier acto de violencia basado en genero que resulte o seguramente resultara en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo amenaza de tales actos, coacción o de privación arbitraria de libertad, ya sea en el ámbito publico o privado.
Violencia física	Todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún

	objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminada hacia su sometimiento y control como dominio de poder y control.
Violencia Intrafamiliar	Todo aquel acto de poder u omisión recurrente intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir, física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tengan o lo hayan tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho y que tienen por efecto causar daño.
Violencia Psicoemocional	Es el patrón de conducta existente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, acondicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quienes las reciben deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.
Violencia sexual	Es el patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiterados y cuyas formas de expresión pueden ser negar las necesidades sexoafectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que infringen dolor, practicar la celotipia para el control y manipulación de la pareja, así como aquellos control la libertad y el normal desarrollo psicosexual.
Vivir en estado de violencia	Extrañar que se ejerza la paz y el bienestar y reconocerlos como extraños porque lo normal es vivir en violencia
Violencia agresión	: Es la que se da entre dos personas vinculadas por una relación de tipo simétrico igualitaria, existe una escalada de la violencia y ninguno de los dos quiere estar bajo el dominio del otro, es decir posee el mismo status En la relación simétrica la violencia toma la forma de agresión y su contexto es el de una relación de igualdad, la violencia se manifiesta como un intercambio de golpes, tanto uno como otro reivindican su pertenencia a un mismo status de fuerza y de poder.
De sube y baja; “perro de arriba, perro de abajo”.	Cuando se trata de violencia agresión entre un padre y su hijo el caso mas corriente es el estallido de cólera seguido de golpes dirigidos al más débil que no se somete a pesar de la paliza y mantiene su oposición y desafío entonces el nivel jerárquico “se borra” puesto que el niño o niña “sube” a la posición del adulto y pese a su edad le hace frente de igual a igual y se nivela la situación convirtiéndola en igualitaria.
La pausa complementaria.	Comprende dos etapas diferentes;

	<p>1) La aparición del sentimiento de culpabilidad que será el motor de la voluntad y el movimiento de reparación</p> <p>2) Los comportamientos reparatorios como mecanismo de olvido, banalización desresponsabilización y desculpabilización, sirven para mantener el mito de la armonía, de la solidaridad y de la buena familia.</p> <p>La pausa complementaria es el momento en que los involucrados piden ayuda pero paradójicamente al tenerla rechazan dicha ayuda con el pretexto de haber vuelto a encontrar el equilibrio relacional, creyendo estar seguros de que no habrá mas violencia, es decir la pausa abre la puerta a una intervención terapéutica o medica, pero también puede bloquearla cuando los actores la utilizan como medio para trivializar la violencia por medio de reparaciones apresuradas. "Cuando por fin se han decidido hablar de la violencia ya no tiene nada que decir".</p>
La violencia castigo.	La violencia castigo es la otra modalidad de la intervención violenta y se manifiesta así; "Es la que tiene lugar entre personas vinculadas en una relación de poder, de tipo asimétrico es decir desigual. Siempre esta uno arriba y otro abajo sin intercambiar posiciones. No tienen status igual se basa en la aceptación y la utilización de la diferencia existente entre ambos individuos. no se intercambian los lugares, la víctima nunca jamás sube al lugar de victimario

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Abbott J. Et. Al. *Domestic violence against women*. Incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA.273 (22) pp. 1763 -1767. 1995.
2. Aguirre Lee Daniela. Cols. *El estigma de la enfermedad mental*. Variables que influyen en su impacto. Tesis de Lic. de Psicología. Facultad de. Psicología UNAM. 1998.
3. Alfonso Reyes. Religión Griega, Mitología Griega, Obras Completas XVI Letras Mexicanas. pp. 503; 3 -III.. Fondo de Cultura Económica. México 1991
4. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. La Difícil situación de los niños de la calle. 66 sesión.1994/3. ONU. 1994.
5. Aristóteles. Ética Nicomáquea. Libro III Cap. I. Biblioteca Clásica No 89. Editorial Gredos. Madrid. 1999.
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. proclamada en su resolución 48/104 fecha de adopción 20 de diciembre de 1993.
7. Asamblea Legislativa Del Distrito Federal. *Reglamento de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal*. Colección ordenamientos jurídicos. II Legislatura. México. 2000.
8. Asamblea Medica Mundial. *Proposición sobre Mala Praxis Medica*. Adoptada por la 44ª Asamblea Medica Mundial. Septiembre . Marsella España. 1992.
9. Bailey et. Al. *Risk factors for violent death of women in the home*. Arch Intern Med. 157(7) pp. 777-782. 1997.
10. Bandura. A. *Aprendizaje Social*. Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona. Martínez Roca. S.A.1987.
11. Beauchamp Tom. L. Childress James. F. *Principios de Ética Biomédica*. cap. El respeto de la autonomía. pp. 113 -178. Editorial Masson. 1999.
12. Beauvoir Simone. *El segundo Sexo*. Tomo I Hechos y Mitos. Editorial Alianza Siglo XX. México. 1998.
13. Bergman. *Suicide attempts by battered wives*. Acta Psyquiatrica Scandinavica. 83. pp. 380-384. 1991.
14. Bourdieu Pierre. *La Dominación Masculina*. Colección Argumentos. Editorial Anagrama. Barcelona España. 2000.
15. Buber Martín. *¿Qué Es El Hombre?* Breviarios 10. Décima Tercera Reimpresión. Fondo de Cultura Economica . México. 1985.
16. Bullock I. Mcfarlane . *The battering low birthweight connection*. Am J. Nurs 89 pp. 1153 -1155. 1989.
17. Caballero M.A. Ramos. L. Col. *El trastorno por estrés postraumático y otras reacciones*. En las víctimas de violencia intrafamiliar. Salud Mental. Vol. 23 No. 1 Febrero. 2000.
18. Carswell Jane. *Lineamientos para el diagnostico y tratamiento de casos de violencia domestica de la asociación medica americana* (American Medical Association) Arc Fam Med 1,pp. 39-47. 1992.
19. Cassel Christine. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 116. Number 2. January. 1992.
20. Cassier Ernst. *Antropología Filosófica*. Colección Popular. Vigésima reimpresión. Fondo De Cultura Económica. México. 2001.
21. Castiglioni Arturo. *Encantamiento y Magia*. Fondo De Cultura Económica. México. 2002.
22. Cazés Daniel. *La Perspectiva Democrática de Genero*. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones publicas y civiles. Consejo Nacional de Población y Programa Nacional de la Mujer. México. 1999.
23. Centro de Desarrollo Municipal. *Sobre el desarrollo de las mujeres* Directorio Nacional de Información Municipal. México. 1995.
24. Centros de Refugios para Mujeres Maltratadas. *Definición de la Violencia Domestica*. New Jersey. 1999.
25. Charlesworth. Max *La bioética en una sociedad liberal*. Trad. González. Universidad de Deakin Cambridge. University Press. 1996.

26. Cladem. Perú *Violencia Domestica*. Cuaderno de trabajo diferentes autores Comisión Jurídica Foro Mujer. Perú. 1999.
27. *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Organización de las Naciones Unidas. Cairo Egipto. 1994.
28. *Conferencia IV Mundial de la Mujer*. Beijing.Pekín. 1995.
29. Congreso de la Unión. Decreto que Reforma diversos artículos de los códigos civiles, de procedimientos penales. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de México.1997.
30. Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos de Norteamérica.. Temas bilaterales sección Democracia y Derechos Humanos Embajada de los Estados Unidos en México 2000
31. *Consenso sobre la introducción a las causas y soluciones de la violencia psicosexual hacia las mujeres*. Instituto Valenciano de Estudios de Salud Publica. Valencia España. 2001.
32. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. septuagésima tercera edición. Colección Porrua. México. 1996.
33. Corsi Jorge. *El Modelo Ecológico aplicado al campo de la Violencia Familiar*. en Una Mirada Abarcativa Sobre La Violencia Familiar. pp 52- 61. Editorial Paidós. Argentina. 1994.
34. Cross S. And Sim J.J. *Confidentiality Within Physiotherapoy. Perceptions and Aptitudes of Clinical Practitioners*. Med Ethics. 26. pp.447-453. 2000.
35. De La Cuesta Aguado Paz M. *Victimologia Y Victimologia Femenina*. Las Carencias Del Sistema. Universidad De Cádiz. 1994.
36. *Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente*. Adoptada por 34ª Asamblea Medica Mundial. septiembre octubre. Lisboa Portugal. 1981.
37. Dobash.R.P.Dobash R.E. Wilson M. Daly M. *The myth of sexual symmetry in marital violence*. Social Problems 39. pp.71-79. 1992.
38. Dobler López I. *La Responsabilidad en el Ejercicio Medico*. Editorial Manual Moderno. México. 1999.
39. DSMIV. *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson. México. 1999.
40. Dworkin. *The theory and Practice of autonomy*. Editada por J. Christman Cambridge University Press. 1988 : The Inner Citadel. Essays on Individual autonomy. Nueva York. Oxford University Press. 1989.
41. Echols A. *During To Be Bad Radial feminism in America*. (1967-1975) University of Minnesota Press. Minneapolis. 1989.
42. Ellsberg M. *Candies in hell. Domestic violence against women in Nicaragua*. Department of Epidemiology and Public Health. Umea University Sweden. 1997.
43. Esparza Soto Hilda. *Algunas características de personalidad que presenta la mujer que sufre el síndrome del maltrato y que solicita ayuda psicológica en el centro de atención a la violencia intrafamiliar (CAVI)* Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México. 1994.
44. Etxeberria Xabier. *Conflicto y Violencia Colectiva*. Ética de la diferencia en el marco de la antropología cultural. Universidad de Deusto Bilbao. 1997.
45. Faúndes A. *Violencia de Genero*. Experiencia internacional. En violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy? Editores FENEGO IPAS. México. 2003.
46. Ferreira *Violencia Familiar en una mirada interdisciplinaria de Corsi Jorge* Ed Paidós 1994.
47. Finkler Kaja. *Gender, Domestic Violence and Sickness en México*. Soc.Sci Med. vol.45 No.8. pp 1147 -1160. Great Britain. 1997.
48. Fourier. *Teoría de los cuatro movimientos*. pp 167.Editorial Banel. Barcelona. 1994.
49. Frankl Víctor E. *El Hombre Doliente*. Fundamentos Antropológicos de la Psicoterapia. Cuarta Edición. Editorial Herder. Barcelona España. 2000.
50. Frankl Víctor. *El hombre en busca de sentido*. Conceptos Básicos de Logoterapia. Editorial Herder. Barcelona. 1999.
51. Frankl Víctor. *El sentido del sufrimiento* en Lluís Pifarré, Catedrático de Filosofía en www. Arvo.net.2004.
52. Frankl Víctor. *La Voluntad de Sentido* Editorial Herder. Barcelona España 1993.

53. Frazer James George. *La Rama Dorada*. Magia y Religión. Traducción de Elizabeth y Tadeo I. Campuzano. Novena reimpresión. Fondo De Cultura Económica. México. 1986.
54. Freud Sigmund. *El Malestar de la Cultura*. Séptima reimpresión. Editorial Alianza. México. 1997.
55. Freud Sigmund. *Psicopatología de la vida cotidiana*. Biblioteca Freud. Editorial Alianza. 1999.
56. Fromm Erich. *El Lenguaje olvidado*. Buenos Aires. Argentina. 1990.
57. Fromm Erich. *Anatomía de la destructividad humana*. Editorial Siglo XXI. 2000.
58. Garay Martínez Cols. *Análisis de un proceso de selección y capacitación en unidades de atención a víctimas del delito sexual*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México. 1991.
59. Genovés Santiago. *Expedición a la violencia*. Colección Popular. Fondo De Cultura Económica. UNAM. 1993.
60. Genovés Santiago. *Violencia Una Visión General*. Instituto de Investigaciones Antropológicas. UNAM. México. 1977.
61. Girard R. *Ritos, Mimesis y Violencia*. En Ritos religiosos y civiles de Maisonneuve Jean. Editorial Herder. Barcelona España. 1996.
62. Girard. *¿Que es el mito?* en El chivo expiatorio. vol. 81. pp. 35-70. Editorial Anagrama. París Francia. 1999.
63. Girard. *Chivo expiatorio*. Colección Argumentos. Editorial Anagrama. París Francia. 1997.
64. Gispert Cruells. *Conceptos de Bioética y Responsabilidad medica*. Derechos y deberes. Capitulo 5. 2da edición. Editorial Manual Moderno. México. 2000.
65. Godelier Maurice *Victimization of Women and its Impact on Assessment and Treatment*. The psychiatric Emergency Setting. Emergency Psychiatry. Psychiatric Clinics of North America Vol. 22 no. 4 december. 1999.
66. González Juliana. *El Malestar en la Moral*. Freud y la Crisis de la Ética Editorial Miguel Angel Porrua. UNAM. 1997.
67. González Nuñez Comp. *El hombre del Siglo XXI* Ante el protagonismo de la mujer. pp 15 -32. Instituto de la Investigación en Psicología Clínica y Social A.C. México. 2001.
68. González Nuñez Comp. *Expresiones de la Sexualidad masculina* Normalidad y patología. pp 13-49. Instituto de la Investigación en Psicología Clínica y Social A.C. México. 1998.
69. González Quintanilla E. *La violencia basada en genero y el medico familiar*. Atención familiar. julio-agosto 9(4) pp 1-6. Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. 2002.
70. Gracia Diego. *Bioética clínica*. Ética y vida no. 2. Editorial Búho. LTDA. Santa Fé Bogotá D.C. Colombia. 1998.
71. Gracia Diego. *Fundamentación de Bioética*. Editorial Eudema. Universidad Manuales. Universidad Complutense. España. 1989.
72. Gracia Diego. *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Editorial Búho LTDA Santa Fe Bogotá . Colombia. 1998.
73. Gracia Diego. *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica* Universidad Complutense. España. 1991.
74. Guerra Ricardo. *Ontología, Existencialismo y Violencia*. en el Mundo de la Violencia. de Sánchez Vázquez Adolfo. Fondo De Cultura Económica. México. 1998.
75. Gutiérrez Castañeda Griselda. *El Estado y la Violencia*. En El Mundo de la Violencia pp 309-325. de Sánchez Vázquez Adolfo. Fondo De Cultura Económica. México. 1988.
76. Haldane John. *La ética medieval y Renacentista*. En Peter Singer. Compendio de ética. cap. 11 pp 198-216 . Editorial Alianza. Madrid España. 1995.
77. Halperin. et .al. *Prevalence of child sexual abuse among adolescents in geneva: Results of a cross sectional survey*. BMJ 312 (7042) . pp.1326 -1329. 1996
78. Handwerker W.P. *Gender power differences between parents and high risk sexual behaviour by their children: AIDS/STD risk factors entered to a prior generation*. pp 2: 310-316. Journal of women's health. 1993.
79. Hartman. *Un matrimonio mal avenido*. hacia una unión mas progresiva entre el marxismo y el feminismo. pp 85-113. Zona abierta. 1980.

80. Heise L.L. Piterguy J. Germain A. *Violence Against Women* . The Hidden Health Burden. Word Bank. Discussion papers no- 225. Washington D.C 2001.
81. Hierro Graciela Com. *Filosofía de la Educación y Género*. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. 1997.
82. Hierro Graciela. comp. *De la Domesticación a la educación de las Mexicanas*. Cuarta Edición. Editorial Torres Asociados. 1998.
83. Hierro Graciela. Comp. *Naturaleza y Fines de la Educación Superior* UNAM México. 1994.
84. Hierro Graciela. *Ética de la Libertad*. Cuarta Edición. Editorial Torres Asociados. México. 1993.
85. Híjar-Medina. López-López. Blanco-Muñoz . *La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México* Salud Publica México V 39. N.6 Cuernavaca nov/dic 1997.
86. Holmes M.M. et.al. *Rape related pregnancy*. Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J. Obstet Gynecol. 320-324. 1996.
87. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 200. Encuesta sobre la violencia familiar. 1999. INEGI. México.
88. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2004. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. INEGI. Mexico.
89. Instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos de las Mujeres. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas. 48/104 del 20 de diciembre de 1993.
90. Jaffe et al. *Children of Battered women* en Developmental clinical vol 21. Psychology and Psychiatric. Newbury Park CA. Sage Publications. 1990.
91. Jeejeebhoy S. *Associations between wife beating and fetal and infant death*. Impressions from a survey in rural India. Studies in India. 29. pp 300-308. Nueva Delhi. 1998.
92. Johnson H. *Dangerous domains*. Violence against women in Canadá. Nelson, Canadá: International Thomson Publishing Corp. 1996.
93. Jung C.G. *Psicología y Alquimia*. Editorial Plaza y Janes. España. 1994.
94. Jung C.G. *Psicología y Religión*. Editorial Paidós Studio México. 1990.
95. Kant Emmanuel. *Foundation of the Metaphysics of Morals*. Trad. Carl J. Friedrich en The Philosophy of Kant Nueva York. Modern Library. 1999.
96. Kaslow et al. *Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African* . 1998.
97. Kollontai Alejandra. *Memorias*. Debate Madrid. 1979.
98. Lacroax. *La culpabilidad moral o el sentido de la falta*. Editorial Siglo XXI. México. 1987.
99. Lafollete Hugh. *Las relaciones personales* en Compendio de Ética de Peter Singer. Cap. 28 pp 449-456. Editorial Alianza. Madrid. 1995.
100. Lain Entralgo P. *Tensiones internas de la medicina actual* en la medicina actual Editorial Dossat. Bolsillo. Madrid España. 1987.
101. Lain Entralgo P. *Antropología Médica para Clínicos* Editorial Salvat Barcelona España 1984.
102. Lain Entralgo Pedro. *El Otro como Persona*. Tercera parte. Cap. VI pp 577 -613 en Teoría y Realidad del Otro. Editorial Alianza. Madrid España. 1988.
103. Lain Entralgo Pedro. *El médico y el enfermo*. Biblioteca para el hombre actual. Ediciones Guadarrama. Madrid. España. 1990.
104. Lain Entralgo Pedro. *El otro como Objeto*. Tercera parte. Cap. V. pp 547-577 en Teoría y Realidad del otro. Editorial Alianza. Madrid España. 1988.
105. Lain Entralgo Pedro. *La medicina Actual*. Editorial Dossat. Madrid España. 1981.
106. Lain Entralgo Pedro. *La prevención de la enfermedad y la mejora de la condición humana*. Capítulo quinto pp 213- 243. en La Medicina Actual. Editorial Dossat. Bolsillo. Madrid España. 1981.
107. Laurence L. Spalter Roth. *Measuring the costs of domestic violence against women and the cost effectiveness of interventions*. An initial assessment and proposals for further research, Institute for women's Policy Research. Washington DC. 1996.
108. Lawler Mary Phd. *Domestic violence research*. letters to the editor the journal of family practice vo. 47 no. 3 sept. 1998.

109. Levi Strauss. *El Totemismo en la actualidad*. Fondo De Cultura Económica. México. 1990.
110. Lifshitz Alberto. *La relación medico paciente en los albores del siglo XXI* en El ejercicio actual de la medicina. Cap. 3 pp 39-48 de Octavio Rivero Serrano coord. Editorial Siglo XXI. UNAM. 2000.
111. Lolas Stepke Fernando. *Mas Allá Del Cuerpo*. Editorial Andrés Belle. Chile. 1997.
112. Lolas Stepke Fernando. *Situaciones de la Antropología, Medica Y Bioética. Paralelos Y Futuro*. En Bioetica Y Antropología Medica. pp 151 -158. Publicaciones Técnicas. Mediterráneo Lida Chile. 1999.
113. Lomas Carlos Comp. *¿Iguales o Diferentes?* Genero, Diferencia Sexual, Lenguaje y Educación. Paidós Educador. México. 2002.
114. Loredo A. Col. *I Taller Iberoamericano de Maltrato al Menor*. Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría. Secretaria de Salud. Boletín Medico. Hospital Infantil de México. vol. 55 no. 3 marzo. México. 1996.
115. Loredo A. Col. *Interrelación entre el abuso sexual y la violencia intrafamiliar con los medios masivos de difusión ¿realidad o ficción?* Revista Mexicana de Pediatría. julio- agosto vol. 65 no 4 pp 171-176. México. 1998.
116. Loredo A. Col. *Maltrato al menor una urgencia medica y social que requiere atención multidisciplinaria*. Boletín Medico. Hospital Infantil de México. vol. 135. no 6. México. 1999.
117. Loredo A. Cols *Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y depravación emocional*. Gaceta Medica vol. 135. No.6 México 1999.
118. Lozano Itziar. *Eje 3 Violencia. Como y Porque Vivimos la violencia las mujeres*. En Sobre el cuerpo y nuestra identidad pp 316-373. Propuesta metodológica para grupos y promotoras. Editorial Comunicación. Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina A.C. (Cidhal). Cuernavaca. Morelos. 1992.
119. Macintyre Alesdair. *La Naturaleza De Las Virtudes En Tras La Virtud* Editorial Critica Grijalbo. Barcelona España. 1987.
120. Mackinson G. *Bioética y derecho: El Aporte de Terceras Partes*. Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. 2002.
121. Mainetti José Alberto. *La medicalización de la vida y del lenguaje*. Cuadernos de Etica no. 7 pp 51-56. junio. España .1989.
122. Maisonnueve Jean. *Ritos Religiosos y civiles*. Profesor emérito de la Universidad de Nanterre París. Editorial Herder. Barcelona. 1991.
123. Malinowski B. *Estudios de psicología primitiva*. Editorial Altaya. Barcelona España. 1998.
124. Manhhub al Haq. *The first national survey of abuse and battering against arab womwn from Israel: Preliminary results*. Inedito. New York. 2002.
125. Martínez Cortes Fernando. *La Relación Medico Paciente en la Practica Medica*, en El Ejercicio Actual de la Medicina. de Rivero Serrano O. Tanimoto. Coord. Editores. Siglo XXI. UNAM. 2000.
126. Mateos R. Araceli. *Los implicados en la atención de maltrato deben interrelacionarse*. En Internet diariomedico.com. 16/11/99.
127. Merode Janet. *Implicación de la Violencia Domestica*. Departamento de Población, Salud y Nutrición. Perfeccionamiento de Recursos Humanos y Políticas de Operaciones del Banco Mundial. 2002.
128. México. *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar*. Texto vigente publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 8 de julio de 1996 y en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996.
129. Mircea Eliade. *El Mito del Eterno Retorno*. Editorial Alianza. México. 1999.
130. Mircea Eliade. *Herreros y Alquimistas*. Editorial Alianza. México. 1999.
131. Mircea Eliade. *Tratado de Historia de las Religiones*. Editorial Biblioteca Era Ensayo. México. 1994.
132. Muñoz Cano. *La Violencia Intrafamiliar En México*. Un Estudio Socioeducativo Tesis de Maestría en Pedagogía. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. 2000.
133. Nacar Fuster. Colunga A. *Levítico*. Leyes Culturales. Sagrada Biblia Librería Parroquial México. 1987.

134. Natera G. Tiburcio M. Villatoro. La Violencia marital y su Relación con el Abuso de Alcohol en Mexico. Un estudio Cualitativo en una zona Popular del Distrito Federal . Documento Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
135. Natera G. *Violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Salud reproductiva y sociedad 1.(2) 1-4. Secretaria de Salud. México.1994.
136. Natera G. *Violencia y adicciones*. En Uribe y Muñoz editores Enseñanza e investigación en salud en México pp 410-412. Algunos retos para el sexenio 2001-2006 Secretaria de Salud. México 2001.
137. Natera G.. Cols. *Violencia Familiar y su Relación con la Farmacodependencia*. En Asociación Mexicana de Psicología Social. Editorial La Psicología Social en México Vol. V 1994 pp 263-270. México AMEPSO 2002.
138. National Research Council. *Understanding violence against women*. National Academy Press. Washington D.C 2003.
139. Newman J.H. *Parochal And Plair Sermons* Vol 4 Serie VI. The Medicadielity Of The Soul. pp 82-83 Londres Rivingts 1963.
140. Nicol Eduardo. *Duda metódica y duda final. Meditación de la violencia*. En El porvenir de la filosofía pp 49-52. Fondo De Cultura Económica. México. 1997.
141. Nicol Eduardo. *Sigue la violencia. Comunidad Histórica y especie natural* en El porvenir de la Filosofía pp 53-63. Fondo De Cultura Económica.. México. 1997.
142. 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. primera parte. 20 octubre México.1999.
143. Oaxaca Ayala. y cols. Conocimiento y Actitud ante la violencia Familiar del Personal de Salud de Unidades de Primer Nivel de Atención de un Programa Universitario de Salud. Programa Universitario de Salud,. Facultad de Salud Publica y Nutrición Universidad Autónoma de Nuevo León México
144. Ocampo Martínez J. *Las humanidades medicas hacia el siglo XXI*. Laborat acta Vol. 11 no. 3 México.1999.
145. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas* vol. 1. Publicaciones Científicas no. 569. Washington DC. 1998.
146. Pellegrino Edmund. *Philosofical Basis Of Medical Practic. Toward S Philosophy And Ethics Of The Healing Profesions*. Oxford University Press New York.1999.
147. Perrone R. Nannini M. *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Un abordaje sistemico y comunicacional. Editorial Paidos. Serie Terapia familiar. México. 2000.
148. Population Reports series L No. 11 Heise L. *Ending Violence Against Women Center For Health and Gender Equity (CHANGE)* Johns Hopkins University School of Public Health Population Information Program. December. Baltimore. 1999.
149. Procuraduría General de la Republica. Gobierno del Distrito Federal. *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar y Marco Jurídico Internacional*. Instrumento para combatir la violencia familiar. Colección Ordenamientos Jurídicos. México.1998.
150. Programa de las Naciones Unidas. Para la Fiscalización Internacional de drogas. "*Con Ganas de Vivir... Una vida sin Violencia*" es un derecho nuestro. Oficina Regional para México. y Centro América. México. 1998.
151. Ramírez Rodríguez J.C. Patiño Guerra. *Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia domestica contra la mujer*. Un estudio piloto Salud Mental vol. 20 No. 2 junio pp 5-15 México. 1997.
152. Ramos-Lira L., Medina-Mora M.E., y cols. *Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas* Salud Pública Méx V.40. N.3. Cuernavaca mayo/jun.1998
153. Raz Joseph *The Morality of Freedom* Oxford, Crendon Press. Especialmente capitulo 14 autonomy and pruralism y el capitulo 15 freedom and autonomy Robert Young, personal autonomy: Beyond negative and Positive liberty. La Haya Croom Helm 1986.
154. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades. Sociotam. Vol.VIII, No. 1. Ene-Jun. UAT, UNAM. 1998.
155. Rivero Serrano y Tanimoto Coor. *El ejercicio actual de la medicina en La relación medico-paciente*. Primera edición. Editores Siglo XXI. UNAM. 2000.

156. Rosales. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*. Instituto Nacional De Estadísticas y Censos 1998. (INEC) Managua Nicaragua. 1999.
157. Rowe Christopher. *La ética de la Grecia antigua*. En Peter Singer. Compendio de ética. cap. 10 pp183-198. Ed Alianza. Madrid. 1995.
158. Salazar José Miguel. Cols. *Percepción social*. Cap. 3 pp 77-109, en Psicología social Editorial Trillas. México. 1999.
159. Saltzman, L.E. Johnson D. *Family and intimate violence prevention team*. Basing programs on sciences. JAMWA 51: 83-86. 1996
160. Sartre Jean Paul. *Existentialism And Humanism*. Editorial Ariel. Barcelona España. 2002.
161. Saucedo García Juan Manuel. *La Salud Mental Y La Violencia Familiar Dirigida Al Menor*. *Simposio Gac Med Méx* 2002; Vol. 138(2):164-168 México. 2002
162. Savater Fernando. *El Valor de Elegir*. Editorial Ariel. Barcelona España. 2003.
163. Schuler. S.R. Hashemi S.M. Riley A.P. Akhters M. *Credit programs. Patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh*. Soc.Sci Med. 43(12):pp.1729-1742. Bangladesh. 1998.
164. Scott Collins K. Et al. *Health concerns across a women's lifespan*. The Commonwealth Fund 1998. Survey of Women's health. The Commonwealth Fund. 1999.
165. Seidler Víctor. *Violencia Domestica*. en CIDHAL Centro para mujeres. Programa documentación, educación y cultura Prodec. Cuernavaca Morelos . México. 1998.
166. Seligman ME. *Indefensión* Editorial Debate. Madrid España 1981
167. Sigerist Henry. *Los modelos cambiantes de la atención médica pública*. en Hitos en la Historia de la Salud. 5ta edición. Capitulo 5. pp 85- 98 Editores Siglo Veintiuno. México. 2000.
168. Sinibaldi J. *Violencia Intrafamiliar*. Apuntes del diplomado en el Instituto Cencalli. México. 2003.
169. Sinibaldi Julián. Velasco ML. *Manejo del enfermo crónico y su familia*. Editorial Manual Modeno. México. 2003.
170. Stringham Peter. *Domestic Violence*. Mental Health primary care clins in office practice vol. 26 no 3 june 1999.
171. Stuart Mill John. *Ensayos sobre la igualdad de los sexos*. Traducción de Pere Casanellas. Mínimo transito. Editorial Machado Libros. 1999.
172. Stuart Mill John. *Sobre La Libertad*. Clásicos Ciencia Política. Editorial Gernika México. 2001
173. Torres Falcon Martha. *El Marco Jurídico de la Violencia Domestica* en México. programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México. México. 1995.
174. Torres Falcon Martha. *La violencia en casa*. Editorial Croma Paidos. México. 1995.
175. Valdés Santiago R. Cols. *La Violencia Domestica durante el embarazo y su relación con el bajo peso al nacer*. Salud Publica. Vol. 38.No.5 septiembre - octubre pp 352-362. México. 1996.
176. WHO. *La vida en el siglo XXI. Una perspectiva para todos*. Asamblea Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 1998
177. Will Kymlicka, *Liberalism and communitarianism*. Canadian Journal of Philosophy 28. pp. 183. Canada. 1988.
178. Wood Hay. *Domestic. Violence in the emergency departament in emergency medicine* Clinics of North America vol 17 no. 3 agust 1999.
179. Wood K. Maforah F. Jewkes R. *He forced me to love him: Putting violence on adolescent sexual health agendas* Soc. Sci Med 47. Pp 233-242. 1998.
180. World Health Organization. *Violence against women*. A priority health issue Geneve WHO (WHO/FRH/WHD/97.8) Geneve 1997.
181. World Health Organization. *Putting women's safety first ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women* Geneva Who (WHO/EIP /GPE /99 2). 1999.
182. World Health Organization *WHO Multi country study of women's health and domestic violence*. Core protocol. WHO (WHO /EIP/GPE/99.2) Geneva 1999.