

11228 2
20



CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

Dirección General de Servicios de Salud del

Departamento del Distrito Federal

Dirección de Enseñanza e Investigación

Subdirección de Enseñanza

Departamento de Posgrado

Curso Universitario de Especialización en:

MEDICINA LEGAL

SINDROME DEL CONYUGE MALTRATADO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Trabajo de Investigación Clínica

Para obtener el Título de

ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

p r e s e n t a

DR. IGNACIO TAPIA TINAJERO

Director de Tesis: Dr. Guillermo Ramírez Covarrubias

México, D. F.

Febrero 1992



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 está 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.

I N D I C E

I)	RESUMEN	1
II)	INTRODUCCION	2
III)	MATERIAL Y METODO	8
IV)	RESULTADOS	9
V)	DISCUSION	50
VI)	CONCLUSIONES	58
VII)	PROPUESTAS	61
VIII)	BIBLIOGRAFIA	63

R E S U M E N

En el presente trabajo de investigación, se estudiaron a ciento veinte pacientes, las cuales acudieron al servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" dependiente de la D.G.S.S. D.D.F., con el antecedente de haber sido agredidas por su conyuge en forma repetida. Las pacientes acudieron por sí solas o fueron referidas por las agencias del Ministerio Público, para su atención médica y diagnóstico médico legal, con su correspondiente certificación de lesiones. En el periodo comprendido entre el primero de diciembre de 1990 al 31 de diciembre de 1991. Más del noventa por ciento de las mujeres se encontraban en la etapa de la edad reproductiva, treinta y un pacientes cohabitan en unión libre y el resto bajo matrimonio civil, religiso o mixto. La mitad de las pacientes estudiadas provenian del medio socioeconomico bajo y se dedicaban a las tareas del hogar. Un poco más del ochenta por ciento, la agresion de la mujer se presento en el hogar, y la mitad de los conyuges agresores, se encontraban bajo los efectos del alcohol, en el momento que ocurrio la agresión. Blanco más frecuente lesionado, fue la cabeza en la mayoría de los casos. Aunque en el sesenta y seis por ciento de los casos las lesiones no fueron de consideración, y se clasificaron como lesiones que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de quince días. En las tres cuartas partes de las pacientes (90 casos), refirieron que ejercerian acción legal contra su conyuge. Estos son algunos variables que se estudiaron para lograr obtener el perfil de la mujer maltratada en nuestro medio, basados en los criterios descriptivos de Gayfor, y complementados con otros autores, la constitución más completa del síndrome.

INTRODUCCION

El maltrato a la mujer es un problema tan viejo como la humanidad misma. Aunque este problema ha existido desde tiempos inmemoriales, la mayoría de las culturas y sociedades poco han hecho para brindar ayuda a las desafortunadas mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar originada por su cónyuge. (6)

Las subcategorías de violencia intrafamiliar incluyen: Síndrome del Niño Maltratado, Síndrome del Anciano Maltratado y al Síndrome del Cónyuge Maltratado o cualquier tipo de violencia interpersonal entre algunos de los miembros de la familia. (2)

Existe evidencia de este problema desde hace tres mil años, aportados por estudios paleontopatológicos, los cuales se realizaron en restos humanos momificados y reportaron una incidencia de fracturas del 30 al 50 % en sujetos del sexo femenino, las cuales comparadas con el 9 al 20 % en el grupo del sexo masculino. Este tipo de fracturas del grupo del sexo femenino, fueron principalmente en cráneo y que por su características se concluyó que fueron realizadas por violencia personal y no por ataque guerrero. (3)

En la cultura Romana hacia el año 753 A.C., la mujer casada era propiedad inseparable del hombre, el cual tenía la autoridad y libertad de castigar a su compañera, lo cual era un beneficio que le ofrecía la ley. (7)

Blackstone en 1763 explicaba "...que el hombre podría tener el poder de castigar a su esposa dentro de su hogar". No fué si no hasta el siglo pasado que en los Estados Unidos de Norteamérica, por primera vez a la mujer se le otorgaron algunos derechos, los cuales le permiten tener la capacidad de defenderse de las agresiones que era víctima en el seno familiar. (7)

Fué hasta la década de los 60s cuando por primera vez se publicó en la literatura médica un artículo sobre este problema, lo cual provocó la inquietud de continuar las investigaciones sobre el tema. Esto salió a la luz en la revista Journal of Marriage and Family, y se basaba principalmente sobre la violencia intrafamiliar y en forma implícita el maltrato a la mujer. (3)

Durante el año de 1971 se realiza una edición especial de esta revista, donde se trataba exclusivamente el tema de Violencia Familiar y tocando con mayor énfasis el maltrato conyugal. Con esta publicación y aunado el movimiento de la llamada "Liberación Femenina" se le da importancia al tema que le hacia falta, dando un gran impulso para el inicio de nuevas investigaciones.

Al Doctor Gayfor se le considera como pionero en relación a este tema y que en 1975 publica un artículo donde aporta las características especiales de las víctimas de maltrato y le dá el nombre de Síndrome del Cónyuge Maltratado.

Gayfor refiere que el término de Cónyuge Maltratado puede ser reservado para la mujer, la cual esta sujeta a lesión física demostrable y de forma deliberada así como repetitiva (más de 3 ocasiones), por el marido. (6)

El ataque usualmente no es premeditado y no va encaminado en primera instancia a causar lesiones graves. En algunos artículos solo reportan 7% de lesiones letales.

La Doctora Barbara Parker define a este problema como el conjunto de signos y síntomas de violencia sobre la mujer, la cual se ha presentado en varias ocasiones anteriores y recientes, que es en forma deliberada llevada a cabo por el marido y puede ser de consecuencias mínimas o graves.

Los anteriores trabajos no habían tomado en cuenta el aspecto psicológico de la mujer o sus consecuencias, fué hasta que Swanson hace la consideración pertinente y menciona que se presenta alteración psicológica en todos los casos, independientemente de maltrato físico del cual se acompaña la mayoría de los casos.

Por lo antes mencionado el Síndrome puede ser definido como: Conjunto de signos y síntomas originados por el maltrato psicológico, físico o abuso sexual que presenta la mujer ocasionado por su cónyuge y que es en forma deliberada y repetitiva (más de 3 ocasiones), y el resultado puede ser lesiones leves o letales.

En relación al maltrato físico, los hallazgos que se encuentran en forma constante son: lesiones de diferente etiología o mecanismo, pueden ser múltiples y se observan en diferentes etapas o estadios cronológicos de sanidad. Más el 50% de la víctimas presentan lesiones localizadas en cabeza, cara, cuello y los miembros superiores. En mujeres embarazadas la región antómica más frecuentemente lesionada es el abdómen y glándulas mamarias. Mientras que el objeto o instrumento más utilizado durante la agresión es la mano del cónyuge, esta puede ser utilizada en forma abierta o cerrada (puño), aunque en la tercera parte de las víctimas se observan lesiones por puntapie. (3)

También las mujeres acuden por atención médica no solo inmediatamente posterior al ataque, si no que acuden mucho tiempo después por problemas como por ejemplo: cefalalgias, dolor torácico, dolor dorsal, problemas para la ventilación, insomnio o constante nerviosismo. Estas alteraciones las estudiaron Bergman y colaboradores, y la refieren como una reacción psicofisiológica a la violencia, presentándose casi en forma constante en las mujeres maltratadas. (8)

Otro factor de suma importancia y que se asocia frecuentemente a este problema y que es reportado en los estudios publicados en la literatura médica, es el uso de alcohol por el cónyuge. Algunos autores mencionan hasta un 90% la asociación de la intoxicación alcohólica con el maltrato a la mujer. Otros reportan que en un 70% de los casos, se presentó ingestión previa de bebidas alcohólicas a la agresión. Y que de un 60 a 72 % los cónyuges agresores tienen problemas de consumo de alcohol. (9)

En México el Dr. Guillermo Ramírez Covarrubias publicó un artículo sobre el Síndrome del Anciano Maltratado, y donde hace mención sobre la violencia intrafamiliar y toca también el tema de la mujer maltratada (Mayo de 1982). Considerando a estas agresiones como una patología social de nuestro medio. Sugiriendo la realización de estudios de investigaciones desde el punto de vista médico sobre estas entidades. (1)

En nuestro medio se reportan algunos datos publicados por la Secretaría de Salud en el año de 1990, en un trabajo del programa de cobertura nacional llamado "Mujer, Salud y Desarrollo", donde refieren números obtenidos por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal sobre la violencia familiar hacia las mujeres. Donde el 61.15% de las mujeres son maltratadas físicamente por sus maridos o concubinos, los cuales en el 88.15% son empleados y bebedores habituales. La investigación realizada

en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal, mostró que la mayor incidencia se detectó en las de Coyoacán y Alvaro Obregón. Y que el 73% de los casos la agresión se produce entre las 19:00 horas y las 6:00 horas de la mañana siguiente.

Son algunos números de mayor interés, que son recientes y son obtenidos de nuestro medio, los cuales se acercan con mucho a la cifras estimadas por la Organización Panamericana de la Salud para 1990, que son del 80% de las mujeres que viven en unión conyugal son víctimas de maltrato. Estas cifras son similares a las estimadas para otros países de América del Sur. (5)

Una vez entrando al aspecto social del problema podremos mencionar que el Síndrome no es característico de alguna clase socioeconómica determinada, pero se ha observado con mayor frecuencia en las clases bajas, en las cuales se suma el analfabetismo, nivel escolar bajo, nivel de cultura mínimo, problemas económicos, aislamiento, desempleo, los cuales pueden predisponer a la violencia intrafamiliar.

Los países que le han dado su importancia a este problema social son principalmente los Estados Unidos de Norteamérica y el Reino Unido, otros con nuevo empuje son Canadá y algunos otros países europeos. Los cuales tienen grandes avances no solo desde el punto de vista médico, si no también social y jurídico, y su atención del problema es de manera integral.

A manera de resumen, los factores que se presentan en este Síndrome, no están en función de la raza, edad, religión, educación, nivel cultural o social ya que como se menciona anteriormente todas las mujeres son potencialmente víctimas de la violencia intrafamiliar.

Como anteriormente se mencionó, durante la última década la violencia familiar y principalmente el maltrato a la mujer por parte de su cónyuge, ha tenido un incremento considerable y que puede ser reconocida por algunos autores como una "enfermedad compleja" la cual constituye un gran problema desde distintos puntos de vista, la cual va en contra de los derechos humanos universales. Y este tipo especial de violencia es practicado a diario en nuestras sociedades.

La magnitud y la trascendencia del problema se ha venido mencionando durante los puntos anteriores tanto en el extranjero como en nuestro país, ya que en promedio se presenta alrededor del 60% de las mujeres que viven en unión conyugal, dando como resultados problemas médicos individuales, en los miembros de la familia y consecuencias sociales, ya que se presenta disolución del núcleo familiar y con ello problemas sociales graves, ya que está es el pilar fundamental de la sociedad.

Se conoce y se tiene presente el problema de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales en forma repetitiva en el seno de su hogar, pero poco o nada se conoce del perfil tanto de la víctima como del victimario. Ya que actualmente se considera como una entidad nosológica bien descrita y fundamentada desde el punto de vista médico. Por lo que es necesario conocer como esta compuesto este Síndrome y los factores precipitantes, predisponentes y acompañantes, así como de las consecuencias tanto individuales, familiares y sociales que trae consigo el maltrato a la mujer.

MATERIAL Y METODO

El trabajo de investigación se llevo a cabo en el Hospital General "Dr. Rubén Leñero", dependiente de la Dirección General del Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. Donde se estudiaron a ciento veinte pacientes del sexo femenino que se presentaron al servicio de Urgencias de esta Unidad Hospitalaria, ya sea referidas de alguna Agencia Investigadora del Ministerio Público o que se presentaron por si solas. Para atención médica y expedición de certificado médico legal de lesiones.

Todas ellas con el antecedente de haber sido agredidas por su cónyuge de forma deliberada y repetitiva. Se les práctico el exámen médico, clínico correspondiente, y las que requerían exámenes complementarios, como laboratorio y gabinete se les practicaron. Para afinar el Diagnóstico Médico-Legal.

Se les práctico un cuestionario específico, donde investigaron las variables que integran el síndrome. En el periodo comprendido del primero de Diciembre de 1990, al treinta y uno de Diciembre de 1991.

RESULTADOS

DATOS DE LA MUJER VICTIMA DEL MALTRATO

De acuerdo a las características de la investigación, se obtuvieron ciento veinte casos de mujeres víctimas de maltrato por parte de sus cónyuges, las cuales fueron atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" de la D.G.S.S. D.D.F.

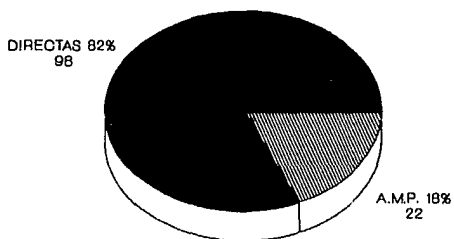
La mayoría de estas mujeres acudieron en forma directa al hospital, ya sea por sus medios o traídas por ambulancias, estas fueron en 98 casos. Y en 22 casos fueron enviadas de alguna Agencia Investigadora del Ministerio Público, para su atención médica y clasificación médico legal de lesiones. (Gráfica 1)

De las mujeres, observamos que la gran mayoría se encontraba en la etapa reproductiva que fue el 96.6 por ciento (116 casos). Y en relación al total el setenta y cuatro punto uno por ciento correspondió a mujeres menores de 29 años de edad. La mujer de menor edad en nuestro estudio fue de 17 años, y la de mayor edad de 56 años. (Gráfica 2, 3)

El estado civil de la mujeres estudiadas, fue el siguiente, 48 casos las mujeres se encontraban unidas por matrimonio civil solo dos por matrimonio religioso, y treinta y nueve casos con union civil y religiosa, lo que nos da un total de 89 casos (74.2 %), y cohabitación en Union Libre fueron 31 casos (25.8%). (Gráfica 4).

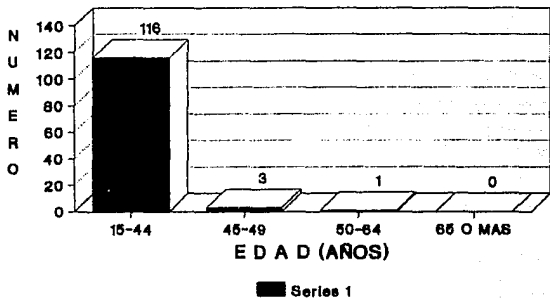
*** FUENTE DE INFORMACION DE
TABLAS,
GRAFICAS Y ESQUEMAS:
CUESTIONARIO
MARIXING-I
(APLICADO A LAS 120 PACIENTES
ENTREVISTADAS)**

120 CASOS DE MUJERES MALTRADAS



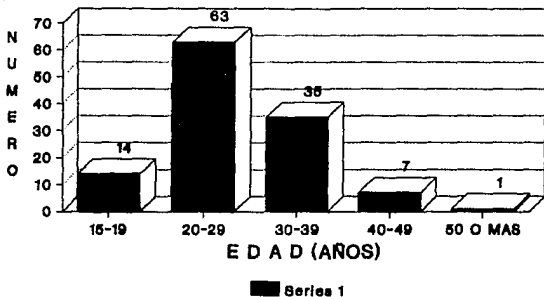
GRAFICA No. 1

GRUPOS DE EDAD DE LAS MUJERES MALTRATADAS



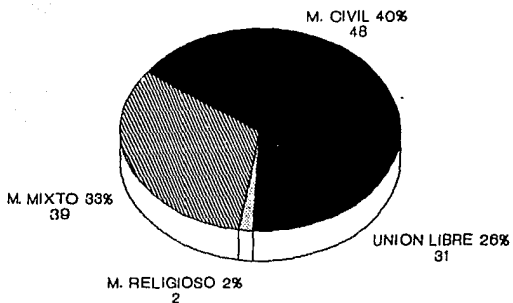
GRAFICA No. 2

GRUPO DE EDAD DE MUJERES MALTRATADAS



GRAFICA No. 3

ESTADO CIVIL



GRAFICA No. 4

El grado de escolaridad de las mujeres víctimas de maltrato fue de 62.1%, con estudios de primaria hasta secundaria completa. Las mujeres con una carrera técnica tipo comercio o secretariado, correspondió al 21.7%. Y solo ocho casos de mujeres profesionistas. No se observó ni una sola mujer analfabeta. (Gráfica 5 y Tabla 1).

La mitad de las mujeres de nuestra investigación, 72 casos provenían de un nivel socioeconómico bajo (50.0%), 50 mujeres de nivel socioeconómico medio (41.7%), y solo 10 mujeres del nivel socioeconómico alto (8.3%). Uniendo los dos primeros encontramos el 91.7%. (Gráfica 6)

La ocupación habitual de las mujeres estudiadas, en su mayoría correspondió al hogar (amas de casa), con 65 casos (54.1%). Las mujeres trabajadoras laborando en el ramo administrativo (secretarías, empleadas), fue del 20.9%. De las 8 profesionistas reportadas en el cuadro de escolaridad, solo tres de ellas ejercen su profesión, el resto se dedica a su hogar. (Tabla 2)

El número de hijos que presentaban las mujeres de nuestro estudio, fue de 103 mujeres (85.7%) que tenían hasta 3 hijos. En la siguiente tabla observaremos la distribución y el número de mujeres en relación con el número de hijos. La mujer con mayor número de hijos captada fue una mujer con 9 hijos. (Tabla 3)

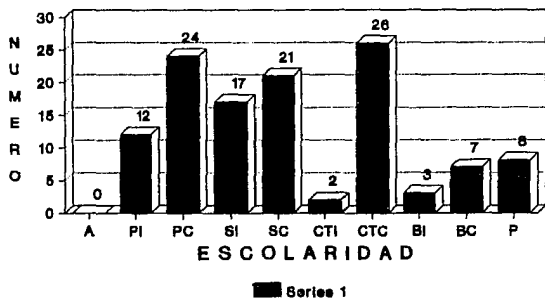
Del total de los casos estudiados, 88 mujeres pertenecían a una familia denominada como extensa (73.4%), y 32 casos (26.6%) pertenecientes a una familia nuclear. (Gráfica No. 7)

Un poco más de la mitad de los casos (67 casos), el 55.8%, tenía menos de cuatro años de unión conyugal. El resto se observa en la siguiente tabla. (Tabla No. 4)

Solo se encontraron 18 mujeres embarazadas (15.0%), las cuales presentaban datos de maltrato, y cuatro de ellas con lesiones en pared abdominal. (Gráfica No. 8)

MUJERES MALTRATADAS

GRADO DE ESCOLARIDAD

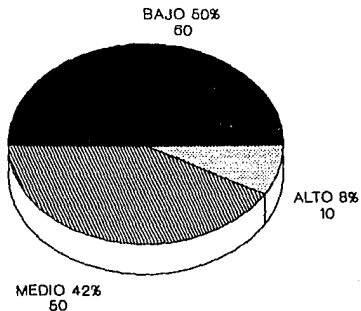


GRAFICA No. 5

TABLA No. 1

E S C O L A R I D A D	No.	%
ANALFABETAS	0	—
PRIMARIA INCOMPLETA	12	10.0
PRIMARIA COMPLETA	24	20.0
SECUNDARIA INCOMPLETA	17	14.5
SECUNDARIA COMPLETA	21	17.6
CARRERA TECNICA INCOMPLETA	2	1.7
CARRERA TECNICA COMPLETA	26	21.7
BACHILLERATO INCOMPLETO	3	2.5
BACHILLERARO COMPLETO	7	5.8
PROFESIONAL	8	6.2
T O T A L	120	100

NIVEL SOCIOECONOMICO



GRAFICA No. 6

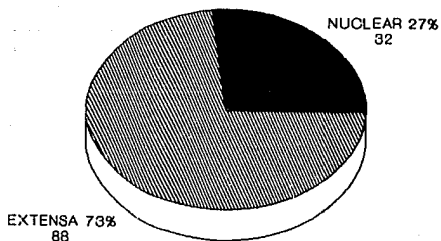
TABLA No. 2
OCCUPACION HABITUAL DE LAS
MUJERES MALTRATADAS.

O C U P A C I O N	No.	%
HOGAR	65	54.1
SUBEMPLEO	3	2.5
EMPLEADA DOMESTICA	7	5.9
COMERCIANTE	13	10.9
EMPLEADA	18	15.0
OBRAERA	3	2.5
ARTESANA	0	-
SECRETARIA EJECUTIVA	6	5.0
CARRERA TECNICA	2	1.6
PROFESIONISTA	3	2.5
T O T A L	120	100

TABLA No. 3
NUMERO DE HIJOS DE MUJERES
MALTRATADAS.

No. DE HIJOS	No.	%
0	13	10.8
1	37	30.8
2	33	27.6
3	20	16.6
4	7	5.8
5 O MAS	10	8.5
T O T A L	120	100.0

TIPO DE FAMILIA

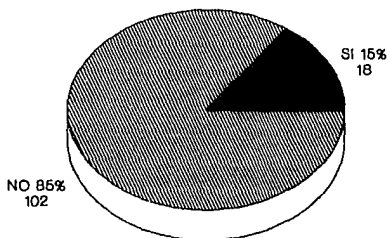


GRAFICA No. 7

TABLA No. 4
TIEMPO DE UNION CONYUGAL.

A Ñ O S	No.	%
1 - 4	67	55.8
5 - 9	24	20.0
10 - 14	14	11.6
15 - 19	11	9.1
20 - MAS	4	3.5
T O T A L	120	100.0

MUJERES EN ESTADO GRAVIDO



GRAFICA No. 8

Después de las 13:00 horas fue donde ocurrieron la mayoría de los hechos en las mujeres víctimas de maltrato, hasta las cero horas, y fueron 96 casos (80.0%), y el resto correspondió entre la 1:00 de la mañana y 12:00 horas del día. (Tabla 5)

De acuerdo a los criterios y clasificación del tipo de violencia, en 83 casos (69.2%) correspondieron a Agresión Física y verbal, y solo dos casos de violencia o abuso sexual, el cual se acompaña de ataque físico. En la siguiente tabla se presenta desglosado el número de casos y el tipo de violencia. (Tabla No. 7). En relación al sitio donde ocurran la lesión se presenta la siguiente (Tabla 6).

El 48% de las mujeres fueron agredidas por su cónyuge con la mano (abierta) o puño. En el 19.2% (23 casos) utilizaron algún objeto para lesionar acompañado o como único agente lesionante. En la siguiente tabla se observa específicamente los casos y el agente lesionante. (Tablas No. 8 y 9)

En más de la mitad de los casos la cabeza fue el blanco principal del agresor, y en orden de frecuencia los miembros torácicos. En el siguiente esquema se observa el sitio o región anatómica así como el porcentaje de frecuencia de lesión. (Esquema 1 y 2)

En treinta y siete casos (30.8%), las mujeres fueron acusadas por sus parejas conyugales de tener relaciones extramaritales, por tal motivo estas mujeres fueron agredidas. En todos los casos las mujeres negaron tener algún tipo de relación extramarital. En 46 casos el origen de la agresión fueron los problemas de tipo económico. Y en 7 casos el problema y la agresión se presentó por problemas en cuestiones de su relación sexual.

En la siguiente tabla observaremos las características del origen de la agresión y el número de mujeres para cada tipo. (Tabla No. 10)

TABLA No. 5
HORA EN QUE OCURRIO LA
AGRESION.

H O R A	No.	%
1 - 6	5	4.2
7 - 12	19	15.8
13 - 18	13	27.5
19 - 0	63	52.5
T O T A L	120	100

TABLA No. 7

T I P O	No.	%
VIOLENCIA FISICA	35	29.2
VIOLENCIA FISICA + VISUAL	83	69.2
VIOLENCIA FISICA + SEXUAL	2	1.2
T O T A L	120	100

TABLA No. 6
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL
MALTRATO.

S I T I O	No.	%
HOGAR	98	81.7
VIA PUBLICA	20	16.7
OTRO	2	1.6
T O T A L	120	100

* OCURRIÓ EN EL LUGAR DE TRABAJO.

TABLA No. 8

AGENTE LESIONANTE.

T I P O (UNICA)	No.	%
MANO ABIERTA	25	20
PUNO	34	28
PUNTA PIE	8	6
OBJETO CONTUNDENTE	5	4
OBJETO MIXTO	1	0.8
OTRO	3	2.5
SUBTOTAL	76	63.3

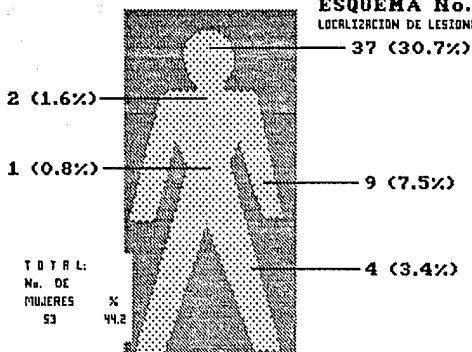
AGENTE (2)		
PUNO + PUNTA PIE	16	13.0
PUNO + MANO	7	5.8
PUNO + OBJETO CONTUNDENTE	7	5.8
PUNO + OTRO	4	3.0
PUNO + OBJETO CORTANTE	1	0.8
MANO + OBJETO CONTUNDENTE	2	1.6
SUBTOTAL	37	30.9

TABLA No. 9

AGENTE LESIONANTE

O B J E T O	No. DE CASOS
PALO	11
TUBO	2
CUCHILLO	1
BOTELLAS VIDRIO	3
CHAKOS	1
MARTILLO	1
CINTURON	1
MACANA	1
VASO	2
T O T A L	23

ESQUEMA No. 1
LOCALIZACION DE LESIONES



ESQUEMA No. 2

LOCALIZACION DE LESIONES

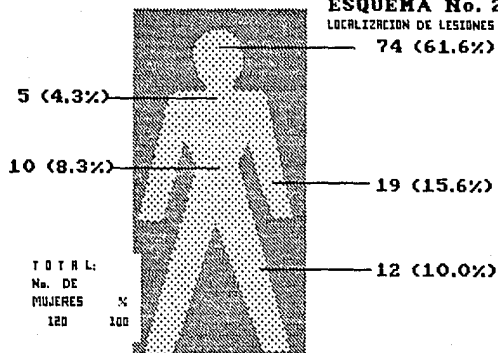


TABLE No. 10

CAUSA (UNICA)	No.	%
ECONOMICAS	46	38.6
CELOTIPIAS	37	30.8
RELACIONES SEXUALES	7	5.8
* OTRAS	13	10.8
SUBTOTAL	103	85.8
CAUSA (COMBINADA)		
ECONOMICA + CELOTIPIAS	12	10
ECONOMICA + OTRO	2	1.7
CELOS + RELACIONES SEXUALES	3	2.5
SUBTOTAL	17	14.2
T O T A L	120	100

* OTRA: Por multiples causas cotidianas.

La mayoría de las mujeres fueron víctimas más de una ocasión en los últimos 6 meses previos a la entrevista, 91 casos (75.8%) presentaron por lo menos 3 agresiones. En la tabla siguiente se presentan el resto de los casos. Un caso con doce agresiones antes de su entrevista. (Tabla No. 11)

La presencia de signos y síntomas previos y posteriores relacionados con agresiones o maltrato constante, fue en casi la mitad de los casos. En 61 casos (50.9%), las mujeres negaron algún tipo de alteración de su salud, y en 59 casos (49.1%), afirmaron tener algún tipo de alteración debido o relacionado con el maltrato por su cónyuge. (Gráfica 9)

Con relación al punto previo, el uso de medicamentos por las mujeres víctimas, fue afirmativo en solo 14 casos (11.7%), y los 106 casos restantes fue negado el uso de medicamentos. De las catorce mujeres 4 ingerían algún derivado benzodicepínico y el resto solo analgésico u otros medicamentos sintomáticos de uso común.

El tipo de lesión más frecuentemente encontrada fue la equimosis ya se como único tipo de lesión, o acompañada con otras, lo que correspondió al 60% (72 casos). Cuando esta se localizó en la cara el 40 % de estas se acompañó de hemorragia subconjuntival. Solo en ocho casos presentaron más de tres tipos de lesiones diferentes (6.7%). Y siete mujeres con fracturas como único tipo de lesión, mas doce acompañadas de otras lesiones. lo que nos da un total de 19 pacientes con fracturas, (15.8%). El cuadro siguiente se observa tipo y número de pacientes con fracturas.

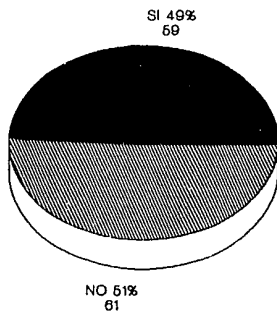
En nuestro trabajo solo observamos dos mujeres con lesiones graves, una por instrumento punzocortante (cuchillo de cocina), con lesión penetrante de abdomen, y una paciente con contusión profunda de abdomen por puntapie. (Tabla 12)

TABLA No. 11
No. DE AGRESIONES EN LOS
ULTIMOS 6 MESES.

No. DE AGRESIONES	No.	%
0	8	6.7
1	25	20.9
2	34	28.3
3	24	20.0
4	22	18.3
5 O MAS	7	5.8

*** UNIENDO DE 0 A 3 AGRESIONES NOS
 DA UN TOTAL DE 91 CASOS (75.8 %)**

ENFERMEDAD PREVIA



GRAFICA No. 9

TABLA No. 12

TIPO DE LESTON.

TIPO (UNICA)	No.	%
EDEMA	8	6.6
EXCORIACION	1	0.8
EQUIMOSIS	44	36.6
HERIDAS SIMPLES	5	4.1
HERIDAS COMPUESTAS	1	0.8
FRACTURAS	7	5.8
CONTUSION PROFUNDA	1	0.8
SUBTOTAL	67	55.8
TIPO (COMBINADA)		
EQUIMOSIS + EDEMA	11	9.1
FRACTURA + EQUIMOSIS	12	10.0
OTROS	30	
SUBTOTAL	53	44.2

La clasificación médico-legal de las lesiones que presentaron nuestras pacientes fueron: 92 casos (76.6%), correspondió a las lesiones que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de quince días. Solo dos como de las que si ponen en peligro la vida. Dos pacientes con clasificación de lesiones, las cuales dejan disminución en la función, dado que estas presentaron abulsión traumática de piezas dentarias, lo cual altero las funciones estética y fonatoria. El resto de las pacientes se clasificaron sus lesiones como las que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar más de quince días. (Gráfica No. 10)

La clasificación médico-legal de las lesiones se realizo en base a lo articulado del Título Decimonoveno correspondiente a los Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal. Capitulo I, del Código Penal para el Distrito Federal.

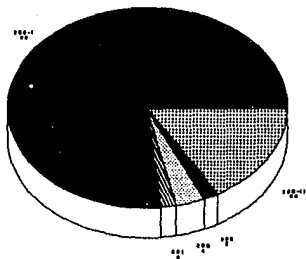
En el 81.6 % de las mujeres, tenían su origen en el D.F. o El Estado de México y el resto, de otros Estados de la República y del total 110 casos (91.6%), habitan en el D.F. o en el area metropolitana. (Gráfica 11 y 12)

En 90 casos (75.0%), de las mujeres víctimas del maltrato afirmaron que ejercerian acción legal contra sus conyuges, por diversos motivos. En 22 casos (18.4%), no presentarían queja alguna en contra de su cónyuge, solo acudieron al hospital para la atención de sus lesiones. Y solo 8 casos (6.6%), se encontraban indecisas en el momento de la entrevista, lo cual no pudieron decir incluso al egresar del hospital. (Gráfica 13)

DATOS DE CONYUGE AGRESOR

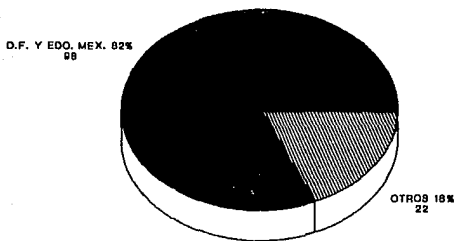
En relación con el agresor (cónyuge), la edad al igual que en en la mujer la mayoría de estos se encuentra en la etapa productiva 110 casos (91.8%) entre los 15 y 44 años de edad. Y de estos 98 casos (81.5%) fueron menores de cuarenta años de edad. El conyuge de mayor edad fue de 60 años y el de menor edad de 17 años. (Gráficas No. 14 y 15)

CLASIFICACION MEDICO-LEGAL DE LAS LESIONES



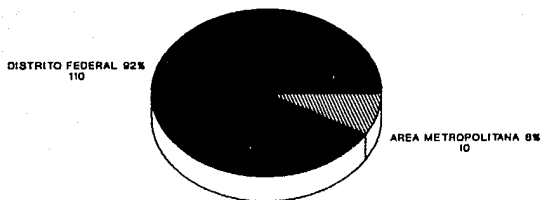
GRAFICA No. 10

LUGAR DE ORIGEN



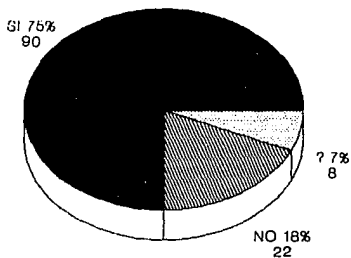
GRAFICA No. 11

LUGAR DE RESIDENCIA



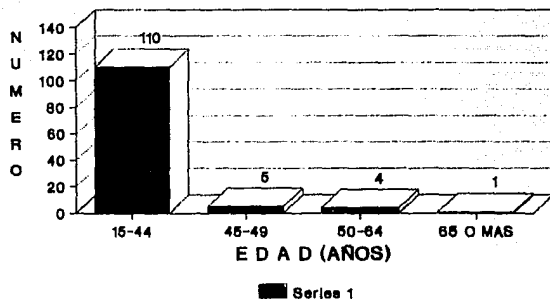
GRAFICA No. 12

INICIO DE ACCION LEGAL EN CONTRA DEL CONYUGE



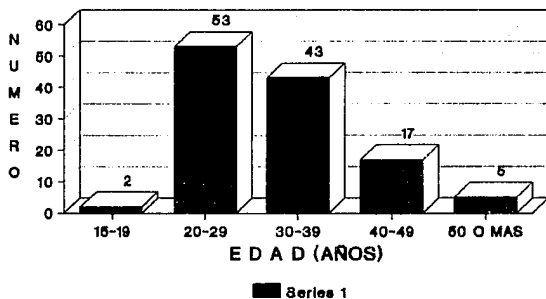
GRAFICA No. 13

GRUPOS DE EDAD DEL CONYUGE



GRAFICA No. 14

GRUPO DE EDAD DEL CONYUGE



GRAFICA No. 15

La diferencia de edad entre conyuges fue algo notable y se presenta en la siguiente tabla con datos especificos. (Tabla No. 13)

El grupo de escolaridad del agresor, se encuentra mucho en relación con el de la víctima. sujetos con estudios de primaria hasta secundaria completa fueron 72 casos (60%), hubo 17 profesionista (14.2%). Al igual que en grado de escolaridad de las mujeres, no se observó ningun analfabeta. El resto se observa en la siguiente gráfica. (Gráfica No. 16)

La ocupación del agresor fue la siguiente: 16 sujetos (13.3%) desempleados, la mayoría trabajan como empleados 35 sujetos (29.1%) y 17 sujetos profesionistas los cuales ejercian su profesión. El resto se observa en la siguiente tabla. (Tabla No. 14).

Durante la entrevista tambien se pregunto la presencia de enfermedad o no, en los sujetos agresores y el resultado fue el siguiente: 90 sujetos aparentemente sin ninguna alteración (75.0%). Y solo los sujetos con alguna enfermedad, principalmente cronico degenerativas. Y en 20 casos las mujeres ignoraban este dato de su cónyuge lo que correspondio al 16.7 %. Ninguno con alguna patología o trastorno mental aparente. (Gráfica No. 17)

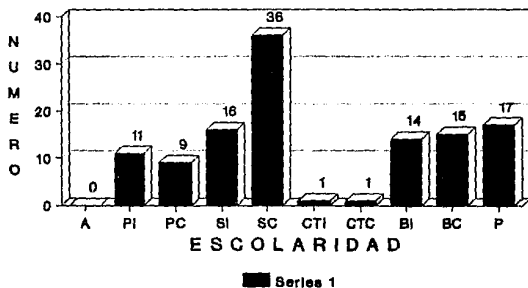
El uso habitual de alcohol en los sujetos agresores se observo en 76 casos (63.3%), como unica sustancia de abuso, y combinado con otras nos da un total de 88 casos (73.3%). Solo 26 sujetos (21.8%), no utilizaban ningun tipo de sustancia de abuso u otro tipo de droga. El resto utilizo marihuana, solventes organicos. Y un solo caso de adicción a Rohypnol (flunitrazepan). (Tablas No. 15 y 16)

TABLA No. 13

DIFERENCIA DE EDAD		
No. DE AÑOS	NO.	%
0 - 4	84	70.0
5 - 9	22	18.3
10 O MAS	14	11.7
T O T A L	120	100

DIFERENCIA DE EDAD ENTRE CONYUGES.

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL CONYUGE



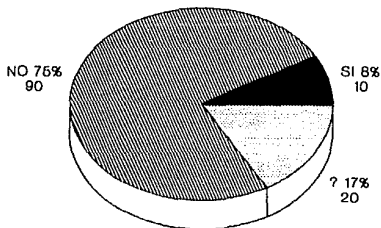
GRAFICA No. 15

TABLA No. 14

Ocupacion del Conyuge.

OCUPACION	No.	%
DESEMPLEADO	16	13.3
SUBEMPLEO	2	1.6
ALBANIL	4	3.3
CHOFER	12	10.0
EMPLEADO	35	29.1
OBRERO	17	14.2
ARTESANO	10	8.5
COMERCIANTE	6	5.0
TECNICO	1	0.8
PROFESIONISTA	17	14.2
T O T A L	120	100.0

ESTADO DE SALUD DEL CONYUGE (ENFERMO)



GRAFICA No. 17

TABLA No. 15
USO HABITUAL DE SUSTANCIAS
DE ABUSO..

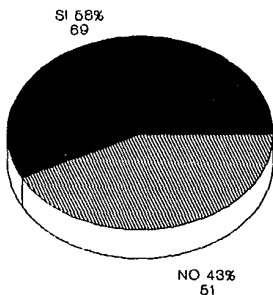
SUSTANCIAS UTILIZADAS	No.	%
NO	26	21.8
ALCOHOL	76	63.3
MARIHUANA	2	1.6
* SOLVENTES	3	2.5
* OTROS	1	0.8
* ROHYPNOL		
SUBTOTAL	108	90

TABLA No. 16

USO DE SUSTANCIAS	No.	%
ALCOHOL + MARIHUANA	7	5.9
ALCOHOL + SOLVENTES	3	2.5
ALCOHOL + SOVENTES + MARIHUANA	2	1.6
SUBTOTAL	12	90

Durante la agresión 69 sujetos se encontraban bajo los efectos del alcohol lo que corresponde al 57.5%, y en 51 casos el 42.5%, sin estar bajo efectos de alguna sustancia. De los sujetos alcoholizados 5 de ellos además habían consumido, 3 marihuana y dos solventes organicos. (Gráfica No. 18)

BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS TOXICAS DURANTE LA AGRESION



GRAFICA No. 15

DISCUSION

Basados en la descripción del Dr. Gayfor, el termino del Síndrome del Cónyuge Maltratado, puede ser reservado para la mujer, la cual es víctima de maltrato o lesión física demostrable deliberada y repetitiva por su marido,. Cobbe menciona que existe una estrecha relación entre el estado de ebriedad del conyuge, en el momento de la agresión, con la violencia marital. El ataque no es usualmente premeditado y no va encaminado o tiene la intención de causar lesiones graves.(6)

En el noventa y seis porciento de las pacientes, se observo que pertenecian a la etapa de la edad reproductiva de la mujer y solo el cuatro porciento fueron mayores de cuarenta y cinco años de edad, lo que nos da la pauta de que el maltrato a la mujer es en etapas juvenes, al igual como lo afirma Swanson y Cols.(7)

El estado civil de las mujeres maltratadas, solo en 31 casos (25.8%), se encontraban cohabitando en union libre, el resto se encontro unido legalmente, en este punto existe una diferencia considerable con lo reportado por Saravanapavananthan y Cols.(6), donde encontro el noventa y nueve por ciento de las mujeres unidas legalmente con sus conyuges. Aunque existe cierta diferencia, no resulta de suma importancia el estar o no legalmente unidos dado que incluso las parejas con union libre tenian varios años de cohabitar, y son el menor numero de maltratadas en nuestro estudio.

El grado de escolaridad, por diversos autores es tomado con mucha relevancia, dado que reportan nivel academico bajo en la mayoria de las mujeres que son víctimas del maltrato. En este trabajo no encontramos una sola mujer analfabeta, aunque la mayoria, setenta y cuatro casos (62.1%) contaban con primaria incompleta hasta la secundaria completa.

Lo que nos da como resultado y concuerda con lo publicado, que se observa con mayor frecuencia este síndrome en las mujeres con nivel académico bajo, aunque no es absoluta, dado que también encontramos profesionistas, 8 casos (6.2%).

La variable anterior descrita y discutida va de la mano o está sumamente relacionada con el nivel socioeconómico de la familia donde proviene la mujer maltratada, y se presentaron 60 casos del nivel socioeconómico bajo, y 50 casos del nivel socioeconómico medio, lo que corresponde al noventa y uno punto siete por ciento del total de los casos, lo que es significativo, aunque no quiere decir esto que en el nivel socioeconómico alto no se da, en este tipo de violencia intrafamiliar, lo que sucede; que la mayoría de las veces se acude a otro tipo de atención médica o asesoría legal privada, y que por su status o posición se guardan con muchísima discreción. Otro punto es que la zona donde se localiza el hospital, no es de un gran nivel económico, y por otra parte es que se atiende a la población abierta. Que en su mayoría a nivel de la atención general, la población es de escasos recursos económicos.

En el sesenta y cinco por ciento de los casos, las mujeres víctimas se dedicaban a las labores del hogar, un poco más de la mitad (54.1%), el resto se dedicaba a diversas actividades una de las más numerosas, son las de empleadas y comerciantes. Por lo anterior expuesto no existe diferencia entre las mujeres que trabajan y las que no, el maltrato se da por igual. Lo que podemos considerar como un factor predisponente para que se lleve a cabo la violencia intrafamiliar.

El sesenta y tres punto tres por ciento de las mujeres de nuestro trabajo de investigación, pertenecían a una familia denominada como extensa, dado que la pareja convivía con otros miembros de la familia, ya se parientes de ella o de su cónyuge, y en la mayoría de los casos en comunidad. Solo 32 casos (26.7%) de una familia nuclear donde convivían el padre, la mujer y sus

hijos unicamente. Este si se podria considerar un factor de importancia, aunque va aunado al aspecto economico de la pareja lo que se conjunta para que se presenta con mayor frecuencia el maltrato de la mujer por parte de su cónyuge. En relación a este punto, tambien de importancia resulta el numero de hijos de las mujeres estudiadas, aunque en este punto mas de las tres cuartas partes de las mujeres contaban de cero a tres hijos, lo que no es un numero muy significativo, y traduce que de alguna forma existe planificación familiar aparentemente, sin embargo las parejas son muy jovenes. Mujeres con más de cinco hijos solo fueron diez mujeres (8.5%).

En las mujeres con embarazo, las mamas y el abdomen son los sitios anatomicos tipicos donde se observan las lesiones, lo reportado por Hunt(3), Hillard, Chez, mencionan que el embarazo puede ser un factor que puede intensificar el maltrato, y que va encaminado a lesionar el abdomen y que son causa de abortos o partos prematuros. En nuestra investigación del total de las 120 mujeres estudiadas, 18 de ellas, lo que corresponde al quince por ciento s encontraban embarazadas, y de estas solo cuatro presentaron lesiones en pared abdominal, sin consecuencias graves. Estos datos son similares a los reportados en la literatura, que van del 11%, 23%, 36%, en diferentes grupos de mujeres embarazadas.(14)

En reporte realizado por la Procuraduría General de Justicia de D.F. obtuvieron que el 73% de los casos, la agresión se produce entre las 19:00 horas a las 06:00 horas de la mañana siguiente. En relación a esto, encontramos que el 53.5% (63 casos), ocurrio entre las 19:00 a las cero horas, como segundo lugar en orden de frecuencia ue el horario de la 13:00 a 18:00 horas con 33 casos, lo que correspondio al 27.5%. Nuestras cifras coinciden con las de los investigadores nacionales y extranjeros como lo reportado por Brismar y Cols. (8). Esto tiene correlación con el sitio donde ocurre la agresión que en el 81.7% de los casos ocurre en el hogar, dado el horario en que se presenta la agresión,

sobretudo cuando el cónyuge regresa de sus labores o posterior a alguna reunión ya sea de trabajo o informal. Se presentaron veinte casos con agresión en la vía pública, estos regularmente ocurrieron en horario matutino o vespertino y en lugares donde se realizan sus actividades cotidianas, lo que correspondió al 16.7 por ciento.

El agente lesionante más utilizado por el agresor fue la mano ya sea abierta o en forma de puño en el 78.9% por ciento de los casos, puntapie en el 6% , cifra similares reportadas por Saravanapavanathan y Cols.(6), con 80% y 5%. Breiting y Cols.(11) también refiere datos similares. Por lo que se podría considerar como una característica, dado que los reportes en la literatura son de diversas partes del mundo incluso de diferentes religiones y culturas. Ya que como se menciono el agresor no tiene premeditado el ataque y no busca lesionar en forma importante a su compañera. Cuando el agresor a utilizado algún objeto como arma o agente lesionante, es cuando se provocan lesiones importantes o graves, y se presentan en diferentes condiciones a lo mencionado anteriormente. Solo en 23 casos (19.1%), utilizo algun objeto como agente lesionante.

La Doctora Parker y Cols.(1), agrego a la definición el tipo de violencia de la cual la mujer puede ser víctima y puede ser de tres tipos: Física, Verbal (amenazas), o sexual. Y se puede combinar mutuamente. Nosotros encontramos sesenta y nueve punto dos por ciento (83 casos), correspondio a violencia física combinada con la verbal, en el 29.2% solo la violencia física, y en dos casos (1.6%), violencia física con sexual. Esto no quiere decir que no se de la violencia sexual entre conyuges, lo que pudiera suceder, es que la mujer mexicana por su idiosincrasia trata como tabu estas cuestionones e incluso no quiere ni mencionarlas o escuchar de estas. La otra cuestión es de que las pacientes con verdadera violencia física y principalmente sexual, sean atendidas o canalizadas a las agencias del

ministerio público de las fiscalías especializadas para delitos sexuales, o su problema legal sea manejado por otras instancias legales, de reciente creación, pero coincidimos con los investigadores, que hasta en un ochenta por ciento o mas corresponde a violencia física principalmente.

Como resultado de los dos puntos anteriores la lesión que con mayor frecuencia observamos fue la equimosis 72 casos con alteración en el sistema musculoesquelético lo que corresponde al 15.8%. Y solo observamos 2 mujeres con lesiones graves o letales que correspondieron al 1.6% , en comparación con el 7 % y el 5% reportado por Hunt y Helton. (3,6,12)

La región anatómica, que con mayor frecuencia es blanco de la agresión, es la cabeza, conjuntamente con la cara y observamos lesiones en el 61.6% de los pacientes, en orden de frecuencia, miembros torácicos, miembros inferiores, torax y abdomen, lo que sumando con los dos puntos anteriores, que se encuentran estrechamente unidos entre si, se pudieran considerar como características muy especiales de la mujer víctima de maltrato, ya que nuestras cifras coinciden con las reportadas en la literatura médica.

De acuerdo a los puntos antes expuestos, lo cual nos ayuda para la realización del diagnóstico médico legal y con ello poder realizar una buena clasificación de lesiones, corrobora los datos antes repetidos, que la mayoría de las veces las lesiones no tienen el fin de causar un daño importante en la salud de la mujer, si no simplemente una forma de intimidación por parte del cónyuge. Los casos que se presentan lesiones severas o de importancia en el estado de salud de la mujer, se agregan otros factores que mas adelante explicaremos. Y de acuerdo a la clasificación médico legal, 96 pacientes lo que corresponde al 76.6%, a las que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de quince días.

La etiología de la agresión en el 70 % de las mujeres fue por causas económicas y por problemas de celotipias, en relación a esta última los maridos acusaban a su mujer de tener relaciones extramaritales, lo que correspondió al 38 % de las mujeres estudiadas, lo que nos da una cifra similar a los autores referidos. (6 y 15). Las causas económicas son de los motivos más frecuentes por lo cual la mujer es maltratada tanto verbal como física, muchas de las ocasiones sin tener que ver en forma directa en el problema de la falta o gastos en el presupuesto familiar. También se observó que el cónyuge exige a su pareja cierta cantidad de dinero para consumir o seguir consumo alcohol, lo cual trae consigo una pérdida en el presupuesto familiar. Entre las causas que se Reportaron como Otras, correspondió al 10 % de diverso índice pero basadas principalmente en ciertos rasgos del hombre mexicano, lo que popularmente se le denomina "machismo", que sin tener razón golpea a su pareja.

En el presente trabajo se observó que las parejas tenían poco tiempo de unión conyugal (parejas jóvenes). En el 51 % tenían menos de 4 años de unión, y con menos de 9 años correspondió el 75 %. Por lo antes expuesto observamos que las parejas son muy jóvenes y con poco tiempo de unión conyugal lo que denota una gran problemática dentro de nuestra sociedad ya que se están perdiendo muchos valores y uno de ellos es el respeto a la mujer y a la familia. Aunado a esto el número de agresiones en los últimos 6 meses al tiempo de la entrevista, promediaron una agresión por mes, lo que se corroboró con la presencia de lesiones antiguas y por referencias de la mujer. Estos datos también concuerdan con lo referido por Helton y Loeb. (12 y 16)

Bergnan y Cols., Hilberman y Munson, agregaron al síndrome una serie de signos y síntomas como respuesta psicofisiológica al constante maltrato o violencia verbal y física de la mujer en su

relación marital. Incluso problemas de conducta de la mujer, debido a problemas de angustia, depresión en diversos grados que en algunos casos llevan a la mujer al suicidio o problemas con drogas o alcohol. Nosotros encontramos que el 40 % de las mujeres presentaban este tipo de signología. Los síntomas que con más frecuencia se presentan es la angustia y la cefalalgia. Dichas cifras son similares a las reportadas por los autores (7 y 9). Sumando esto el 12 % utilizaban algún tipo de medicamentos para el control de sus problemas médicos, esto dado seguramente porque la mujer atribuye la sintomatología a otras causas y no acuden al médico para su manejo y cuando se presentan lesiones la mayoría de ellas no expone sus problemas previos.

Se investigó si la víctima ejercería acción legal sobre su cónyuge, dando como resultado que el 75 % presentarían algún tipo de demanda en contra de su pareja. El 18 % no ejercería ningún tipo de acción legal para evitar problemas con su pareja, ya que muchas de ellas refirieron que en ocasiones previas habían sido víctimas de represalias por su cónyuge. Dado que mucha de las veces no se hace absolutamente nada con las demandas ejercidas y expuestas al Ministerio Público por lo cual se sienten desprotegidas por la ley. En otras ocasiones la mujer es totalmente dependiente de su cónyuge y si llega a separarse de él se sentiría totalmente desamparada y "no podría sobrevivir".

En el 80 % las mujeres fueron originarias del Distrito Federal y del Estado de México, el número restante de diversos estados de la república. Y el total de 91 % residían en el mismo Distrito Federal o en su área conurbada.

DATOS DEL CONYUGE.

El 91 % de los hombres se encontraban en su etapa productiva y de estos el 81 % fueron menores de 40 años lo que son cifras

similares a las obtenidas en el caso de las mujeres. La diferencia de edad de la pareja fué menor de 5 años en el 75 % de los casos lo que se encuentra relacionado a lo reportado por la literatura.

El grado de escolaridad fué muy parecido al encontrado en el grupo de las mujeres y no se encontraron sujetos analfabetas. Como observamos en los datos de la mujer el cónyuge agresor tiene diferentes grados de escolaridad y que no es exclusivamente como lo mencionan algunos autores que el grado bajo de escolaridad sea un factor primordial para que se lleve a cabo el maltrato. Ya que encontramos incluso 17 profesionistas. Por lo antes expuesto no se debe considerar al bajo nivel escolar como un factor único y/o predisponente del maltrato, sino que se corrobora lo apuntado por Breiting y cols. que se presenta en todo tipo de personas independientemente del grado de escolaridad o del grado de ignorancia del cónyuge.

La Procuraduría General de Justicia del D. F. reportó en relación a los datos del cónyuge agresor que la mayoría laboran como empleados, son datos muy similares a los obtenidos en el presente trabajo con 35 % de los casos. Solo el 13 % fueron desempleados y los profesionistas se dedicaban a su actividad correspondiente. Lo que nos confirma que el desempleo o el subempleo tampoco son factores únicos para que se lleva a cabo el maltrato, pero pueden condicionarlo para que se presente con más facilidad.

Un factor que se reporta en todas las publicaciones sobre el tema y lo menciona como factor determinante para que se lleva a cabo la agresión, es el uso habitual de alcohol, y durante el momento del ataque muchas de las ocasiones el sujeto se encuentra ebrio. Los autores reportan hasta el 95 % de este tipo de pacientes, nosotros encontramos el 80 % de sujetos ebrios durante el ataque a la mujer. Y el uso habitual de alcohol de los cónyuges correspondió al 73 % (3,6,9,15 y 16).

CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente trabajo de investigación, fué el de determinar el perfil de la mujer víctima de la violencia familiar, la cual es maltratada por su cónyuge. En las pacientes con características especiales que requirieron atención médica y que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" de la D.G.S.S. del D.D.F. y determinar algunos rasgos característicos del cónyuge (agresor), que en forma conjunta integran de manera específica el Síndrome del Cónyuge Maltratado.

Gayfor, fué el que describió y ordenó ciertas variables de esta patología social y las conformó como un síndrome, las cuales se tomaron como base para la realización del presente trabajo, ya que se ha descrito en la mayoría de las sociedades del mundo, y la nuestra no esta exenta de este fenómeno social que va en contra de los derechos universales del hombre.

Las características de las mujeres estudiadas en el presente trabajo son similares a las reportadas por Gayfor en su descripción original, además de las variables agregadas por autores que le siguieron en estudios más recientes, y coinciden de manera directa dándole un enfoque biopsicosocial a esta entidad nosológica.

Los datos obtenidos concuerdan fielmente con los reportados por la literatura médica, por lo que se puede reservar el término del Síndrome del Cónyuge Maltratado a la mujer.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

En la población de mujeres estudiadas se observó los diversos tipos de maltrato: físico, moral y sexual, de forma deliberada y repetitiva que ocurre regularmente en el hogar y durante las horas nocturnas, produciendo lesiones leves en la mayoría de los casos, sin tener el objetivo principal de lesionar grave o letalmente a la pareja.

La mujer en respuesta al constante maltrato muchas de las veces en forma inconciente presenta una serie de alteraciones psicofisiológicas específicas y de diversos grados, que en el presente estudio se observó con relativa frecuencia.

En relación al estado grávido de la mujer también se presentó maltrato al igual que lo reportado por los autores extranjeros, quienes mencionan que en este estado "especial" de la mujer no detiene la agresión si no que en ocasiones puede intensificarlo.

Existe una relación estrecha y cerrada en el uso habitual de alcohol o estado de embriaguez del cónyuge para que se dé la agresión en contra de la mujer, aunado a esto el problema de celotipias, económicos, diferencias en la relación sexual de pareja y en ocasiones deprivación sexual, que son problemas coexistentes que se observan comunmente en este síndrome lo cual hace que permanezca constante la violencia marital.

Algunos autores han definido al hombre (agresor), como personas posesivas, autoritarias y con un tipo de personalidad muy lábil, que como lo mencina Manders (1975) en su trabajo, los compara con el tipo de personalidad del "Dr. Jekyll and Mr. Hyde".

Este síndrome no esta en función a una determinada raza, edad, tipo de religión, nivel de educación, grado de cultura o nivel socioeconómico, todas las mujeres son potencialmente víctimas de maltrato por su cónyuge. Sin embargo existe cierta predisposición en las clases socioeconómicas bajas, coexistiendo un bajo grado o nivel escolar, lo que lleva a subempleos o desempleo que trae consigo problemas económicos y de relación interfamiliar.

Existe cierto desconocimiento en la comunidad médica y en general de esta entidad nosológica, la cual se encuentra bien definida y estudiada, y la mayoría de la gente solo sabe que existe el problema pero no se le dá la importancia que éste requiere.

El médico en la mayoría de las ocasiones es el primer contacto con este tipo de mujeres, por lo tanto el papel primario de éste es identificar a mujeres con este síndrome para poder así brindarles una atención integral en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud y sumando esfuerzos con las autoridades legales especiales que se encargan de este tipo de problemas. Con lo cual podremos interrumpir este ciclo de violencia familiar e incluso detectar otras subcategorías de violencia intrafamiliar como son el Síndrome del Niño Maltratado y el Síndrome del Anciano maltratado.

PROPUESTAS

PRIMERA: Una vez teniendo las bases científicas de este especial síndrome se podría realizar un trabajo de investigación más extenso dentro de la institución, para conocer el número total de pacientes que acuden a los hospitales de nuestra institución por este tipo de problema, y así poder tener estadísticas confiables. Tomando en cuenta también a las mujeres que llegan en forma directa a los servicios médico-legales de las Agencias de Ministerio Público del D. F. y las cuales no son enviadas por no requerir tratamiento a los servicios de urgencias.

SEGUNDA: Realizar un trabajo de investigación para poder determinar a la "Herencia social" como un factor directo y predisponente para que se dé este síndrome, ya que en publicaciones recientes se ha observado con mucha frecuencia. Consiste en que las mujeres que son maltratadas por sus cónyuges, un gran número de ellas provienen de hogares en los cuales se encontraba presente la violencia intrafamiliar, y que ellas fueron en su momento niñas maltratadas o hijas de madres maltratadas.

TERCERA: Se podría realizar un trabajo de investigación en población de mujeres embarazadas exclusivamente y determinar la presencia de este síndrome en esta etapa especial de la mujer, para poder determinar si este estado es un factor que intensifica el maltrato.

CUARTA: Realizar un trabajo de investigación interinstitucional extenso y que abarcara la mayor parte de la población para así conocer las cifras reales de este síndrome a nivel nacional.

QUINTA: Dar a conocer e informar al equipo de salud y a las instituciones afines la existencia del problema, para poder crear estrategias efectivas para atacar este problema social, que afecta a nuestra población, dando como resultado problemas médicos a nivel individual y social.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Parker B., and Schumacher N.D.: The battered wife syndrome and violence in the nuclear family of origin: A controlled pilot study. Am J Public Health 1977; 67:760-761.
- 2.- Ramírez Covarrubias G. Medicina Legal Mexicana: Maltrato a Personas. 1ra. ed. México: Jonan, 1985.
- 3.- Hunt D.M.: Spouse abuse. Postgraduate Med 1990; 87: 130-134.
- 4.- Secretaria de Salud. Mujer salud y desarrollo. 1ra. ed. México 1990.
- 5.- Organización Panamericana de Salud. Violencia Familiar en America. Nueva York: 1990.
- 6.- Saravanapavanathan N. Wife battering: Study of sixty cases. Forensic Sci Int 1982; 20: 163-166.
- 7.- Swanson W.R. Battered wife syndrome. Can Med Assoc J 1984; 130: 709-712.
- 8.- Brismar B, Turner K. Battered women: A surgical problem. Acta Chir Scan 1982; 148: 103-105.
- 9.- Bergman B, Larson G, Brismar B. and Klang M. Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. Acta Psychiatr Scand 1987; 76: 678-683.

- 10.- Bergman B, Larson G, Brismar B and Klang M. Aetiological and precipitating factors in wife battering: A psychosocial of study battered wives. Acta Psychiatr Scand 1988; 77: 338-345.
- 11.- Breiting B V, Helwed K I, et al. Injuries due to deliberate violence in areas of Denmark: Violence against women and children. Forensic Sci Int 1989; 41: 285- 294.
- 12.- Helton A. Battering Women. Am J Nursing 1986; 8: 910-913.
- 13.- Mcilwaine G. Women victims of domestic of violence. Brit Med J 1989; 299: 995-6.
- 14.- Chez A R. Women Battering. Am J Obstet Gynecol 1988; 1: 1-4.
- 15.- Mercy A J and Saltzman E L. Fatal Violence among accuses in the United States in 1976-85. Am J Public Helath 1989; 79: 595-599.
- 16.- Loeb L. Spouse abuse. New York St J Med 1989; 68: 141-142.
- 17.- Vargas Alvarado E. Medicina Legal: 3a. ed. Costa Rica; Lehmann 1983.
- 18.- Begné Patricia. la mujer en México: Su situación legal. 1ra. ed. México; Trillas 1990.
- 19.- Código Penal de Distrito Federal.
- 20.- Código Civil del Distrito Federal.