

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75 MORELIA, MICHOACÁN

# VIOLENCIA CONYUGAL EN LA MUJER

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA  
RAUL DE ANDA GARCIA



MORELIA, MICHOACÁN

2005

m. 346086



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.

# VIOLENCIA CONYUGAL EN LA MUJER

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA  
**RAUL DE ANDA GARCIA**

AUTORIZACIONES:



**DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN  
U. M. F. No. 75 MORELIA MICHOACÁN

**DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO**

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO**

ASESOR DE TEMA DE TESIS  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO**

COORDINADOR CLÍNICO DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN MICHOACÁN

MORELIA, MICHOACÁN.

2005

# VIOLENCIA CONYUGAL EN LA MUJER

# VIOLENCIA CONYUGAL EN LA MUJER

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
**RAUL DE ANDA GARCIA**

AUTORIZACIONES



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

Índice general	Pág.
1. Introducción.....	5
2. Antecedentes.....	7
3. Planteamiento del problema.....	25
4. Justificación.....	26
5. Objetivos.....	28
- General.....	28
- Específicos.....	28
6. Metodología.....	29
- Tipo de estudio.....	29
- Población, lugar y tiempo.....	29
- Tipo de muestra y tamaño de muestra .....	30
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	31
- Variables .....	32
- Procedimiento para captar la información .....	32
- Consideraciones éticas.....	34
7. Resultados.....	35
8. Discusión.....	44
9. Conclusiones.....	49
10. Referencias bibliográficas.....	51
11. Anexos.....	57

## I.- INTRODUCCION

La violencia conyugal se considera un problema que atañe a un hombre y una mujer unidos, y que en su propia historia como pareja se han presentado momentos de agresión verbal y/o física con repercusiones en la vida familiar, ya que alcanza a todos los miembros que en su hogar habitan y conlleva al incumplimiento de los roles en los diferentes subsistemas, creando alteración en la comunicación como base fundamental para mantener la homeostasis en el núcleo familiar. Actualmente se considera un fenómeno antisocial y más aún; un problema de salud pública.

Si la finalidad de la familia es la procreación, protección y educación de los hijos, formar individuos útiles para sí mismos, su sociedad y su patria, entonces; estas funciones deberían realizarse dentro de la armonía, comprensión, cariño y bienestar de los padres.

Se ha discutido si al unirse una pareja, busca modelos con características bien definidas; parecidas o semejantes a sus progenitores y así de manera consciente o inconsciente repetir actitudes, conductas y valores. Entonces tenemos ante los servidores públicos y la atención a la salud un amplio y arduo trabajo aún por realizar. Proponer formas y estrategias para abordar a las familias enfermas y llevarlas a mejores condiciones de vida intrafamiliar. Atenuar los problemas de violencia intrafamiliar, conyugal, maltrato a los niños y ancianos. Este trabajo tiene como objetivo encontrar la frecuencia de violencia en la pareja y sus características en familias michoacanas, dar a conocerla en cada centro de atención a la salud y juntos tomar decisiones, planear y desarrollar programas que busquen la solución. Se realizó a través de una encuesta con preguntas

cerradas, acerca de la violencia conyugal, en dos poblaciones del Estado michoacano, el 100 % de las participantes refiere algún tipo de violencia por parte de su pareja; verbal y en una gran proporción agresión física. Debemos recordar que en todas las familias el equilibrio en la cotidianidad es con base en ajustes y la familia pasa por crisis de diversa índole, la diferencia es como se resuelven los problemas y conflictos.

La violencia que predomina en este estudio es la agresión verbal y le sigue la física. Esto desde la propia percepción del género. Es sin embargo; es necesario abordar a la familia en su conjunto para acercarnos a la realidad o percepción de cada uno de sus integrantes, como participan en la construcción de problemas si así fuera, cuál es la intensidad de los mismos y quién toma la iniciativa en la solución. Son preguntas que han quedado sin resolver y hace necesario proponer otros trabajos y la utilización de instrumentos confiables, don de participe personal médico, psicólogos y terapeutas familiares.

## 2.- ANTECEDENTES

No se puede hablar propiamente de "conducta agresiva" como si se tratase de una única forma de conducta, sino de distintas formas de agresión. La agresividad puede expresarse de muy diversas maneras y no son rasgos estables y constantes de comportamiento, por lo que debemos tener en cuenta la situación estímulo que la provoca. Frecuentemente, la violencia es una forma de comunicación social, en cuanto a que tiene una probabilidad muy alta de amplificar la comunicación, pudiendo servirle al violento, entre otras cosas, para la afirmación y defensa de la propia identidad. ¿Existen las personalidades agresivas?. Si tenemos en cuenta las definiciones propuestas por el DSM-IV y el CIE 10, las conductas agresivas son un tipo de trastorno del comportamiento y/o de la personalidad, que trasciende al propio sujeto. Parece haber una gran estabilidad o consistencia longitudinal en la tendencia a mostrarse altamente agresivo con independencia del lugar y del momento.

Aunque la agresividad puede tomar diversas formas de expresión, siempre tendrá como característica más sobresaliente el deseo de herir. El agresor sabe que a su víctima no le gusta lo que está haciendo y, por tanto, no tiene que esperar a que el grupo evalúe su comportamiento como una violación de las normas sociales, sino que la víctima ya le está proporcionando información directa sobre las consecuencias negativas de su acción, lo cual hace que, con frecuencia, se refuercen y se mantengan esas mismas conductas. Es lo que se conoce como "Agresividad hostil o emocional", y habrá que distinguirla de otro tipo de conducta

agresiva que no tiene la finalidad de herir, la llamada "Agresividad instrumental", que es "la que sirve de instrumento para...". Es por ello, que hay que distinguir los agresores con orientación instrumental, que suelen ser aquellos que quieren demostrar ante el grupo su superioridad y dominio, de los agresores hostiles o emocionalmente reactivos, aquellos que usan la violencia porque se sienten fácilmente provocados o porque procesan de forma errónea la información que reciben y, además, no cuentan con respuestas alternativas en su repertorio. No son frecuentes los comportamientos agresivos mixtos, es decir, los que reúnen ambas condiciones.

Existen diversas teorías acerca de la agresividad, cada una de las cuales contribuye a explicar una dimensión del fenómeno. En 1983, Mackal efectuó una clasificación según el elemento que considera determinante para su formulación y las englobó en 6 epígrafes:

Teoría Clásica del Dolor: el dolor está clásicamente condicionado y es siempre suficiente en sí mismo para activar la agresión en los sujetos (Hull, 1943; Pavlov, 1963). El ser humano procura sufrir el mínimo dolor y, por ello, agrede cuando se siente amenazado, anticipándose así a cualquier posibilidad de dolor. Si en la lucha no se obtiene éxito puede sufrir un contraataque y, en este caso, los dos experimentarán dolor, con lo cual la lucha será cada vez más violenta. Hay, por tanto, una relación directa entre la intensidad del estímulo y la de la respuesta.

Teoría de la Frustración (Dollard, Miller y col., 1938): cualquier agresión puede ser atribuida en última instancia a una frustración previa. El estado de frustración producido por la no consecución de una meta, provoca la aparición de un proceso de cólera que, cuando alcanza un grado determinado, puede producir la agresión directa o la verbal. La selección del blanco se hace en función de aquel que es percibido como la fuente de displacer, pero si no es alcanzable aparecerá el desplazamiento.

Teorías Sociológicas de la Agresión (Durkheim, 1938): la causa determinante de la violencia y de cualquier otro hecho social no está en los estados de conciencia individual, sino en los hechos sociales que la preceden. El grupo social es una multitud que, para aliviar la amenaza del estrés extremo, arrastra con fuerza a sus miembros individuales.

La agresividad social puede ser de dos tipos: individual, es fácilmente predecible, sobre todo cuando los objetivos son de tipo material e individualista, o bien grupal. Esta última no se puede predecir tomando como base el patrón educacional recibido por los sujetos, sino que se predice por el referente comportamental o sujeto colectivo, el llamado "otro generalizado", al que respetan más que a sí mismos y hacia el cual dirigen todas sus acciones.

Teoría Catártica de la Agresión: surge de la teoría psicoanalítica (aunque hay varias corrientes psicológicas que sustentan este concepto), la cual considera que la catarsis es la única solución al problema de la agresividad. Supone una

descarga de tensión a la vez que una expresión repentina de afecto anteriormente reprimido cuya liberación es necesaria para mantener el estado de relajación adecuado Hay dos tipos de liberación emotiva: la catarsis verbalizada y la fatiga.

Etología de la Agresión: surge de etólogos y de teorías psicoanalíticas. Entienden la agresión como una reacción impulsiva e innata, relegada a nivel inconsciente y no asociada a ningún placer. Las teorías psicoanalíticas hablan de agresión activa (deseo de herir o de dominar) y de pasividad (deseo de ser dominado, herido o destruido). No pueden explicar los fines específicos del impulso agresivo, pero si distinguen distintos grados de descarga o tensión agresiva.

Teoría Bioquímica o Genética: el comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo y en los que desempeñan un papel decisivo las hormonas. Se ha demostrado que la noradrenalina es un agente causal de la agresión. Lo que parece quedar claro de todo lo anterior es que, aunque la agresividad está constitucionalmente determinada y aunque hay aspectos evolutivos ligados a la violencia, los factores biológicos no son suficientes para poder explicarla, puesto que la agresión es una forma de interacción aprendida.

Otros factores implicados en el desarrollo de la agresividad son los cognitivos y los sociales, desde cuyas vertientes se entiende la conducta agresiva como el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la

información, lo cual hace que tengan dificultades para pensar y actuar ante los problemas interpersonales y les dificulta la elaboración de respuestas alternativas. Estos déficits socio-cognitivos pueden mantener e incluso aumentar las conductas agresivas, estableciéndose así un círculo vicioso difícil de romper.

Cuando un niño agresivo es rechazado y sufre repetidos fracasos en sus relaciones sociales, crece con la convicción de que el mundo es hostil y está contra él, aunque esto no le impide que se autovalore positivamente. Sin embargo, para orientar su necesidad de relaciones sociales y manejar positivamente su autoestima busca el apoyo social de aquellos con los que se siente respaldado, que son los que comparten con él sus estatus de rechazados, creándose así pequeños grupos desestabilizadores dentro del grupo.

Tampoco se debe olvidar la influencia que tienen los factores de personalidad en el desarrollo de la agresividad, puesto que el niño agresor suele mostrar una tendencia significativa hacia el psicoticismo. Le gusta el riesgo y el peligro y posee una alta extraversión que se traduce en el gusto por los contactos sociales, aunque en ellos habitualmente tiende a ser agresivo, se enfada fácilmente y sus sentimientos son variables. Todo lo anterior hace que este tipo de niño tienda a tener "trastornos de conducta" que le lleven a meterse en problemas con sus iguales e incluso con adultos.

Sin menospreciar los factores biológicos, los cognitivos, los sociales y los de personalidad, los factores que cobran un papel especialmente importante en la

explicación de la aparición de conductas violentas, son los factores ambientales. Cobra especial importancia el papel de la familia puesto que si la agresividad como forma de resolver problemas interpersonales suele tener su origen al principio de la infancia, parece claro que en buena parte se deba fraguar en el ambiente familiar.

El modelo de familia puede ser predictor de la delincuencia de los niños, puesto que el clima socio-familiar interviene en la formación y desarrollo de las conductas agresivas. Los niños agresivos generalmente perciben en su ambiente familiar cierto grado de conflicto. Las conductas antisociales que se generan entre los miembros de una familia les sirven a los jóvenes de modelo y entrenamiento para la conducta antisocial que exhibirán en otros ambientes, debido a un proceso de generalización de conductas antisociales.

Existen una serie de variables implicadas en la etiología familiar, las cuales tendrán una influencia directa en el desarrollo del apego, la formación de valores morales, roles y posteriores relaciones sociales. Estas variables implicadas son:

- a) Ausencia de marcos de referencia de comportamiento social y familiar.
- b) Rechazo de los padres hacia el niño.
- c) Actitud negativa entre padres e hijos.
- d) Temperamento del chico en interacción con la dinámica familiar.

- e) Refuerzo positivo a la agresividad.
- f) Prácticas de disciplina inconsistentes.
- g) Prácticas disciplinarias punitivas.
- h) Carencia de control por parte de los padres.
- i) Empleo de la violencia física como práctica social-familiar aceptable.
- j) Historia familiar de conductas antisociales.
- k) Empleo de castigos corporales.
- l) Aislamiento social de la familia.
- m) Exposición continuada a la violencia de los medios de comunicación.

De todo lo anterior se puede deducir que la agresión es la conducta emergente de un entramado en el que se asocian ideas, sentimientos y tendencias comportamentales que, una vez activadas la alimentan y sostienen incluso sin que el individuo ejerza un control voluntario.

La familia, como un grupo de personas, ha surgido de la naturaleza y deriva primordialmente de la procreación, si bien la institución del grupo familiar, tiene un origen biogenética, cumple una función de sustento y educación de los miembros

del agregado familiar. Entonces; el concepto de familia, puede ser abordado desde múltiples perspectivas y con diversas finalidades, implica aspectos biológicos, sociales y legales íntimamente ligados al complemento de un complejo de "*Roles y Funciones*"<sup>(1)</sup>.

La violencia dentro de la familia es un fenómeno que a través de la historia se ha manifestado como una característica de la vida familiar <sup>(2)</sup>, sin embargo recientemente se ha puesto en evidencia <sup>(3)</sup> como un fenómeno antisocial en ella se encuentra un elemento anómalo que distorsiona la formación del consentimiento, libertad y decisión de una persona. Transforma los valores y actitudes de las personas y provoca reacciones de baja autoestima y auto-depresión.

La legislación civil Mexicana y el código civil para el estado de Michoacán vigente en su artículo establece que hay violencia cuando se emplea la fuerza física o amenazas que importen peligro de perder la honra, libertad, la salud, la vida o una parte considerable de los bienes del contratante o su cónyuge, de sus ascendientes, descendientes o colaterales de segundo orden. De acuerdo a la codificación civil, la violencia es motivo de nulidad de un contrato, ya que representa un vicio de consentimiento de diversos contratos. Es causal de divorcio. La violencia conyugal no se contempla en nuestro código civil y por lo tanto las conductas enmarcadas en estos supuestos gozan de una total impunidad. Sin embargo se menciona en el artículo 323 bis, "los integrantes de una familia tienen derecho a que los demás respeten su integridad física y psíquica con objeto de contribuir a su sano desarrollo y a la vez están obligados a

evitar conductas que generen violencia familiar<sup>(4)</sup>

La violencia ha existido a lo largo de la historia de la humanidad<sup>(5)</sup>. Es entendida como un acto agresivo dirigido contra una persona o grupo de personas en donde se les hace actuar contra su voluntad, valiéndose de la fuerza física, de la intimidación, de la persuasión o de la omisión<sup>7</sup> Ya sea como guerras, torturas, crímenes, persecución ideológica y religiosa, castigos en el ámbito doméstico o disciplina represiva en escuelas y familias, pero en los últimos años la violencia ha tenido un incremento gradual en todo el mundo por lo que desde 1995 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la ha incluido en los temas de discusión internacional y en 1996 la cuadragésima novena Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la consideró como un problema de salud pública e invitó a todos los países a la elaboración y aplicación de un urgente plan de acción para prevenirla<sup>(8,9)</sup>. Este fenómeno se localiza en todos los estratos de la sociedad de tal forma que la familia por ser la célula fundamental de ésta, no escapa del fenómeno. Así pues, se define como violencia intrafamiliar a aquel acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psico-emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tengan o lo hayan tenido por afinidad, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño<sup>(10,11)</sup>. La violencia intrafamiliar se puede categorizar de acuerdo al receptor de la misma como: maltrato infantil, violencia conyugal, maltrato a ancianos y maltrato a discapacitados<sup>(12)</sup>.

Con respecto a la violencia conyugal esta puede ser por abuso hacia la mujer, por abuso hacia el hombre o por violencia recíproca, también llamada violencia cruzada. La violencia conyugal por abuso a la mujer corresponde al 75% de los casos, la violencia conyugal por abuso al hombre ocupa el 2% y la violencia cruzada el 23% de los casos <sup>(13)</sup> La violencia conyugal se manifiesta como maltrato físico, maltrato, psico-emocional o maltrato sexual. El maltrato físico es la acción voluntaria que provoca lesiones físicas el psico-emocional se caracteriza por un comportamiento o comentarios intencionados que provocan daños psicológicos; conductas destructivas que generan desvalorización como críticas, insultos, humillaciones, e inversión de la culpa. El maltrato sexual es el contacto sexual practicado en contra de la voluntad del cónyuge <sup>(14, 15)</sup>

La violencia conyugal es un fenómeno social y universal, que ocurre en un grupo familiar que consiste en el uso de medios instrumentales para intimidar a su pareja, esta trasciende barreras culturales, socioeconómicas, políticas, educacionales y religiosas <sup>(16)</sup>. La ONU la define como "Todo acto de violencia basado en la diferencia de género" <sup>(17)</sup>. La teoría de la *Simetría Complementariedad* dentro de los modelos del aprendizaje, presenta dos premisas que ayudan a explicar la violencia conyugal, en el establecimiento de reglas y la distribución del poder; la primera se refiere al aprendizaje y reforzamiento de la conducta agresiva. Halford en 1994, relaciona la violencia en la familia de origen como predisposición para las dificultades en la solución de conflictos de pareja, con problemas en la comunicación durante crisis. La segunda se refiere al establecimiento de meta-reglas que gobierna el sistema

marital, donde hay un control unilateral y favorece desacuerdos y terminan violentándose <sup>(18 19)</sup>. La violencia contra la mujer se ha tornado un problema de salud pública que repercute a corto y largo plazo en ella tanto como la familia <sup>(20)</sup>. En el maltrato conyugal aproximadamente 90% de los casos las mujeres son abusadas por los hombres <sup>(21, 22)</sup>. La violencia adopta formas de violencia-agresión y violencia-castigo. Hasta el momento se han identificado tres modelos que tratan de explicar la violencia hacia la mujer: la violencia interpersonal, la violencia familiar y la perspectiva de género <sup>(23)</sup>. Según el modelo de la violencia interpersonal, ésta surge entre los adultos que carecen de capacidad para lidiar, de manera adecuada y sin violentarse con los estresores o con los conflictos; se ha puesto atención en los problemas psicológicos tanto personales como familiares, que influyen en ciertos individuos o familiares *“propensos a la violencia”*. Este modelo identifica ciertas crisis familiares o personales relacionadas con la violencia, tales como el desempleo o el nacimiento de un bebé. De esta teoría se desprenden tres propuestas empíricas relacionadas entre sí:

1. Las víctimas y sus agresores sufren intensos problemas psicológicos o de conducta.
2. Que de estos problemas proviene el contexto en el que se produce la agresión.
3. Que los agresores y sus víctimas tienen un perfil de personalidad definido, una historia familiar o un patrón de relaciones

determinados.

Al respecto, diferentes investigadores como Dutton D., Gottman y Jacobson han mostrado que, en general, no existe una determinada psicopatología en los agresores ni en las mujeres maltratadas, por otro lado, no todos los hombres con alteraciones mentales desarrollan conductas violentas contra la mujer. Aquí es importante no considerar la "patología" como la causa de la agresión, sino más bien reconocer que las agresiones continuas desarrollan malestares clínicamente identificados como el efecto inmediato o acumulativo de la violencia.

El modelo de la violencia familiar está identificado en los trabajos de Strauss, Gelles y Steinmetz, psicólogos norteamericanos que refieren: la causa de violencia familiar se adquiere como un modelo de aprendizaje social, quienes sostienen que la violencia dentro del ámbito familiar se aprende en la niñez y se transmite de generación en generación, y que algunas instituciones culturales la refuerzan y la normalizan validando el uso de la violencia como medio para resolver los conflictos. Este enfoque se apoya en los datos de las encuestas que han encontrado que tanto las mujeres como los hombres están implicados en homicidios y agresiones, y en los datos que muestran, que las mujeres sólo buscan ayuda en uno de cada cinco casos de agresión. Porque quieren permanecer en silencio para no ponerse en evidencia los que están a favor de este modelo, interpretan esta información como prueba de que las mujeres tienen un status patológico, que les "permite" aceptar que las maltraten porque piensan que de esa manera las quieren.

De acuerdo con esta interpretación, la mujer adopta una actitud pasiva cuando la maltratan, sin embargo, los resultados de los estudios que han explorado esta actitud muestran lo contrario.

El modelo de la perspectiva de género sostiene que la violencia masculina en la familia es sólo una expresión particular de un patrón más amplio que corresponde al control de los hombres sobre las mujeres, los menores de edad y los demás hombres. Aquí entra en juego su poder, que abarca el noviazgo, el matrimonio, la paternidad y la economía doméstica. En este caso, la violencia es para los hombres la opción que les permite controlar la relación; se basa en la desigualdad de poder entre los hombres y las mujeres.

Desde este enfoque, las mujeres toleran las relaciones agresivas no tanto por su patología sino por la combinación con el temor y el control al que están sometidas, y por sentirse atrapadas, por la falta de apoyo de sus redes sociales, de su familia y de las instituciones comunitarias. Por otro lado, la causa del maltrato generalizado de los hombres a las mujeres se debe a que consideran que las mujeres deben satisfacer todos sus caprichos. En un estudio de Maderos se señala que los privilegios de los hombres son parte integral de nuestra cultura, y que esta es la razón por la que ciertos hombres sienten que tienen el derecho inalienable de exigirles, aun con agresiones que cumplan sus deseos, lo que puede incluir las relaciones sexuales, la obediencia pasiva, la degradación y el trabajo no remunerado, incluyendo el trabajo doméstico, la crianza de los hijos y

el apoyo emocional.

El análisis de la violencia conyugal se ha estudiado un ciclo que se caracteriza por tres fases fundamentales: *acumulación de la tensión, descarga aguda de la violencia y, luna de miel reconciliatoria* <sup>(24, 25)</sup>.

#### Primera fase: Acumulación de la tensión

Cambios repentinos en el ánimo del agresor, quien comienza a reaccionar negativamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos. Episodios de violencia que escalan hasta alcanzar un ataque. Pero son minimizados y justificados por ambas partes de la pareja. La víctima se muestra complaciente y sumisa, o trata de hacerse invisible; para mantener su papel no debe mostrar ningún tipo de enojo. El agresor, animado por esta aceptación pasiva, no se cuestiona ni se controla a sí mismo. En casi todo agresor hay una cierta dependencia de su pareja. El temor de perderla se ve reforzado por los esfuerzos de la víctima por evitar contacto con él. Mientras más se distancia de ella, él se vuelve más celoso, posesivo y hostigante. El malestar de ella crece constantemente aunque no lo reconozca ni lo exprese. La tensión aumenta y a cada momento es más difícil manejarla. Los pequeños incidentes violentos se van manifestando de forma más frecuente. El agresor busca los signos de enojo que ella llega a mostrar y los intuye aunque sean negados. En algún punto hacia el final de esta fase es ya imposible controlar el proceso en marcha. Al alcanzar este punto, la pareja entra en la segunda fase.

### Segunda fase: Descarga aguda de la violencia

Es la más corta de las tres, es un episodio agudo de golpes, la tensión acumulada produce descarga incontrolada de las tensiones contraídas durante la primera fase. Se caracteriza por la fuerza destructiva de los ataques, que varía en su gravedad desde un empujón hasta el homicidio. El agresor comienza por querer "darle a ella una lección", termina encontrando que la ha lastimado severamente, al final no entiende lo que pasó. Cuando pasa el ataque agudo le sigue un período inicial de shock y negación del hecho. Tanto el agresor como la víctima, buscan formas de justificar la seriedad del ataque, depresión profunda y sentimientos de desamparo. Es por esto, que algunas mujeres golpeadas no buscan ayuda hasta 48 horas después del ataque.

### Tercera fase: Luna de miel reconciliatoria

Se distingue por la actitud del agresor, extremadamente amorosa y arrepentida. Esta es una fase de bienvenida por ambas partes de la pareja, pero irónicamente es el momento en que la victimización de la mujer se completa. El agresor se conduce de modo encantador; se siente mal por sus acciones y transmite su remordimiento. Promete a la mujer no volver a hierirla e implora su perdón. Él cree verdaderamente que no volverá a lastimar a su pareja y que será capaz de controlarse en el futuro. Cree también que ha dado tal lección a su compañera

que ella nunca volverá a comportarse en forma que despierte en él la tentación de agredirla. Es sincero y podría convencer a cualquiera de sus propósitos de cambio. Con frecuencia el agresor inicia una intensa campaña para ganarse el perdón de la víctima y asegurarse de que la relación permanecerá intacta. A menudo los involucrados creen sus justificaciones: que él está arrepentido, que cambiará, que la culpa la tiene la carga de trabajo o la bebida, que sus hijos lo necesitan y él necesita su pareja para cambiar y, de algún modo, la víctima comienza a responsabilizarse por la suerte de su agresor; siente que debe ayudarlo. La duración de esta fase es difícil determinarla, pero muchas mujeres expresan que casi sin enterarse comienzan a ocurrir de nueva cuenta las agresiones <sup>(26, 27)</sup>. Desde el punto de vista epidemiológico se calcula a nivel internacional que la prevalencia de la violencia conyugal con maltrato a la mujer va del 20 al 50% <sup>(28)</sup>.

En la población estadounidense se reporta en general una prevalencia del 12.2 % <sup>(29, 30)</sup>. Pero ésta varía de acuerdo a la comunidad que se estudie ya que por ejemplo en el grupo de hispanos que viven en dicho país se encuentran las siguientes prevalencias: 17.9% en las residentes de ciudades, 18.9% en las mujeres con familias de bajos ingresos, 21% en las mujeres donde el esposo o compañero estaba desempleado y del 23 % en las mujeres donde el esposo o compañero estaba subempleado <sup>(31)</sup>. Por otra parte en las residentes estadounidenses provenientes del sur de Asia, la prevalencia es hasta del 40.8% <sup>(32, 33)</sup>. En México, de acuerdo a Alvarado Saldivar y Valdez R; los estudios sobre violencia intrafamiliar señalan una prevalencia del 28 al 60 % de abuso a la

mujer por parte de sus parejas masculinas, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas <sup>(34)</sup>, la violencia es física en el 81%, emocional y psicológica 76% y sexual 32%. Ramírez –Rodríguez en 1992 encontró en el estado de Jalisco, violencia contra las mujeres de la zona urbana 56.7% y 44.3% en la rural <sup>(35)</sup>. Sin embargo y a pesar de ello en el Sistema de salud, en el área de atención primaria no se tiene contemplado diagnosticar, registrar ni menos dar atención integral a los casos de violencia conyugal. En los servicios de urgencias médicas cuando se atienden mujeres u hombres violentados por su pareja se atienden las lesiones físicas y se reportan a ministerio público para que se tomen acciones médico-legales a que den lugar. No se realiza seguimiento de cada caso para seguimiento familiar.

Los cimientos sobre los cuales desde hace 58 años descansa el IMSS se basaron en los conocimientos de los médicos que lo iniciaron, la esencia existencial por tanto, en ese tiempo era y sigue siendo la atención médica. Sin embargo en la actualidad el médico inicia tempranamente su carrera. Al ingresar a las facultades no se conoce con certeza el papel tan importante de la ética que al final de la carrera debe utilizar, hoy el médico en su práctica diaria se enfrenta a situaciones en las cuales debe poner todo su conocimiento a fin de restaurar y conservar el estado de salud del ser humano. Para tal fin recurre a los conocimientos obtenidos, sin embargo; frecuentemente no son utilizados así mas problemático se torna el no tener los conocimientos básicos faltando como consecuencia a su responsabilidad y ética profesional, esta condición el binomio medico-paciente y su

relación se ve afectada deteriorándose gravemente por ese motivo, tanto en el ejercicio profesional institucional como en el particular se hace imperiosa la necesidad de conocer las consecuencias legales de su actividad y de todo lo que en ello conlleva la ética y responsabilidad profesional. Los crecientes índices de violencia intrafamiliar han obligado a diversas instituciones a realizar replanteamientos para dar soluciones prontas. En las Escuelas y facultades de medicina no se contempla como asignatura, únicamente se incluye en sus contenidos el tema de violencia y abuso sexual, la propuesta ha sido incluirla como una materia de libre elección<sup>41</sup>, con ello tal vez la ganancia sería que el médico pudiese detectar y orientar a las mujeres violentadas dentro de su propio hogar.

### 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar se aborda en diferentes momentos, sobre todo en relación a maltrato físico y emocional de los infantes, tanto en familias funcionales como disfuncionales y en el subsistema conyugal. Sin embargo al determinar el nivel de conocimiento e identificación de indicadores de violencia familiar por parte del médico familiar, se ha encontrado que hay un subregistro en el diagnóstico por desconocimiento o temores por parte del médico <sup>(36)</sup>. En atención primaria, el Médico Familiar debe conocer su población, identificar factores de riesgo de disfunción familiar, casos clínicos de violencia intrafamiliar y conyugal, dar seguimiento a los pacientes pista y formular alternativas que favorezcan la recuperación y salud de cada familia, desarrollar estrategias y aplicarlas para favorecer una homeostasis familiar adecuada. Por lo que la pregunta a contestar es la siguiente:

¿Cuál es la frecuencia de violencia conyugal a la mujer en unidades de atención primaria a la salud en Michoacán?

#### HIPÓTESIS

Y la frecuencia de violencia conyugal a la mujer en el estado de Michoacán es mayor al índice nacional.

O La frecuencia de violencia conyugal a la mujer en el estado de Michoacán es menor al índice nacional.

## 5.- JUSTIFICACIÓN

La violencia es un fenómeno histórico y desde la perspectiva de la salud pública no ha sido explorado de manera exhaustiva, a pesar de su elevada incidencia continua siendo un campo para investigaciones, encaminadas a solucionar problemas <sup>(37)</sup>. Lo anterior expuesto nos conduce a analizar si los médicos familiares requieren capacitarse en relación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, misma que establece *“el derecho a la protección a la salud y plena igualdad jurídica de hombres y mujeres”.*, para la identificación de los casos de violencia familiar, tanto como violencia conyugal, llegar a un diagnóstico, hacer el registro correspondiente del mismo, no temer a represalias y conflictos civiles, conocer los derechos y obligaciones del médico ante hechos violentos de sus pacientes y familias y poder establecer de manera confiable la magnitud y comportamiento de este problema, e indagar las alteraciones en los subsistemas parentales, ofrecer manejo integral. Identificar casos concretos y brindar tratamiento a la familia que así lo requiera. Ya que la disfunción familiar requiere de una oportuna identificación, interpretación y solución a las dificultades potenciales de la familia. Cabrera-Pivaral encontró que solo un 4% de los Médicos Familiares adscritos a un consultorio de Atención primaria reflejan APTITUD CLÍNICA ante los casos de disfunción familiar. Estos resultados reflejan limitaciones en los médicos familiares para identificar la disfunción familiar, así como también la falta de ambientes favorables para la reflexión, en la

implementación de estrategias educativas con el objeto de orientar el manejo de las mismas y el tratamiento de la enfermedad desde una perspectiva integradora <sup>(38)</sup>. Por todo ello nos parece importante investigar la frecuencia de la violencia conyugal por maltrato a la mujer en la Delegación del IMSS en Michoacán.

## 6.- OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de la violencia conyugal por maltrato a la mujer, en dos tipos de población

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Conocer las características de la violencia conyugal por maltrato a la mujer.
- 2.- Identificar Las características de la violencia en poblaciones urbanas.
- 3.- Identificar Las características de la violencia en poblaciones suburbanas.
- 4.- Identificar Las características de la no violencia en poblaciones urbanas.
- 5.- Identificar Las características de la no violencia en poblaciones suburbanas.

## 7.- METODOLOGIA

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Diseño. Descriptivo tipo encuesta

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal abierto

### 7.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El universo poblacional lo constituyen mujeres derechohabientes usuarias en el primer nivel de atención, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Michoacán de las unidades de medicina familiar No. 75 y 80 en Morelia Mich. Y unidad de medicina familiar No 77 de la Piedad Mich., lo que constituye nuestro marco muestral, consideramos que esta población es representativa dado que contiene las características clínicas, demográficas y temporales del resto de la población afiliada al IMSS en el país , y que además nos permite establecer relaciones directas en el manejo posterior ya que dependen directamente de la interrelación con el médico tratante.

(Anexo no. 1). El estudio se realizó de marzo a agosto de 2004.

### 7.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de muestra nosotros consideramos la prevalencia más alta encontrada en la literatura que representa el 70% de la población, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, bajo la fórmula siguiente. (41-43), En donde el tamaño de nuestro universo corresponde a aproximadamente 500 mujeres que cumplen los criterios de selección

$$n = \frac{Npq}{\frac{(Me^2)}{Nc^2 (N-1)} + PQ}$$

Variable	Descripción
n	Tamaño de la muestra
N	Tamaño del universo
P	Probabilidad de ocurrencia
Q	Probabilidad de no ocurrencia
Me	Margen de error
Nc	Nivel de confianza

Donde el supuesto es

Variable	Descripción
N	500
P	70% , expresada en probabilidad .70
Q	1-.70= .30
Me	+/-5 por ciento del margen de error, expresado como probabilidad .05
Nc	95% de nivel de confianza expresado como valor Z que determina el de probabilidad buscada 1.96

$$n = \frac{500 (.70)(.32)}{(.05)^2}$$

$$\frac{1.96^2}{n} (500-1) + (.70) (.30)$$

n = 196

#### 7.4 PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.

A partir de la autorización del proyecto, en la consulta cotidiana de los consultorios seleccionados, se seleccionaron las participantes en el estudio Al azar simple y con reemplazo 1 de cada 3 . En la sala de espera, previa información del tipo y motivo del estudio, además de autorización personal, sin intervención del entrevistador se obtuvo el llenado del cuestionario WAST y de la misma manera diariamente se separaron las que cumplan los requisitos de inclusión; actividad que se desarrollo durante cuatro meses continuos.

#### 7.5 CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión:

- Mujeres adscritas al IMSS en unidades de atención primaria en Morelia en la Unidad de atención No. 80 y 75, y La piedad, Michoacán que acuden a la consulta durante el periodo de estudio.
- Edad de 20 años a 48 años
- Con pareja estable de por lo menos un año.
- Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión.

- Mujeres menores de 20 años y mayores de 48
- Mujeres que no tengan relación pareja estable en el último año.

#### Criterios de eliminación

- Las mujeres que al estar contestando la encuesta, decidan dejar de hacerlo
- Las que den doble respuesta a una sola pregunta.

#### 7.6 VARIABLES

Dado que es un estudio observacional las variables son:

Independiente: Violencia conyugal

Dependiente: Frecuencia de violencia

En el presente estudio se define como violencia conyugal por maltrato a la mujer al patrón repetitivo de abuso por parte de la pareja (esposo o concubino), el cual se caracteriza por una serie de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico: empujones, bofetadas, 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 tener relaciones sexuales o a acceder a cierto tipo de conducta sexual. La violencia

conyugal por maltrato a la mujer se explorará por medio de un cuestionario validado. Escala para la Detección de la Violencia Conyugal, Woman Assaulting Screen Tool (W.A.ST) <sup>(36)</sup> con alta confiabilidad, y con un coeficiente alfa de Cronbach de .95 que indica alta consistencia interna, y una alta validez de constructo ( $r=0.96$ ) al compararla con el Abuse Risk Inventory. Contiene 7 preguntas cerradas que exploran violencia física, discrimina entre mujeres violentadas y no violentadas. Se considera violencia conyugal por abuso a la mujer si existe respuesta de "muy tensa" y "muchoa dificultad" en las dos primeras preguntas, las preguntas restantes permiten identificar el grado de violencia existente.

#### ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.

La violencia familiar presenta escalas ordinales y la frecuencia se tomara en tasas.

#### 7.7. PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Se proceso en un equipo de cómputo a través del programa estadístico SPSS versión 10.

El análisis estadístico de la información que se obtuvo se realizó con estadística descriptiva. Los resultados, se presentan en porcentajes y gráficas

complementarias. La diferencia de grupos se identificara por medio de prueba de T de Students, la correlación por medio de la prueba de Parson en las variables sociodemográficas.

## 7.8 CONDICIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

Este estudio se ajusta a las normas éticas, contempladas en la ley general de salud en materia de investigación con Humanos en la declaración de Helsinki de 1964, ratificada en Tokio en 1975 y posteriormente en Edimburgo en el año 2000.

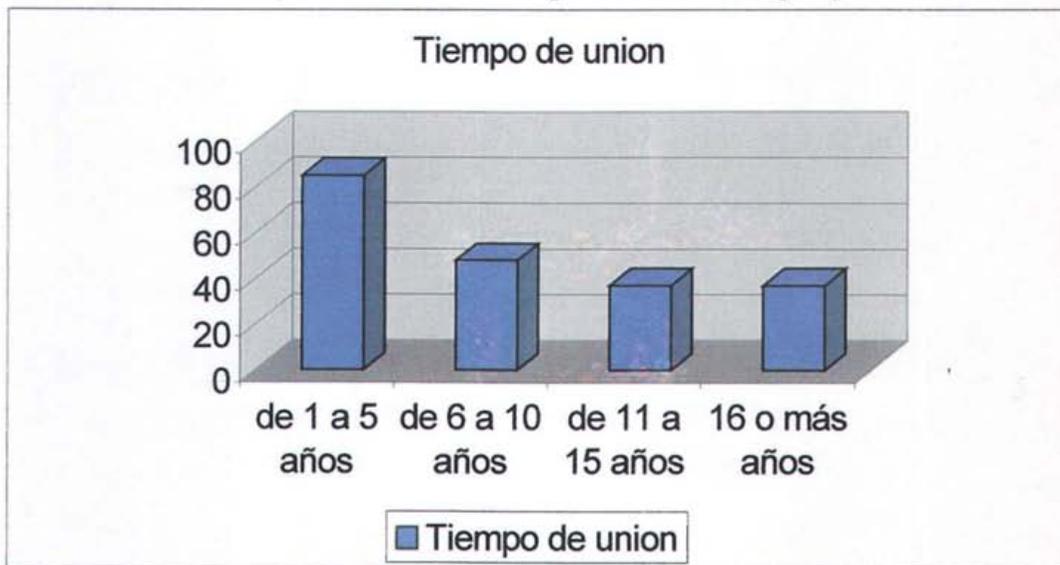
Se solicito consentimiento informado para realizar la encuesta de WEST. (A-1) en el cual se guardaran todos los datos en forma confidencial, no habrá daños a la salud del paciente por ser un estudio de encuesta.

Como todos los estudios de investigación a las personas sujetos de investigación se les pedirá que llenen un formato de consentimiento informado y las encuestas serán de carácter anónimo.

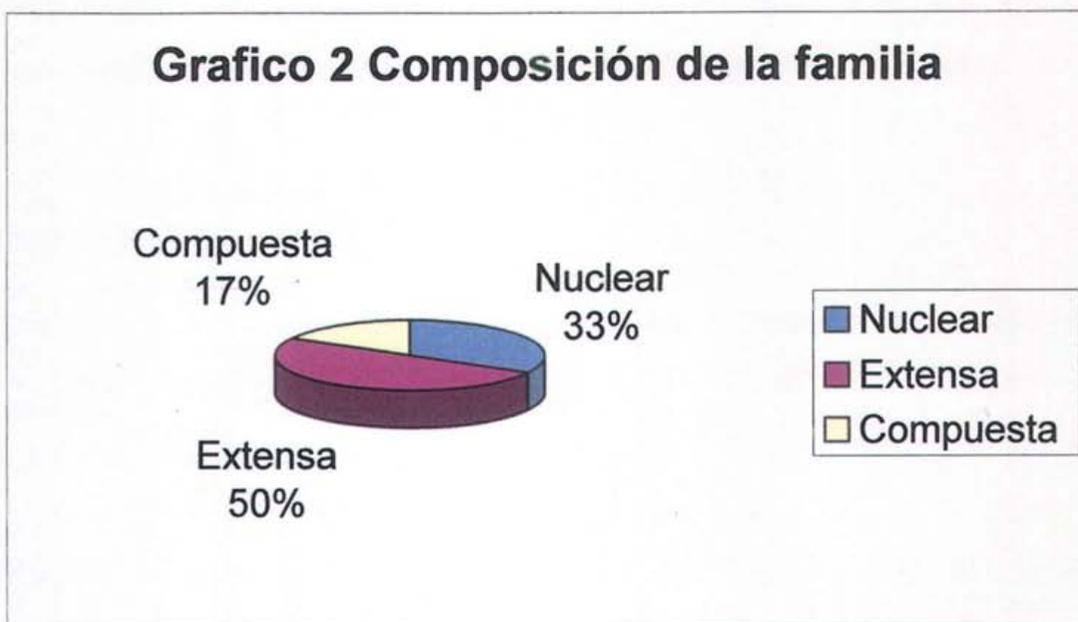
## 7.- RESULTADOS

Se entrevistaron a 250 mujeres de forma individual y previo consentimiento se aplicó la encuesta WAST, con indicaciones escritas en la misma, a quienes no saben leer ni escribir se les dio lectura a los reactivos y posibles respuestas, anotando la seleccionada. Se eliminaron 43 encuestas por no cubrir los requisitos quedando un total de 207 mujeres en el estudio, el tamaño requerido para el estudio. La edad en años cumplidos de las participantes fue de  $29.7 \pm 8.8$ , El estado civil se reportan 68% casadas y 32% en unión libre. El tiempo de unión de la pareja el 41% tiene menos de cinco años, lo que representa parejas en etapa de acomodación (Grafica 1).

Grafica 1 Tiempo de unión de la pareja



En el ciclo familiar 33% fueron familias nucleares, extensa 50% y compuesta corresponde al 17%. Grafico 2.



#### Las características

En los resultados obtenidos en la escolaridad los grupos se encuentran homogéneos con excepción del nivel licenciatura.

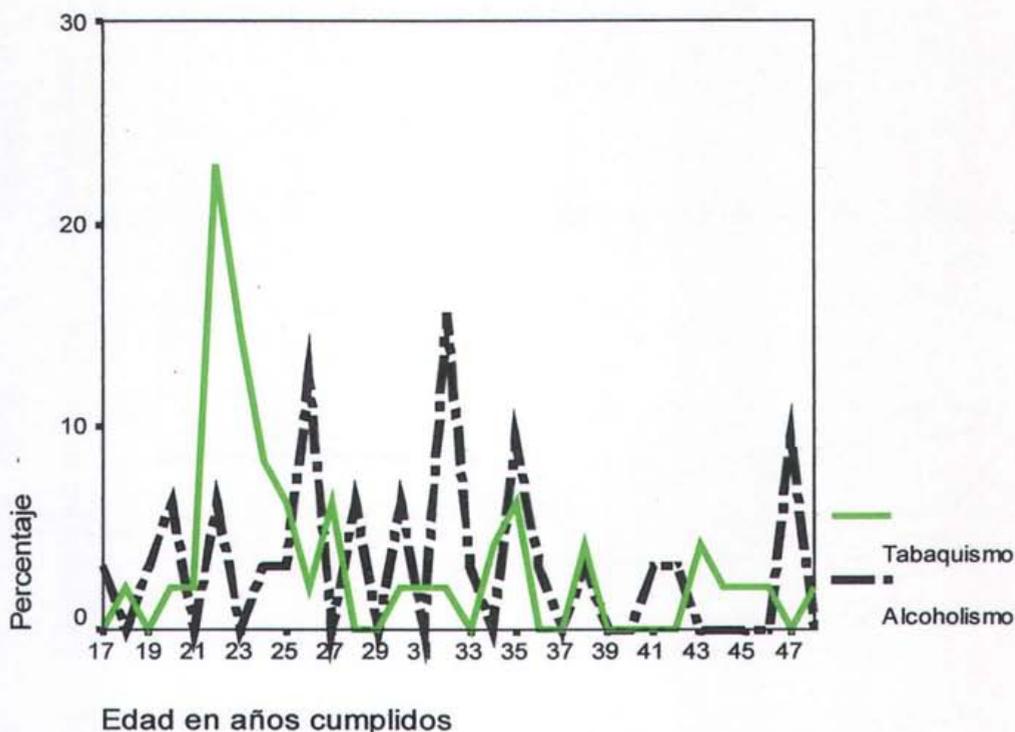
Las adicciones de tabaquismo y alcoholismo se presentan en mayor porcentaje en el grupo masculino. En la muestra general no tienen adicciones en el 38%. De los que si tienen; 37% son alcohólicos, el 24% fuman tabaco y lo combinan el 39%. ( tabla 1).

El rango de edad de las adicciones se encuentra entre los 19 y 35 años, presentando un pico en alcoholismo después de los 45 años (Grafico 3

Tabla 1. Características generales de la población de estudio.

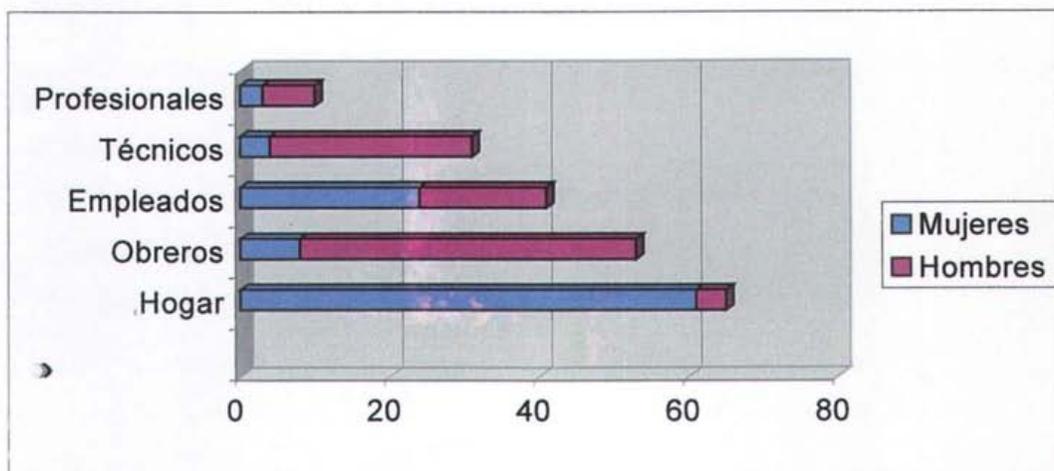
Escolaridad %	Mujeres		Hombres
	Analfabeta	5.0	3.0
Primaria	22.2	17.0	
Secundaria	43.1	44.6	
Preparatoria	21.9	26.1	
Licenciatura	7.8	13.3	
Adicciones %	Alcoholismo	7	21
	Tabaquismo	14	35
	Ambos	10	22
	Ninguno	79	44

**Grafico 3.** Relación de edad y adicciones en el grupo de estudio general



La ocupación de las mujeres encuestadas predomina el de ser ama de casa, y el 38% desempeñan actividades fuera del hogar, como obreras 10% y empleadas el 28%, se muestra en la. La ocupación de las parejas se distribuyen en obreros 52%, técnicos 40% y profesional el 8%. (Grafico 4), en donde se aprecia que el 49% de las mujeres participan económicamente al ingreso familiar.

Grafica 4 Ocupación de los grupos de estudio



En relación al ciclo familiar se encuentran 44% en etapa de reproducción, 31.6% en educación y 24.8% en dispersión.

De las 207 pacientes encuestadas 36 (17.40%) fueron identificadas por medio del instrumento (WAST) con experiencia en el abuso por parte del conyuge, en donde hasta en el 65% presentan enfrentamiento físico y en el 31% daño físico, en un estado de abuso emocional permanente hasta en el 50%, en el grupo de mujeres violentadas el 82% es económicamente dependiente y relacionado con los niveles académicos mas bajos (tabla II).

Tabla II Prueba WEST en el grupo de estudio

CUESTIONARIO	VIOLENTADAS	SIN VIOLENCIA
1.- En general; ¿como describe Usted la relación de pareja?		
Muy tensa	80.55	----
Algo Tensa	19.45	47.95
Sin tensión	----	52.04
2.- Cuando hay una disputa con su pareja, soluciona los problemas con		
Mucha dificultad	77.22	-----
Poca dificultad	22.22	64.32
Sin dificultad	2.77	35.65
3.- Usted discute por cosas que no le gustan o le molestan		
Seguido	52.77	12.86
Algunas veces	72.22	73.09
Nunca	2.77	14.03
4.- Las discusiones terminan con golpes o aventones		
Seguido	25.00	-----
Algunas veces	41.66	36.23
Nunca	33.33	63.77
5.- ¿Tiene usted miedo de lo que pueda decir o hacer su pareja		
Seguido	44.44	9.36
Algunas veces	47.22	36.84
Nunca	8.33	53.80
6.- Su pareja ha abusado de usted físicamente		
Seguido	30.55	.58
Algunas veces	22.22	22.80
Nunca	47.22	76.60
7.- Su pareja ha abusado de usted emocionalmente		
Seguido	41.66	7.01
Algunas veces	38.58	37.42
Nunca	19.45	55.55
	n= 36	n= 171

Los resultados observados en el tipo de población (urbana y suburbana) se

encuentra una prevalencia mayor en la población suburbana de 23.61% Tabla III.

Tabla III Prevalencia de violencia conyugal

Población	Muestra	No. casos	Porcentaje
General	207	36	17.39
Urbana	135	19	14.07
Suburbana	72	17	23.61

Las formas de violencia que destacan en la población urbana, se refiere a dificultades en la *relación de pareja muy tensas* en el 84.21% y solo el 10.52% de ellas solucionan sin dificultad sus diferencias, las causas de discusión son *toma de decisiones que le disgustan* 94.73% y el 10.52% de las ocasiones *terminan en agresiones físicas*.

En la población suburbana el 76.46% en las relaciones de pareja son muy *tensas* y el 23.52% las refieren algo *tensas*, con *solución de problemas con dificultad* en el 100%, *las agresiones físicas* ocurren en el 52.94%. Lo que presenta al cónyuge en la población suburbana más violenta Tabla IV.

Tabla IV Presentación de la violencia por tipo de población

CUESTIONARIO	URBANA	SUBURBANA
1.- En general; ¿como describe Usted la relación de pareja?		
Muy tensa	84.21	76.47
Algo Tensa	15.78	23.52
Sin tensión	-----	-----
2.- Cuando hay una disputa con su pareja, soluciona los problemas con		
Mucha dificultad	63.15	82.35
Poca dificultad	26.31	17.64
Sin dificultad	10.52	-----
3.- Usted discute por cosas que no le gustan o le molestan		
Seguido	42.10	64.70
Algunas veces	52.63	35.29
Nunca	5.25	-----
4.- Las discusiones terminan con golpes o aventones		
Seguido	10.52	41.17
Algunas veces	52.63	29.41
Nunca	36.84	29.41
5.- ¿Tiene usted miedo de lo que pueda decir o hacer su pareja		
Seguido	42.10	47.05
Algunas veces	47.36	47.05
Nunca	10.52	5.88
6.- Su pareja ha abusado de usted físicamente		
Seguido	10.52	52.94
Algunas veces	31.57	11.76
Nunca	57.89	35.29
7.- Su pareja ha abusado de usted emocionalmente		
Seguido	31.57	47.05
Algunas veces	36.84	41.17
Nunca	26.31	11.76
	n=19	n=17

La discriminación del cuestionario en cónyuges no violentos, de acuerdo al tipo de población se presenta en la Tabla V.

Tabla IV Presentación de la no violencia por tipo de población

CUESTIONARIO	URBANA	SUBURBANA
1.- En general; ¿como describe Usted la relación de pareja?		
Muy tensa	----	----
Algo Tensa	37.93	69.09
Sin tensión	62.06	30.90
2.- Cuando hay una disputa con su pareja, soluciona los problemas con		
Mucha dificultad	-----	-----
Poca dificultad	56.89	80.00
Sin dificultad	43.10	20.00
3.- Usted discute por cosas que no le gustan o le molestan		
Seguido	6.89	25.45
Algunas veces	81.03	56.36
Nunca	12.06	18.18
4.- Las discusiones terminan con golpes o aventones		
Seguido	-----	----
Algunas veces	15.47	80.00
Nunca	84.43	20.00
5.- ¿Tiene usted miedo de lo que pueda decir o hacer su pareja		
Seguido	2.58	23.63
Algunas veces	28.44	54.54
Nunca	68.95	21.81
6.- Su pareja ha abusado de usted físicamente		
Seguido	-----	----
Algunas veces	8.61	54.54
Nunca	91.37	45.45
7.- Su pareja ha abusado de usted emocionalmente		
Seguido	2.58	16.36
Algunas veces	24.17	65.45
Nunca	73.27	18.18
	n= 116	n= 55

## 8. DISCUSIÓN

Desde el punto de vista epidemiológico la casuística a nivel internacional de la prevalencia de la violencia conyugal con maltrato a la mujer va del 20 al 50%<sup>(28)</sup>, en algunas poblaciones de alto desarrollo económico dicha prevalencia tiende a descender, como es el caso de Canadá en donde la prevalencia se encuentra en un porcentaje del 8.5% , así como la población estadounidense se reporta en general una prevalencia del 12.2 % <sup>(29, 30)</sup>. Pero ésta varía de acuerdo a la comunidad que se estudie ya que por ejemplo en el grupo de hispanos que viven en dicho país se encuentran las siguientes prevalencias: 17.9% en las residentes de ciudades, 18.9% en las mujeres estadounidenses con familias de bajos ingresos, 21% en las mujeres donde el esposo o compañero estaba desempleado y del 23 % en las mujeres donde el esposo o compañero estaba subempleado <sup>(31)</sup>. Por otra parte en las residentes estadounidenses provenientes del sur de Asia, la prevalencia es hasta del 40.8%<sup>(32, 33)</sup>. En nuestro estudio la prevalencia encontrada 17.39% es similar a la de los propios Mexicanos residentes en los Estados Unidos, por lo que la cultura exportada influye decididamente en el comportamiento familiar, los resultados encontrados en México, de acuerdo a Alvarado Saldivar y Valdez R; los estudios sobre violencia intrafamiliar señalan una prevalencia del 28 al 60 % de abuso a la mujer por parte de sus parejas masculinas, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas <sup>(34)</sup>, estos rangos de dispersión seguramente están condicionados por el tipo de instrumento elegido para discriminar la violencia conyugal. En contra del reporte presentado por

Ramírez –Rodríguez en 1992 en el que encontró en el estado de Jalisco, violencia contra las mujeres de la zona urbana 56.7% y 44.3% en la rural <sup>(35)</sup>, nuestra investigación refiere en población urbana de 14.07% y en la población suburbana de 23.61% esta diferencia que da preponderancia a un tipo de población, puede estar supeditada, a la evolución histórica de la población en relación a su descenso, y la marginación y la pobreza que se ha desarrollado por los sistemas de gobierno, en la repartición de la riqueza, así como la desintegración familiar del área rural y suburbana por la transculturalización, sometida por los países imperialistas.

Las investigaciones sobre violencia intrafamiliar en diferentes países incluyendo México, en 90 culturas encontraron que en el 84% la violencia era del esposo contra la esposa<sup>42</sup>, de agresiones a las mujeres encuestadas y de un estrato medio a bajo., de forma verbal y física. Diversos factores influyen en la violencia y se han discutido; los padres y cónyuges que mas suelen maltratar son aquellos con baja autoestima, deprimidos, con pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración y los alcohólicos. También se liga a la pobreza extrema<sup>43</sup>, en nuestros resultados se observa gran porcentajes de alcoholismo y predomina en hombres de la tercera y cuarta década de la vida y de oficio obreros. 25% de las mujeres agredidas se relacionan con un hombre alcohólico, aunque esto no es de peso aparente, el alto ingreso al consumo de alcohol por grupos prematrimoniales puede condicionar un factor de riesgo para presentar violencia conyugal.

Hoy en día las sociedades accidentales como la nuestra cultivan la violencia a través de las costumbres que justifican actitudes agresivas en la convivencia diaria, lo que está dado por el modelo de aprendizaje social en el que la conducta violenta es aprendida dentro del hogar y esta conducta se traspolo cuando forman sus propias familias, aunque hemos avanzado en un proyecto de una nueva sociedad, aun se presenta y se cultiva la violencia.

En nuestra sociedad se observa esta justificación en:

\* El culto al " Macho" y \* La glorificación de la competitividad

La cultura actual idealiza la hombría, el machismo, se complace en los atributos duros de la masculinidad, los estereotipos viriles, las imágenes provocadoras del macho bravío. Esta figura suele estar representada por el hombre agresivo, implacable, despiadado y siempre seguro de sí mismo. Un ser que reta sin miedo, persigue el dominio de los otros, tolera el dolor sin inmutarse, no llora y no expresa sentimientos afectivos.

Los varones suelen adaptarse y cultivar este estereotipo y manifestar esta imagen bebiendo, peleando, utilizando un lenguaje duro y soez, y algunos también en su sexualidad (teniendo múltiples relaciones para experimentar así su poder).

Estas actitudes impregnan de alguna manera la conducta de los jóvenes, sus lecturas, los programas y películas televisivas, etc. participan activamente en la conformación de este estereotipo. Y a medida que crecen, estos ingredientes sirven para justificar la liberación de sus impulsos agresivos en el mundo del ocio, en el colegio o en la universidad, en el trabajo y en sus relaciones sociales con otras personas.

De la misma manera a las mujeres desde temprana edad se les transmite que lo adecuado es una actitud mas pasiva, compasiva y no agresiva. Aunque esto, últimamente a presentado un cambio en algunos relacionado con la progresiva autonomía de la mujer y su mayor igualdad social y económica con el hombre, lo que quedo demostrado en este trabajo que a mayor autonomía económica y nivel de escolaridad disminuye cuantitativa y cualitativamente la violencia hacia ellas.

Así los seres humanos aprendemos a ser agresivos de la misma forma que aprendemos a inhibir la agresión. Las tendencias violentas no son más naturales que las tendencias no violentas esto porque la trasmisión transgeneracional de las conductas las consideran como actos naturales de comportamiento.

Tan biológicamente posibles son la agresión maligna, el fanatismo y la criminalidad como la compasión y la justicia. Todas estas actitudes y comportamientos están dentro del abanico de posibilidades de la persona normal.

La agresividad es un comportamiento biológico que cumple una serie de funciones de supervivencia, como son:

- Protección de uno mismo o de otros
- Caza para conseguir alimentos
- Marcar el territorio.

Hoy en día muchas de estas necesidades primarias están cubiertas, por lo tanto ¿Qué función tendrían hoy los comportamientos agresivos?

No podemos negar nuestras emociones de rabia, miedo, tristeza, alegría, amor, pero sí podemos aprender a expresarlas de una forma más adecuada <sup>(1)</sup>.

Además de que los casos de violencia conyugal requieren mayor interés por parte del sistema de salud, los médicos tanto como las víctimas de violencia intrafamiliar deben y pueden ejercer sus derechos; reporte de casos, denuncias por injurias y sevicias, búsqueda de protección y apoyo entre otros con un solo objetivo; la preservación de la salud física y mental dentro de un ambiente de cordialidad en la parejas unidas, que proporcionen bienestar a los hijos. Está legislado, existen centros de atención para ayuda a víctimas y urgente tomar medidas que atenúen este problema de salud.

## 9. CONCLUSIONES

El presente trabajo aborda al subsistema conyugal a través de un cuestionario que explora la violencia del varón en contra del género femenino, de parejas unidas. Los resultados obtenidos se muestran con una disminución a otros trabajos publicados en México, ya que la prevalencia es menor a lo reportado en la literatura, tal vez en nuestro estado haya mayor violencia intrafamiliar en áreas suburbanas debido al nivel de marginación y pobreza en el que se encuentra nuestro estado. Las repercusiones por supuesto son en igual proporción con un elevado número de familias disfuncionales, lo que permitirá mantener esta conducta, consideramos que una forma para amortiguar y disminuir la violencia conyugal hacia la mujer es incrementar el número de oportunidades de acceso a la educación y al trabajo lo que permitiría que nivelar el poder económico que genera poder social y familiar, aunque el poder económico ni limita la violencia si disminuye la agresividad.

Combatir la violencia familiar es un imperativo moral y una exigencia jurídica, no es posible avanzar en un proyecto de una sociedad más justa, donde la democracia, la concordia, la tolerancia y la justicia, constituyan el eje de la convivencia, si en la célula básica de nuestra sociedad se permite y justifica la violencia.

Sugerencias:

Crear, aplicar y supervisar un programa de acción para prevenir la violencia.

Apoyar y estimular la investigación sobre violencia familiar.

Promover respuestas de prevención primaria.

Formación en el correcto ejercicio de la paternidad y mejor funcionamiento de la familia.

Campañas para mejorar las actitudes, comportamientos y normas sociales.

Reforzar las respuestas a las víctimas de violencia.

Incrementar la capacidad del sector salud para dar respuesta al tratamiento y rehabilitación de las víctimas.

Reconocer los signos de incidentes violentos o de situaciones de violencia continua y enviar a las víctimas a los organismos adecuados de apoyo.

Promover la igualdad social entre los sexos.

*Cualquiera puede encolerizarse, eso es fácil, pero hacerlo con la persona debida, con la intensidad debida, en el momento debido, por la causa debida, ¡eso no es fácil!*

*Aristóteles*

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galindo G I. Derecho Civil, Parte General, Personas, Familia, Ed., Porrúa, 14ª. Ed., 1995: 447.
2. Solís Quiroga. H, Sociología Criminal, Ed. Porrúa 2ª. Ed., México, 1997. :184
3. Carmona M. LI, Jiménez O M.L. Malos tratos en mujeres. JANO EMC 2000;1335:61-63
4. Roles masculinos y masculinidades desde el punto de vista de una cultura de paz. Informe Reunión del grupo de expertos Oslo, Noruega 1997.
5. Neufel B. SAFE questions: Overcoming barriers to the detection of domestic violence. Am Fm Phys 1996;53:2575-80
6. Díaz-González G, Valle-Cervantes L, Terán-Fernández MC y cols. La violencia como fenómeno social en Anzures-Carro R, Mazón-Ramírez JJ, Gutiérrez-Castillo A y cols. PAC MF 1. Colegio Mexicano de Medicina Familiar A. C. Actualización continúa en medicina familiar. México DF: Ínter sistemas, 2001: vol 3: 5
7. Valdez-Santiago R, Hjar-Medina M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. Gac Méd Méx 2002; 138: 159-163
8. Perea-Martínez A, Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J. El profesional de salud ante la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. "Atención Médica de la Violencia Familiar". Rev Fac Med UNAM 2002; 45: 208-211
9. Díaz-González G, Valle-Cervantes L, Terán-Fernández MC y cols. Marco teórico de la violencia familiar en Anzures-Carro R, Mazón-Ramírez JJ,

- Gutiérrez-Castillo A y cols. PAC MF 3. colegio mexicano de medicina Familiar A. C. programa de actualización continua en medicina familiar. México DF: Inter sistemas, 2001: vol 3: 14-15
10. Díaz-González G, Valle-Cervantes L, Terán-Fernández MC y cols. Valores y violencia doméstica en Anzures-Carro R, Mazón-Ramírez JJ, Gutiérrez-Castillo A y cols. PAC MF 3. colegio mexicano de medicina familiar, A. C. programa de actualización continua en medicina familiar. México DF: Intersistemas, 2001: vol 3: 38-50.
  11. Alvarado-Saldivar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S y cols. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública Mex 1998; 40: 481-486
  12. Vera-Bustos M, Loredó-Abdalá A, Perea-Martínez A y cols. Violencia contra la mujer. Rev Fac Med UNAM 2002; 45: 248-251
  13. Díaz-González G, Valle-Cervantes L, Terán-Fernández MC y cols. Violencia conyugal en Anzures-Carro R, Mazón-Ramírez JJ, Gutiérrez-Castillo A y cols. PAC MF 3. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. A. C. Programa de actualización continua en medicina familiar. México DF: Intersistemas, 2001: vol 3: 53-59
  14. Cordi J. violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre una grave problemática social. 1999 Ed Pydós, Buenos Aires, Argentina:30-63
  15. Declaración de la Asamblea General De la Organización de Naciones Unidas sobre la Declaración de la violencia contra la mujer 1979.

16. Halford W K. Repeating the errors of our parents?. Family-of-origin spouse violence and observed conflict management in engaged couples. Family process, summer 2000.
17. Prescott J W. Le plaisir du et l'origine de la violence. Bulletin of the Atomic Scientists 1975 :10-20.
18. Coker A, Smith P. Frequency and Correlates of intimate partner by type: physical, sexual, and psychological battering. Am J Public Health, 2000;90:553-559.
19. Eisenstat S A. Domestic Violence. N Engl J Med 1999; 341:886-891
20. FARS, DFARS. Prevalence of intimate partner violence and injuries. JAMA 2000; 284:559-560.
21. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Salud Mental 1998; 21: 1-9.
22. Trejo-Martínez A. Prevención de la violencia intrafamiliar. México DF: Editorial Porrúa, 2001: 3-20.
23. Díaz-González G, Valle-Cervantes L, Terán-Fernández MC y cols. Síndrome de indefensión aprendida en Anzures-Carro R, Mazón-Ramírez JJ, Gutiérrez-Castillo A y cols. PAC MF 3. colegio mexicano de medicina familiar A. C. programa de actualización continua en medicina familiar. México DF: Intersistemas, 2001: vol 3: 60-65.
24. Castillo-Alba S, Díaz-Olavarrieta C. El síndrome de la mujer maltratada: su diagnóstico e impacto en la práctica médica. Rev Ecuat Neurol 1996;5:33-37

25. Berlinger J S. Why don't you just leave him?. Domestic abuse, includes article for nurses on making a safety plan. Nursing 1998
26. Vera-Bustos M, Loredó-Abdalá A, Perea-Martínez A y cols. Violencia contra la mujer. Rev Fac Med UNAM 2002; 45: 248-251
27. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Pública Méx 1993; 35: 148-160
28. Melnick D, Maio R, Blow F, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. J Trauma 2002; 53: 33-37
29. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Pública Méx 1993; 35: 148-160.
30. Raj A, Silverman J. Immigrant south asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. Am J Public Health 2003; 93: 435-437
31. Melnick D, Maio R, Blow F, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. J Trauma 2002; 53: 33-37
32. Ramírez R A Rodríguez JC. Mujer y violencia, un hecho cotidiano. Salud Pública Méx. 1993; 35: 148-160
33. Aguayo Godínez A 1. Muñoz Pérez E. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR POR LOS MÉDICOS FAMILIARES DEL IMSS COLIMA . XI Reunión Regional de Investigación en Salud. Nayarit, Méx

34. Arias Ruiz B, Blanco Flores AM, Castro Valenzuela LE, De La Rosa Toledo LM. Escamilla Valles MA, García Saavedra BÁ, González Heras NP, Luna Félix CA, Meza Rodríguez SK, Quiñónez Gutiérrez S. Uzeta Figueroa MC. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: UN ACERCAMIENTO HACIA EL MIRADOR. UNA REALIDAD TAN PRIVADA QUE SE PUEDE HACER PÚBLICA. XI Reunión Regional de Investigación en Salud. Nayarit, Méx
35. Cabrera-Pivaral CE , Viniegra Velázquez L,Rodríguez Pérez I, González-Pérez G, Vega-López MG, Ocampo Barrios P, Quezada Salazar AR. APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES EN LA DISFUNCIÓN FAMILIAR. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Centro de estudios en salud, población y desarrollo humano, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud , Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. XI Reunión Regional de Investigación en Salud. Nayarit, Méx.
36. WAST PENDIENTE
37. Argimón-Pallás J, Jiménez-Villa J. Tamaño de la muestra en Argimón-Pallás J, Jiménez-Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Madrid España: Harcourt Brace, 1991: 77-89.
38. Dawson B, Trapo R. Resumen de datos en investigación médica en Dawson B, Trapo R. Bioestadística Médica. México DF: El Manual Moderno, 1993: 49-72.
39. Galindo C. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación.

- Adison Wesley, México 1998.
40. Argimon P. Jiménez V. Métodos de Investigación, Clínica y epidemiológica. 2º ed. edit. Harcourt, Madrid 2000
  41. Díaz-Martínez A, Esteban-Jiménez R. Enseñanza de contenidos de violencia intrafamiliar y sexual en instituciones de educación superior. Gac Méd Méx 1999; 135:274-281.
  42. Levinson D. Family Violence in Cross-cultural perspective. Newbury Park :Sage,1989
  43. Las emociones. Dantzer, R. Edit. Paidós. México D.F. 2001

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Morelia, Mich., julio \_\_\_\_\_ de 2004

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

" PREVALENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL EN UNA POBLACIÓN URBANA" Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica ro:

El objetivo de este estudio es identificar la frecuencia de violencia conyugal en mujeres de 15 años y más que tengan una pareja estable. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario, en el cual solo subrayaré la respuesta que considere adecuada.

Declaro que se ha informado que no corro ningún riesgo ni molestias posteriores derivados de mi participación en el estudio. Y que el investigador principal se ha comprometido a darme información, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones públicas que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre del participante

Investigador Principal  
Dr. Raúl de Anda García

## ANEXO 2

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Estado civil	(1), (2)	Ocupación	Escolaridad	Adicciones	Observaciones
Edad en años					
Edad /pareja					
Tiempo unión	1 a 5 años	5 a 10	11 a 15	16 a 20	
Tipo de familia	Nuclear	extensa	Integrada	desintegrada	

1, casada 2. Unión libre

### CUESTIONARIO WAST

Por favor subraye la respuesta correcta

1.	En general; ¿como describe Usted la relación de pareja?	Muy tensa	Algo tensa	Sin tensión
2	Cuando hay una disputa con su pareja, soluciona los problemas con .	Mucha dificultad	Poca dificultad	Sin dificultad
3	Usted discute por cosas que no le gustan o le molestan	Seguido	Algunas veces	Nunca
4	Las discusiones terminan con golpes o aventones	Seguido	Algunas veces	Nunca
5	¿Tiene usted miedo de lo que pueda decir o hacer su pareja	Seguido	Algunas veces	Nunca
6	Su pareja ha abusado de usted físicamente	Seguido	Algunas veces	Nunca
7.	Su pareja ha abusado de usted emocionalmente	Seguido	Algunas veces	Nunca