

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**INCIDENCIA DE PADECIMIENTOS ASOCIADOS
A LA VIOLENCIA CONYUGAL EN MUJERES
QUE ASISTEN AL SERVICIO MÉDICO DEL CENTRO
DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
MARTÍNEZ ARMENDÁRIZ OLIVIA ANTONIA**

2000

**ASESORA DE TESIS:
LIC. BERTHA CAMACHO VILICANA**

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Químico

2806/4



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.

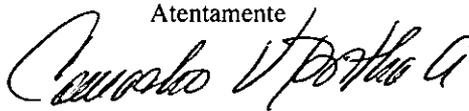
México, D.F., _____

LIC. CAROLINA SOLIS GUZMÁN
COORDINADORA DEL SERVICIO SOCIAL
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Estimada Licenciada:

A través de este escrito le informo que el presente trabajo de tesis titulado: **INCIDENCIA DE PADECIMIENTOS ASOCIADOS A LA VIOLENCIA CONYUGAL EN MUJERES QUE ASISTEN AL SERVICIO MÉDICO DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR** de la alumna pasante en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, Olivia Antonia Martínez Armendáriz, ha sido revisada, corregida y aprobada para que pueda sustentar el examen profesional en la fecha conveniente.

Atentamente



Lic. Bertha Alicia Camacho Villicaña
Asesora de tesis

AGRADECIMIENTOS

- ✪ A Dios, quien me ha dado el regalo de la existencia y por quien todo es posible.

- ✪ A mi papá y mis hermanos, por su amor y apoyo en todos mis proyectos.

- ✪ A la Fundación Mexicana para la Salud, en especial a Blanca Estela López por su ayuda desinteresada.

- ✪ A mi congregación de Misioneras de la Caridad de María Inmaculada, especialmente a quienes me han concedido el privilegio de su amistad.

- ✪ A todas las personas que de alguna manera me han acompañado, animándome hasta este momento de mi vida, especialmente al P. Juan Gutiérrez y Rosa Gaóna.

- ✪ A mi asesora de tesis, Bertha Camacho por su constancia y calidad como persona y profesionista.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	5
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.4. UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.....	9
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.5.1 General	9
1.5.2 Específicos.....	10
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.....	11
2.1. ANTECEDENTES DE TRASCENDENCIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA	11
2.2. CONCEPTOS BÁSICOS	13
2.3. VIOLENCIA EN LA MUJER, ASPECTOS SOCIOCULTURALES, JURÍDICOS Y DE LA SALUD.....	15
2.3.1 Sociocultural.....	15
2.3.2 Jurídicos.....	20
2.3.3 En la salud	22
2.4. MAGNITUD DEL PROBLEMA	26

3. METODOLOGÍA.....	28
3.1. VARIABLES E INDICADORES.....	28
3.1.1 Independientes	28
Indicadores de la variable	
3.1.2 Dependientes.....	29
Indicadores de la variable	
3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.2.1 Tipo	30
3.2.2 Diseño	30
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.3.1 Fichas de trabajo	31
3.3.2 Cuestionario.....	31
4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.....	32
4.1. POBLACIÓN Y MUESTRA	32
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS	33
4.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	102
5. DISCUSIÓN.....	104
6. CONCLUSIONES.....	105
7. RECOMENDACIONES.....	107
8. ANEXOS Y APENDICES	114
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	118
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza con el objeto de conocer las implicaciones que tiene el maltrato conyugal en la salud de la mujer con el fin de proporcionar al Lic. en Enfermería elementos en el conocimiento de este tema considerado de gran trascendencia e importancia tanto a nivel social como económico y principalmente de la salud, el cual no le debe ser indiferente ya que no solo se justifica su participación sino que se hace indispensable debido a los riesgos que este fenómeno representa para la salud.

La elaboración del marco teórico y el planteamiento de este estudio se ha basado en la revisión bibliográfica de estudios previos en los cuales se ha hecho la observación respecto a la escasa participación de enfermería en este campo, por lo que se considera un tema novedoso. Para su realización, este trabajo se ha estructurado de la siguiente manera:

En el primer capítulo se encuentra la fundamentación del tema de investigación el cual incluye la descripción de la situación problema que se refiere al origen de la problemática, se revisa otras variables relacionadas con el problema y factores implicados basados en estudios anteriores. También se encuentra la identificación del problema que enuncia el cuestionamiento fundamental de la investigación, la justificación y ubicación del tema en las diferentes disciplinas, posteriormente se encuentran los objetivos general y específicos de la investigación.

El segundo capítulo, que abarca el marco teórico se incluyen los siguientes puntos: antecedentes históricos conceptos básicos, que debido a su importancia se han colocado como un punto dentro del marco teórico, se incluyen también los aspectos socioculturales, jurídicos, de la salud y finalmente la magnitud del problema.

La metodología, en la que se incluyen variables, tipo y diseño de la investigación, se encuentra en el capítulo tercero donde también se describen las técnicas utilizadas para la investigación. La instrumentación estadística en la que se describe la población, muestra y la forma en que se realizó el procesamiento, análisis e interpretación de los datos se encuentra en el capítulo cuarto.

En el capítulo quinto se mencionan las desventajas y dificultades encontradas en esta investigación. Conclusiones y recomendaciones, anexos y apéndices en los capítulos sexto y séptimo respectivamente. En los capítulos finales encontramos el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La violencia contra la mujer es un fenómeno que se ha dado desde tiempos muy antiguos en diferentes países, culturas y sociedades. Algunas teorías nos hablan de que el factor sociocultural tiene gran influencia en el origen e incidencia de este problema ya que en diversas culturas a la mujer se le considera como un ser inferior, propiedad y uso del hombre.

Este hecho que ha pasado durante mucho tiempo como un suceso normal y cotidiano dentro de la vida familiar, progresivamente está siendo reconocido como un problema social que tiene su repercusión sobre la salud de los individuos y de la familia, que incluso ha logrado el interés de organizaciones internacionales como la ONU y otras Instituciones como las Naciones Unidas Para la Mujer, organización que en 1980 realizó una importante declaración: "La violencia en contra de la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo".¹

La violencia contra la mujer tiene muchas manifestaciones como son, la venta de menores para ejercer la prostitución, la mutilación genital que es más común en África, la esterilización permanente sin tomar en cuenta el consentimiento de la mujer, la quema de mujeres en la India al no satisfacer las exigencias de dinero o bienes de la familia del esposo, es frecuente rociar a la mujer con queroseno, quemarla viva y luego declarar que murió por un accidente en la cocina.² y la más frecuente mundialmente que es la violencia

¹ LARRAIN S, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. In: Gómez Gómez E, ed. Género, Mujer y Salud en las Américas, Washinton, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 1993:202-209. Publicación Científica 541.

² HEISE L. Voilencia contra la mujer: la carga oculta de salud, programa mujer, salud y desarrollo. Organización Panamericana de la Salud, Washinton, D.C. Noviembre de 1994.

doméstica, este tipo de violencia se da de una manera silenciosa dentro de los hogares afectando la unidad e integridad de sus miembros. La violencia doméstica es un problema que tiene diferentes manifestaciones y características según las razas, culturas, sociedades pero siempre concluye en el sometimiento y vejación de la mujer.

Existe poca información con respecto al problema específico de violencia conyugal a causa de que en investigaciones realizadas generalmente se habla de violencia doméstica. Sin embargo, muchos investigadores han llegado a la conclusión que, dentro de la violencia doméstica, es más frecuente la violencia que se ejerce contra la mujer y el agresor es el cónyuge. Se encuentra una clara evidencia en el siguiente ejemplo:

En Sao Paulo, Brasil, de las mujeres atendidas en la Delegación de la Defensa de la Mujer, se encontró que el compañero varón fue el responsable del abuso físico y emocional en el 85% de las mujeres que recibieron servicios.³

En algunos estudios realizados en México, se comprueba que es en el hogar donde hay mayor ocurrencia de hechos de violencia contra mujeres y niños, se conoce que la denuncia de estos casos ante las autoridades o instituciones es apenas la mínima parte de todos los que realmente ocurren. A nivel hospitalario no existe ningún sistema de detección para estos casos, por lo tanto no hay capacitación y falta sensibilización del personal de salud, en especial de enfermería, para una adecuada atención y canalización de estas pacientes; no hay estrategias de prevención establecidas, no existe una adecuada coordinación entre las instituciones dedicadas a dar apoyo a este tipo de pacientes y las instituciones que prestan servicios de salud.

³ RAMÍREZ J, Rodríguez, Mujer y violencia: un hecho cotidiano, Salud Pública de México, marzo-abril de 1993, vol. 35, núm. 2.

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de padecimientos asociados a la violencia conyugal en mujeres que asisten al servicio médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La mujer en la etapa reproductiva de su vida, además de la procreación y educación de los hijos, tiene la posibilidad de desempeñar su rol plenamente sin estereotipos que la minimicen y limiten, contribuyendo con su participación en el desarrollo económico y la solidificación de la estructura familiar aportando con ello valores que posteriormente influirán en la sociedad.

Se ha propuesto el estudio de la violencia conyugal debido a que es la pareja la principal generadora de violencia dentro de la familia y la mujer la primera receptora, causando efectos directamente en todos sus integrantes.

La agresión hacia el género femenino, sin ser rasgos de una enfermedad o etapa del ciclo biológico, a menudo acompañan el transcurso del ciclo vital de las mujeres y son parte de su vida cotidiana, el maltrato doméstico es frecuente y afecta a todos los sectores de la sociedad, en especial a la población femenina en edad reproductiva.⁴

Diversos factores intervienen para que la mujer conserve la salud y desarrolle todas sus capacidades, uno de los principales obstáculos es el maltrato del que muchas mujeres en el mundo son víctimas siendo afectadas por esta causa en las áreas física, mental y reproductiva, causando

⁴ RIQUER F., Saucedo I., Bedolla P., "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública". In: Langer A, Tolbert C, eds. *Mujer: sexualidad y salud reproductiva*

enfermedades de transmisión sexual, problemas ginecológicos y embarazos no deseados además trastornos en la función sexual, todo esto puede llevar a la mujer a la depresión incluso intento de suicidio.

Acorde con la experiencia los profesionales más demandados e involucrados en la atención de la violencia contra la mujer son abogados, enfermeras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales. La problemática de la violencia en general y de la violencia contra las mujeres en particular no forma parte de la curricular formal en las distintas carreras. En países con una mayor experiencia apenas empiezan a probarse programas de capacitación para profesionales de la salud.⁵

Las enfermeras tienen que estar implicadas en la prevención, detección y tratamiento de la violencia intrafamiliar. El desarrollo de la base de conocimientos y la capacidad de identificar por la enfermera para ayudar en la prevención proporcionando educación pública y volviéndose activas en el cambio de la política. Este conocimiento, junto con el aumento de la consciencia de la extensión del problema, ayudará a las enfermeras a llegar a una detección más temprana y correcta de la violencia intrafamiliar.⁶

Es por esto que se justifica la intervención del Lic. de Enfermería en una investigación de este tipo, ya que en ella se podrán observar algunas implicaciones del maltrato conyugal con la salud de la mujer, con el objetivo de despertar el interés y dar elementos para que enfermería ubique su campo de acción, dando en respuesta su aportación mediante la aplicación de sus

⁵ RAMÍREZ-RODRÍGUEZ, ¿Por qué quieres matarme poco a poco? La violencia contra las mujeres, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Instituto de Estudios Económicos y Regionales, Universidad de Guadalajara.

⁶ COOK, Y. Fontaine. K. L. Enfermería Psiquiátrica. Ed, Interamericana, Mc. Graw-Will. Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental. Segunda edición. España 1991. pp. 680.

conocimientos y liderazgo, suscitando iniciativas que colaboren a la solución de este problema. Se espera que la realización de este estudio nos lleve a sacar conclusiones y propuestas prácticas las cuales encuentren su apoyo en datos y estudios previos sobre el problema.

1.4. UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El presente tema se ubica en el área de la sociología, debido a que es un fenómeno al cual contribuyen de manera importante factores sociales y a su vez este tiene gran repercusión en la sociedad.

Se ubica también dentro de la Legislación debido a que no se puede prescindir de la ley que establece normas y castigos sobre el respeto y derechos de los individuos.

Se ubica en el campo de la Enfermería, debido a que este fenómeno tiene su repercusión en la salud física, mental y reproductiva de la mujer donde el Lic. de Enfermería, tiene participación directa, especialmente a nivel preventivo.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 *General*

- ◆ Conocer la incidencia de padecimientos asociados a la violencia conyugal en mujeres que asisten al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar durante los meses de Diciembre a Mayo de 1997.

1.5.2 Específicos

- ◆ Conocer la relación entre el estado civil y la violencia conyugal.
- ◆ Conocer la relación de padecimientos ginecológicos con violencia conyugal.
- ◆ Identificar la ocurrencia de violencia conyugal durante el embarazo.
- ◆ Identificar la ocurrencia del abuso sexual conyugal en mujeres que no llevan ningún método de control natal.
- ◆ Identificar la presencia de padecimientos psicológicos en relación con la violencia conyugal.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE TRANSCENDENCIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Se pueden encontrar múltiples ejemplos en diversas sociedades, sin embargo haremos una breve referencia al papel que la mujer mexicana ha asumido a través de la historia, por ser esta objeto de nuestro estudio y por su semejanza con otros países de Latinoamérica.

A principios de la conquista española, las mujeres indias llevaban toda la carga del trabajo doméstico y se encontraba sujeta a la autoridad del hombre, ya fuera el padre, hermano o familiar.

Durante la época colonial existían diferentes grupos de mujeres entre las cuáles las indígenas se encontraban en peor situación por una doble desventaja; su origen indígena y ser mujeres. Rosario Castellanos asegura que la concubina india fue tratada como un animal doméstico y como él desechada hasta llegar al punto de la inutilidad.⁷ Sin embargo, la posición de las demás no era de mucho prestigio, pues, en general, se consideraba que la mujer era incapaz de valerse por sí misma, estaba establecido que el papel más importante para ella era el ejercicio de la maternidad, debía de estar siempre sujeta a la voluntad del marido, la ley justificaba al hombre que mataba a su esposa encontrada cometiendo adulterio, considerándolo personalmente ofendido por un acto "que ofende sus derechos y autoridad" clasificándolo como en defensa propia.⁸

⁷ REGUEIRO.M, La mujer en sus actividades, Secretaría de programación y presupuesto.

⁸ MARINA. S. Las mujeres de la Ciudad de México 1790-1857. Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V. 1988.

El hombre que por golpes causaba aborto a la mujer era digno de castigo, sin embargo se aminoraba la pena si ella lo había provocado. Estas declaraciones nos pueden dar idea de la situación de la mujer, que no podía manifestar desacuerdo con las decisiones del hombre pues se exponía a recibir un castigo físico bien justificado.

Durante la época del porfiriato el favoritismo hacia los más poderosos, el enriquecimiento de algunos a costa de despojo de otros provocó tensiones fuertes entre quienes se encontraban inconformes manifestándose con agresiones interpersonales, era este el ambiente en que se encontraba la sociedad. Por otra parte, la mujer seguía siendo víctima de la violencia doméstica sin que esto pareciera de gran importancia. Una mujer era respetable únicamente si tenía el respaldo de un hombre, en cuanto a la educación de los hijos era aceptado el castigo físico.

Un estudio sobre la violencia en mujeres del Distrito de Tenango, (1880-1910) realizado en expedientes, muestra que a pesar de la actitud de sumisión y obediencia que la mujer debía guardar en su relación con el hombre, algunas mujeres se atrevieron a levantar la voz para denunciar los abusos de los que eran víctimas por parte de sus mismos maridos. En este expediente se observa la posición del hombre para quien era indiscutible su autoridad sobre ella y la facilidad con que hacía uso de la fuerza física para imponerse y como la mujer no tenía derecho ni sobre su propia persona pues esta le pertenecía al marido, además como las mismas mujeres asentían ante el maltrato de otra, aceptándolo como merecido.

...con este rebozo me iré. Entonces su referido esposo le dijo: si no vas a traer el otro, no te llevo. Y contestó la que habla: yo aunque así te sigo. Siguió diciendo el marido que fuera a traer su rebozo y entonces la declarante regresó a la casa a traer dicho rebozo... Una de sus cuñadas empezó a decirle, por andarte chiqueando no sabes obedecer a tu marido... Te han de dar una zurra que te mereces por que tú lo buscas. Siguió hablando la referida cuñada buscándole mal a la que habla hasta que su marido se violentó y le

aventó un jarro en el pecho y luego agarró un lazo que tenía en la punta un garabato y con este le pegó... (exp.114, Penal, Tenango, 1910).⁹

A partir de 1911 posterior a la caída del porfiriato, las mujeres se unen para luchar por el respeto a sus derechos celebrándose en Yucatán el primer congreso feminista en enero de 1916,¹⁰ en el que se habló del derecho a una educación igualitaria en la que la mujer tuviera más amplia participación. A través de los años, la mujer ha ido sacudiéndose las imposiciones de una sociedad machista hasta lograr mayor conciencia de su dignidad, la que ha hecho respetar con muchas dificultades. Sin embargo, actualmente lograr la estabilidad en la unión conyugal es realmente difícil, sobre todo en los medios urbanos, donde la mujer comienza a ampliar sus ámbitos de acción y a defender el derecho a su realización personal.¹¹

2.2. CONCEPTOS BÁSICOS

Violencia. La violencia se define como un continuo donde el punto final es la conducta agresiva, manifestada típicamente por golpes, hostilidad, bofetadas y otras conductas de agresión física.

Violencia intrafamiliar. Se define como "todo acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros, mismo que perjudica la integridad física y psicológica de otro de los integrantes de la familia".

⁹ GONZÁLEZ S, Iracheta PC. La violencia en la vida de las mujeres campesinas: el distrito de Tenango, 1880-1910. In: Ramos- Escandon C, ed. Presencia y transparencia (la mujer en la historia de México): Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México: El Colegio de México; 1987, 111-143.

¹⁰ VITALE.L. Historia y sociología de la mujer latinoamericana. Edit. Fontamara, 1ª Edición, Febrero 1981, España.

¹¹ Nursing Education 1993. January 1993, vol 32, núm. 1.

Violencia de género o contra la mujer. Se define como todo acto que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo la amenaza de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurren tanto en la vida pública como en la vida privada (OMS).

Abuso conyugal. Es una faceta de la violencia intrafamiliar. Se caracteriza por un patrón de conductas coercitivas hacia la mujer que puede incluir: el abuso físico (golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual, o cierto tipo de conducta sexual).¹²

Abuso físico. Consiste en la realización de una lesión intencional, acto perjudicial o destructivo a una persona, infligido por el padre, esposo, hermano mayor, persona responsable de su cuidado o alguien con quien comparte una relación.

Abuso sexual. Consiste en el desarrollo de una actividad sexual, con conductas más o menos violentas, que incluyen actos físicos forzados tales como besos, caricias en las áreas genitales, masturbación, contactos orales genitales, penetración anal o vaginal y uso de objetos para la estimulación física.

Abuso emocional. Incluye el uso implícito o explícito de insultos, ataques verbales o actos que provocan miedo, aislamiento, degradan a la persona y disminuyen su autoestima.¹³

¹² VALDEZ R, Aguirre L, La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de México, Sept-Oct. 1996, vol, 38, núm. 5. BIS 2.

¹³ NOVEL G. Factores de riesgo y familias en crisis. In: Novel G, Lluch Ma. Teresa, Miguel Ma. Dolores. Enfermería psico-social. Salvat Editores, S.A. España.

Violencia conyugal. La violencia conyugal como parte de la violencia doméstica, se refiere explícitamente a la que ocurre en la relación íntima entre un hombre y una mujer, estén o no legalmente casados. Así, la violencia conyugal o marital resulta un cuadro específico de violencia doméstica, cuyos efectos recaen en especial en la mujer quien, incapaz de escapar del vínculo, se vuelve una mujer golpeada.

2.3. VIOLENCIA EN LA MUJER, ASPECTOS SOCIOCULTURALES, JURÍDICOS Y DE LA SALUD

2.3.1 Sociocultural

El tema de la violencia intrafamiliar ha sido objeto de atención y estudio muy reciente a pesar de ser un problema muy antiguo en muchas sociedades y culturas, en cada lugar ha tenido un proceso de reconocimiento diferente, ya que al respecto ha influido la aceptación y hasta la legitimidad de esta.

Según la declaración dada por la Organización Panamericana de la Salud en Noviembre de 1994. "La violencia es un creciente problema de salud pública, hecho que se demuestra por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones" (OPS 1994).¹⁴ Sin embargo, cuando se habla de violencia se centra la atención en el ámbito público restándole importancia a la violencia que tiene su ocurrencia en el hogar, posiblemente por el silencio en el que se ha mantenido este fenómeno y falta de resonancia tanto en el nivel legal como social. La violencia en el seno familiar, es sin lugar a dudas, una de las conductas antisociales que más afectan a la sociedad, ya que es en este, donde el individuo se desarrolla,

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Interamericana sobre sociedad, Violencia y Salud. Washington, D.C. OPS; noviembre de 1994.

convirtiéndose a su vez en origen y sustento de nuestra sociedad.¹⁵ A este respecto se plantea la pregunta: ¿por qué somos incapaces de establecer una relación entre violencia social y violencia familiar?¹⁶ Esto es de gran importancia si se considera a la familia como la célula de la sociedad de la misma manera que una célula enferma causa enfermedad a todo el organismo así la familia enferma afecta la salud de la sociedad a la vez que esta misma es condicionada por la sociedad, existe una mutua interacción entre ambas, esto es expresado con otras palabras “el problema de violencia social tiene su origen en el seno de la familia”.¹⁷ Por esto no se le debe ignorar considerándolo un asunto únicamente privado, se debe tener presente que para dar propuestas acertadas a un problema es necesario abordar este desde su raíz.

El factor sociocultural parece ser el más decisivo en el acontecer de este fenómeno de violencia donde, las mujeres y hombres desarrollan el rol que su sociedad les ha impuesto. En muchas culturas la mujer es vista como un ser inferior al hombre, sin dignidad ni derechos únicamente objeto de placer o donde su única virtud es la procreación y educación de los hijos, disminuyendo así sus posibilidades de participación como un elemento necesario e indispensable en el desarrollo socioeconómico.

La violencia contra la mujer surge en parte, de un sistema de relaciones de género que postula que los hombres son superiores a las mujeres.¹⁸ Un ejemplo de esto lo encontramos en villa de Khalapur, India, donde en la formación que se les da a los niños la misma madre permite una cierta agresión contra ellas mismas, especialmente de sus hijos varones. Los hombres aprenden muy

¹⁵ ALDAZ. Citlali, Últimas reformas al código penal en materia de delincuencia intrafamiliar. Tercer simposio, La Mujer, su fortaleza ante la violencia intrafamiliar. Iztacalco, D.F. Marzo de 1998.

¹⁶ LARRAIN S. Violencia puertas adentro. Ed. Universitaria. Santiago. Chile. 1994.

¹⁷ GARCÍA.V. Ricardo. Violencia en México. Conferencia Magistral. 1er. Congreso Nacional de Investigación sobre Violencia Social. México, D.F. 1998.

¹⁸ HEISE L. Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud, programa mujer, salud y desarrollo. Organización Panamericana de la Salud, Washinton, D.C. Noviembre de 1994.

pronto que las mujeres tienen un status más bajo en la familia y en la villa y por ello se puede abusar de ellas, al menos, verbalmente.¹⁹

Para toda mujer el factor cultural determina la conceptualización que esta tenga sobre la violencia, así como la conciencia de su ser de mujeres, su dignidad y derecho al respeto. En un estudio comparativo entre mujeres angloamericanas y mexicoamericanas, las mujeres angloamericanas percibieron más tipos de conducta como abusivos, exhibieron una actitud menos tolerante hacia el abuso conyugal que las mujeres mexicoamericanas.²⁰ Esto nos ayuda a percibir algunas características que culturalmente distinguen a la mujer mexicana, como son: la sumisión, tolerancia al sufrimiento y resignación. Tal vez en la ocurrencia de este hecho influye la edad en que la mujer inicia una relación conyugal, cuando no es consciente de su identidad como mujer ni se ha planteado metas, encontrando en el matrimonio la única opción para realizarse.

Entre los factores que se asocian a este problema se ha descrito el hecho de que alguno de los dos cónyuges tenga antecedentes de violencia familiar, ya que en el caso de la mujer la hace más tolerante ante la victimización, tendiendo a integrar esto a su propia vida como un suceso normal, así el hombre también reproduce el patrón de comportamiento que observo en su propia familia. Ser testigo de violencia en el hogar o en el grupo social inmediato, en un contexto que recompensa la conducta violenta, lleva el ulterior riesgo de generar violencia.²¹ Esto se relaciona íntimamente con factores ambientales mismos que ayudan a determinar una cierta conducta aprendida de generaciones anteriores explicada en el modelo de aprendizaje social. En el que el aprendizaje se produce por imitación de modelos, en este caso pueden ser

¹⁹ JOHN T. Hitchcock and Leigh minturn, "The Rajputs of Khalapur" in Six Cultures: Studies of Child Rearing.

²⁰ DÍAZ C. Letter From Mexico City. Domestic Violence in Mexico. JAMA, June 26, 1996, vol 275. núm. 24.

²¹ LEVAV. I. Bases epidemiológicas de los programas de salud mental sobre conductas violentas. Acta psiquiápsicol Amér Lat. 1991, 37 (1).

los padres quienes se convierten en modelos de conducta para los hijos: El primer paso es la observación de ciertas conductas guardando esto en la memoria, reforzándose este mensaje con actos repetidos y cuando se presenta el momento o una situación similar, se pone en practica la actuación aprendida.

En un estudio realizado con mujeres trabajadoras del IMSS se encontró que las mujeres que cursaron solo la primaria tenían más probabilidad de ser maltratadas comparadas con quienes cursaron estudios superiores.²² Posiblemente esto este vinculado a que entre menos oportunidades existan para la mujer más dependiente es del hombre. El estrés psicológico entre la pareja es uno de los factores que frecuentemente acompañan a estos hechos. En el reporte del CAVI en 1995 el consumo de alcohol de los agresores fue un 50.9% y de alcohol con otras drogas fue de 10.1%.

Existe una descripción de cómo se desencadena un episodio de violencia conyugal llamado "ciclo de violencia" el cual se desarrolla en tres fases:

1. Acumulación de tensión.
2. Descarga de violencia.
3. Luna de miel reconciliatoria.

En la primera fase, comienzan las fricciones por pequeños incidentes, la víctima trata de evadir al agresor, disminuyéndose a si misma, evitando roces, toda actitud es mal interpretada por el agresor que cada vez la acosa más, se hace más tenso el ambiente hasta que un solo detalle es suficiente para que estallen los ánimos, en este momento se pasa a la segunda fase.

En la segunda fase se descarga toda la energía negativa contenida, es cuando ocurre la agresión física.

²² RIVERA. O. Rosalinda. Tesis, Violencia doméstica en la mujer trabajadora del IMSS.

En la fase de luna de miel reconciliatoria, termina la descarga de agresión, uno se muestra arrepentido y el otro comprensivo.

Por lo analizado anteriormente se sugiere que es en la primer fase donde la comunicación es un elemento que puede interrumpir el ciclo de violencia. Existe otro aspecto de la violencia que es el abuso sexual en el que también es necesario determinar algunas características que nos ayuden a comprender como son las circunstancias en que inicia y el proceso en que continua, sin embargo existe poca información respecto a esto.

Es difícil establecer el perfil del agresor y de la víctima, pues como antes se había mencionado, son muchos los factores que influyen en este acontecimiento, sin embargo, G. Novel aporta algunas posibles características:

Los agresores tienden a ser inmaduros, inseguros, dominantes, agresivos, intolerantes y rígidos en la relación con la familia. Generalmente no son capaces de controlar sus impulsos, necesitan gratificaciones inmediatas y no se sienten culpables por sus acciones de violencia. Sus relaciones interpersonales son pobres, su capacidad para relacionarse en la intimidad es limitada buscando continuamente amor y adoración. Las víctimas suelen presentar evidencia de baja autoestima, pasividad, dependencia y sumisión.²³

Para el agresor la violencia es la única manera de manifestar los sentimientos negativos de frustración ante una situación la cual no tiene capacidad de manejar, los vínculos afectivos entre la pareja hacen más tolerante a la víctima que desea que las cosas sean diferentes, minimiza los sucesos con la esperanza de que se de un cambio, es posible que los vínculos afectivos en la pareja sean un requisito para que se de el maltrato, por lo menos en el inicio. Para quienes están sumidos en este ciclo es difícil tener una visión clara de su propia situación y de lo que la propicia, debido a esto, es necesaria

²³ NOVEL G. Factores de riesgo y familias en crisis. In: Novel G, Lluch Ma. Teresa, Miguel Ma. Dolores. Enfermería psico-social. Salvat Editores, S.A. España.

la intervención de terceras personas que no irrumpen en sus vidas dando soluciones rápidas y superficiales, que tengan el suficiente tacto para tratar la situación y entender a cada uno de los implicados.

2.3.2. *Jurídicos*

En algunos países de Latinoamérica todavía no se ha realizado un avance en la legislación respecto a la violencia contra la mujer, quedando esta sin ninguna protección, un ejemplo de esto se encuentra en las leyes de Chile y Guatemala específicamente, estas exoneran al hombre que acepta casarse con la menor que ha violado.²⁴ Esta ley fue eliminada en México en 1991. Algunas más dan al hombre el derecho de hacer prohibiciones sobre la libertad de su mujer, quedando esta en mayor dependencia del marido.

Actualmente el código Civil Mexicano es de los más avanzados en cuanto a la igualdad jurídica en Latinoamérica. Otros países han hecho reformas en sus códigos penales, no obstante, la eficacia en el cumplimiento de estas leyes deja mucho que desear. Es en Colombia donde se da ejemplo de una acción legal, para proteger a las víctimas de violencia en su hogar, se establece una ley entre otras exige a las personas agresoras salgan de su domicilio en un plazo de cuatro horas.²⁵

En 1974 se modifica el Art. 4º de la Constitución Mexicana: "El hombre y la mujer son iguales ante la ley". La violencia doméstica no se menciona en el Código Penal. En 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer a la que México firma su ratificación en 1981, contiene 30 artículos en los cuales promulga en forma jurídicamente obligatoria, principios aceptados

²⁴ HEISE L. Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud, programa mujer, salud y desarrollo. Organización Panamericana de la Salud, Washinton, D.C. Noviembre de 1994.

²⁵ MARTÍNEZ. M. Vargas L. Violencia domestica desde la perspectiva de tabajo del centro de apoyo a la mujer Margarita Magón, A. C. México, D.F. de 1996.

universalmente y medidas para conseguir que la mujer goce de derechos iguales en todas partes.

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. (Convención de Belem Do Pará), aprobada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en Junio de 1994 a la cuál México ratifica su adhesión, tomando un compromiso a nivel Internacional. En esta se reconoce la violencia de género, física, psicológica y sexual como una violación de los derechos humanos, propone a los Estados aunque con carácter de obligatoriedad, leyes destinadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia, en esta convención se afirma que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y una ofensa a la dignidad humana y que la aportación de esta convención constituye una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas, da una conceptualización sobre la violencia de género y derechos entre los que destaca el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de superioridad o subordinación.²⁶

En 1996 se propone la ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar para el Distrito Federal, la cuál es aprobada, y se refiere al tipo de asistencia que se debe prestar a las víctimas de violencia, dividido en tres partes: Detección temprana, Atención y Corrección, empieza a ejercer en 1998 y se envía a todos los gobiernos de los estados de la República Mexicana y países de América Latina.

También se aprobó en la Cámara de Diputados en México la iniciativa de decreto que reforma adiciona y deroga diversas disposiciones del Código Penal vigente para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia Federal en el que se hace referencia a las diversas implicaciones que

²⁶ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem Do Pará) Art.6, inciso b.

tiene la violencia familiar a nivel socioeconómico y en la salud haciendo mención a los cambios culturales que conlleva la erradicación de conductas violentas, que requiere también del reforzamiento de las Instituciones dedicadas al desarrollo, la educación y la seguridad social, la impartición de justicia y la protección de menores e incapaces.

2.3.3 En la salud

Las consecuencias que el maltrato trae para la salud de la mujer han sido de suma importancia, pues el maltrato físico puede ser más evidente dejando lesiones que en corto tiempo pueden sanar en la mayoría de los casos, siendo estas las siguientes principalmente: heridas con objetos punzo cortantes, contusiones, hematomas, fracturas, quemaduras, heridas producidas con armas de fuego, con otros objetos, empujones, puntapiés, puñetazos, mordeduras.

En algunos estudios se ha observado inicio o exacerbamiento del maltrato al tener conocimiento de que la mujer se encuentra embarazada, una de cada cincuenta mujeres embarazadas son víctimas de maltrato físico, repercutiendo en la salud no únicamente de la mujer sino también en el producto siendo frecuentemente causa de abortos, a veces se llega a producir la muerte de la mujer.

Sin embargo, se ha observado en quienes padecen este tipo de violencia que las humillaciones y degradación sufridas dejan un efecto más permanente y destructivo psicológica y espiritualmente, además tiene efectos en la salud de la familia, considerando que la violencia ejercida sobre un miembro, tiene repercusión en la integridad, seguridad y autoestima de quienes comparten el ambiente.

El impacto de este fenómeno a nivel psicológico reconoce algunas consecuencias como depresión, ansiedad, apatía, intento de suicidio, sin embargo, es en este aspecto en el que más se carece de información, aún siendo una de las esferas la cuál tiene mayor repercusión, como consecuencia de este tipo de violencia se ha observado que las mujeres abusadas tienen mas probabilidades de suicidarse y de requerir tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas.²⁷ Apter y Col. Afirman que existe relación significativa entre violencia y conducta suicida.²⁸ Se puede suponer el aumento del gasto que implican los medicamentos, atención médica, atención psiquiátrica así como las consecuencias a nivel familiar como sería la incapacidad para la educación y atención de los hijos, contribuyendo a la desintegración familiar, la cual va de la mano con la violencia.

Otras consecuencias específicas del abuso sexual son: las enfermedades de transmisión sexual, disfunción sexual, los embarazos no deseados en mujeres en edad reproductiva que no llevan ningún método de control natal y que son víctimas de abuso sexual conyugal debido a la falta de información y orientación.

Según las estimaciones del Banco Mundial sobre la carga global de la enfermedad, en las economías establecidas de mercado, esta victimización es responsable de uno de cada cinco días perdidos de vida saludable por las mujeres en edad reproductiva.²⁹ (considerada está de los 15 a 44 años). A pesar de su magnitud y sus consecuencias en la salud la violencia intrafamiliar ha sido insuficientemente valorada como problema de salud pública.³⁰

²⁷ VALDEZ S. Rosario, Sanín. Luz Helena. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*. Septiembre-Octubre de 1996, vol.38, núm. 5

²⁸ JIMÉNEZ A, Díaz M. Suicidio: factores de riesgo, *Psiquis (México)*, vol 6, núm. 1, 1997.

²⁹ RAMOS L, Saltijeral M., Caballero M: Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental V. 19, Suplemento abril de 1996*.

³⁰ VALDEZ R, Aguirre L, La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, Sept-Oct. 1996, vol, 38, núm. 5.

En un estudio en la Universidad de Yale, Stark y Flitcratft hallaron que cerca de una de cada cinco mujeres golpeadas se habían presentado al menos once veces con traumatismos; otro 23% entre seis y diez lesiones para ser atendidas por los clínicos. En la mayoría de los casos, el proveedor de salud nunca identificó la historia de abuso subyacente a estas lesiones.³¹ Esto no quiere decir que los administradores de la salud no tengan capacidad para reconocer lesiones producidas por maltrato, ya que ante la presencia de diversas lesiones y si se suma a esto el estado anímico de la paciente es evidente la ocurrencia de maltrato, si nos habla en cambio, de la falta de compromiso de estos para tomar una decisión y acciones que ofrezcan alguna solución a las víctimas, tal vez en esto influya que aun para quienes se dedican al campo de la salud, la victimización sigue siendo asunto privado.

En otro estudio (Rose y Saunders, 1986), de 86 médicos y 145 enfermeras, identifico el género del profesional como el factor más significativo para determinar si las mujeres maltratadas eran reconocidas como tales. Las mujeres enfermeras y médicos tenían menos probabilidades que los hombres de creer que las palizas fueran justificadas y que la prevención del abuso fuera responsabilidad de la víctima.³² Por lo anterior se puede suponer una actitud de indiferencia del personal de salud masculino ante estas mujeres. Es necesaria la capacitación del personal de salud para que su actuación sea la adecuada en el trato a estas víctimas, pues son los primeros implicados en la detección cuando las víctimas solicitan atención médica sin hacer ninguna denuncia.

En una investigación realizada en Costa Rica se aplicó un cuestionario a 1,388 mujeres que acudieron al Patronato Nacional de la Infancia en 1990, las cuales no acudieron por violencia, los resultados mostraron que el 50% de las mujeres consultantes eran golpeadas por sus compañeros, el 48% obligadas a

³¹ HEISE L. Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud, programa mujer, salud y desarrollo. Organización Panamericana de la Salud, Washinton, D.C. Noviembre de 1994.

³² COOK. Y. Fontaine. K. L. Enfermería Psiquiátrica. Ed, Interamericana, Mc. Graw-Will. Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental. Segunda edición. España 1991.

tener relaciones sexuales.³³ Las víctimas de abuso pueden ser encubiertas y pasar desapercibidas aun en los mismos centros dedicados a darles apoyo, mientras ellas mismas no se animen a denunciarlo y pedir ayuda, además es posible que en esto influya la falta de un trato personal y humano hacia la víctima.

Es importante buscar estrategias de apoyo a la mujer maltratada en las que los procedimientos que se deban seguir sean de más calidad, este aspecto está incluido entre las propuestas que da el Documento *Forward looking strategies* elaborado a partir de la Conferencia Mundial en 1985 donde se revisaron los trabajos de la Década de las Naciones Unidas para la Mujer este propone: Que los gobiernos diseñaran medidas preventivas y establecieran medidas institucionales para ayudar a las mujeres víctimas de diversas formas de violencia; que se requieren nuevas leyes y la revisión de las vigentes; que se debe dar prioridad al reconocimiento de los derechos humanos de la mujer en particular en lo relativo a la violencia conyugal y que debe existir un enfoque preventivo.³⁴ Todo esto resulta muy obvio, sin embargo como se puede observar con el ejemplo anterior es poco lo que se ha llevado por obra y este poco se debe en su mayoría a las organizaciones no gubernamentales y la presión que estas ejercen sobre el gobierno.

Los programas contra la violencia intrafamiliar deben ir enfocados a la prevención considerando los factores de riesgo y las características que conforman el perfil de quienes son protagonistas en una situación de violencia, tomando en cuenta el contexto sociocultural que los rodea.

³³ LARRAIN S, Burenic M, Saucedo I, *Violencia domestica contra la mujer en América Latina y el Caribe: Revisión de dos décadas de acción. Documento elaborado para la conferencia: Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Washinton, Octubre de 1997.*

³⁴ RIQUER F., Saucedo I., Bedolla P., "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública", *Mujer: sexualidad y salud reproductiva.*

2.4. MAGNITUD DEL PROBLEMA

La investigación sobre violencia familiar ha sido muy reciente mundialmente por lo cual los estudios que existen sobre el tema son apenas un reflejo mínimo de la realidad, de esta forma no es posible hacer una evaluación general del problema, además de que aún se le considera un tema de incumbencia privada dificultando aún más la intervención de otros sectores.

Para luchar contra el maltrato de que es víctima, la mujer encuentra apoyo principalmente en miembros que son de su mismo sexo, quienes por su sensibilidad ante esta situación se sienten identificadas y comprometidas a cambiarla, formando grupos de apoyo llamados Organizaciones No Gubernamentales (ONG) quienes han impulsado el interés de la opinión pública sobre este tema y posteriormente se han preocupado porque se haga efectivo el compromiso que el estado ha asumido.

Un estudio realizado en diez ciudades de la República Mexicana de la opinión pública sobre violencia intrafamiliar con un universo de 3300 personas, se encontró que el 21% de los entrevistados conocen alguna persona que sufre maltrato. Respecto al maltrato a la mujer las manifestaciones de violencia son más frecuentes en forma física 81%, 42% golpes en el cuerpo, 32% violación, 28% golpes en la cara, abuso verbal en un 76%.³⁵

Una investigación en 1970 sobre el abuso doméstico en la ciudad con 342 mujeres seleccionadas al azar, amas de casa, en un 30% dijeron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, 33% habían sufrido agresión, de estas 86 fueron abusadas por el esposo.

En el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), durante el año de 1995 de 10,186 casos de violencia intrafamiliar se detectaron 6,233 casos

³⁵ Estudio de penetración y opinión pública sobre la violencia familiar, auspiciado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

con maltrato agudo, el 88.1% son mujeres y el 11.9% son hombres, en un 79.8% el agresor se encontraba como cónyuge, concubino o pareja.

En México en 1997 se funda el primer refugio dependiente de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal. En el Distrito Federal se encuentran las siguientes instituciones dedicadas a dar apoyo a la mujer víctima de violencia intrafamiliar:

ADIVAC. Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas; CAM,MM. Centro de Apoyo a la Mujer Margarita Magón A.C; CAMT. Centro de Apoyo a Mujeres Trabajadoras; CAPYLFAC. Centro de Atención psicológica y legal para la mujer y el menor; CAVI. Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar; CORIAC. Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias A.C; COVAC. Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres. A.C; COORDINADORA FEMINISTA DE DEFENSORAS POPULARES; COORDINADORA MEXICANA DE DEFENSORAS POPULARES. Estas instituciones ofrecen una ayuda integral que abarca atención en el área social, psicológica, médica y asesoría legal, cursos, talleres, capacitación y formación a las mujeres en el conocimiento de sus derechos. Algunos pocos ofrecen albergues temporales a las familias mientras se resuelve su situación .

3. METODOLOGÍA

3.1. VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 *Variable independiente*

VIOLENCIA CONYUGAL CONTRA LA MUJER

Indicadores:

- ♣ Lesiones
- ♣ Parte del cuerpo utilizada para lesionar
- ♣ Objeto con que se provoco la lesión
- ♣ Lugar de ocurrencia de la lesión
- ♣ Hora de ocurrencia de la lesión
- ♣ Agresión física
- ♣ Agresión verbal
- ♣ Tiempo de agresión verbal
- ♣ Tiempo de agresión física
- ♣ Agresión sexual
- ♣ Parentesco del agresor

3.1.2 Variable dependiente

PADECIMIENTOS

Indicadores:

- ‡ Anorgasmia
- ‡ Disminución de la libido
- ‡ Leucorrea
- ‡ Alteraciones menstruales
- ‡ Dispareunia
- ‡ Hospitalización por maltrato
- ‡ Cefaleas
- ‡ Alteraciones del sueño
- ‡ Alteraciones del apetito
- ‡ Parestesias
- ‡ Alteraciones digestivas
- ‡ Rreacciones vágales

3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 *Tipo de estudio*

Es un estudio de tipo transversal, retrospectivo, descriptivo; transversal porque este estudio se realiza en un tiempo limitado; retrospectiva porque es un estudio realizado en cédulas; descriptiva porque no se establecen comparaciones entre grupos, su objetivo es medir determinadas características mediante el estudio de variables.

3.3.2 *Diseño*

Para la elaboración de esta investigación se ha utilizado el diseño metodológico de la guía de tesis (Lasty Balseiro) por ser un método que se adecua a las necesidades de investigación en el campo de la enfermería, también se hicieron consultas en otras bibliografías.

Se ha identificado el problema y apreciado la importancia que esto tiene para la mujer dentro del área de la salud.

Se realiza una búsqueda y selección de bibliografía en Medline.

Se asiste a diferentes bibliotecas y centros de apoyo a la mujer para recopilación de bibliografía.

Elaboración del protocolo de investigación.

Esta investigación se realiza por medio de la Fundación Mexicana para la Salud.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 *Fichas de trabajo*

Se elaboran fichas de trabajo para facilitar el manejo de la información y realización del marco teórico.

3.3.2 *Cuestionarios*

Para esta investigación se utiliza el cuestionario médico del Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, cabe mencionar que este cuestionario es la única fuente de información a la que se permite acceso en CAVI. Este trabajo ha sido realizado por tres personas de la siguiente manera:

Un médico que hace el llenado del cuestionario interrogando a las mujeres que piden atención, una Licenciada en nutrición que hizo el vaciado en hojas de recolección de datos para facilitar la captura y una pasante de la Licenciatura en enfermería y obstetricia hace la captura en un programa de base de datos Statistical Package for Social Sciences (spss), limpieza de base de datos, elaboración de gráficas y cuadros que faciliten el análisis.

4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

4.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

- ♦ Todas las mujeres que reciben atención en el CAVI.

Muestra

- ♦ 452 Mujeres que acudieron durante los meses de Diciembre de 1996 a Mayo de 1997 al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Criterios de Inclusión

- ♦ Mujeres que hayan sufrido agresión física.
- ♦ Mujeres cuyo agresor sea o fue su cónyuge.
- ♦ Mujeres que demandaron atención en el Servicio Médico del CAVI, durante los meses de Diciembre de 1996 a Mayo de 1997.

Criterios de exclusión

- ♦ Mujeres con las cuales el agresor no sea su pareja.
- ♦ Mujeres que no demandaron atención en el Servicio Médico del CAVI durante los meses de Diciembre de 1996 a Mayo de 1997.

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS

Cuadro 1

Frecuencia con que ocurrió el maltrato a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandan atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar durante los meses de Diciembre a Mayo de 1997.

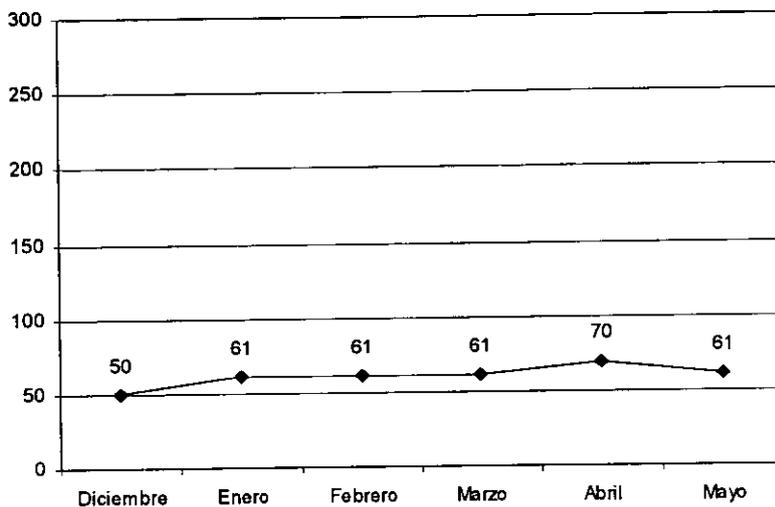
Frecuencia con que ocurrió el maltrato	F	%
Enero	61	16.8
Febrero	61	16.8
Marzo	61	16.8
Abril	70	19.2
Mayo	61	16.8
Diciembre	50	13.7
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Cuestionario Médico aplicado a las mujeres que asistieron al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, durante los meses de Diciembre de 1996 a Mayo de 1997.

En el cuadro 1 se observa una distribución equitativa en la demanda de atención durante todos los meses con una porcentaje de 16.8 exceptuando los meses de Abril y Diciembre ascendiendo en el primero y descendiendo en el segundo.

Gráfica 1

Frecuencia con que ocurrió el maltrato a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar durante los meses de Diciembre a Mayo de 1997.



FUENTE: Cuestionario Médico aplicado a las mujeres que asistieron al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, durante los meses de Diciembre de 1996 a Mayo de 1997.

Cuadro 2

Edad de mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

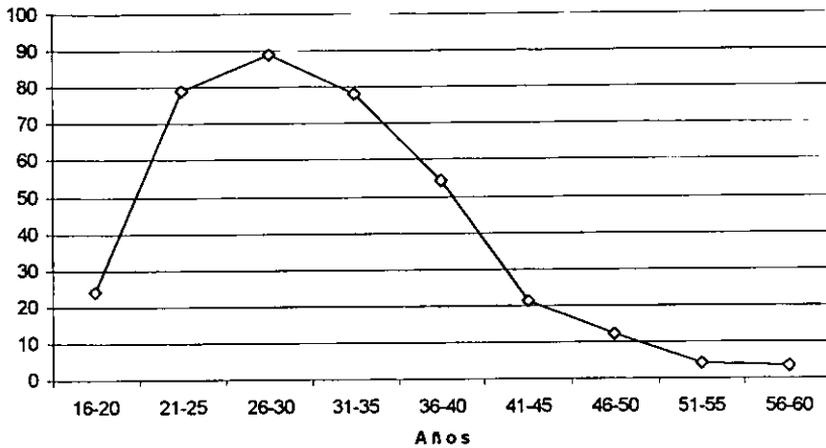
Edad víctimas	F	%
16-20	24	6.6
21-25	79	21.7
26-30	89	24.5
31-35	78	21.4
36-40	54	14.8
41-45	21	5.8
46-50	12	3.3
51-55	4	1.1
56-60	3	.8
<i>Total</i>	364	100.0

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se muestra que en las edades de los 26 a 30 años es más frecuente el maltrato dándose un 24.5%, en la medida que aumenta la edad de la víctima se reduce la frecuencia, también se observa una disminución antes de los 20 años esto se justifica si se toma en cuenta que a esta edad generalmente la mujer no lleva una vida conyugal, con esto se observa que las mujeres que sufren maltrato conyugal tienen más incidencia en la edad reproductiva, edad en la que se ejerce el papel de madre y educadora dentro de la familia y es más productiva económicamente por lo que tiene mayores oportunidades de ser independiente además tiene más resistencia física, todas estas son características de las mujeres que tienen mayor incidencia de maltrato conyugal.

Gráfica 2

Edades de mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 3

Edades de los agresores de las mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Edad agresor	F	%
16-20	8	2.2
21-25	50	13.7
26-30	88	24.2
31-35	82	22.5
36-40	65	17.9
41-45	35	9.6
46-50	20	5.5
51-55	11	3.0
56-60	3	.8
Más de 60	2	.5
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En el presente cuadro se observa de manera semejante como ocurre en las mujeres que, la frecuencia mayor se encuentra entre los 26 a 30 años con 24.2% a medida que va avanzando la edad la frecuencia del maltrato se va haciendo menor.

Gráfica 3

Edades de los agresores de las mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 4

Parentesco de los agresores con las mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

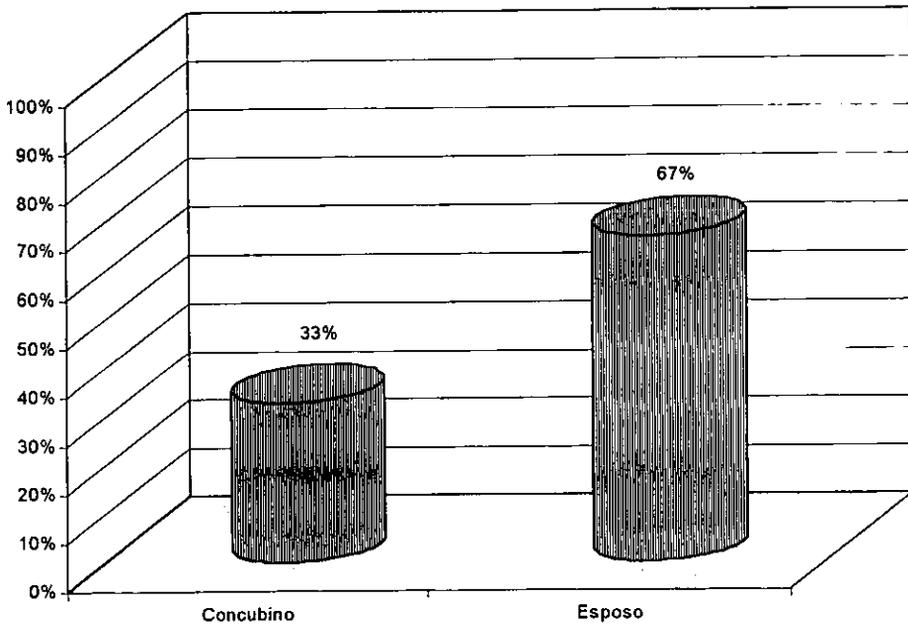
Parentesco de los agresores	F	%
Concubino	121	33.2
Esposo	243	66.8
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se encuentra la relación de parentesco que la víctima tiene con su agresor, diferenciándolo en esposo y concubino, en el caso del concubino observamos un porcentaje de un 33.2 y el esposo con un 66.8, esto sugiere que los lazos legales entre la pareja son un condicionante para que la mujer se sienta más comprometida a conservar la unidad de la familia sosteniendo una situación de maltrato.

Gráfica 4

Parentesco de los agresores con las mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 5

Parte lesionada del cuerpo de mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Lesiones	F	%
Cara	202	55.5
Cráneo	37	10.2
Cuello	30	8.2
Tórax anterior	30	8.2
Tórax posterior	34	9.3
Abdomen	13	3.6
Lumbar	6	1.6
Miembros torácicos	167	45.9
Miembros pélvicos	142	39
Genitales	3	.8
Glúteos	6	1.6

FUENTE: Misma del cuadro 1

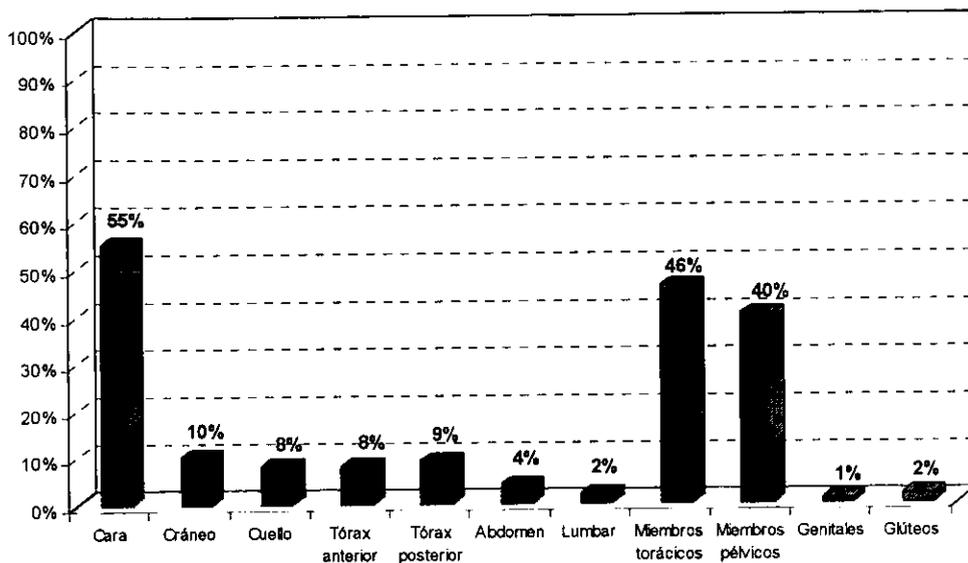
En este cuadro reconocemos las lesiones que se han recibido con más frecuencia en la cara con un porcentaje de 55.5, siguiendo los miembros torácicos con 45.9% y miembros pélvicos con 39%.

Se observa que en la mayoría de las ocasiones el agresor dirige sus golpes a partes del cuerpo en las que causa daño pero no se lesionan órganos vitales que puedan causar complicaciones mayores.

NOTA: Los totales de este cuadro rebasan los 364 debido a que se presentaban hasta más de cuatro partes del cuerpo lesionadas en una misma mujer.

Gráfica 5

Parte lesionada del cuerpo de mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 6

Parte del cuerpo del agresor utilizada para lesionar a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Parte del cuerpo del agresor utilizada para lesionar	F	%
Otros	41	11.3
Puños	145	39.8
Pies	36	9.9
Cabeza	3	.8
Mordeduras	6	1.6
Más de 1	133	36.5
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

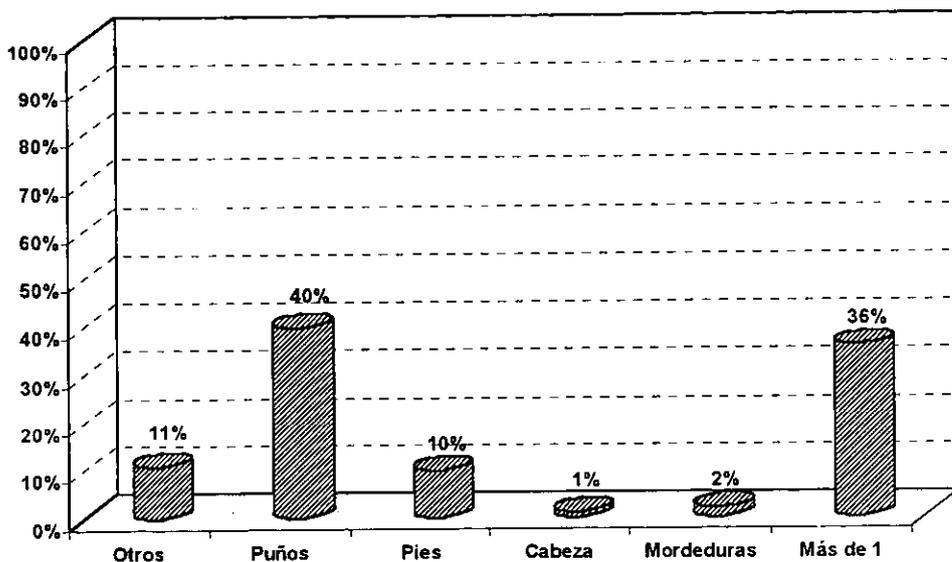
FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se encuentra que la parte más utilizada por el agresor son los puños con un 39.8% y con un 36.5% más de una parte del cuerpo, del cual el 32.1% es una combinación del uso de puños y pies utilizados para la agresión.

En otros con un porcentaje de 11.3 se encuentra mano abierta, rodillas, codos, uñas.

Gráfico 6

Parte del cuerpo del agresor utilizada para lesionar a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 7

Objeto utilizado para la agresión a mujeres víctimas de Violencia Conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Objeto utilizado para la agresión	F	%
Golpe con arma contundente o objeto lanzado	46	12.6
Empujada desde lugar elevado	35	9.6
Arrastrada por el piso	4	1.1
Ataque con instrumentos cortantes y punzantes	7	1.9
Intento de ahorcamiento	3	.8
Quemadura	1	.3
Tracción de cabello	14	3.9
Sujeción	4	1.1
Más de una forma de agresión	14	3.9

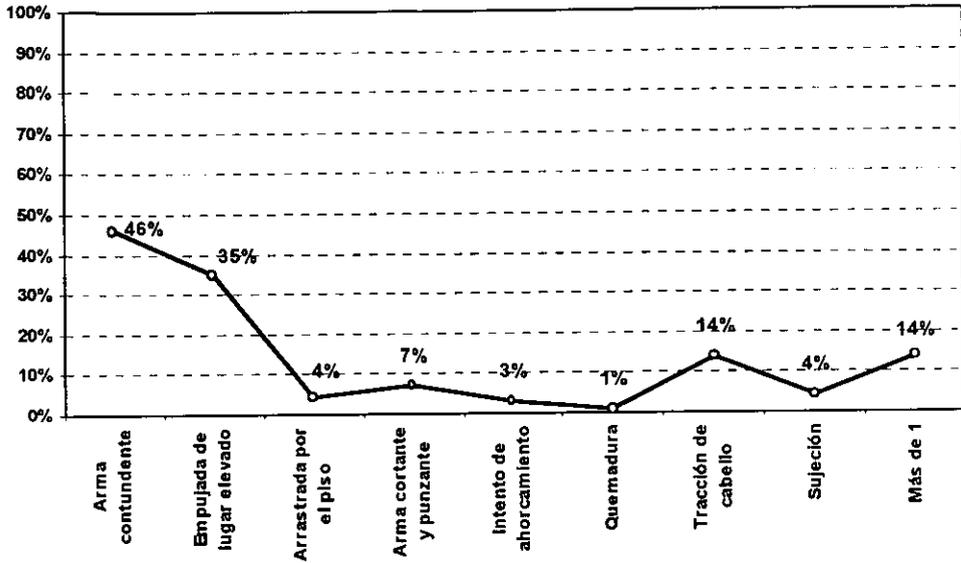
FUENTE: Misma del cuadro 1

Solamente el 35.2% utiliza alguna de estas formas de agresión y el 64.8% no utiliza ninguna, el 12.6% que es el porcentaje mayor agrede lanzando algún objeto contundente, siguiendo en frecuencia el que agrede empujando desde algún lugar elevado o proyectándola contra algo.

En más de una forma de agresión se combina la de objeto lanzado con empujada desde lugar elevado, sujeción y tracción de cabello.

Gráfica 7

Objeto utilizado para la agresión a mujeres víctimas de Violencia Conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Esta gráfica se realizó con datos de frecuencia debido a que en porcentajes algunos valores no son visibles.

Cuadro 8

Lugar en que ocurrió el maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Lugar en que ocurrió el maltrato	F	%
Domicilio conyugal	300	82.4
Vía pública	43	11.8
Otros	21	5.8
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

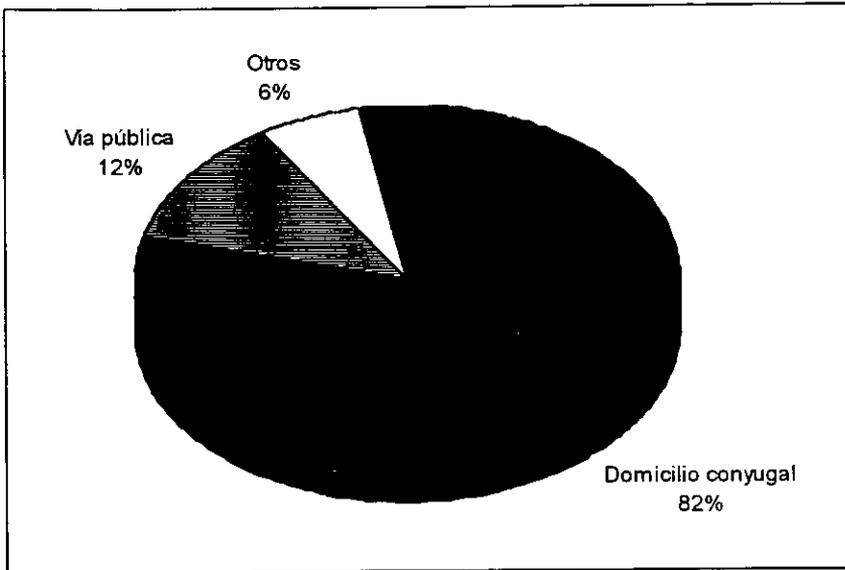
FUENTE: Misma del cuadro 1

Este cuadro muestra que es en el domicilio conyugal donde en su mayoría ocurre la violencia con un porcentaje de 82.4 y ocurriendo en la vía pública en un 11.8%, en otros lugares como domicilio de familiares ocurrieron 5.8% de todos los casos.

Esto nos indica que es el propio hogar el lugar más inseguro para la mujer víctima de la violencia conyugal.

Gráfica 8

Lugar en que ocurrió el maltrato a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 9

Hora de la agresión a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

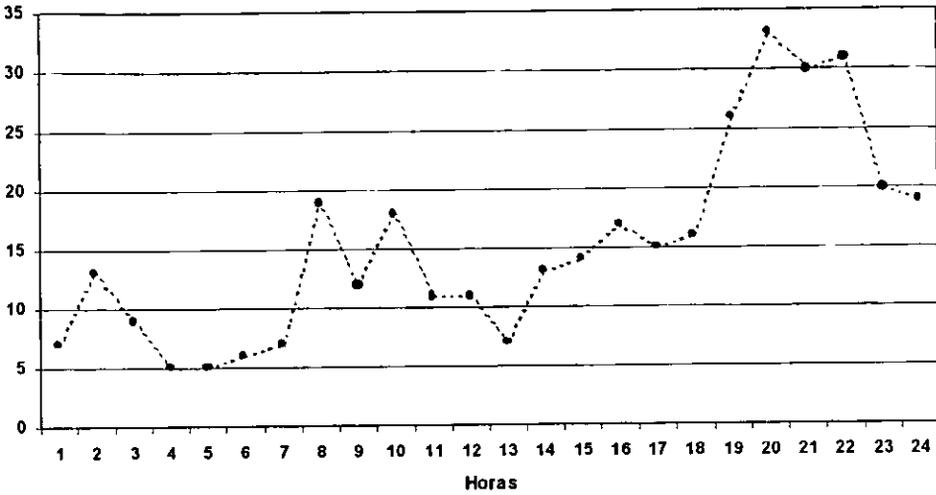
Hora	F	%
1	7	1.9
2	13	3.6
3	9	2.5
4	5	1.4
5	5	1.4
6	7	1.9
7	6	1.6
8	19	5.2
9	12	3.3
10	18	4.9
11	11	3.0
12	11	3.0
13	7	1.9
14	13	3.6
15	14	3.8
16	17	4.7
17	15	4.1
18	16	4.4
19	26	7.1
20	33	9.1
21	30	8.2
22	31	8.5
23	20	5.5
24	19	5.2
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro observamos que es en las horas nocturnas entre las 19-24, en las que hay mayor incidencia de maltrato, son estas las horas en que generalmente existe mayor convivencia familiar.

Gráfica 9

Hora de la agresión a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención al Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 10

Tiempo de agresión física en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

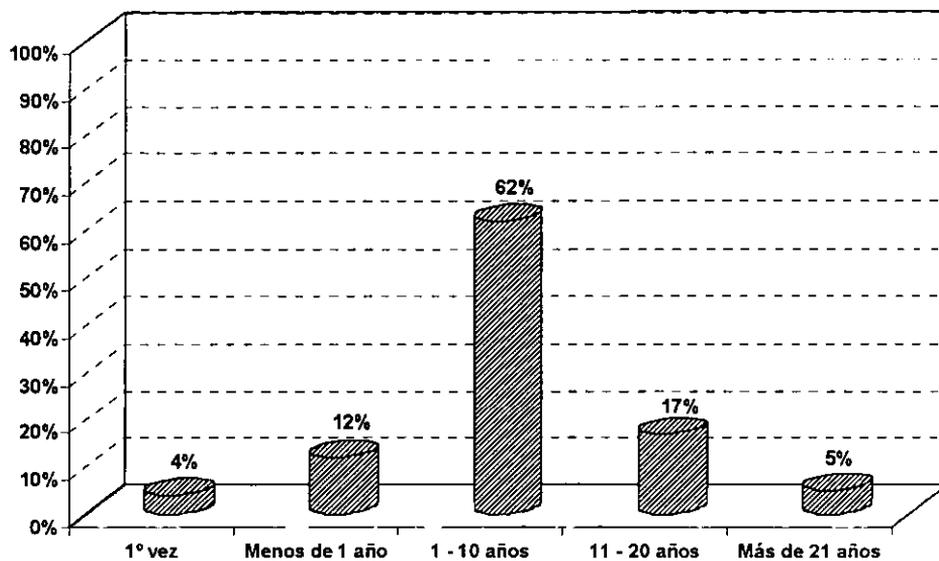
Tiempo de agresión física	F	%
1° vez	14	3.9
menos de 1 año	45	12.4
1-10 años	227	62.4
11-20 años	60	16.5
más de 21 años	18	4.9
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se muestra que un 62.4% tienen de 1 hasta 10 años y el 16.5% de 11 - 20 años de sufrir maltrato, esto sugiere que en la medida en que transcurre el tiempo sosteniendo una situación que se hace habitual, resulta más difícil romper el círculo formado por el hábito si no hay intervención de terceras personas. También es evidente la disminución en la frecuencia de maltrato en cónyuges que la ejercen más de 21 años, indicando que en la medida que la pareja envejece disminuye la violencia hacia la mujer.

Gráfica 10

Tiempo de agresión física en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 11

Agresión verbal a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

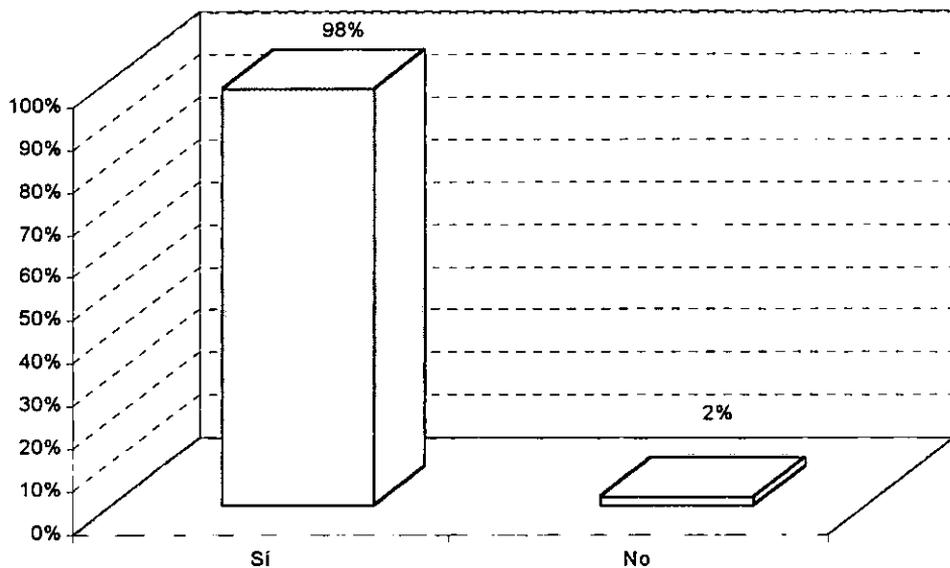
Agresión verbal	F	%
Sí	358	98.4
No	6	1.6
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En el cuadro 11 se encuentra que el 98.4% refieren recibir agresión verbal y el 1.6% lo niegan, esta forma de agresión contra la mujer no causa ningún daño físico sin embargo a nivel psicológico las consecuencias pueden ser más serias.

Gráfica 11

Agresión verbal a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 12

Tiempo de agresión verbal a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar

Tiempo de agresión verbal	F	%
Menos de un año	36	9.9
1-10 años	233	64.0
11-20 años	73	20.1
Más de 21 años	16	4.4
No	6	1.6
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

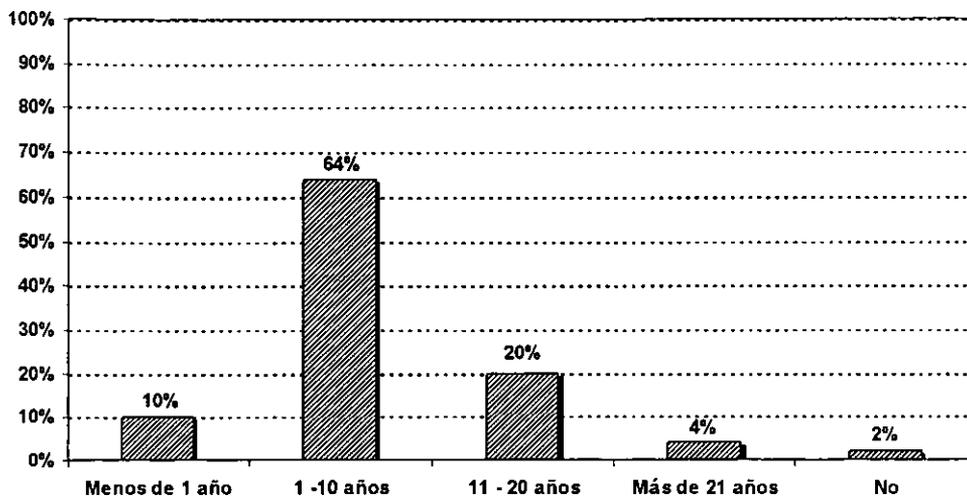
FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro el mayor porcentaje se encuentra entre las mujeres que han sufrido la agresión verbal de 1 a 10 años con un 64.0% y en un segundo lugar están las mujeres que la han sufrido de 11 a 20 años con un 20.1%.

La tolerancia al maltrato durante tanto tiempo entre estas mujeres hacen que este se convierta en parte de la vida cotidiana.

Gráfica 12

Tiempo de agresión verbal a mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 13

Agresión sexual en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

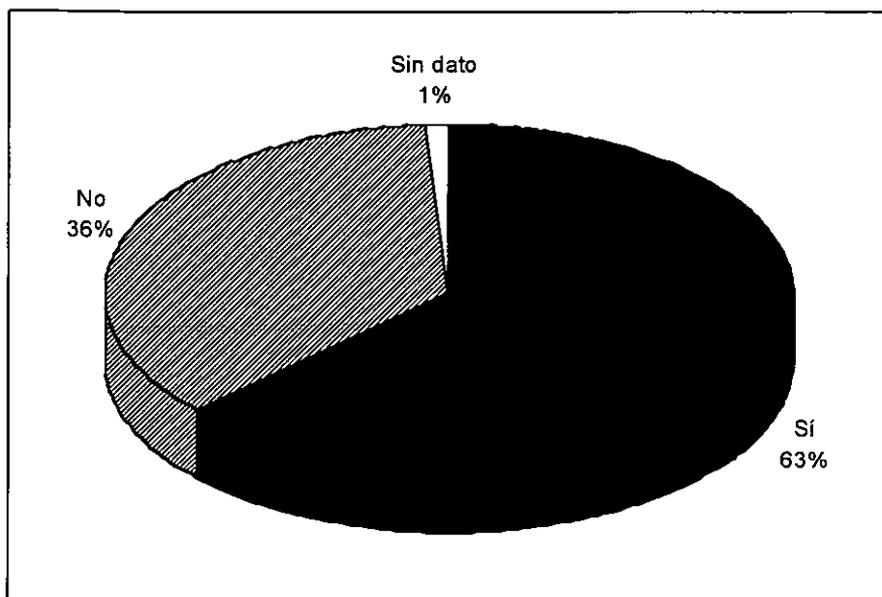
Agresión sexual	F	%
Sí	229	62.9
No	135	37.1
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro encontramos que el 62.9% además de sufrir agresión física por parte de cónyuge también sufre abuso sexual, solo el 37.1% no es agredida sexualmente, la cifra de mujeres que sufren abuso sexual conyugal es significativa.

Gráfica 13

Agresión sexual en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 14

Agresión sexual frecuente en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

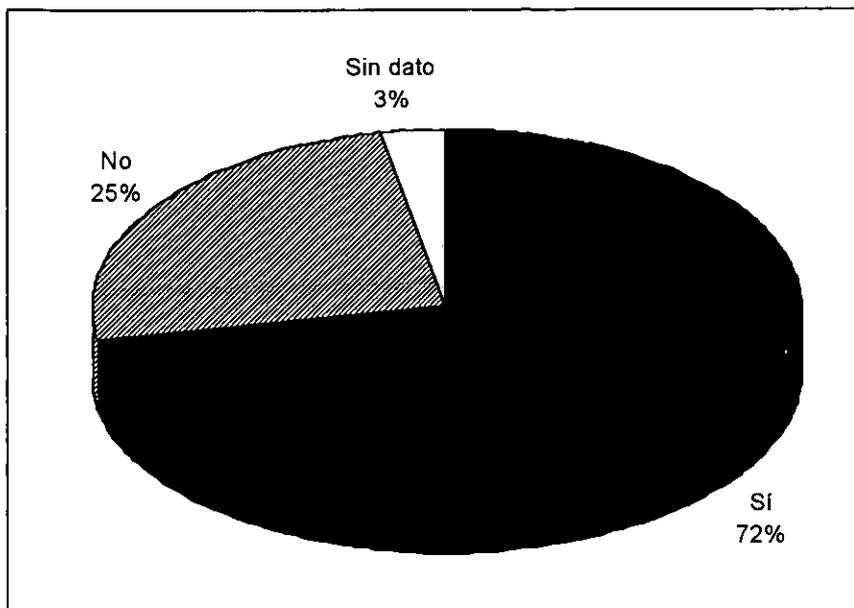
Agresión sexual frecuente	F	%
Sí	165	72.1
No	57	24.9
Sin dato	7	3.1
<i>Total</i>	<i>229</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

Se observa en este cuadro que el 72.1% de quienes sufren abuso sexual es frecuente, el 24.9% no es frecuente.

Gráfica 14

Agresión sexual frecuente en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 15

Antecedentes patológicos en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

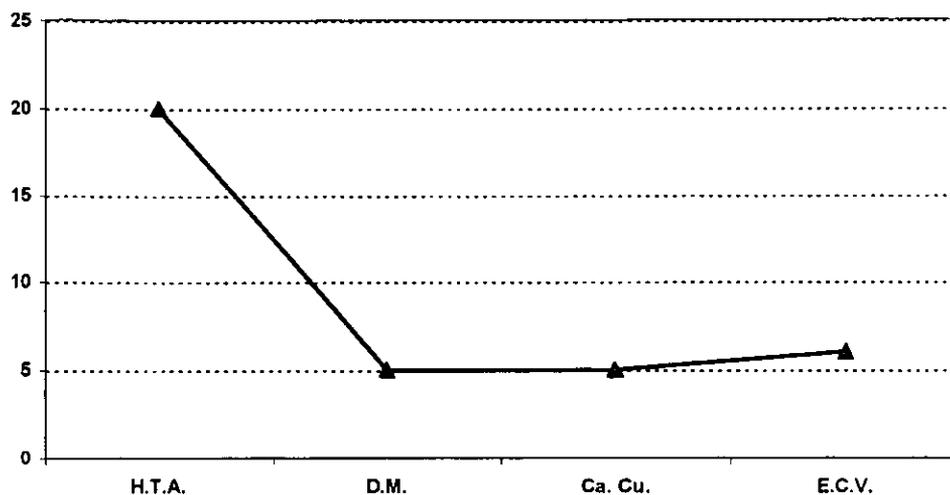
Antecedentes patológicos	F	%
Antecedentes de hipertensión	20	5.5
Antecedentes de Diabetes	5	1.4
Antecedentes de Ca Cu.	5	1.4
Enfermedades cardiovasculares	6	1.6
<i>Total</i>	36	9.9

FUENTE: Misma del cuadro 1

Los antecedentes patológicos encontrados en estas mujeres apenas suman un 9.9% es muy insignificante la frecuencia encontrada.

Gráfica 15

Antecedentes patológicos en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 16

Cefalea como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

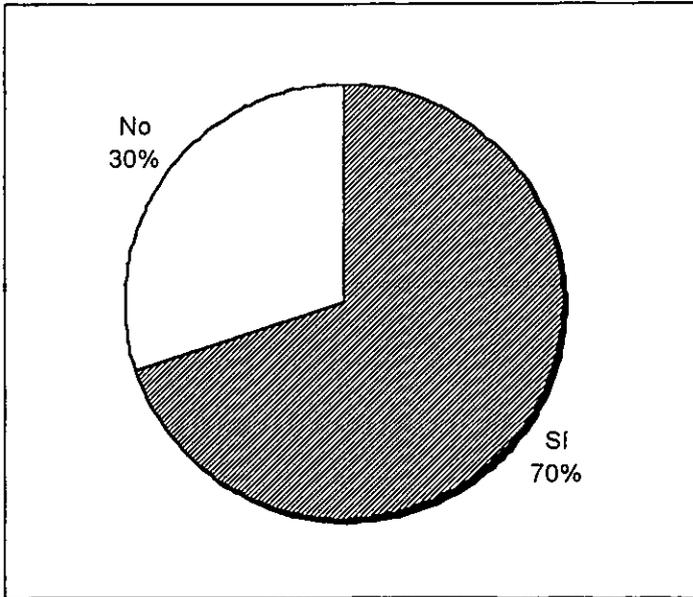
Cefalea	F	%
Sí	254	69.7
No	110	30.3
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se encuentra que el 69.7% de mujeres que sufre maltrato por parte del cónyuge padece cefalea, la cifra es significativa.

Gráfica 16

Cefalea como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 17

Alteraciones del sueño como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

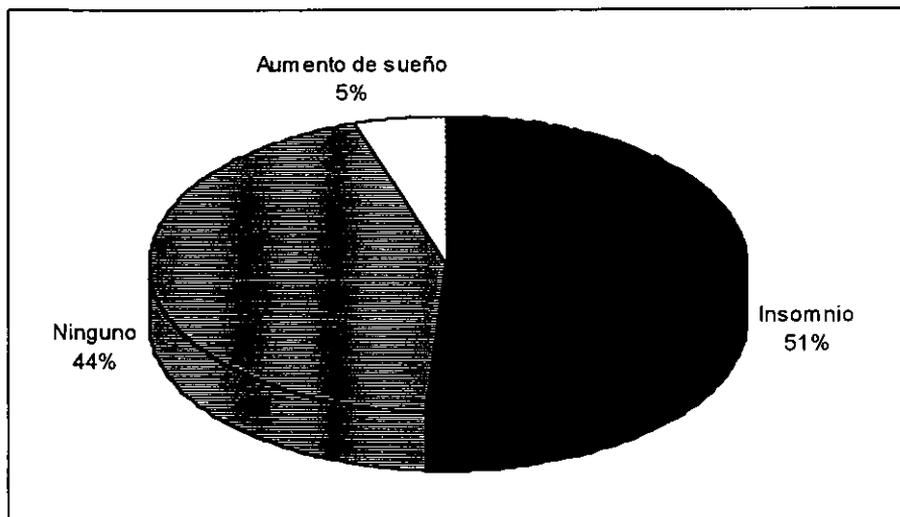
Alteraciones del sueño	F	%
Insomnio	185	50.8
Aumento de sueño	20	5.5
Ninguno	159	43.7
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En el presente cuadro se encuentra el 56.3% sufre trastornos del sueño, de estos el 50.8% padece insomnio y el 5.5% aumento del sueño. Más de la mitad de las víctimas refiere alguna dificultad en el dormir.

Gráfica 17

Alteraciones del sueño como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 18

Alteraciones del apetito como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Alteraciones del apetito	F	%
Perdida del apetito	188	51.6
Aumento	14	3.8
Ninguno	162	44.2
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

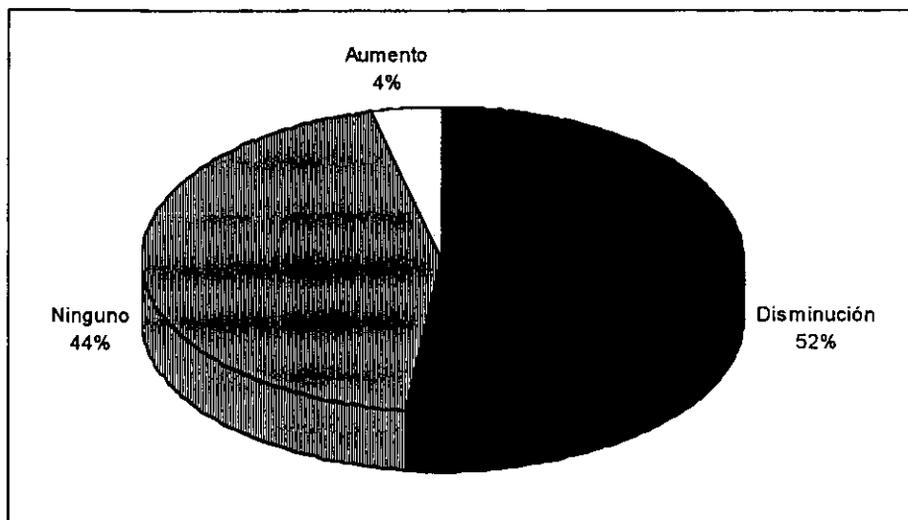
FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro encontramos que se presentan trastornos del apetito en más del 50% en el total de mujeres que sufren violencia conyugal.

La pérdida de apetito se presenta en un 51.6% y el aumento de apetito en un 3.8%.

Gráfica 18

Alteraciones del apetito como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 19

Parestesias como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

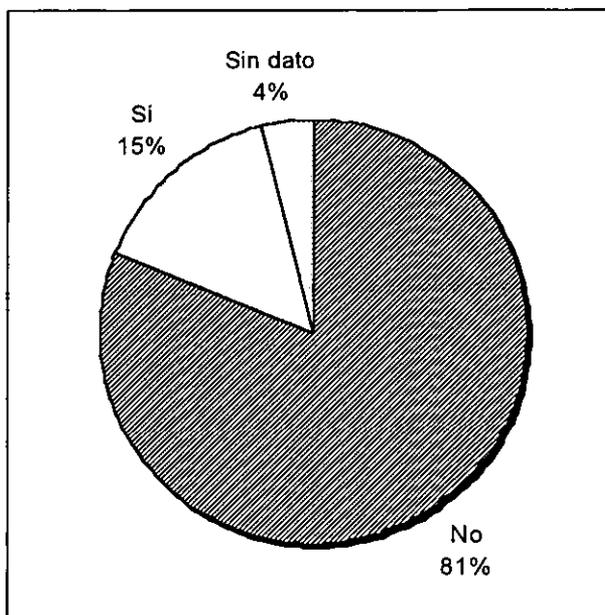
Parestesias	F	%
Sí	56	15.4
No	292	80.2
Sin dato	16	4.4
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se observa que el 15.4% sufren parestesias, el 80.2% no las padecen, la frecuencia con que se presenta este síntoma no es significativa.

Gráfica 19

Parestesias como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 20

Alteraciones digestivas como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

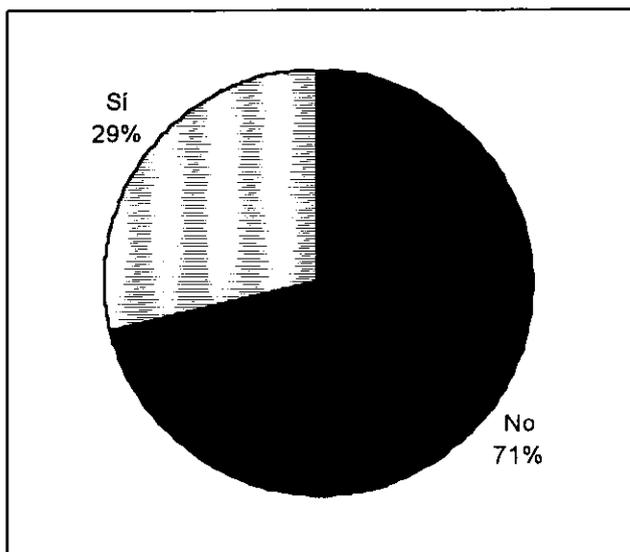
Alteraciones digestivas	F	%
Sí	104	28.6
No	260	71.5
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se indica que el 28.6% de mujeres que son víctimas de violencia conyugal, padece alguna alteración digestivas, el 71.5% no padecen ninguna.

Gráfica 20

Alteraciones digestivas como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 21

Reacciones vagas como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

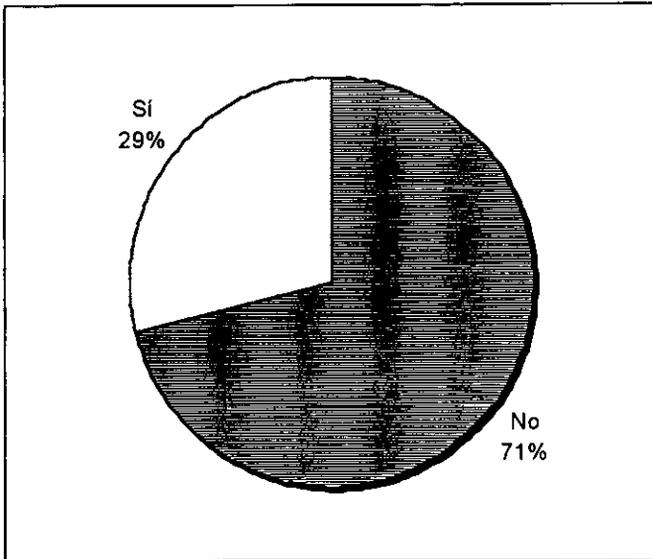
Reacciones vagas	F	%
Sí	91	25.0
No	273	75.0
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En el cuadro sobre reacciones vagas se encuentra que el porcentaje de mujeres maltratadas que padecen alguna reacción vaga es de 25.0%, no padecen ninguna de estas el 75.0%.

Gráfica 21

Reacciones vagas como síntoma relacionado con maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 22

Historia obstétrica de mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

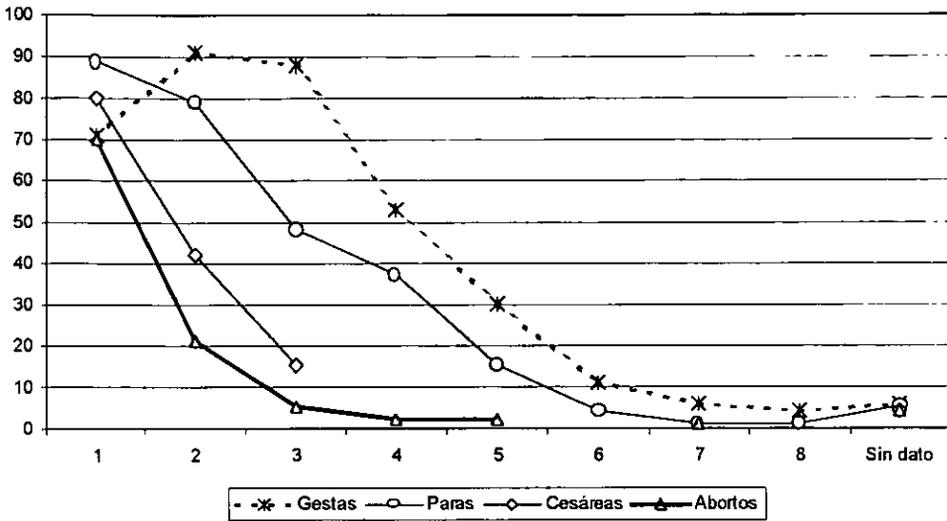
Frecuencia de Gestas, Paras, Cesáreas, Abortos	Frecuencia de mujeres con Gestas	Frecuencia de mujeres con Paras	Frecuencia de mujeres con Cesáreas	Frecuencia de mujeres con Abortos
1	71	89	80	70
2	91	79	42	21
3	88	48	15	5
4	53	37		2
5	30	15		2
6	11	4		
7	6	1		1
8	4	1		
Sin dato	6	5	4	4
<i>Total</i>	<i>360</i>	<i>279</i>	<i>141</i>	<i>105</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se encuentra la frecuencia de mujeres según G,P,C,A. Aunque es una simple revisión de la historia obstétrica resulta importante la frecuencia de mujeres que han sufrido algún aborto, se encuentran 70 mujeres que por lo menos han sufrido 1 aborto, 21 mujeres que han sufrido 2 abortos.

Gráfica 22

Historia obstétrica de mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 23

Leucorrea en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

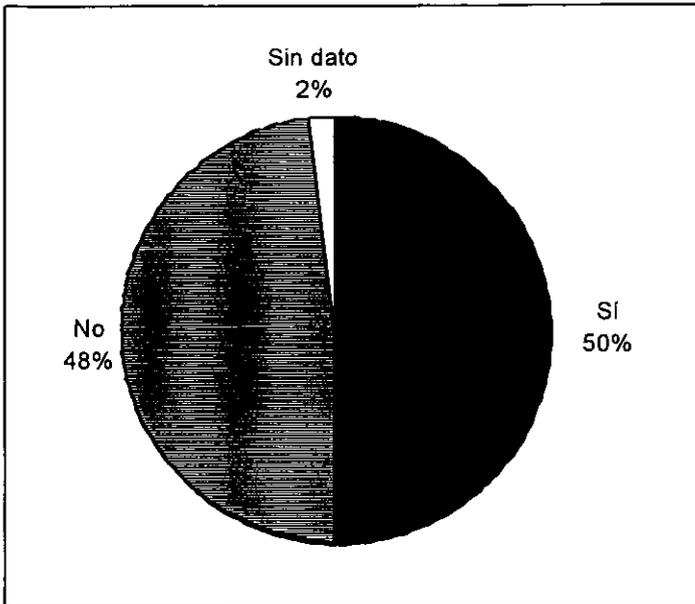
Leucorrea	F	%
Sí	181	49.7
No	176	48.4
Sin dato	7	1.9
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro el 49.7% de mujeres en estudio respondió padecer leucorrea, el 48.4% responde no padecerla, 1.9% no tienen respuesta, se sabe que son muchas causas las que pueden favorecer una infección vaginal manifestada con leucorrea, sin embargo, en este cuadro la respuesta es positiva en la mayoría.

Gráfica 23

Leucorrea en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Cuadro 24

Alteraciones menstruales en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

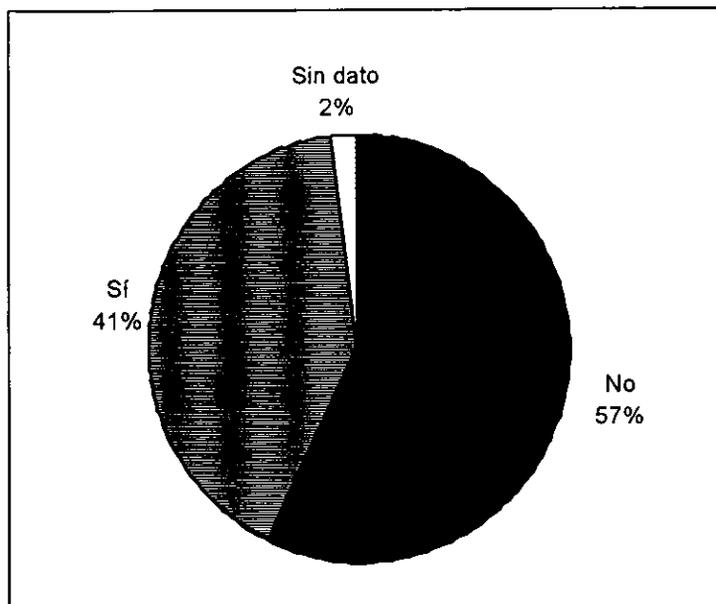
Alteraciones menstruales	F	%
Sí	150	41.2
No	205	56.3
Sin dato	9	2.5
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En el cuadro sobre alteraciones menstruales se encuentra que el 41.2% de mujeres víctimas de violencia conyugal sufren alteraciones menstruales, un 56.3% no padecen ninguna alteración de la menstruación.

Gráfica 24

Alteraciones menstruales en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 25

Dispareunia en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

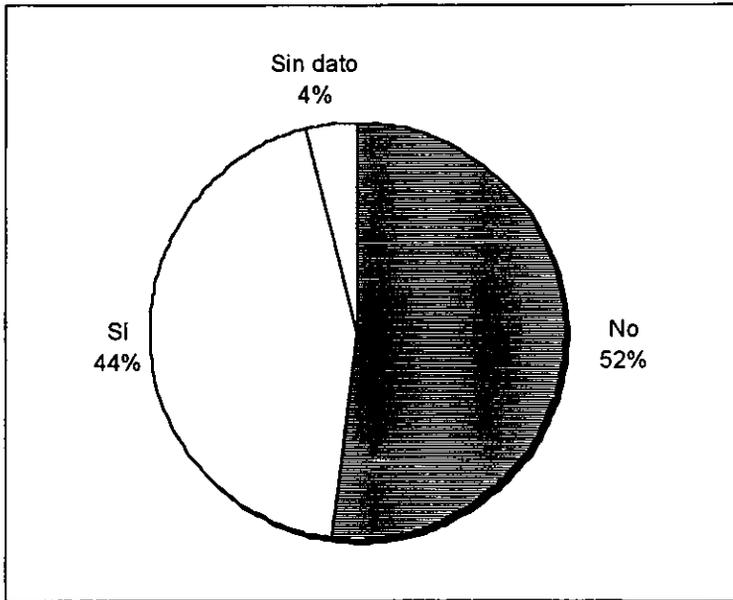
Dispareunia	F	%
Sí	160	44.0
No	191	52.5
Sin dato	13	3.6
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro encontramos que el 44.0% padece dispareunia, un 52.5% no la padecen.

Gráfica 25

Dispareunia en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 26

Anorgasmia en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

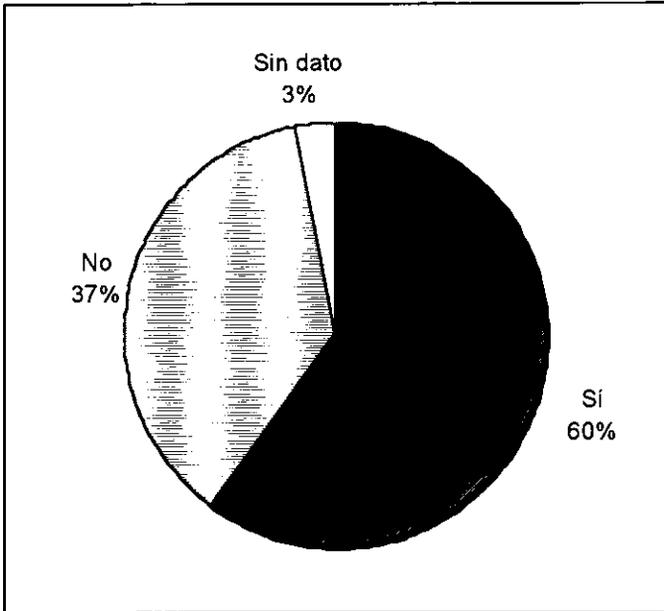
Anorgasmia	F	%
Sí	216	59.3
No	136	37.4
Sin dato	12	3.3
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro observamos que el 59.3% de las mujeres que demandaron atención médica padecen anorgasmia y el 37.4% no la padecen, la cifra de quienes dan una respuesta afirmativa es significativa.

Gráfica 26

Anorgasmia en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 27

Anorgasmia frecuente en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

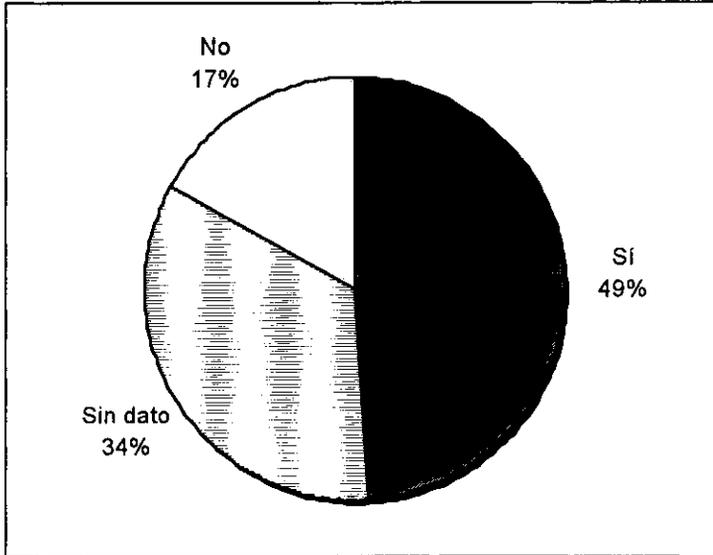
Anorgasmia frecuente	F	%
Sí	106	49.1
No	37	17.1
Sin dato	73	33.8
<i>Total</i>	<i>216</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

Se observa que de 216 mujeres que padecen anorgasmia el 49.1% es frecuente y 17.1% no es frecuente, 33.8% no dan el dato.

Gráfica 27

Anorgasmia frecuente en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 28

Disminución de la libido en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

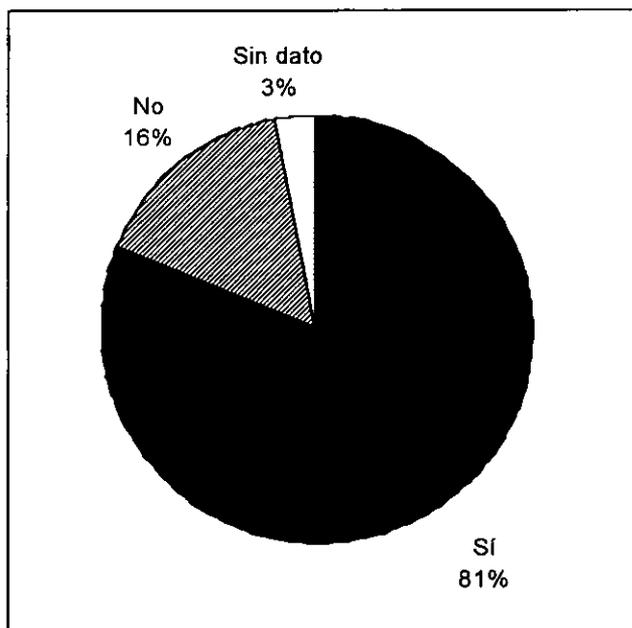
Disminución de la libido	F	%
Sí	293	80.5
No	60	16.5
Sin dato	11	3.0
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro sobre disminución del libido en mujeres víctimas de violencia conyugal observamos que el 80.5% sí sufren disminución del libido y solamente el 16.5% no la padecen, el porcentaje obtenido de quienes respondieron afirmativamente es significativo.

Gráfica 28

Disminución de la libido en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 29

Antecedentes de hospitalización por maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

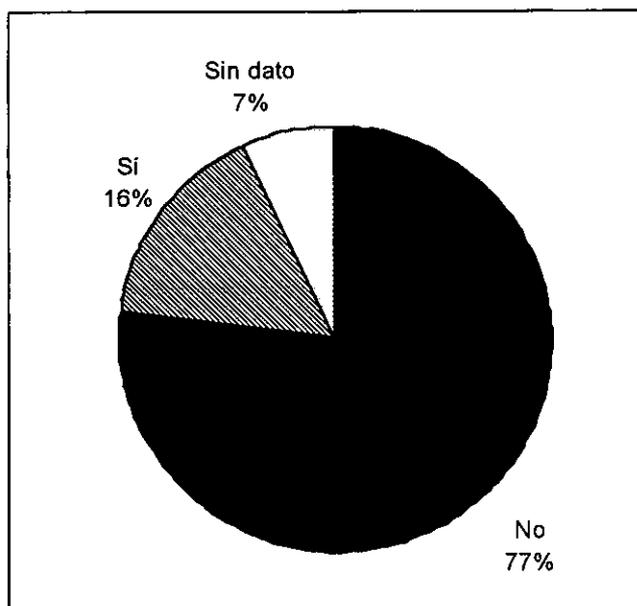
Antecedentes de hospitalización por maltrato	F	%
Sí	57	15.7
No	282	77.5
Sin dato	25	6.9
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro encontramos que el 15.7% de las mujeres víctimas de violencia conyugal sí han sido hospitalizados, el 77.5% no.

Gráfica 29

Antecedentes de hospitalización por maltrato en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 30

Edad en que inicia vida sexual activa mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

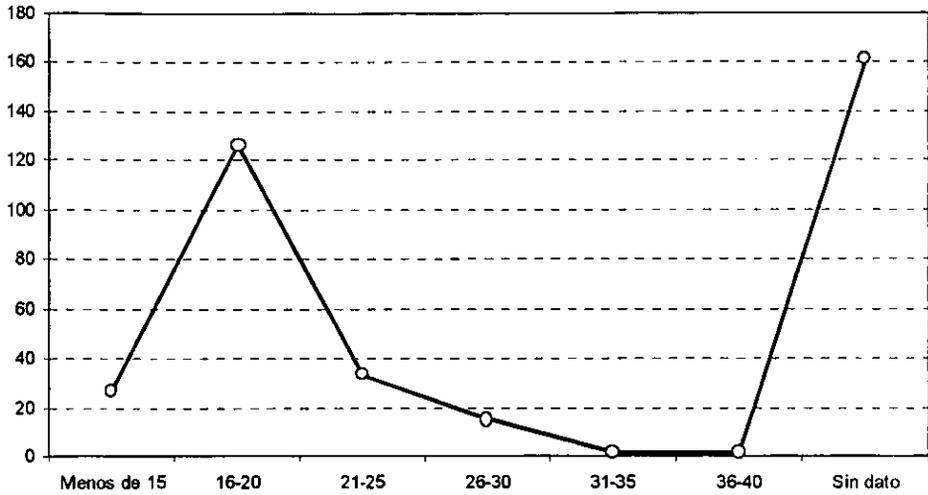
Edad en que inicia vida sexual activa	F	%
10-15	27	7.4
16-20	126	34.6
21-25	33	9.1
26-30	15	4.1
31-35	1	.3
36-40	1	.3
Sin dato	161	44.2
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se indica en un porcentaje mayor de 34.6% inician su vida sexual activa de los 16 a 20 años, una cifra importante de 44.2% no dan el dato, la mayoría inician su vida sexual activa a temprana edad en la que no hay preparación ni madurez para asumir la responsabilidad.

Gráfica 30

Edad en que inicia vida sexual activa en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 31

Embarazo actual en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

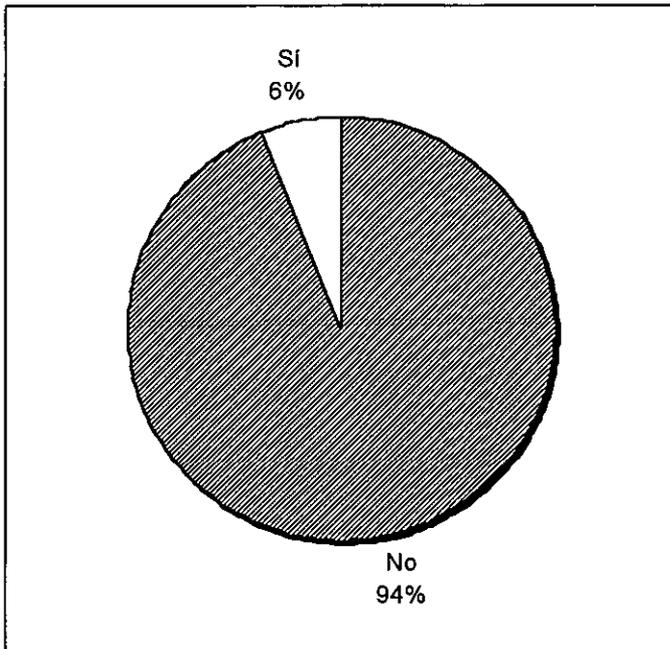
Embarazo actual	F	%
Sí	23	6.3
No	341	93.7
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro encontramos que el 6.3% se encontraban embarazadas en el momento del ataque, el 93.7% no se encontraban embarazadas, aunque el porcentaje es mínimo se indica la existencia de maltrato prenatal.

Gráfica 31

Embarazo en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 32

Papanicolao en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la violencia Intrafamiliar.

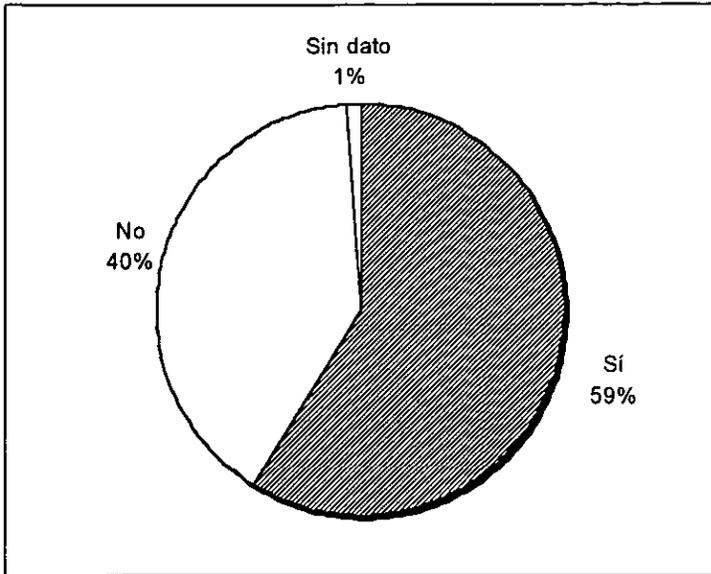
Papanicolao	F	%
Sí	213	58.5
No	147	40.4
Sin dato	4	1.1
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro se muestra que un poco más de la mitad de las mujeres que padecen abuso sí se han realizado el papanicolao.

Gráfica 32

Papanicolao en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 33

Utilización de métodos de control natal en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

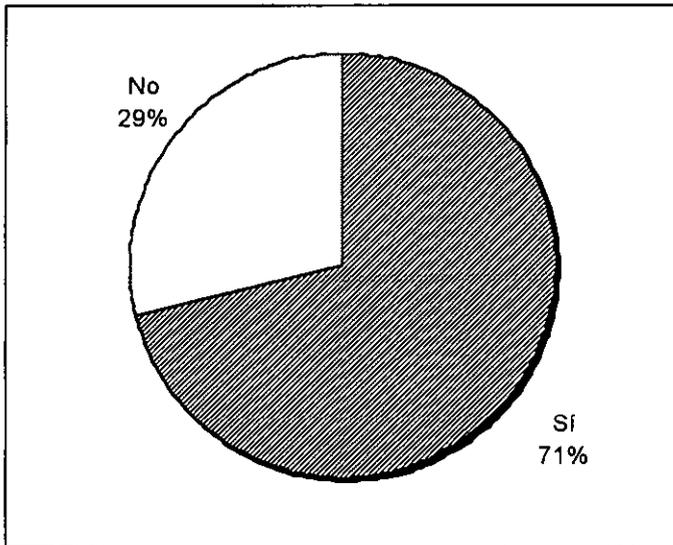
Utilización de método de control natal	F	%
Sí	258	70.9
No	106	29.1
Sin dato	3	.8
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

En este cuadro encontramos que el 70% de mujeres siguen algún método de control natal y el 29.1% no tienen ninguno.

Gráfica 33

Utilización de métodos de control natal en mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

Cuadro 34

Tiempo que tardan en sanar las lesiones que recibieron mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

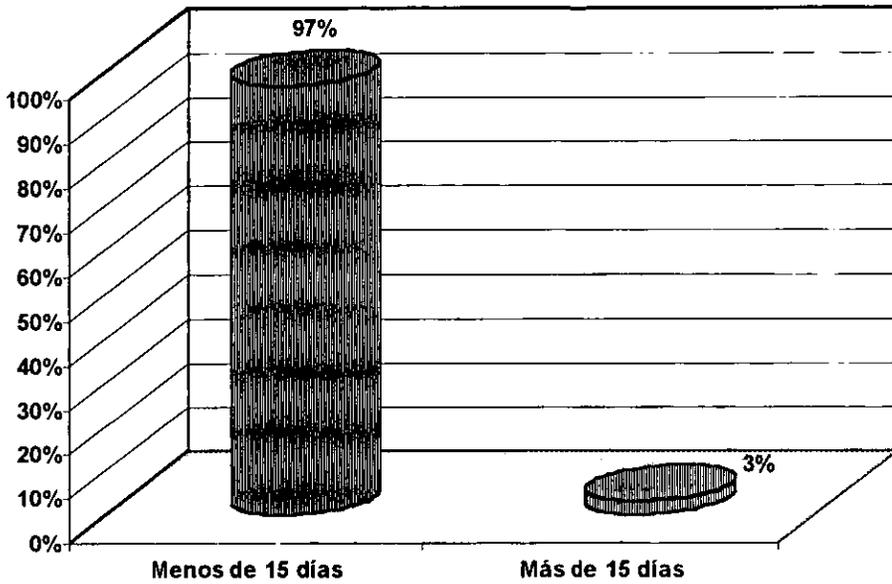
Clasificación de heridas	F	%
Menos de 15 días	353	97.0
Más de 15 días	11	3.0
<i>Total</i>	<i>364</i>	<i>100.0</i>

FUENTE: Misma del cuadro 1

Los datos de este cuadro muestra que el 97.0% tardan en sanar menos de 15 días, en su mayoría no son de gravedad, lo que permitió un tiempo corto de resolución.

Gráfica 34

Tiempo que tardan en sanar las lesiones que recibieron las mujeres víctimas de violencia conyugal que demandaron atención al Servicio Médico del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.



FUENTE: Misma del cuadro 1

4.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La edad en que más incide la violencia contra la mujer por parte de su cónyuge es de los 26-30 años con 24.5% y siguiendo con 21.7% y 21.5% la edad entre los 21-25 años y 31-35 años respectivamente, mostrado mayor incidencia en la edad reproductiva, se ha observado que la violencia contra la mujer es más frecuente en las parejas que están unidas legalmente con un 66.6% en comparación con quienes están en unión libre con 33.2%.

Las lesiones que reciben estas mujeres a causa del maltrato se dan en diferentes partes del cuerpo, aunque se observa que existe preferencia por algunas partes como es la cara, que es lesionada en un 55% de las mujeres, el 45% reciben lesiones en miembros torácicos y el 39% en miembros pélvicos, las partes del cuerpo utilizadas con más frecuencia para la agresión contra la mujer son los puños con 39.8%; más de una parte del cuerpo utilizada para la agresión, que incluye puños, pies, cabeza y mordeduras a la vez, sumando un 36.5 %, de este el 32.1% es una combinación de pies y puños únicamente y las lesiones con los pies suman un 9.9%, el objeto más utilizado para la agresión es arma contundente con 12.6%, siguiendo empujada o proyectada contra algo con 9.6%.

Es significativo el resultado obtenido respecto al lugar en el cual se dio el maltrato, la mayoría que es un 82.4% fue golpeada en el domicilio conyugal, resultando ser este el lugar de mayor peligro para la mujer que es víctima de violencia, las horas en que se encuentra mayor frecuencia de maltrato son por la noche a partir de las 19 hasta las 24 horas.

El 62% han sido golpeadas de 1 a 10 años, es apenas el 4% y 12% que han sufrido el maltrato por primera vez o tienen menos de 1 año respectivamente, el 62.9% además de sufrir violencia física son víctimas de violación por parte de su mismo cónyuge.

Entre los padecimientos de estas mujeres se encuentra que el 69.7% padece cefalea, el 51% padece insomnio, el 52% sufre pérdida de apetito, solamente el 15.4% refiere sufrir parestesias, el 28% sufre alguna alteración digestiva y el 25% refiere reacciones vagales, entre los padecimientos ginecológicos y sexuales encontramos que el 49.7% padece leucorrea, el 41.2% tiene alteraciones menstruales, el 44.0% padece dispareunia, el 60% padece anorgasmia y el 80% tiene disminución de la libido. En el inicio de vida sexual activa sobresale la edad de los 16 a 24 años con un 34.6% y una cifra de 44.2% no dan el dato.

En un porcentaje acumulado de mujeres que sufren violencia física por parte de su cónyuge, el 30% han sufrido abortos, de este el 19.2% ha sufrido 1 aborto, aunque no se conocen las causas de aborto podría inferir con la violencia conyugal.

De todas las mujeres que se incluyeron en el estudio Solamente 6.3% se encontraban embarazadas en el momento de solicitar ayuda. El 70.9% utiliza algún método de control natal un 29.1% no lleva ningún método de control. De las lesiones que recibieron las mujeres solo un 3% tardan en sanar más de 15 días y el 97% tarda en sanar menos de 15 días.

5. DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de esta investigación fue identificar la ocurrencia de la violencia conyugal durante el embarazo, se encontró que de las 364 mujeres que sufrían abuso por parte de su cónyuge solo 23 cursaban con embarazo en el momento de pedir ayuda dando un 6.3%, aclarando que al agregar a las mujeres que en los comentarios afirmaron haber sufrido aborto por maltrato o haber sufrido maltrato durante el embarazo, se sumaron 36 dando un 10%.

En los objetivos específicos se planteo la identificación de padecimientos psicológicos en relación a la violencia, esto no fue posible debido a que el instrumento de recolección de datos no contiene esta información, sin embargo, algunas mujeres libremente y a manera de comentario expresaron tener apatía, depresión e ideas suicidas dando una frecuencia de 10 mujeres.

6. CONCLUSIONES

Concluido el trabajo de investigación en el que se han identificado algunas características que acompañan al maltrato de la mujer por parte del cónyuge llegamos a las siguientes conclusiones y proponemos algunas recomendaciones.

En los resultados de la investigación encontramos que en las edades de los 26 a 30 años es más frecuente el maltrato dándose un 24.5%, en la medida que aumenta la edad de la víctima se reduce la frecuencia, también se observa una disminución antes de los 20 años esto se justifica si se toma en cuenta que a esta edad generalmente la mujer no lleva una vida conyugal, con esto se observa que las mujeres que sufren maltrato conyugal tienen más incidencia en la edad reproductiva, edad en la que se ejerce el papel de madre y educadora dentro de la familia y es más productiva económicamente por lo que tiene mayores oportunidades de ser independiente además tiene más resistencia física, todas estas son características de las mujeres que tienen mayor incidencia de maltrato conyugal.

Los lazos legales entre la pareja son un condicionante para que la mujer se sienta más comprometida a conservar la unidad de la familia sosteniendo una situación de maltrato. Se observa que en la mayoría de las ocasiones el agresor dirige sus golpes a partes del cuerpo en las que pueda causar daño pero no se lesionan órganos vitales que puedan causar complicaciones mayores. Por los resultados obtenidos se concluye que es el propio hogar el lugar más inseguro para la mujer víctima de la violencia conyugal.

La tolerancia al maltrato durante mucho tiempo entre estas mujeres hacen que este se convierta en parte de su vida cotidiana, disminuyendo la ocurrencia del maltrato en la medida que la pareja envejece.

Una gran parte de estas mujeres inician su vida sexual activa entre los 16 y 20 años, edad en la que no hay preparación ni madurez para asumir la responsabilidad que esto implica. Por los resultados encontrados en esta investigación se observa que una de las áreas más afectadas en mujeres maltratadas es el área sexual, ya que el porcentaje de quienes sufren agresión sexual conyugal es de 62.9%. El porcentaje de mujeres que sufrieron maltrato conyugal y se encontraban embarazadas en el momento de pedir ayuda, fue apenas el 6% sin embargo no se puede negar la existencia de maltrato prenatal.

En las investigaciones sobre este fenómeno aún no están en una etapa avanzada por lo que no existen programas bien establecidos en la prevención de este problema, faltan estudios con un enfoque a la prevención realizados por enfermería que sean bases para dar propuestas más útiles, prácticas y aplicables.

7. RECOMENDACIONES

Se han planteado estas recomendaciones pretendiendo sirvan como pautas al Lic. en enfermería en su intervención de manera individual y su participación como parte de un equipo multidisciplinario acorde a su preparación como profesional de la salud, estas se han planteado de una manera general, sin embargo se hace hincapié en la atención primaria a la salud donde se utilizan los elementos como es la educación, identificación y sensibilización para la prevención.

- ♦ Instituciones dedicadas a dar apoyo a mujeres que sufren violencia, mayor apertura disponibilidad y apoyo en este tipo de investigaciones.
- ♦ En las investigaciones sobre este fenómeno aún no están en una etapa avanzada por lo que no existen programas bien establecidos en la prevención de este problema, faltan estudios con un enfoque a la prevención realizados por enfermería que sean bases para dar propuestas más útiles, prácticas y aplicables por lo que se propone promover iniciativas de investigación sobre violencia intrafamiliar en enfermería.
- ♦ Planear una adecuada coordinación entre centros de salud y centros de apoyo a este tipo de víctimas.
- ♦ Capacitación del personal de enfermería en la detección de lesiones producidas por maltrato físico mediante inspección clínica y sensibilización respecto a la importancia que tiene su intervención en la detección de este problema.

Se sugieren los siguientes puntos para un programa de trabajo que el Lic. en enfermería puede realizar de forma individual en un primer y segundo nivel de atención a la salud.

- ‡ Crear formas de convivencia, recreación y comunicación intrafamiliares que a su vez permitan al Lic. en enfermería incorporarse a la dinámica de las familias y la comunidad para que se establezca un ambiente de confianza que facilite su intervención, la realización.
- ‡ Hacer un acompañamiento a quien sufre violencia intrafamiliar hasta que encuentre soluciones y saber a donde remitirla.
- ‡ Promover a las mujeres que sufren violencia en el aprendizaje de artes, oficios, manualidades, para que tengan un apoyo en su economía.
- ‡ Mediante la realización de talleres crear conciencia de su dignidad como ser humano, hacer del conocimiento de las consecuencias negativas que trae una relación familiar que se funda en el abuso de sus integrantes, aclarar que el abuso no es un estilo de vida, sino un mal que refrena el desarrollo de las personas y debe denunciarse o buscar solución con las ventajas de favorecer un ambiente familiar sano.
- ‡ Ayudar a identificar o identificarse con el problema de abuso.
- ‡ Como una forma de prevención no propiciar, fomentar ni permitir la agresión verbal.
- ‡ Implementación de programas que abarquen la educación de niños y adultos en visitas a escuelas.
- ‡ Por los resultados arrojados en esta investigación encontramos que una de las áreas más afectadas en mujeres maltratadas es el área sexual debido a la alta frecuencia de mujeres que sufren abuso sexual conyugal, por lo que se propone en la Implementación de programas educativos que contengan información sobre educación sexual que incluya:

- Conocimiento de la anatomía y funcionamiento de órganos sexuales en la mujer y en el hombre, las relaciones sexuales como parte importante y buena, no vergonzosa dentro de la vida conyugal.
- Hacer conocer que la mujer por ser compañera no es objeto de satisfacción de los deseos del hombre sino que el acto sexual se debe realizar con un acuerdo mutuo.
- Incluir conocimiento y manejo, no imposición de métodos de control natal.

Valoración

La valoración de enfermería se realizara con una comunicación directa entre familias y el Lic. de enfermería para hacer la detección y diagnóstico de familias en riesgo o familias con franca violencia física, emocional y sexual. Se considera que la actitud del Lic. en enfermería es de mucha importancia para lograr una comunicación óptima por lo que esta deberá tener las siguientes características, entre otras; ser acogedora para brindar confianza, no imponer juicios propios, ejercitar la capacidad de escucha y saber orientar. El Lic. de enfermería deberá saber canalizar adecuadamente en lo referente a aspectos legales.

Para que sea posible la identificación y valoración que nos permita conocer el riesgo que una familia tiene de sufrir violencia o identificar a las familias que ya la padecen se sugiere un instrumento que recoja la información que incumbe a enfermería para este fin, siendo factible su aplicación en Centros de salud, urgencias consultorios, comunidades, centros de apoyo a la mujer. Las preguntas que se proponen para el instrumento son las siguientes:

¿Cuántas personas integran la familia?

¿Hay otras personas fuera del padre, madre e hijos que dependen de la familia?

- ¿Cuáles son los ingresos económicos en la familia?
- ¿Quién sostiene a la familia económicamente?
- ¿Cuáles son las causas más comunes de desacuerdo en la familia?
- ¿Entre quiénes se dan más frecuentemente los desacuerdos?

EN LA RELACIÓN DE PAREJA

- ¿Qué cosas le agradan de su pareja?
- ¿Qué cosas le disgustan de su pareja?
- ¿Cómo reaccionarías si tu pareja te agrede y humilla verbalmente?
 - a) Esperaría un mejor momento para hablar sobre el punto del conflicto
 - b) Guardaría silencio y no volvería nunca más a tocar el punto
 - c) Le daría la razón para no provocar más conflicto
 - d) Tomaría una actitud defensiva y respondería de la misma forma

Otros: _____

Si hay problemas con su pareja, ¿cómo lo soluciona?

- a) Muestro aparente indiferencia y dejo de dirigirle la palabra
- b) Establezco un dialogo en el que cada uno expresa su punto de vista
- c) Guardo silencio hasta que estalla la tensión en:

Agresión verbal	Agresión física	Ambas
-----------------	-----------------	-------

De las siguientes: ¿cuáles considera características tuyas?

Dependiente	Sumisa	Insegura	Pasiva	Temerosa	Pobre autoestima
-------------	--------	----------	--------	----------	------------------

De las siguientes: ¿cuáles considera características de su pareja?

Machista	Aparente seguridad	Dominante	Celoso
----------	--------------------	-----------	--------

¿Cree que en la vida familiar todas decisiones las debe tomar su pareja?

Cuándo hay desacuerdos o fricciones con su pareja ¿se dan insultos verbales?

¿Cuál es la situación legal respecto a su pareja?

Las relaciones sexuales con su pareja ¿se realizan de mutuo acuerdo?

¿Han ocurrido embarazos no planeados?

¿Padece alguna enfermedad sexual? ¿cuáles son las características?

¿Qué le parece la idea de morir, cuántas veces piensa en su propia muerte?

¿Cómo describiría sus sentimientos respecto a su pareja?

Desesperanza	Indiferencia	Apatía	Frustración	Enojo
--------------	--------------	--------	-------------	-------

¿Qué es lo que expresa su pareja sobre usted?

¿Sabe qué es lo que piensan sus hijos sobre usted y su pareja? ¿dialoga con ellos?

¿Cómo corrige la conducta de sus hijos?

¿Hay algún miembro de la familia que humille verbalmente a sus hijos minimizando sus capacidades o ridiculizándolos?

¿Cuáles son las formas de educación de sus hijos por parte de su pareja?

Autoritarismo	Amenazas verbales	Golpes	Diálogo
---------------	-------------------	--------	---------

¿Ha observado un cambio de carácter en sus hijos, se les ve retraídos, temerosos, agresivos entre sí? ¿A qué se debe?

¿Existen antecedentes de violencia entre la familia de su pareja? Si es así, ¿observa tendencias a la violencia en su pareja?

¿Existen antecedentes de violencia en su familia? ¿Qué piensa de eso?

¿Ha experimentado algunos malestares físicos?

Adormecimientos	Alteraciones del sueño	Alteraciones en el apetito	Cefalea alteraciones digestivas
-----------------	------------------------	----------------------------	---------------------------------

¿Ha tenido problemas en el ejercicio de su sexualidad?

Anorgasmia	Disminución de la libido	Dispareunia
------------	--------------------------	-------------

¿Ha sufrido alguna vez una o más de estas formas de agresión? Insultos, empujones, bofetadas, amenazas con algún objeto o arma, puntapiés, puñetazos.

Otros: _____

¿Quién es el autor de esa agresión?

¿Cómo ha reaccionado ante la agresión de algún miembro de su familia?

¿Ha sufrido agresión física en alguna etapa de sus embarazos?

¿Se encuentra embarazada actualmente?

Valoración clínica.

Búsqueda por inspección de hematomas, contusiones, fracturas, quemaduras, equimosis, luxaciones, edema, herida punzante, herida cortante, cicatrices.

Observación del estado anímico de la entrevistada y de las reacciones que toma ante las preguntas.

Se recuerda que el contenido de este cuestionario es solo una propuesta a la que pueden faltar algunos aspectos para el logro del objetivo que es la detección de familias con riesgo de violencia por lo que esta sujeto a modificaciones, también se propone el establecimiento de una escala de medición de riesgo.

Diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos se realizarán de acuerdo a las respuestas dadas y a las características encontradas en cada familia, sin embargo de una manera general estos abarcarán a familias sanas, familias con riesgo de violencia y familias con franca violencia acorde a esto se hará la planeación.

Planeación.

La planeación en familias sanas estará encaminada principalmente a la concientización, prevención, aplicando estrategias que se deberán desglosar según las necesidades particulares de cada familia.

8. ANEXOS Y APENDICES

**CUESTIONARIO MÉDICO APLICADO A MUJERES QUE ACUDEN AL SERVICIO
MÉDICO DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Fecha: _____ Edad de la víctima: _____

Parentesco del agresor: _____ Edad del agresor: _____

LESIONES	CS	E	ES	EQ	HE	HC	HP	PC	FR	QU	ER	HCT
CARA												
CRÁNEO												
CUELLO												
TORAX ANT.												
TORAX POS.												
ABDOMEN												
LUMBAR												
M. TORÁCICOS												
M. PÉLVICOS												
GENITALES												
GLÚTEOS												

- | | |
|---------------------|--------------------|
| CS Contusión simple | HP Herida punzante |
| E Edema | PC Punzocortante |
| ES Excoriación | FR Fractura |
| EQ Equimosis | QU Quemadura |
| HE Hematoma | ER Eritema |
| HC Herida cortante | HCT Herida contusa |

OBJETO O PARTE DEL CUERPO UTILIZADA PARA LA AGRESIÓN

Puños Pies Cabeza Mordeduras Otro: _____

Objeto: _____

LUGAR DE LA AGRESIÓN

Domicilio conyugal

Vía pública

Otro: _____

HORA DE LA AGRESIÓN: _____

Agresión verbal y/o emocional Sí () No () Desde cuando: _____

Agresión sexual Sí () No () Frecuentemente Sí () No ()

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Hipertensión arterial Sí () No ()

Diabetes Sí () No ()

Cáncer cervicouterino Sí () No ()

Cardiovasculares Sí () No ()

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL MALTRATO

Cefalea Sí () No ()

Alteraciones del sueño Sí () No ()

Alteraciones del apetito Sí () No ()

Alteraciones digestivas Sí () No ()

Reacciones vagales Sí () No ()

PADECIMIENTOS GINECOBISTÉRICOS Y SEXUALES

Leucorrea Sí () No ()

Alteraciones menstruales Sí () No ()

Dispareunia Sí () No ()

Anorgasmia Sí () No () Frecuentemente Sí () No ()

Disminución de la libido Sí () No ()

Edad en que inicia vida sexual activa: _____

Embarazo actual Sí () No ()

Papanicolau Sí () No ()

Método de control natal Sí () No ()

Antecedentes de hospitalización por maltrato Sí () No ()

Comentarios: _____

9. GLOSARIO DE TÉRMINOS

LEUCORREA	Derrame por la vulva de líquido blanquecino, secretado por el útero o exudado por la vagina.
PARESTESIAS	Trastorno de la sensibilidad subjetiva, como hormigueos, adormecimientos, quemazón, etc.
DISPAREUNIA	Deriva del griego <i>dyspareunos</i> , que significa mal apareado, se utiliza para designar el dolor que se produce en la mujer durante y después del coito, puede tener causas psicológicas que produce inhibición o ansiedad, puede deberse a inflamación de la vulva, cicatrices quirúrgicas, etc.
ANORGASMIA	Es el concepto que se denota cuando una mujer en sus relaciones sexuales no pasa a la fase meseta, las causas pueden ser fatiga, enfermedades crónicas, malnutrición, vejez ignorancia de las técnicas del coito, repudio al esposo o por tabúes que se llevan al matrimonio respecto al sexo y acto sexual.
LIBIDO	Apetito sexual.
SOMATIZACION	Transformación de un conflicto psíquico en enfermedad orgánica o síntomas somáticos.
MORBILIDAD	Número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinado.

MORTALIDAD	Numero proporcional de muertes en una población y tiempo determinados.
STATUS	Consideración en que se tiene a una persona desde el punto de vista económico y social.
CONTUSION	Lesión traumática producida en los tejidos vivos por el choque violento con un cuerpo obtuso, sin solución de continuidad de la piel.
HEMATOMAS	Tumor por acumulación de sangre ya sea por una contusión, o ruptura de algún vaso sanguíneo.
FRACTURAS	Solución de continuidad en un hueso, producida traumática o espontáneamente.

10. BIBLIOGRAFÍA

ALDAZ. Citlali, Últimas reformas al código penal en materia de delincuencia intrafamiliar. Tercer simposio, La Mujer, su fortaleza ante la violencia intrafamiliar. Iztacalco, D.F. Marzo de 1998.

BALSEIRO. Lasty, Investigación en enfermería, México 1991. Editorial prado, S.A. de C.V.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem Do Pará) Art.6, inciso b. Isis Internacional, núm. 6, octubre 1996.

COOK. Y. Fontaine. K. L. Enfermería Psiquiátrica. Ed, Interamericana, Mc. Graw-Will. Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental. Segunda edición. España 1991. pp. 680.

DIAZ C. Letter From Mexico City. Domestic Violence in Mexico. JAMA, June 26, 1996, vol. 275. No. 24.

Diccionario médico. 3ª Edición, Editorial manuales-salvat. México, D.F. 1990.

Estudio de penetración y opinión pública sobre la violencia familiar, auspiciado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

GARCÍA. V. Ricardo. Violencia en México. Conferencia Magistral. 1er. Congreso Nacional de Investigación sobre Violencia Social. México, D. F. 1998.

GONZÁLEZ. S, Iracheta PC. La violencia en la vida de las mujeres campesinas: el distrito de Tenango, 1880-1910. In: Ramos- Escandon C, ed. Presencia y transparencia (la mujer en la historia de México): Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México. El Colegio de México; 1987, 111-143.

HEISE. L. Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud, programa mujer, salud y desarrollo. Organización Panamericana de la Salud, Washinton, D.C. Noviembre de 1994.

HERNÁNDEZ. Roberto, Fernandez Carlos, Bautista Pilar, Metodología de la investigación. 1ª Edición, Editorial McGRAWW-WILL. México 1996.

JOHN.T. Hitchcock and Leigh minturn, "The Raiputs of Khalapur" in Six Cultures: Studies of Child Rearing.

JIMÉNEZ A, Díaz M. Suicidio: factores de riesgo, Psiquis (México), vol. 6, núm.1, 1997.

LARRAIN. S, Burenic M, Saucedo I, Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: Revisión de dos décadas de acción. Documento elaborado para la conferencia: Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Washinton, Octubre de 1997.

LARRAIN S, Rodriguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. In: Gómez Gómez E, ed. Genero, Mujer y Salud en las Américas, Washinton, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 1993:202-209. Publicación Científica 541.

LARRAIN S. Violencia puertas adentro. Ed. Universitaria. Santiago. Chile. 1994.

LEVAV.I, Bases epidemiológicas de los programas de salud mental sobre conductas violentas. Acta psiquiátr psicol Amér Lat. 1991, 37(1).

MARINA S. Las mujeres de la Ciudad de México 1790-1857. Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V. 1988.

MARTÍNEZ. M, Vargas L. Violencia domestica desde la perspectiva de tabajo del centro de apoyo a la mujer Margarita Magón, A.C. México, D.F. de 1996.

NOVEL G. Factores de riesgo y familias en crisis. In: Novel G, Lluch Ma. Teresa, Miguel Ma. Dolores. Enfermería psico-social. Salvat Editores, S.A. España.

Nursing Education 1993. January 1993, vol. 32, núm. 1.

Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Interamericana sobre sociedad, Violencia y Salud. Washington, D.C. OPS; noviembre de 1994.

RAMÍREZ J, RODRÍGUEZ, Mujer y violencia: un hecho cotidiano, Salud Pública de México, Marzo-Abril de 1993, vol. 35, núm. 2.

RAMÍREZ. Juan Carlos, ¿Por qué quieres matarme poco a poco? La violencia contra las mujeres. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Instituto de Estudios Económicos y Regionales, Universidad de Guadalajara. Septiembre de 1997.

RAMOS L, Saltijeral M., Caballero M: Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental V. 19, Suplemento abril de 1996*.

REGUEIRO. M, La mujer en sus actividades. Secretaría de programación y presupuesto.

RIQUER F., Saucedo I., Bedolla P., "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública". In: Langer A, Tolbert C, eds. *Mujer: sexualidad y salud reproductiva*

RIVERA. O. Rosalinda. Tesis, Violencia doméstica en la mujer trabajadora del IMSS. Dirección de prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Comunitaria, División de Epidemiología. México, D.F. 1995.

VALDEZ R, Aguirre L, La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de México, Sept-Oct. 1996, vol. 38, núm. 5.

VITALE. L. Historia y sociología de la mujer latinoamericana. Edit. Fontamara, 1ª Edición, Febrero 1981, España.