



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL NEZAHUALCOYOTL
NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

**FRECUENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL CONYUGAL EN MUJERES QUE ACUDEN
A CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA DE CHALCO ISSEMYM**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ÁVILA NICOLÁS MARÍA DEL ROSARIO

CIUDAD NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**FRECUENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL CONYUGAL EN MUJERES QUE ACUDEN
A CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA DE CHALCO ISSEMYM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ÁVILA NICOLÁS MARÍA DEL ROSARIO

AUTORIZACIONES:


DR. BARNAD ROMERO LIBRADO CARLOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
EN HOSPITAL GENERAL NEZAHUALCOYOTL


DR. BARRERA TENAHUA OSCAR

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN HOSPITAL GENERAL NEZAHUALCOYOTL


LIC. LAURA LETICIA DAVILA ROMERO

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS


DR. BREA ANDRÉS EDUARDO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA


LIC. MARTHA MEJÍA MÁRQUEZ

DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

2010

**FRECUENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL CONYUGAL EN MUJERES QUE ACUDEN
A CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA DE CHALCO ISSEMYM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ÁVILA NICOLÁS MARÍA DEL ROSARIO

AUTORIZACIONES:

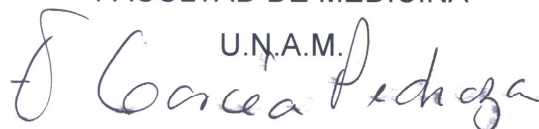


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida.

A mis padres: Saúl y Liboria.

Por su trabajo, apoyo, dedicación, amor, comprensión y sabiduría que siempre me han brindado. Porque siempre me lo dijeron es la mejor herencia que me han podido dar. Mamá gracias por continuar.

A mis hermanos: Marce, Fer, Ric, Caro, Carmen, Coco, Brenda y Lalo.

Por su apoyo invaluable, comprensión y consejos. Sé que cuento con ellos siempre.

A la UNAM:

Por permitirme formar parte de ella, y brindado las bases de mi profesión.

A mi Asesores: Lic. Psicología, Laura Leticia Davila Romero.

Dr. Oscar Barrera Tenahua. Médico Familiar.

Por su tiempo, apoyo y opiniones, que me brindaron para llevar a buen término mi trabajo.

A mi profesor: Dr. Barnad

Por su tiempo y apoyo durante mi especialidad.

Gracias a todos!!

Gracias por ayudarme a lograrlo.

**FRECUENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL CONYUGAL EN MUJERES QUE
ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA DE CHALCO ISSEMYM**

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
MARCO TEÓRICO	8
RELACIÓN DE PAREJA	8
VIOLENCIA DE GÉNERO	11
LOS ORIGENES DEL ABUSO Y VIOLENCIA SEXUAL	13
FACTORES DE RIESGO EN LA VIOLENCIA SEXUAL	18
MITOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	19
VIOLENCIA CONYUGAL	20
REGISTRO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN EL ESTADO DE MÉXICO.....	22
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL	26
PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL	26
DERECHOS SEXUALES.....	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
JUSTIFICACIÓN.....	35
OBJETIVOS	37
OBJETIVO GENERAL.....	37
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
MATERIAL Y MÉTODOS	38
TIPO DE ESTUDIO.....	38
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	38
MUESTRA.....	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	39
VARIABLES DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES	40
PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
GRUPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
TIPO DE MUESTRA	42
INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	42

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
PRUEBA PILOTO	42
RECURSOS HUMANOS.....	43
RECURSOS MATERIALES.....	43
RECURSOS FINANCIEROS.....	43
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	43
CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
RESULTADOS	50
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	66
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	67
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO.....	68

MARCO TEÓRICO

RELACIÓN DE PAREJA

La pareja humana, debe presentar un vínculo que se proponga ser continuo, exclusivo y en desarrollo a la madurez. Es cuando libremente han decidido unirse en vida, para vivir en común bajo el signo del amor, que conforma lo que se ha denominado vida conyugal y/o matrimonial. Al constituirse la pareja sobre el amor libremente expresado se desarrollara la sexualidad y genitalidad de los integrantes de la pareja, incluyendo los planos biológico, psicológico y espiritual.

Para que se dé el encuentro de dos personas, y a su vez éstas configuren en el tiempo una pareja o lleguen al matrimonio, se desenvuelven doce etapas que dependerán de vicisitudes bio-psico-socio-culturales. Figura 1

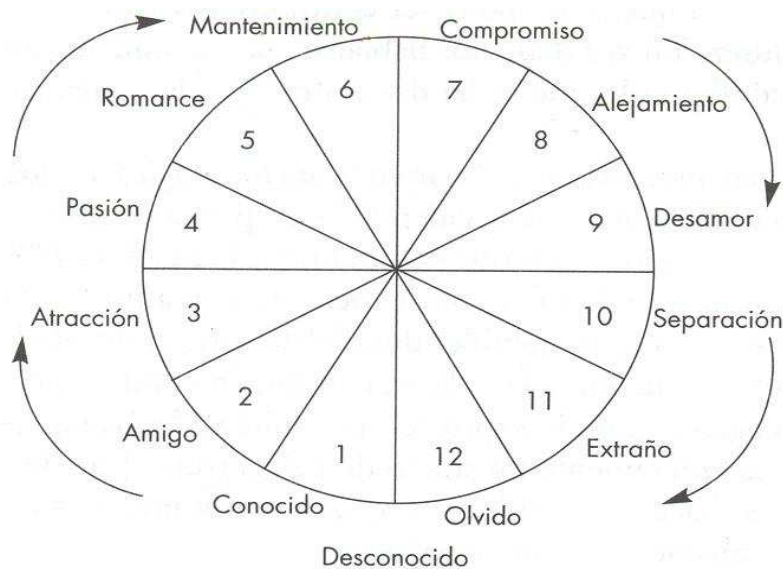


Figura 1. Etapas y proceso de la relación de parejas

Existen tres dimensiones, que caracterizan una relación de pareja según Gastaldi:

1.- Dimensión personalizante, la cual permite: el descubrimiento del otro, la integración de los valores del otro, la comunicación interpersonal, la fecundidad, dentro del marco de una sexualidad personalizada.

2.- Dimensión socializante; la familia se construye abriéndose desde la presencia del hijo. La sexualidad, por sí misma, tiene una incalculable potencia de crecimiento personal y social.

3.- Dimensión trascendente; la pareja aspira a lo infinito, a lo eterno, a lo absoluto.¹

Lo que hace que un matrimonio funcione, es llegar a adquirir una dinámica que impida que sus sentimientos y pensamientos negativos sobre el compañero (que existen en todas las parejas) ahoguen los positivos; a esto se le llama pareja y/o matrimonio emocionalmente inteligente, es decir, que sabe comprender y respetar al compañero y la relación.

Los matrimonios felices están basados en una profunda amistad, los cónyuges se conocen íntimamente, conocen los gustos, la personalidad, las esperanzas y los sueños de su pareja, muestran gran consideración el uno por el otro y expresan su amor no sólo con grandes gestos, sino con pequeños detalles cotidianos. Se menciona que el factor determinante para que una mujer se sienta satisfecha con el sexo, romance y pasión en su matrimonio es, de un 70%, la calidad de la amistad con su pareja, y viceversa.

Como es de saberse, en cada matrimonio existen problemas, que si no se saben manejar salen de control poniendo en riesgo la relación de pareja, la forma de comunicarse es el principal responsable, ya que existen diversos tipos de lenguajes para comunicarnos que si no sabemos interpretarlos en lugar de resolver el conflicto se hace más grande. El objetivo es comprender las diferencias esenciales que provocan el conflicto y aprender a vivir con éstas, honrándose y respetándose el uno al otro. En una

discusión puede existir lo que se llama *intento de desagravio*, que es un esfuerzo que realiza cualquier integrante de la pareja para mitigar la tensión durante una discusión, es cualquier frase o acción, cómica o no, que impide que la negatividad aumente sin control, el éxito o fracaso de los intentos de desagravio es uno de los factores primordiales que indican si el matrimonio prospera o se hunde. Un matrimonio infeliz aumenta en un 35% la posibilidad de caer enfermo, e incluso acortar nuestra vida en un período medio de cuatro años, por lo que un buen matrimonio beneficia nuestra salud y aumenta la longevidad, ya que se ha observado estimulación del sistema inmunológico.²

La violencia de pareja sigue constituyendo un tabú social y cultural, a pesar de ser un fenómeno de gran magnitud en México y un grave problema de salud pública en el mundo.

Los elementos que contribuyen a la negación y naturalización de la violencia son múltiples y de diverso orden: personales, de la relación de pareja, y de orden institucional, social y cultural.³

Se considera, que toda violencia atenta contra los derechos humanos; la violencia de género atenta contra los derechos de la mujer en sus expresiones universales: libertad, justicia y paz; derechos elementales para la vida digna de un ser humano.

La referencia obligada de la violencia de género, se ubica en la familia, primera institución reconocida que reproduce en muchas de las relaciones de pareja, la violencia como forma de convivencia natural, misma que se expande a otras instituciones (escolar, laboral, religiosa), enraizándose en normas sociales y culturales.

La familia, como cualquier otra institución, funciona jerárquicamente, lo que lleva a una inevitable e ineludible relación de poder, que hace a los individuos posicionarse asimétricamente.⁴

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género fue considerada como un problema de salud pública y de derechos humanos dentro del ámbito internacional a partir de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en México 1975. El término de violencia, se refiere a la manifestación de poder y dominio con la intención de controlar a otros mediante la agresión, la cual se entiende como la conducta cuya finalidad es dañar física o psicológicamente a otras personas (Balladares,2004). Asimismo, el impulso de agredir resulta de las cogniciones, las creencias, valores y prejuicios que se adquieren durante el proceso de socialización y que llevan a desvalorizar a las personas por algún atributo, como el color, el estatus económico o el sexo, lo que en última instancia permite justificar la agresión contra los individuos “desvalorizados”. Goldstein (1978).

En lo que respecta a la violencia contra la mujer se reconoce como una *expresión de estructuras sociales basadas en la desigualdad, fundamentada en la asignación de roles diferentes a hombres y mujeres en función de su sexo, y en otorgamiento de un valor superior a los considerados como masculinos (Castro et al., 2004^a.*⁵

Por lo tanto, se entiende que entre las diferentes culturas existen roles que conllevan a realizar conductas violentas como lo menciona la Defensoría del Pueblo, serie femenino No. 1, que la *Violencia Sexual*: “Es ejercida a través de comportamientos y actitudes que atentan contra la dignidad y la libertad sexual de las mujeres. Se obliga a la compañera a sostener relaciones sexuales, usando frases dirigidas a menoscabar su identidad sexual, imponiendo determinados comportamientos, desconociendo sus necesidades y propuestas sexuales o mediante el abuso sexual”.⁶

Otra definición de violencia sexual es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la persona a decidir voluntariamente su sexualidad, comprendida en esta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital.

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, define a la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo; incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad.⁷

La violencia sexual, no suele ir sola como tal, siempre está acompañada por otro tipo de violencia como la física, psicológica o emocional y/o económica.

Violencia física; entraña el uso intencional de la fuerza física o de un arma para dañar o lesionar a la mujer y se produce en distintas magnitudes que pueden ir desde empujones, hasta golpes que provocan la muerte.

Violencia psicológica o emocional; consiste en todas aquellas formas de tratar a la mujer tendientes a controlarla o aislarla, o que niegan sus derechos y su dignidad, tales como los insultos, menosprecios, intimidaciones, imposición de tareas serviles y limitaciones para comunicarse con familiares o conocidos. Esta es la más frecuente de todas.

Violencia económica; implica negar a la mujer los accesos a los recursos monetarios básicos o el control sobre ellos, limitar su capacidad para trabajar o despojarla de sus bienes.⁴

Una encuesta realizada por Inmujeres – Inegi 2003, menciona que la prevalencia de la violencia sexual entre las mujeres que han tenido una unión (casadas o en unión libre) representa el 7.8%, por debajo de la violencia emocional, económica y física respectivamente.⁵

LOS ORIGENES DEL ABUSO Y VIOLENCIA SEXUAL

El abuso y maltrato en la violencia sexual son realidades presentes desde hace mucho tiempo y de las cuales hemos comenzado a tener una conciencia social más recientemente. Sus causas son diversas y complejas.

En la vida de cada ser humano convergen dos historias o desarrollos; por un lado se halla el desarrollo filogenético, que viene a ser el legado de los aprendizajes de la especie humana a través de toda su historia, expresado mediante los instintos y el inconsciente colectivo, y por otro lado se da el desarrollo ontogenético, basado en los aprendizajes ocurridos durante la vida del propio sujeto. Ambos aprendizajes realizan sus aportes durante la formación y el desarrollo de la personalidad de cada individuo, dependiendo de las experiencias de vida el predominio de cada rasgo en particular; jugando un papel fundamental aquellas que se dan al interior de la vida familiar. Por lo que cada persona encuentra impulsos que la dotan de un potencial que le puede llevar a desarrollar conductas barbáricas, de violencia total y búsqueda de someter a todo costo al medio y personas que lo rodean; o por el contrario, desarrollar conductas humanitarias, propias de los aspectos más elevados del hombre como el amor, el respeto, la confianza y la búsqueda del bien común; ambos potenciales están presentes y coexistiendo en cada individuo predominando uno u otro eventualmente según las circunstancias.⁸

Por otro lado y retomando la problemática mexicana nos encontramos que ya en 1989 se identificaba el problema de la violencia sexual dentro del seno familiar, en un Foro de Consulta Popular Sobre Delitos Sexuales la comisión de justicia de la LIV

legislatura público sus memorias en el cual la Dra. Marcela Lagarde en conferencia mencionó las causas generadoras de los delitos sexuales como:

1.- VIOLENCIA ERÓTICA. Expresión de poder; realizada por sujetos que tienen poder sobre los que no los tiene, esta ocurre en los espacios de poder entre la relación conyugal y ella refiere algo que vale la pena señalar,... "mientras más antidemocrática es la sociedad se desarrolla en mayor medida el totalitarismo en el mundo privado"...

2.- LA INTIMIDACIÓN. Entendida como el uso de la palabra para violentar, para asustar con insultos, humillaciones, ultrajes.

3.- CONFIANZA. Es referida a la protección que la mujer tiene ante el seno familiar, tíos, esposo, padrastro etc. Este principio lo refiere como el único donde la víctima estará segura.

4.-PORNOGRAFÍA. Los medios de comunicación al estar proyectando temas que están impregnados de acciones prohibidas, en el arte dramático (telenovelas, películas etc.) Se generalizan temas cuyo contenido son el terror la agresión, el daño, el miedo.

En relación con la violencia sexual en el seno conyugal, nos encontramos ante un gran problema; el derecho. En el caso del código penal, se señala el tipo de violación conyugal, teniendo estas características:

- Elementos objetivos del tipo: realización de la cópula con persona de cualquier sexo.
- Elementos descriptivos: la cópula es la introducción del pene en el cuerpo humano por vía anal o vaginal.
- Elementos normativos: por medio de la violencia física o moral.⁹

Aunque la violación hace visible un sistema patriarcal de dominación, todas las sociedades tienen mecanismos para justificarla, legitimarla y darle consentimiento silencioso, por consecuencia es perpetuada y vista como producto de situaciones individuales, de tal forma que las condiciones que la propician permanecen ocultas.

Por lo tanto, no se conoce el alcance real de la violencia sexual, aunque los datos disponibles del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* sugieren que una de cada cinco mujeres puede sufrir violencia sexual por parte de su pareja de confianza a lo largo de su vida. En otros estudios sobre la violencia sexual realizados en Canadá, Finlandia, Suiza, Gran Bretaña y los Estados Unidos de América, menciona que entre el 2% y el 13% de las mujeres denuncian haber sido víctimas de un intento de violación o de una violación completa por parte de su pareja a lo largo de su vida. Otros estudios que se basan en grupos más pequeños de población, por ejemplo en Londres (Inglaterra), Guadalajara (México) y la provincia de Midland (Zimbabue), se indica que las tasas son superiores, situándose en un 25% aproximadamente.⁷

Algunas consecuencias de la violencia sexual son significativas para la salud, tales como: el suicidio, depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, lesiones autoinflingidas y, en el caso de abuso sexual de menores, adopción de conductas de alto riesgo; como tener múltiples parejas sexuales y consumir drogas o si viven en un ambiente de violencia tienen efectos negativos; reflejando dificultades escolares, alteraciones del sueño, mala interacción social (agresión), depresión, ansiedad. En este tipo de maltrato aparece la violencia verbal, que refuerza la violencia psicológica. El agresor comienza a denigrar a la víctima poniéndole sobrenombres, desacreditándola, insultándola, criticando su cuerpo, comienza a amenazar con agresión física u homicidio. El agresor va creando un clima de miedo constante; la ridiculización en presencia de otras personas, le grita, le culpa de todo. A partir de estas agresiones la víctima puede sentirse débil y deprimida. Repercutiendo en forma negativa en su salud.^{7, 10,14}

Varias de estas repercusiones son extremadamente nocivas para la salud física y emocionalmente, ya que es un tipo de maltrato que emerge menos al exterior; porque la víctima puede sentirse avergonzada de revelarlo a otras personas y cuando lo hace puede sentirse mártir secundariamente; por otra parte, es el tipo de maltrato que parece concernir más al ámbito privado o íntimo de la pareja que otros tipos de agresiones.¹¹

Uno de los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de este tipo de violencia, es la depresión. Estudios realizados en México han mostrado que la depresión mayor fluctúa entre el 6 y el 15% para la población general, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres. Dicha enfermedad ocupa el segundo lugar entre las enfermedades mentales, para implementar medidas preventivas se adquiere vital importancia la detección de los factores de riesgo para la depresión como problemas de personalidad y de dinámica familiar, situaciones variables como el nivel socioeconómico, así como normas culturales que dan sustento a la desigualdad social y de género.

El hallazgo de que la depresión mayor se puede presentar en una proporción 3 veces mayor, en las pacientes que sufren violencia familiar que quienes no la padecen, hace evidente el impacto que ésta tiene sobre la salud mental de la mujer. Las mujeres víctimas de maltrato presentan puntuaciones significativamente más altas que las mujeres no maltratadas en sintomatología depresiva, en relación a su gravedad, frecuencia o duración.¹²

La depresión es un estado físico mental, que se origina por el desequilibrio del yo interno con el yo externo, de tal suerte que repercute en la vida cotidiana de un individuo, en su desarrollo personal y donde la personalidad y los sentimientos son abatidos por frustraciones experimentales en el medio ambiente. Esta enfermedad afecta a un 10% de los hombres y a un 20% de las mujeres en algún momento de la vida. En un período determinado, alrededor del 2.5% de los hombres y del 8% de las mujeres se encuentran deprimidos en forma activa. Se observan síntomas depresivos significativos hasta en 36% de todos los pacientes clínicamente enfermos.

Un episodio depresivo se caracteriza, porque el paciente sufre decaimiento de ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad, se va deteriorando la capacidad de disfrutar, el interés, la concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso con la realización de esfuerzos mínimos; el sueño se encuentra perturbado, disminuye el apetito, decae la autoestima y confianza en sí mismo, aparecen algunas ideas de culpa o de ser un inútil. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderada o severa según la cantidad y gravedad de sus síntomas.¹³

La violencia sexual, se caracteriza por que la persona no disfruta su sexualidad, y se puede dar en 2 formas principalmente:

Maltrato sexual. Son conductas que tienden a menoscabar o devaluar a otra persona en su expresión de género, obligan a inducir la realización de prácticas no deseadas, provocando dolos, ira, miedo, sentimientos de culpas, sentimientos de estar sucios, frustración, humillación. Según Mahoney (1999), las mujeres agredidas sexualmente en su matrimonio presentan una probabilidad 10 veces mayor de sufrir múltiples episodios de maltrato sexual que las mujeres violadas por un extraño o conocido.^{11, 14}

Según la Norma Oficial Mexicana, NOM-190-SSA-1999, considera maltrato sexual, a la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.¹⁵

Abuso sexual. Es cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada, con el objeto de obtener una excitación y/o gratificación, la intensidad del abuso puede variar desde la excitación sexual hasta la violación.¹⁴

FACTORES DE RIESGO EN LA VIOLENCIA SEXUAL

Están relacionados con las actitudes, creencias y conductas de los individuos implicados, mientras que otros están muy arraigados en el entorno social, incluyendo las esferas de los iguales, la familia, la comunidad y la sociedad. Tales factores influyen no solamente en las probabilidades de sufrir violencia sexual, sino también en la reacción ante ella.

El Informe mundial sobre la violencia y la salud presenta los siguientes grupos de factores de riesgo para la violencia sexual:

Factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres: *Nivel individual.*
Ser joven, consumir alcohol o drogas, tener problemas de salud mental, en particular síndrome de estrés postraumático, haber sufrido una violación o abusos sexuales con anterioridad.

Factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan violación.
Consumir alcohol o drogas, tener actitudes y creencias que apoyan la violencia sexual, incluyendo tener fantasías sexuales coercitivas y culpar a las mujeres por excitarles, presentar un patrón de conducta impulsivo, antisocial y hostil hacia las mujeres, haber sufrido abusos sexuales durante la niñez.⁷

Otras causas que pueden originar la violencia son; el machismo reinante en la sociedad, problemas no resueltos en la infancia del cónyuge o conflictos con la familia de origen, presiones laborales, características psicológicas como la inseguridad o la necesidad de ser reconocido.³

MITOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Corsi J. ha señalado una serie de mitos o creencias erróneas que son aceptadas como verdaderas por la mayoría de la gente que tiene contacto con víctimas de la violencia doméstica, dentro de estas destacan:

MITO. La violencia familiar es un fenómeno que solo ocurre en las clases sociales más necesitadas.

REALIDAD. No respeta estrato socioeconómico, pero en los niveles bajos adquiere tintes violentos más marcados, y en los estratos altos el maltrato es más refinado, más sutil.

MITO. El consumo de alcohol es la causa de conductas violentas.

REALIDAD. El alcoholismo desvía a los cónyuges del problema principal por lo tanto esta creencia disfuncional actúa como factor homeostático al desencadenar acciones y conductas compensadoras. En la familia alcohólica la violencia familiar aparece como un estado disfuncional coincidente, sin estar interrelacionadas causalmente.

MITO. Si hay violencia, no puede haber amor en la familia.

REALIDAD. El amor coexiste con la violencia, generalmente es de tipo adictivo, dependiente, posesivo, basado en la inseguridad.

MITO. A las mujeres que son maltratadas por sus compañeros les debe gustar; de lo contrario no se quedarían.

REALIDAD. Las mujeres son sujetas a un proceso de acondicionamiento que garantiza que permanezcan inmóviles e indefensas ante la violencia, en su gran mayoría las mujeres víctimas de violencia prefieren el diálogo y la comunicación como pilares de la solución de conflictos en la familia.

MITO. Las víctimas de maltrato a veces se lo buscan: “algo hacen para provocarlo”.

REALIDAD. El golpeador diseña de tal grado su estrategia que en realidad ante la menor excusa la golpea incluso por conductas o errores que ya había pasado por alto, como sólo puede reconocer como origen de la violencia el externo, tiende a culpar a la mujer de sus abusos bajo la figura de la provocación.

MITO. El abuso sexual y las violaciones ocurren en lugares peligrosos y oscuros y el atacante es un desconocido.

REALIDAD. Estos eventos son de mayor frecuencia en el hogar y el agresor es ampliamente conocido por las víctimas o es padre, hermano, cónyuge en dicha familia.¹⁶

VIOLENCIA CONYUGAL

La relación de violencia en la pareja, ha sido descrita por Lenore E. Walker en 1979, quien señaló que existiría un ciclo de violencia entendido como un proceso reiterativo que ocurre en fases sucesivas, estas fases son:

Fase de la acumulación de tensión. Se caracteriza por agresiones menores las cuales van aumentando y que la mujer minimiza o niega, como una forma de controlar la violencia. Esta actitud pasiva aparente refuerza en el hombre, la idea de su derecho a "disciplinar" a su mujer, pero al mismo tiempo experimenta temor del abandono de la pareja, a causa de estas agresiones y se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes en los miembros de la pareja, con un incremento constante de ansiedad y hostilidad. El hombre y la mujer se encierran en un circuito en el que están mutuamente pendiente de sus reacciones.

Episodio Agudo. Descarga incontrolada de las tensiones que puede variar de gravedad, oscilando desde un empujón hasta homicidio. Se caracteriza por el

descontrol y lo inevitable de los golpes. Las mujeres se muestran sorprendidas frente al hecho que se desencadena de manera imprevista ante cualquier situación de la vida cotidiana.

Luna de Miel. Produce el arrepentimiento, pedido de disculpas y promesas de que nunca más va a ocurrir por parte del hombre. La mujer desea creerle y está dispuesta a ayudarlo a cambiar, recibe presiones de parte de las personas cercanas y se siente culpable de sus deseos de abandonarlo, por lo que acepta continuar en la relación. Pero al tiempo vuelve a reaparecer los períodos de acumulación de tensión, episodio agudo y se repite el ciclo.¹⁷

En la violencia sexual contra la mujer dentro de la pareja: la doctora Graciela Ferreira ha identificado un ciclo de violencia marital que permite apreciar como una mujer maltratada afronta esta situación dentro de su vida conyugal:

1. *Iniciación del ciclo:* Es frecuente que durante el noviazgo el hombre haga manifiestas sus intenciones de presión o su sentido de posesión sobre la novia, lo que usualmente es visto como una expresión profunda del amor, pero que no es más que un serio indicio de maltrato en el futuro.

2. *Acumulación de tensiones:* Con la vida cotidiana, la tensión hace que las diferencias que se presentan como pareja se conviertan en agudos conflictos dada la relación de posesión, dependencia y autoritarismo que se desarrolla, donde no hay lugar al diálogo sino a imposiciones por parte del agresor, la mujer, generalmente, opta por asumir una posición de sumisión total.

3. *Explosión de tensiones:* La tensión se expresa de manera física, puede iniciar con una cachetada o con un empujón, acompañada de gritos y maltrato psicológico, aunque la mujer reacciona con sorpresa e inicialmente tiende a evadir al episodio de violencia raramente trata de responder físicamente al agresor.

4. *Arrepentimiento*: Salvo excepciones, el agresor puede arrepentirse de su comportamiento, la mujer siente vergüenza por lo ocurrido y ambos tratan de buscar explicaciones al hecho que justifican al agresor, pues se hace el supuesto que éste actuó por la forma “como *ella* provocó el hecho”.

5. *Reconciliación*: Durante esta etapa, los regalos y las muestras de afecto aumentan en desmedida, pero la mujer vive en tensión constante y trata de evitar hechos que puedan conducir a otro momento de violencia, dada la confianza puesta en que ello no ocurrirá, desiste de interponer una demanda o acudir a una terapia. Pero, los conflictos y las diferencias se acumulan dando origen a un nuevo ciclo de violencia.⁶

Las mujeres víctimas de violencia suelen aislarse cada vez más del entorno social, especialmente para evitar explosiones de violencia causadas por los "celos" de la pareja. Con ello pierden mucho de su capital social y se encierran aún más en el círculo de la violencia.

Los valores y normas sociales que establecen las pautas de comportamiento femenino, y que se reproducen y transmiten en el ámbito familiar (entre otros), imponen a la mujer un imperativo de sometimiento a la violencia que se expresa de dos modos: como justificación de la violencia como castigo merecido por el incumplimiento del rol de género prescripto y/o como tolerancia hacia el maltrato por aceptación de un destino natural de toda mujer.³

REGISTRO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN EL ESTADO DE MÉXICO

En la ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES (ENDIREH) que se realizó en el 2003, la violencia sexual se encontró en 3er lugar con un porcentaje de 7.8% a nivel nacional, debajo de la violencia emocional y física, el mismo estudio que se realizó en el 2006, la ubica en el

mismo lugar, pero con un porcentaje del 9% a nivel nacional, en lo que respecta al Estado de México este tipo de violencia obtuvo el 11%, debajo de Jalisco y Colima.

Aunque este tipo de violencia es el que menos se reportó en la encuesta de 2003, no deja de sorprender el número de mujeres agredidas sexualmente por su cónyuge: 17%, de éstas, que declararon agresiones sexuales, el 28% expresaron que su pareja utilizó la fuerza física para tener relaciones sexuales.

Sin embargo, en la encuesta de 2006, no deja de sorprender el número de mujeres casadas o unidas agredidas sexualmente, el 18.0% de todas las mujeres maltratadas a lo largo de su relación de pareja, cifra que, no es excluyente de otros tipos de violencia que declararon padecer agresiones físicas o sexuales por parte de su pareja, sólo 22.4% denunciaron los hechos ante alguna autoridad, dato que para las mujeres alguna vez unidas se eleva a 47.8 por ciento. Los datos de la ENDIREH revelan que en México 29.0% de las mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja han sufrido agresiones muy severas. Es decir, 513 063 hogares en los que probablemente este tipo de sucesos sean cotidianos, afectando también a los hijos y familiares cercanos de estas mujeres.

La ENDIREH 2006 investigó en la entidad mexiquense sobre la violencia (por parte de la pareja) que han vivido las mujeres a lo largo de su relación y en los últimos 12 meses previos a la entrevista, y resulta que hay 1 769 722 mujeres casadas o unidas de 15 y más años de edad que han sido violentadas. Al referir la violencia a lo largo de su relación se tiene que 61 de cada 100 mujeres han vivido eventos violentos por parte de su pareja; esta proporción es superior al promedio nacional, donde se registran 47 de cada 100 mujeres.

La encuesta indica que en el nivel nacional las mujeres de 15 a 49 años de edad que declaran al menos un hecho de violencia a lo largo de su vida, y que también manifiestan agresiones en el último año, representan 88 de cada 100, proporción que disminuye a 76 de cada 100 para aquellas que tienen 50 y más años de edad.

Las agresiones hacia las mujeres por parte de su pareja suelen agruparse en: emocionales, económicas, físicas y sexuales. Las emocionales son las de mayor presencia a lo largo de la relación y las padecen 79.1% de las mujeres con violencia de pareja. Las agresiones sexuales son las menos comunes: 18.0% de las mujeres violentadas dicen haberlas sufrido a lo largo de su relación y 14.2% fueron víctimas en los últimos 12 meses.

En este universo, las mujeres casadas o unidas que son violentadas por su esposo o pareja de manera física o sexual, las que han denunciado los hechos representan 22.4%, las demás, con un porcentaje de 77.6, no han acudido ante ninguna autoridad. Estas cifras denotan la enorme problemática social de la vulnerabilidad femenina.

Entre las mujeres casadas o unidas agredidas física o sexualmente por su pareja, que no denunciaron, 40.8% comentan que la agresión no tuvo importancia o que ellos tienen derecho a reprimirlas.

Las que no acuden ante alguna autoridad para denunciar por miedo, debido a sus hijos o amenazas de su pareja representan 33.5%, otro 24.1% no lo hacen por vergüenza o para que su familia no se entere y 20.6% no confían en las autoridades o piensan que él no va a cambiar, el 10.7% restante mencionó otros motivos.

Desafortunadamente, hoy en día las estructuras sociales todavía desalientan o impiden la denuncia de hechos violentos que ocurren dentro de una relación de pareja.

El nivel educativo de las mujeres no tiene relación directa con el maltrato por parte de su esposo o pareja, es decir, no existe un patrón definido respecto a la escolaridad de las mujeres que sufren violencia, pues ésta se produce en parejas de todos los niveles educativos. Aun entre las mujeres con estudios superiores existe

violencia, aunque su prevalencia es menor que entre mujeres con niveles más bajos de instrucción.

En el estado de México, entre las mujeres casadas o unidas que tienen instrucción de secundaria, media superior o equivalente, 52 de cada 100 fueron violentadas por su pareja, a nivel nacional son 43 mujeres de cada 100; en tanto que de las mujeres con menor nivel de instrucción o que carecen de estudios, son 56 de cada 100 y a nivel nacional es 39 de cada 100 mujeres. Entre aquellas con instrucción superior, la proporción de mujeres que viven hechos violentos es menor, 41 de cada 100 y a nivel nacional 33 de cada 100. Se observa que las cifras en el país tienen el mismo patrón de comportamiento que las de la entidad, pero con menor proporción que en la estatal.

La independencia económica de las mujeres es un importante apoyo que puede brindarles a ellas la posibilidad de alejarse de una relación violenta; sin embargo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral es a su vez un proceso que agudiza este tipo de relaciones: se estima que 54.6% de las económicamente activas dice haber sufrido al menos un incidente de violencia por parte de su pareja, 10.6 puntos por arriba del promedio nacional, de las mexiquenses que se dedican a los quehaceres del hogar 52.2% sufren violencia de pareja, así como 49.5% de las que dicen dedicarse a alguna otra actividad no económica.

En el estado de México de cada 100 mujeres que son violentadas por su esposo o pareja, 25 son víctimas también de agresiones por parte de familiares.

Esta doble violencia sufrida por la mujer en el ámbito familiar es aceptada y justificada por la sociedad.⁴

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Consecuencias somáticas. Consecuencias médicas agudas (lesiones físicas, genitales y no genitales, y enfermedades sexualmente transmisibles). Enfermedades crónicas (dolor pélvico y otros trastornos de dolor crónicos). Efectos en la salud relacionados con el estrés (percibir la propia salud menos favorable y reportar más síntomas de enfermedad).

Consecuencias psicológicas. Cambios cognitivos (alteración de los esquemas cognitivos). Malestar. Síntomas psicológicos (miedo y ansiedad). Reacciones afectivas (depresión, ideación suicida y conducta suicida). Problemas en el funcionamiento sexual. Problemas de ajuste social.

Reacciones psicofisiológicas. Reacciones de sobresalto. Reacción cardiaca y muscular cuando aparecen los recuerdos. Incremento en la excitación fisiológica.¹⁴

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Las respuestas para prevenir o responder a la violencia sexual están bastante limitadas y la mayoría no se han evaluado. Debe existir prevención primaria en los múltiples niveles en los que se sitúan los factores de riesgo, desde el nivel individual, hasta el de la relación, la comunidad y la sociedad. Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, entre las estrategias prometedoras a nivel individual o de la relación se encuentran los programas de formación sobre promoción de la salud sexual y reproductiva que incluyen cuestiones de género y prevención de la violencia contra la mujer, además de los programas en los que se trabaja con las familias a lo largo de las etapas de desarrollo de los menores para promover una infancia y adolescencia rica, enriquecedora e igualitaria. También parece mostrar resultados prometedores trabajar con hombres a nivel comunitario para que cambien el concepto de masculinidad y en el

ámbito escolar para transformar las relaciones de género y convertirlas en interacciones igualitarias y sin violencia. Las reformas legales y de políticas que aseguran la igualdad de género y la protección de las víctimas de la violencia sexual también son medidas importantes para promover normas de género igualitarias.

Prevención secundaria y terciaria. La mayoría de los planes de acción sobre la violencia sexual llevados a cabo hasta el ahora se han concentrado en la prevención secundaria y terciaria destinada a reducir el daño físico y psicosocial que sufren las víctimas de violencia sexual. Parece que se realiza muy poco trabajo orientado hacia la salud pública y basada en utilizar estrategias de prevención secundaria y terciaria con los perpetradores.

En cuanto a la prevención terciaria, los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para reconocer, documentar y responder a los casos individuales de agresión sexual. Las personas que han sufrido agresiones a menudo solicitan asistencia médica, incluso cuando se niegan a revelar el suceso violento. Los trabajadores de la salud pueden proporcionar a las víctimas de agresión sexual unos servicios de salud amplios y que tengan en cuenta las cuestiones de género para que se puedan enfrentar a las consecuencias que la agresión supone para su salud física y mental, incluyendo la prueba de embarazo, las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y su prevención, el tratamiento de lesiones y el apoyo psicológico. También puede funcionar como un importante centro de coordinación de otros servicios que la víctima pueda necesitar, como la asistencia social y jurídica. Los trabajadores de la salud especializados pueden recoger y documentar las pruebas necesarias para establecer las circunstancias de la violación, la identidad del perpetrador y las consecuencias del suceso. Estas pruebas pueden ser cruciales para el enjuiciamiento de los casos de agresión sexual. Asimismo, el sector salud debe contribuir a la vigilancia de la violencia sexual documentando el quién, qué, cuándo y cómo de todos los casos que se presenten, en un formato que mantenga en el anonimato de la víctima al agresor. Esta información se puede transmitir posteriormente a otros sectores que son responsables de la prevención primaria y puede utilizarse para dar luz a las intervenciones situacionales destinadas a áreas de

alto riesgo, así como a la intervención psicosocial dirigida a los grupos de población de alto riesgo.

Sin embargo existe una gran desproporción entre las necesidades de servicios de las víctimas de violencia sexual y el nivel de servicios de salud que la mayoría de los países actualmente ofrecen en tales casos. Es necesario proporcionar directrices para fortalecer la capacidad que el sector de la salud tiene para responder a las personas que han sufrido violencia sexual.⁷

En México, se creó la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR; donde menciona es necesario realizar una educación para la salud, que implica el proceso de enseñanza – aprendizaje que permita mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva, fomentando estilos de vida sanos.

Asimismo, menciona que la atención medica otorgada a las usuarias involucrados en situación de violencia familiar deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados, apegándose a los criterios de oportunidad, calidez, confidencialidad, honestidad y respeto a su dignidad, conforme a la capacidad resolutive de la unidad, para lo cual podrán en caso de estimarlo conveniente, tomar en cuenta las aportaciones que puedan brindar organismos de la sociedad civil especializados en el tema, siempre y cuando no contravengan la presente Norma.¹⁵

DERECHOS SEXUALES

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales.

Existe actualmente una Corte Internacional respecto a los derechos sexuales misma que es la siguiente:

Declaración de Valencia sobre los derechos sexuales:

1. Derecho a la libertad sexual. Abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos; que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.

2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal. Capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. Abarca el control y disfrute del propio cuerpo, libre de torturas, mutilaciones y violencias de toda índole.

3. El derecho a la privacidad sexual. Involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. El derecho a la equidad sexual. Se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Comprende el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser amplia, objetiva, verídica y ser generada a través de la investigación científica libre y ética; así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales, que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.

10. El derecho a la educación sexual integral. Es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales. Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) requieren de aún más recursos para su diagnóstico investigación y tratamiento.

La sexualidad humana constituye el origen del vínculo más profundo entre los seres humanos y su realización efectiva depende el bienestar de las personas, las parejas, la familia y la sociedad. Es por tanto su patrimonio más importante y su respeto debe ser promovido por todos los medios posibles.¹⁸

La Norma Oficial Mexicana *Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar* (NOM-190), que se creó en 1999 para "*dar 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*". Estableciendo los criterios para la atención médica y la orientación de las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar y 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. Además, provee una serie de indicadores para detectar distintos tipos de violencia (física, sexual, psicológica, económica), establece la obligación de dar aviso al Ministerio Público (primera instancia del sistema judicial) y de notificar a la Secretaría de Salud sobre los casos de violencia familiar detectados. El apartado de criterios específicos, que corresponde a la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud, deja bien establecido el carácter obligatorio de este registro. Sin embargo, los criterios para dar aviso al Ministerio Público dejan

espacio a interpretaciones ambiguas sobre en qué casos y quién debe involucrarse en estas denuncias.

En la *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM)* hecha en el 2002, se realizó un cuestionario de auto aplicación voluntaria para todo el equipo de salud, al que respondieron un total de 2.638 trabajadores. Del personal encuestado sólo 18,5% refirió conocer la NOM-190. De ellos, 42,2% conocía bien su contenido y el resto sólo había oído hablar de ella. Además, el 32,8% de los entrevistados consideró que el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer era el principal obstáculo para su atención, y 22% opinó que la violencia en la familia era un problema privado y que al personal de salud no le correspondía intervenir en esos casos. El 91,2% de estos profesionales se declaró interesado en capacitarse sobre el tema de violencia familiar y contra la mujer.¹⁹

Para combatir la violencia familiar y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar la equidad entre los géneros y entre todas las personas, y construir espacios donde el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y las diferencias entre congéneres, sean las bases de las relaciones interpersonales y sociales.¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término de violencia, se refiere a la manifestación de poder y dominio con la intención de controlar a otros mediante la agresión, la cual se entiende como la conducta cuya finalidad es dañar física o psicológicamente a otras personas (Balladares,2004). Asimismo, el impulso de agredir resulta de las cogniciones, las creencias, valores y prejuicios que se adquieren durante el proceso de socialización y que llevan a desvalorizar a las personas por algún atributo, como el color, el estatus económico o el sexo, lo que en última instancia permite justificar la agresión contra los individuos “desvalorizados”. Goldstein (1978).⁵

La elevada incidencia de la violencia contra las mujeres y las consecuencias negativas que ocasiona en su salud física y psicológica ponen de manifiesto el grave problema social y de salud que la sociedad se enfrenta. Una encuesta realizada por la ENDIREH – Inegi 2003 y 2006, menciona que la violencia sexual representa el 7.8% y 11% respectivamente, por debajo de la violencia emocional y física.^{4, 5, 10}

De tal forma que la violencia sexual contra la mujer repercute de forma negativa en su salud; la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático son las consecuencias psicológicas más frecuentes.¹⁰

Por lo tanto debe existir como parte de la prevención primaria, el situar los factores de riesgo, desde el nivel individual, hasta el de la relación, la comunidad y la sociedad. Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, entre las estrategias prometedoras a nivel individual o de la relación se encuentran los programas de formación sobre promoción de la salud sexual y reproductiva que incluyen cuestiones de género y prevención de la violencia contra la mujer, además de los programas en los que se trabaja con las familias a lo largo de las etapas de desarrollo de los menores para promover una infancia y adolescencia enriquecedora e igualitaria. También parece mostrar resultados prometedores trabajar con hombres a nivel comunitario para que

cambien el concepto de masculinidad y en el ámbito escolar para transformar las relaciones de género y convertirlas en interacciones igualitarias y sin violencia. Las reformas legales y de políticas que aseguran la igualdad de género y la protección de las víctimas de la violencia sexual también son medidas importantes para promover normas de género igualitarias.⁷

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de violencia sexual conyugal en mujeres que acuden a consulta externa de la clínica de Chalco Issemym?

JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual es un problema mundial, pero no hay suficientes datos sobre la incidencia y prevalencia de sus diferentes formas; ya que en ocasiones existen problemas que dificultan su captación y documentación de la misma, de los cuales destacan:

- Algunas mujeres no reconocen la violencia sexual que han experimentado como una violación o como otro tipo de abuso, debido a que el contexto sociocultural normaliza, minimiza, tolera o promueve estos actos.
- Con frecuencia las mujeres no reportan estos delitos al sistema de salud o de justicia por vergüenza, miedo de la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia.
- Las mujeres tienden a guardar silencio si se les pregunta sobre sus experiencias de violencia sexual. Esto ocurre más marcadamente en los casos en que estas experiencias han sido llevadas a cabo por familiares o en el contexto de una situación íntima.
- En ocasiones la violación es utilizada en situaciones de conflicto como arma de guerra, y es muy difícil documentar su existencia.¹⁴

En un estudio realizado por cinco investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública durante 2005. Hallaron que en los últimos 17 años en el país la violencia de pareja aumentó entre 30 y 72%, y que en un solo año más de 7 mil mujeres tuvieron que ir al hospital, lo que equivale a que 30% de más de 24 mil encuestadas requirió atención médica. Los datos señalan que las víctimas bajan su productividad laboral y, como ha crecido el número de mujeres violentadas, también se afecta la productividad

nacional por ausencias laborales, distracción en el trabajo y depresión. Para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual, la encuesta reveló que sufren violencia psicológica el 19.6%, física 9.8, sexual 7%, y económica 5.1. Se estableció que las mujeres pueden sufrir más de una forma de violencia y que alguna de esas variantes son difícilmente reconocidas o reportadas por las mujeres.²⁰

En el caso de México, la Secretaría de Salud junto con el Instituto Nacional de Salud Pública llevaron a cabo en el año 2002 la primera *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres* entre usuarias de servicios de salud pública (ENVIM), revelaron que de una muestra de 26.240 entrevistadas el 21,5% de las mujeres había padecido algún tipo de violencia en el hogar por parte de su pareja en los doce meses previos a la entrevista. En dicho estudio se incluyó un cuestionario de auto aplicación voluntaria para el equipo de salud, al que respondieron un total de 2.638 trabajadores, encontrándose que el 10,8% de los hombres y 16,9% de las mujeres, declaró ser víctima de violencia por parte de su pareja y el 12,2% de los hombres y 9,7% de las mujeres, había sido agresor(a) de su pareja.¹⁹

Otra encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2006 dada a conocer por el INEGI y la Unifem señala que el 67% de las mexicanas dijeron haber vivido un episodio de violencia en algún momento de su vida ya sea en el hogar, escuela, trabajo, o en su entorno inmediato. El 43.2% dijo que sufría violencia por parte de su pareja (sobre todo emocional), el 29.9% en el ámbito laboral, el 15.6% en la escuela, el 39.7% en los espacios públicos y el 15.9% dijo padecer agresiones en el ámbito familiar. Asimismo, menciona que el 9% lo ocupa la violencia sexual a nivel nacional (todas las mujeres), mientras que en mujeres casadas o que viven en unión libre es del 6%, que a comparación con un estudio similar realizado anteriormente (ENDIREH) en el año 2003 la violencia sexual en mujeres casadas o que vivían en unión libre era del 7.8% observándose una reducción importante en este tipo de violencia.²¹

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Determinar la frecuencia de la violencia sexual conyugal en mujeres que acuden a consulta externa de la Clínica de Chalco Issemym.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar la edad más frecuente de las mujeres que presentaron violencia sexual conyugal.
- ✓ Determinar el grado escolar más frecuente que presentaron las mujeres que han sufrido violencia sexual conyugal.
- ✓ Identificar el grado de satisfacción en la relación de pareja actual de las mujeres que sufrieron violencia sexual conyugal.
- ✓ Determinar la frecuencia y características de las mujeres con violencia sexual conyugal, que acudieron a consulta externa de la clínica de Chalco Issemym.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, trasversal y prospectivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La población a estudiar fueron 140 mujeres entre 20 a 50 años de edad, que eran casadas o estaban en unión libre.

El estudio se llevó a cabo en la Clínica de Chalco ISSEMYM, comprendido en el periodo del 1ro de junio de 2008 al 31 de mayo de 2009.

MUESTRA

No probabilístico, intencional, por conglomerado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres derechohabientes del Issemym.
- Acudir a consulta externa de la Clínica de Chalco.
- Que sea casada o viva en unión libre.
- Tener entre 20 y 50 años de edad.
- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No ser derechohabiente del Issemym.
- No firmar consentimiento informado.
- No cumplir con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres, que aunque firmaron hoja de consentimiento informado no terminaron de contestar los cuestionarios de datos socio demográfico.
- Cuestionarios que estén mal llenados.

VARIABLES DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE (índice / indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE (en forma genérica)	ANÁLISIS / CONTROL
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Numérica continua	Se agrupara en intervalos de 10 años. 3 grupos 1) 20 a 29 años 2) 30 a 39 años 3) 40 a 50 años	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje
Escolaridad	Cualitativa	Periodo de tiempo en el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.	Categórica nominal	De acuerdo al grado de estudios: 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Técnica, 5) Bachillerato 6) Licenciatura 7) Maestría	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje
Ocupación	Cualitativa	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Categórica nominal	De acuerdo a su actividad diaria. 1) Hogar 2) Empleada 3) Profesora 4) Estudiante	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje
Tiempo de relación de noviazgo	Cuantitativa	Relación que existe entre dos personas por un periodo de tiempo con el propósito de conocerse, se considera preámbulo para el matrimonio.	Numérica continua	De acuerdo al tiempo de noviazgo. 1) Menos de 1 año 2) De 1 a 2 años 3) Más de 2 años	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje
Relación de pareja actual	Cualitativa	Unión de 2 personas de forma libre y voluntaria y a partir de un amor mutuo construyen en el tiempo una relación que presenta características como; amistad, admiración, atracción sexual, proyectos en común, compromiso.	Categórica ordinal	De acuerdo a las características de relación de pareja. 1) Buena 2) Regular 3) Mala	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje

VARIABLE (índice / indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE (en forma genérica)	ANÁLISIS / CONTROL
Violencia Sexual	Cualitativa	Es ejercida a través de comportamientos y actitudes que atentan contra la dignidad y la libertad sexual de las mujeres obliga a la compañera a sostener relaciones sexuales, usando frases dirigidas a menoscabar su identidad sexual, imponiendo determinados comportamientos, desconociendo sus necesidades y propuestas sexuales o mediante el abuso sexual.	Categórica ordinal	Si es víctima de maltrato o abuso sexual. 1) Si 2) No	Cuestionario de datos socio demográficos	Porcentaje y Graficas

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer la frecuencia de la violencia sexual conyugal en mujeres que acuden a consulta externa de la Clínica de Chalco Issemym.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Mujeres entre 20 a 50 años de edad, que sean casadas o vivan en unión libre, y que acudan a la consulta externa de la Clínica de Chalco Issemym.

TIPO DE MUESTRA

Se realizó un muestreo por conglomerado en todas las mujeres que acudían a consulta externa de la clínica de Chalco Issemym seleccionando un total de 140 mujeres que cumplían con los criterios.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se obtuvo la información mediante la cédula de violencia de género de Unifem y el cuestionario de datos socio demográfico recopilando: Edad, escolaridad, ocupación, tiempo de noviazgo, cómo consideran su relación actual, preguntas sobre violencia sexual.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Dentro de las instalaciones de la clínica de consulta externa Chalco se les invito a mujeres que acudían a consulta y estaban en la sala de espera a participar en el estudio de investigación de forma individualizada, las que aceptaron se les dio a firmar primero la hoja de consentimiento informado y posteriormente se les aplico el cuestionario de datos socio demográficos y las preguntas referentes a violencia sexual de Unifem, para posteriormente realizar la selección de cuestionarios de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, para vaciar la información en el programa de Microsoft Excel.

PRUEBA PILOTO

Para efectos de la presente investigación no fue necesario realizar prueba piloto ya que es una investigación de tipo descriptiva.

RECURSOS HUMANOS

Para la realización de este estudio se necesitó:

- ✓ Investigador principal.
- ✓ Una licenciada en psicología.
- ✓ Un médico familiar.
- ✓ Una enfermera.
- ✓ Una persona de archivo clínico.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Una computadora.
- ✓ 500 juegos de copias de consentimiento informado, cuestionario de datos socio demográficos y violencia sexual.
- ✓ 150 sobres amarillos tamaño carta.
- ✓ Hojas blancas tamaño carta.
- ✓ Lápices, bolígrafos.
- ✓ Instalaciones de la Clínica de Consulta Externa Chalco.

RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros corrieron a cargo del investigador principal.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Toda vez que se obtienen los datos almacenados en el programa señalado, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentajes y frecuencias) y de tendencia central (media). La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.
10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos

en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador,

beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento

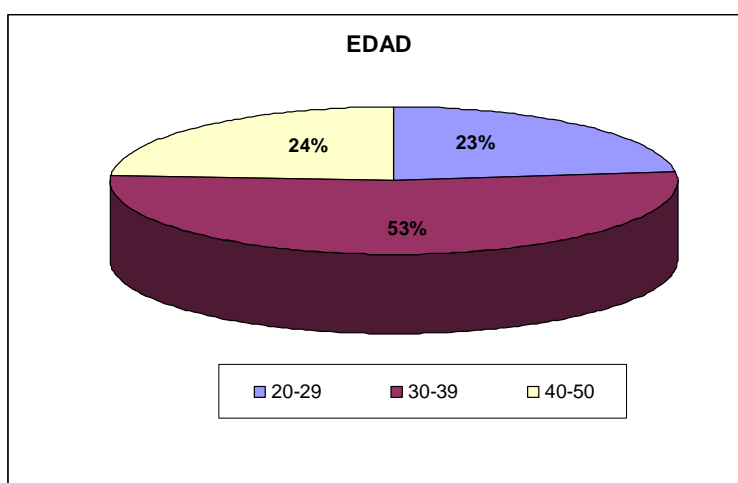
informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta declaración no deben ser aceptados para su publicación.

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó un total de 140 mujeres las cuales estaban casadas o vivían en unión libre, se encontró que la edad de las entrevistadas de acuerdo a los intervalos de 20 a 29 años era del 23% (32 mujeres), de 30 a 39 años en el 53% (75 mujeres) y de 40 a 50 años el 24% (33 mujeres) restante. (Gráfica 1)

GRÁFICA 1. EDAD EN INTERVALOS



FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

De este total, se observó que el 41% se dedica al hogar, 1% a otra actividad no económica, mientras que el 27% son empleadas de alguna dependencia del gobierno del Estado de México, y el 26% son profesoras, principalmente, otro 5% son de otras profesiones u oficios, es decir el 58% son económicamente activas. (Tabla 1)

La escolaridad que se encontró en estas pacientes fue licenciatura en un 36%, seguido de secundaria con el 28%, empatando con preparatoria o equivalente (carrera técnica). (Tabla 1)

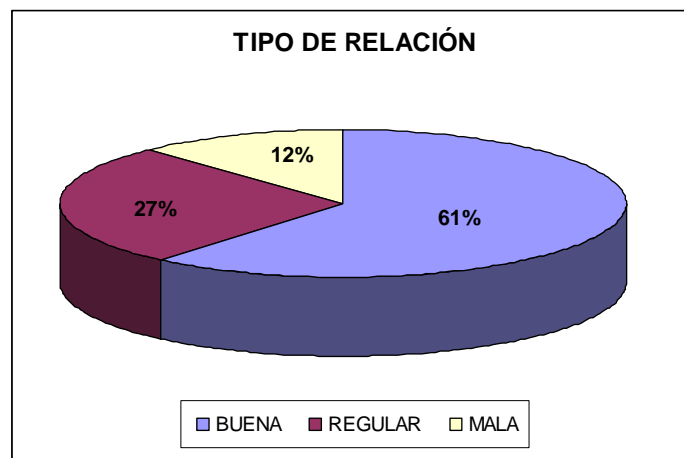
TABLA 1: ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN DE PACIENTES

OCUPACIÓN	TOTAL	ESCOLARIDAD	TOTAL
HOGAR	41% (57)	PRIMARIA	6% (8)
EMPLEADA	27% (38)	SECUNDARIA	28% (39)
PROFESORA	26% (37)	PREPARATORIA	10% (14)
OTRAS PROFESIONES	4% (6)	TÉCNICA	18% (25)
COMERCIANTE	1% (1)	LICENCIATURA	36% (51)
ESTUDIANTE	1% (1)	MAESTRIA	1.3% (2)
		ANALFABETA	0.7% (1)

FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Con respecto a cómo consideran actualmente su relación, el 61% (86 mujeres) respondió que era buena, el 27% (37 mujeres) regular y el 12% (17 mujeres) que era mala. (Gráfica 2)

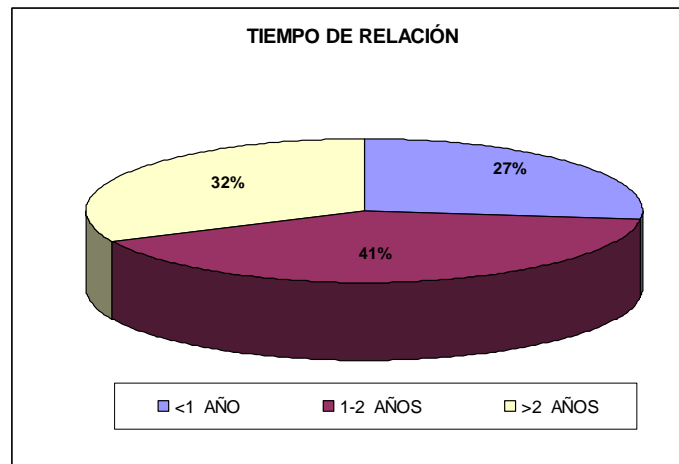
GRÁFICA 2. TIPO DE RELACIÓN CONYUGAL



FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

El tiempo que duraron como novios antes de casarse o decidir vivir juntos fue; menos de 1 año el 27% (38 mujeres), de uno a dos años el 41% (57 mujeres) y más de 2 años el 32% (45 mujeres). (Gráfica 3)

GRÁFICA 3. TIEMPO DE NOVIAZGO



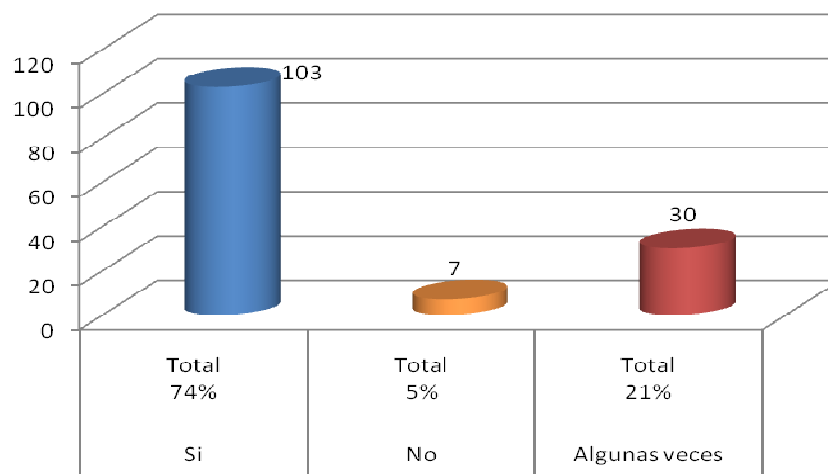
FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

En cuanto a si han presentado violencia conyugal el 18.5% (26 mujeres) contestó que es o ha sido víctima de violencia sexual, de este porcentaje el 6.2%(9 mujeres) mencionó ser víctima de este tipo de violencia, mientras el 12.3% (17 mujeres) restante mencionó haber sufrido alguna vez este tipo de violencia.

Las preguntas que se realizaron sobre la forma de violencia sexual conyugal que han recibido estas mujeres, arrojó:

1.- Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja, ¿es por qué lo desea? El 74%(103 mujeres) contestó que sí, el 5%(7 mujeres) no, y el 21%(30 mujeres) algunas veces. (Gráfica 4)

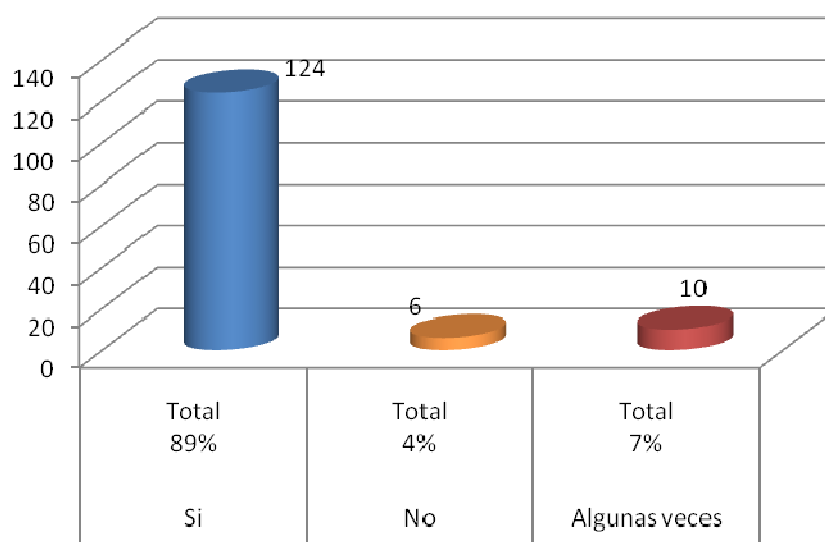
GRÁFICA 4. SE TIENEN RELACIONES SEXUALES CUANDO SE DESEAN



FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA

2.- ¿Su pareja respeta su cuerpo? El 89% (124 mujeres) respondió que sí; el 4% (6 mujeres) que no y el 7% (10 mujeres) algunas veces. (Gráfica 5)

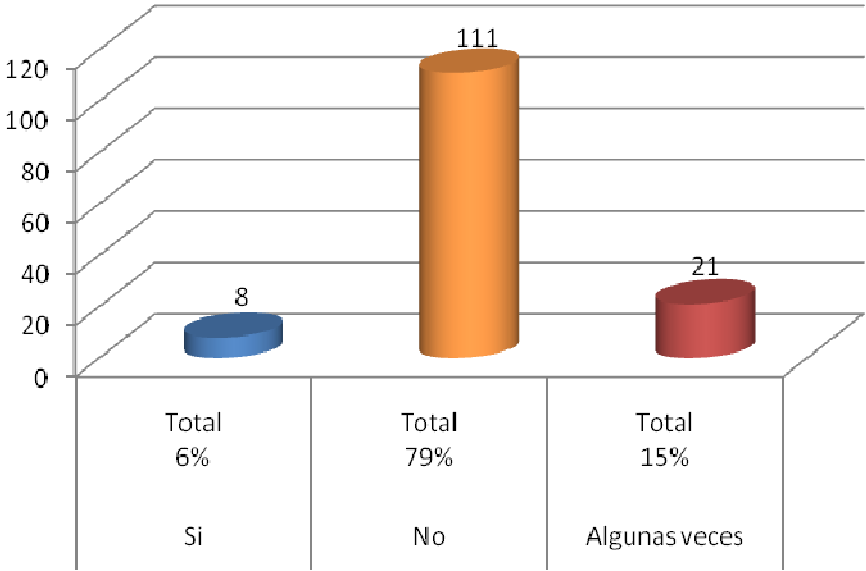
GRÁFICA 5. SU PAREJA RESPETA SU CUERPO



FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA

3.- ¿Su pareja la toca sin su consentimiento aún estando dormida? Si el 6% (8 mujeres); no el 79% (111 mujeres); algunas veces el 15% (21 mujeres). (Gráfica 6)

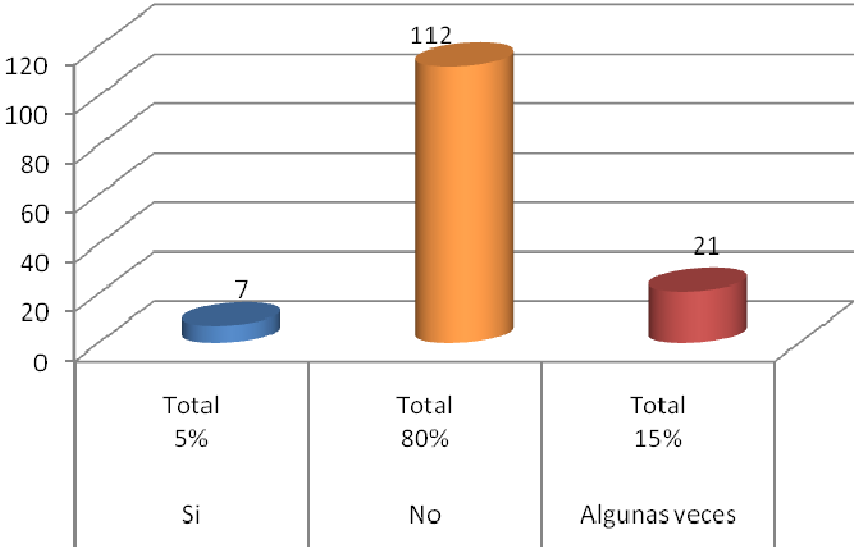
GRÁFICA 6. SU PAREJA LA TOCA SIN SU CONSENTIMIENTO



FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA

4.- Después de tener relaciones sexuales se siente culpable, sucia, utilizada, enojada, etc. El 5% (7 mujeres) contestó que sí; no el 80% (112 mujeres) y algunas veces el 15% (21 mujeres). (Gráfica 7)

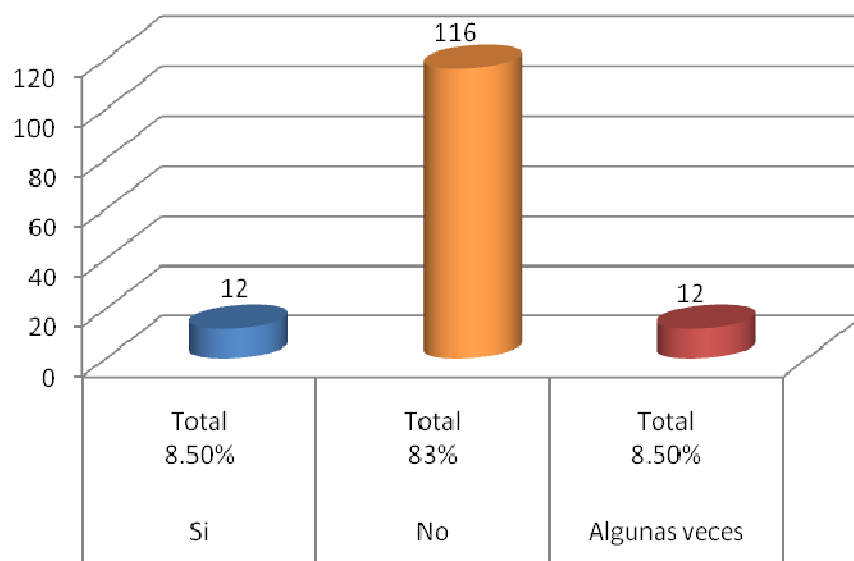
GRÁFICA 7. DESPUÉS DE TENER RELACIONES SEXUALES SE SIENTE CULPABLE, SUCIA, UTILIZADA ENOJADA, ETC



FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA

5.- ¿Le han obligado a realizar cosas que no le gustan en el ámbito sexual?
Si el 8.5% (12 mujeres), no el 83% (116 mujeres), algunas veces el 8.5% (12 mujeres).
 (Gráfica 8)

GRÁFICA 8. LE HAN OBLIGADO A REALIZAR COSAS QUE NO LE GUSTAN EN EL ÁMBITO SEXUAL



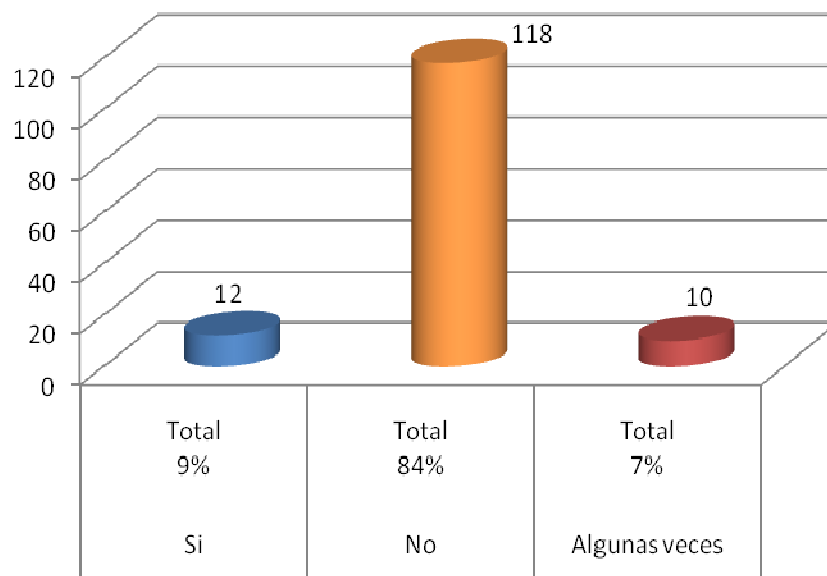
FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA

6.- ¿Sino accede a tener relaciones sexuales con su pareja, esté la insulta?

Si el 9% (12 mujeres), no el 84% (118 mujeres), algunas veces el 7% (10 mujeres).

(Gráfica 9)

GRÁFICA 9. SI NO ACCEDE A TENER RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA,
ÉSTE LA INSULTA



FUENTE: CÉDULA DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA

DISCUSIÓN

La violencia sexual ha sido y sigue siendo un problema social que afecta de manera importante la salud de la víctima; la influencia de varios factores socioculturales no ha permitido medir en forma adecuada el grado de violencia en nuestra sociedad ¹⁴, en este caso el presente estudio no quedó al margen de dichas aseveraciones ya que pudo haber un sesgo importante debido al hermetismo que existe al hablar de un tema que a su vez puede ser controversial como lo es la violencia sexual, durante la aplicación de las encuestas hubo pacientes que a pesar de haber firmado el consentimiento informado y aceptado la aplicación del cuestionario, no respondieron a las preguntas de violencia sexual por lo que se tuvo que eliminar según los criterios establecidos.

Las diferentes encuestas realizadas por el ENDIREH - Inegi en los últimos años, reportan que la violencia sexual en mujeres casadas o que viven en unión libre, presentaban un 7.8% y 6% a nivel nacional, en el 2003 y 2006 respectivamente. Otro estudio del Instituto Nacional de Salud Pública 2005, reveló presencia de la violencia sexual conyugal en un 7%. ^{5, 20, 21}

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006, reporta que el Estado de México ocupó el 3er lugar en este tipo de violencia a nivel nacional, con un 11%, debajo de los Estados de Jalisco y Colima. Además se maneja que la edad más frecuente la abarca el intervalo de 15 a 49 años, disminuyendo el porcentaje de acuerdo al incremento de edad. En cuanto a su ocupación, este estudio estima que 54.6% de las mujeres son económicamente activas y han sufrido al menos un incidente de violencia por parte de su pareja, y el 52.2% se dedican a los quehaceres del hogar; y en lo que respecta a su escolaridad se encontró que la prevalencia de violencia es menor cuando existe mayor grado de estudios y viceversa. ⁴

En este estudio, la frecuencia de la violencia sexual en mujeres, fue del 18.5% en total; de este grupo, el 6.2% acepto ser víctima de violencia sexual y otro 12.3% mencionó que alguna vez fue víctima de este tipo de violencia por parte de su cónyuge. Este porcentaje que se obtuvo resulto alto, comparado con estudios previos realizados a nivel nacional y estatal, aunque solo refleje parte de una localidad del Estado de México.

Por otra parte, se observó que el intervalo de edad correspondiente a 30 - 39 años es la más frecuente en este tipo de violencia con un 56.3%, siguiéndole el intervalo de 40 - 50 años 22.6% y al último el de 20 - 29 años con un 21.1%, por lo que se percibe, que a más edad no significa que haya menos violencia.

En cuanto a la ocupación, en este estudio, la más afectada, fue la económicamente activa con un 58%, el hogar con un 41% y el 1% restante estudiante; coincidiendo con la ENDIREH 2006. Por lo que se puede suponer que la independencia económica de las mujeres es un importante apoyo que puede brindarles a ellas la posibilidad de alejarse de una relación violenta; sin embargo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral es a su vez un proceso que agudiza este tipo de relaciones.

La escolaridad que se encontró en estas mujeres, es licenciatura o posgrado en primer lugar con un 37% seguido por secundaria y preparatoria o equivalente (técnica) con un 28% para cada uno y el último lugar fue para primaria o menos escolaridad con un 7%. Esto puede demostrar que el nivel educativo de las mujeres no tiene relación directa con el maltrato por parte de su esposo o pareja, es decir, no existe un patrón definido respecto a la escolaridad de las mujeres que sufren violencia, pues ésta se produce en parejas de todos los niveles educativos.

Además, en este estudio, las mujeres consideran su relación como; regular en un 42.2%, buena el 35.2% y mala el 22.6% y el tiempo que duraron de noviazgo antes

de casarse y/o juntarse fue en un 38% menos de un año, el 35.2% de 1 a 2 años y el 26.8% más de 2 años. Cabe mencionar que la mayoría de las mujeres que contestó tener una mala relación duro menos de un año de noviazgo y las que contestaron como regular duro de 1-2 años de noviazgo, por lo que se puede considerar que entre más tiempo se conozcan en la etapa de noviazgo existe la posibilidad de sufrir menos violencia conyugal, esto se tendría que comprobar en futuros estudios.

Por último es importante mencionar que la violencia de pareja sigue constituyendo un tabú social y cultural, desafortunadamente, hoy en día las estructuras sociales todavía desalientan o impiden la denuncia de hechos violentos que ocurren dentro de una relación de pareja. No acuden ante alguna autoridad para denunciar por miedo, debido a sus hijos, amenazas de su pareja, por vergüenza, para que su familia no se entere o no confían en las autoridades, lo que impide ver realmente la magnitud de este problema.³

CONCLUSIONES

Los resultados que arrojó este estudio sobre la frecuencia de violencia sexual conyugal en mujeres que asisten a la Clínica de Consulta Externa Chalco fue del 18.5% en total; de este el 12.3% mencionó que alguna vez en su vida marital ha sido víctima de violencia sexual y el 6.2% aceptó ser víctima de este tipo de violencia, este porcentaje se mostro alto, comparado con datos que se obtuvieron en otros estudios donde reportan la frecuencia entre 7.8 y 6% a nivel nacional y en un 11% a nivel estatal. Otros datos obtenidos en este estudio mostraron que las mujeres entre 30 - 39 años de edad son las más perjudicadas en este tipo de violencia con un 56.3%, la escolaridad con mayor porcentaje fue la licenciatura o posgrado con un 37% y un 58% son económicamente activas, en cuanto a su relación de pareja la calificaron como regular 42.2%, en primer lugar y el tiempo que duraron de noviazgo antes de casarse o juntarse fue menos de un año con un 38%. Es importante señalar que estos resultados, solo representan parte de una localidad donde la población estudiada cuenta con servicio médico por trabajar en dependencias gubernamentales del Estado de México y que la mayoría de derechohabientes lo constituyen policías, profesores y sus respectivos familiares, por lo que sería interesante realizar posteriormente otra investigación para saber si el tipo de derechohabientes, la zona geográfica, influyen en dichos resultados.

Lo anterior demuestra el cumplimiento de los objetivos de este estudio porque se pudo determinar la frecuencia de violencia sexual conyugal en mujeres, y nos permitió ver algunas características de éstas.

Con estos antecedentes y para tratar de evitar este tipo de violencia, se propone trabajar con la familia, que es la base fundamental de los valores y normas sociales que establecen las pautas de comportamiento femenino, y que a su vez, se reproducen y transmiten en el ámbito familiar (entre otros).

También es importante reeducar a la pareja, mediante terapia de pareja, observar si existe resiliencia de la mujer para continuar un seguimiento y una asistencia

multidisciplinaria si lo requiere. Asimismo, se propone iniciar con una educación sexual dirigida a los hijos, de acuerdo a la etapa del ciclo de vida que tenga en ese momento, cambiar el concepto de lo que cree que es la autoestima, pues está influye para que se de este tipo de violencia cuando se tiene una estructura familiar mal fundamentada, por lo que la persona no solo debe quererse así mismo, debe tener además una consideración de respeto y dignidad personal.

Como médico familiar es fundamental ver al paciente como un ser bio – psico - social, para detectar los factores de riesgo, y poder proporcionar un manejo multidisciplinario con otras áreas de la salud, evitando complicaciones que a futuro repercuten en la salud del paciente, también es importante la educación para la salud, encaminada a modificar comportamientos, cuidando la salud individual, familiar y colectiva, fomentando estilos de vida sanos.

Por último es primordial, recalcar que la sexualidad humana constituye el origen del vínculo más profundo entre los seres humanos y de su realización efectiva depende el bienestar de las personas, las parejas, la familia y la sociedad. Es por tanto su patrimonio más importante y su respeto debe ser promovido por todos los medios posibles. Como lo menciona la Declaración de los Derechos Sexuales del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eguiluz L.L, El baile de la pareja. Carena J. C, Sutich O. F, editores. Psicología de la pareja humana y construcción de la familia. 1era ed. México: Pax México; 2007. p. 57-77.
2. Gottman J. M, Silver N., Siete reglas de oro para vivir en pareja. 1era reimp. México: De bolsillo; 2005
3. Agoff C., Rajsbaum A., Herrera C. “Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México” Salud Pública México vol.48 suppl.2 Cuernavaca 2006
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2008. Panorama de violencia contra las mujeres ENDIREH 2006 Estado de México. Recuperado de:
http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudio/sociodemografico/mujeresrural/2007/ENDIREH_edomex.pdf
5. Instituto Nacional de las Mujeres México, agosto 2006. Violencia Sexual contra las mujeres en el seno de la pareja conviviente. Recuperado de
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100790.pdf
6. Defensoría del pueblo, serie femenina No.1. Violencia intrafamiliar en contra de la mujer. Recuperado de
<http://www.angelfire.com/folk/violenciamujer/definiciones.htm>.
7. OMS (Organización Mundial de la Salud) 2005. Violencia Sexual. Recuperado de:
<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/index.html>
8. Ricardo Carmen Manrique 2008. Acerca del abuso y violencia sexual. Recuperado de
<http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/abuso.html>
9. Foro de consulta popular sobre delitos sexuales LIV legislatura. 1989. Recuperado de
<http://www.monografias.com/trabajo13/tescrim/tescrim.5html>

10. Soler, E., Barreto, P. y González R. (2005) "Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual". Rev. Psicothema. Vol. 17, nº 2, pp. 267-274.
11. Amor P. J., Bohórquez I. A. "Mujeres Víctimas de Maltrato Domestico"
Recuperado de:
<http://www.institutodevictimologia.com/Formacion13e.pdf>
12. Castillo-Manzano R.M., Arankowsky-Sandoval G. (2008) "Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles" Rev. Biomédica vol. 19 pp.128-136.
13. TRASTORNOS DEPRESIVOS. Tomado de la Secretaria de Salud (2002) Programa de Acción: Salud Mental. Depresión. México. Recuperado;
http://sesver.ssaver.gob.mx/portal/page?_pageid=933,11014671&_dad=portal&_schema=PORTAL
14. Ramos-Lira, L., María Teresa Saltijeral-Méndez M. T., Romero-Mendoza M., Caballero-Gutiérrez M. A., Martínez-Vélez N.A. (mayo-junio, 2001) "Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud". Rev. Salud pública de México / vol.43, no.3, pág. 182-191.
15. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR. Fecha de publicación: 8 de Marzo de 2000
16. Díaz G. G., Valle C. L., Terán F. C & Aranda P. A. PAC MF-1, Libro 3 contenido violencia familiar. México: Intersistemas; 2001. P 30-32.
17. [Vizcarra L. M., B. Cortés M. J., Bustos M. L., Alarcón E. M., Muñoz N. S.,](#) (diciembre 2001) "Violencia conyugal en la ciudad de Temuco: Un estudio de prevalencia y factores asociados". Revista médica de Chile vol. 129 num12. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001001200006&script=sci_arttext
18. DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES. Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la WAS: World Association for Sexual Health. Recuperado de:

http://www.worldsexology.org/esp/about_sexualrights_span.asp

19. Herrera C.; Agoff C. (noviembre, 2006). Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. *Cadernos de Saúde Pública* vol.22 no.11 Rio de Janeiro
20. Lovera López S. (Octubre 2007) “Alarmante incremento de violencia contra mujeres”. *Revista Proceso*. Recuperado de:
www.proceso.com.mx/noticia.html?sec=0&nta=54494
21. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2008). Comisión de equidad y género. Cámara de Diputados. LX Legislatura. Agosto 2006. Dirección de Estadística (estadística@inmujeres.gob.mx)

ANEXOS:

1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.- CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA.

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por este conducto, declaro que se me ha informado que los siguientes cuestionarios que a continuación realizaré son para un estudio de investigación sobre la relación de pareja, de la especialidad de medicina familiar que está llevando la Dra. Ávila Nicolás María del Rosario, y acepto realizarlos, autorizando que su información se utilice con fines estadísticos y en cualquier nivel de aprendizaje médico, bajo las normas bioéticas establecidas. De igual manera sé y comprendo que por escrito, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

Nombre: _____

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO.

CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

NOMBRE _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
RELIGIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____

Favor de contestar honestamente las siguientes preguntas la respuesta que creas conveniente según sea tu caso:

1. ¿Cuánto tiempo convivió con su pareja antes de casarse o juntarse?
a.- Menos de 1 año b.- De 1 año a 2 años c.- Más de 2 años
2. ¿Cómo considera su relación de pareja?
a.- Buena b.- Mala c.- Regular
3. Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja, ¿Es por qué lo deseas?
a.- Si b.- No c.- Algunas veces
4. ¿Tu pareja respeta tu cuerpo?
a.- Si b.- No c.- Algunas veces
5. ¿Tu pareja te toca sin tu consentimiento aun estando dormida?
a.- Si b.- No c.- Algunas veces
6. ¿Después de tener relaciones sexuales te sientes culpable, sucia, utilizada, enojada, etc.?
a.- Si b.- No c.- Algunas veces
7. ¿Te han obligado a realizar cosas que no te gustan en el ámbito sexual?
a.- Si b.- No c.- Algunas veces
8. ¿Sino accedes a tener relaciones sexuales con tu pareja, éste te insulta?
a.- Si b.- No c.- Algunas veces