



Archivos en Medicina Familiar

ISSN: 1405-9657

archmedfam@hotmail.com

Asociación Latinoamericana de Profesores de
Medicina Familiar A.C.
Organismo Internacional

Espinosa-Torres, F; Fernández-Ortega, MA; García-Pedroza, F; Irigoyen Coria, A.
EL ESTADO DEL ARTE DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN MÉXICO
Archivos en Medicina Familiar, vol. 11, núm. 4, octubre-diciembre, 2009, pp. 171-188
Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.
México, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719071005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL ESTADO DEL ARTE DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN MÉXICO

State of the Art of Domestic Violence in Mexico

Espinosa-Torres F,* Fernández-Ortega MA,** García-Pedroza F,***
Irigoyen Coria A.***

*** Profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia. Correo electrónico:

felipesp@servidor.unam.mx

Recibido: 22-08-07

Aceptado: 25-11-08

RESUMEN

En este artículo se realiza un análisis actualizado e integral de la Violencia Familiar (VF) en México. Se describen los tipos de VF identificados en la literatura y se enuncian los principales factores asociados a este fenómeno. Son expuestos los principales datos estadísticos que ilustran la relevancia social, económica y humana que tiene la VF en México y en el mundo. Finalmente, se mencionan algunos lineamientos de un programa interdisciplinario de prevención, tratamiento y control de la VF en el que el personal de salud –en especial, los médicos familiares– tendrían un papel protagónico.

Palabras Clave:

ABSTRACT

In this paper, we present an updated and comprehensive analysis of Domestic violence (DV) in Mexico. It describes the types of DV identified in the literature and sets forth the main factors associated with this phenomenon. It presents the main statistical data to illustrate the social, economic, and human relevance of DV in Mexico and worldwide.

Finally, some guidelines are mentioned for an interdisciplinary program of prevention, treatment, and control of DV in which health personnel –especially Family Physicians– would play a leading role.

Key Words:

INTRODUCCIÓN

Hace poco más de una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó a la violencia –en todas sus variantes– como un problema prioritario de salud pública internacional, y propuso la elaboración de programas de prevención y mitigación.¹ Con ello impulsó líneas de investigación e intervención sobre un tema que, hasta entonces, había tenido poca atención en el campo de la medicina en general y de la salud pública en particular.

Todas las formas de violencia tienen altos costos sociales, económicos y humanos, pero una de las modalidades más frecuentes es la que se produce en el ámbito de la propia familia. Ya desde 1993, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había advertido sobre la magnitud y gravedad que la violencia familiar (VF) reviste en los países de la región, por lo que la caracterizó como un “problema especial de graves repercusiones sociales”².

La investigación en este tema, con el enfoque epidemiológico –aun incipiente– no sólo da

Aportaciones de esta investigación

Todas las formas de violencia tienen altos costos sociales, económicos y humanos, pero una de las modalidades más frecuentes es la que se produce en el ámbito de la propia familia.

En Estados Unidos la VF es la causa más frecuente de lesiones inflingidas a mujeres y un tercio de los homicidios cometidos contra personas del sexo femenino son perpetrados por el esposo o la pareja. En América Latina y el Caribe se reporta que entre un 30% y un 75% de las mujeres adultas -con pareja- sufren abuso psicológico. Una o dos mujeres de cada cinco son víctimas de abuso físico, mientras que entre un 10% y 36% son agredidas sexualmente por su pareja.

cuenta de su magnitud sino que abona en su conceptualización, y propone medidas preventivas y de control³. No obstante, es justo reconocer que la salud pública y, por tanto, la investigación epidemiológica, son áreas que desde hace sólo dos décadas han definido entre sus prioridades el tema de la violencia.

Este artículo tiene como propósito realizar un análisis actualizado e integral de la VF en México. Para ello, en las siguientes líneas se define el problema y se describen los tipos de VF identificados en la literatura especializada; se enuncian los principales factores –de diversa índole– asociados a este fenómeno. Se exponen los principales datos estadísticos que ilustran la relevancia social, económica y humana que tiene la VF en México y en el mundo, explicando los problemas metodológicos que implica su investigación; se bosqueja el marco jurídico que sobre el tema existe en este país y, finalmente, se mencionan algunos lineamientos de un programa interdisciplinario de prevención, tratamiento y control de la VF en el que el personal de salud -en especial, los médicos generales y familiares- tendría un papel protagónico al lado de profesionales de áreas no médicas.

Si bien el enfoque con el que se aborda el tema se inscribe prioritariamente dentro del campo de la salud, la conceptualización de la VF como un fenómeno multicausal, complejo y que genera severos impactos negativos a nivel individual, familiar y social, obliga a tratarlo de manera integral, con las aportaciones que brindan otras disciplinas científicas. Es necesario enfatizar la naturaleza embrionaria que aún tiene el estudio multidisciplinario de la VF, al grado de haberlo identificado, como una de las causas externas que han propiciado la mayor morbi-mortalidad de la VF en el mundo.

Definición y tipos de VF

La OMS ubica a la VF en la categoría de violencia interpersonal y la define como la que

se produce entre los miembros de la familia o entre la pareja, “y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar”. Aquí se incluyen el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores 4.

La *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999* define a la VF como el “acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”⁵.

Con una perspectiva de género, el artículo 7 de la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* define a la VF como “el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantenga o haya mantenido una relación de hecho.”⁶ Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), institución oficial mexicana que ha realizado las encuestas nacionales más importantes en el tema, concibe la VF “como el uso de la fuerza física y/o moral en contra de los residentes del hogar por otro u otros residentes, en la forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual, bajo diferentes manifestaciones y actos”.⁷

Existen diversas tipologías de VF. En este artículo se adopta la tipificación aceptada por la norma oficial mexicana 5 la que, además, ha sido utilizada en los principales estudios efectuados en el país:

- a. *Violencia física*, consistente en acciones violentas que dañan la integridad de las per-

sonas, tales como abofetear, golpear con el puño, dar patadas, quemar, herir con objetos o armas, y otras similares.

- b. *Violencia psicológica*, caracterizada por aquellas acciones que tienen la intención de dañar la estabilidad emocional de la persona, con el propósito de denigrarla, disminuir su autoestima, incrementar su ansiedad y temor, bloquear su autonomía y aumentar los sentimientos de culpa. Incluye insultos, amenazas, burlas, ridiculización, indiferencia, desvalorización o crítica permanente, entre otras acciones.
- c. *Violencia sexual*, contempla las acciones dirigidas a coaccionar a otras personas a tener algún tipo de relación sexual en contra de su voluntad, por medio de la fuerza y/o amenazas. Su manifestación más evidente y agresiva es la violación.
- d. *Violencia económica*, que se ejerce mediante el control del dinero y de los bienes materiales de la familia y se expresa en forma de omisiones de las necesidades básicas, pero también puede implicar el robo, fraude o destrucción de los bienes familiares.

Las fronteras entre los diversos tipos de VF no son claras en muchas ocasiones; aún más, no es raro que coexistan en la misma relación. Por ejemplo, es indudable que la violencia física o sexual repercute en el área emocional o psicológica de la víctima, lo que significa que no pueden desligarse entre sí estas variedades de violencia. En algunos casos, se identifican los cuatro tipos de violencia presentes en una misma víctima. Por tanto, hay que advertir que esta tipología busca sólo operacionalizar el concepto de VF y facilitar su medición.⁸

Factores asociados con la VF

Invariablemente, cuando se investiga un fenómeno complejo y de naturaleza multicausal como lo es la VF, se identifican diversos

factores que se ubican no sólo en la esfera individual o en el entorno familiar de los agresores y de las víctimas sino que son resultado -en gran medida- de determinadas características del medio histórico-social-cultural en el que los individuos se desarrollan. En otras palabras, un concepto integral de VF va más allá del análisis de conductas individuales violentas y otorga a los factores sociales, culturales y normativos una importancia central en la explicación del fenómeno. Bajo esta premisa, a continuación se describen algunos de los principales factores asociados a la VF con los datos derivados de diversas investigaciones efectuadas en México.

Sexo. Las mujeres tienen de 5 a 8 veces más probabilidades que los hombres de ser víctimas de este tipo de violencia.⁹ En México, se ha reportado que el 80% de víctimas de VF son mujeres.¹⁰ La gran diferencia en cuanto a la distribución por sexo de este tipo de violencia explica que se le califique como la típica forma de la violencia de género.¹¹

Edad. Aún cuando la VF se presenta en todos los períodos etáreos, diversas investigaciones tanto en el ámbito internacional como en México, apuntan a que se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes y que en los casos de violencia contra la pareja el maltrato suele estar presente desde el inicio de su vida en común y, en muchas ocasiones, desde el noviazgo.¹¹⁻¹³

Embarazo. Durante el período de embarazo las mujeres son también víctimas de VF.^{14,15} Estudios realizados en Estados Unidos y Canadá muestran que entre el 4.5% y el 7.2% de mujeres usuarias de servicios prenatales fueron agredidas físicamente durante el embarazo por sus esposos, parejas íntimas u otros familiares.¹⁶⁻¹⁸ En México, las prevalencias reportadas son más altas; en un estudio realizado con una muestra representativa de mujeres casadas de la ciudad de Durango, el 13% reportó haber recibido golpes durante el embarazo, el 44% de

Las agresiones físicas son más frecuentes (4% más que el promedio nacional) en mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años de edad).

Las mujeres que trabajan son con más frecuencia objeto de violencia física o sexual por parte de su pareja, en comparación con las que se dedican a las labores domésticas o alguna otra actividad no remunerada.

Aproximadamente el 55% de las mujeres que viven en unión libre son maltratadas por su pareja.

La violencia física es de similar frecuencia en el ámbito urbano y rural, mientras que la violencia sexual es más frecuente en el medio rural que en el urbano. El antecedente de haber sufrido violencia física o emocional durante la infancia se encontró con mayor frecuencia en las mujeres que actualmente son víctimas de violencia por parte de su esposo o pareja.

ellas presentó amenaza de aborto; el 12% aborto y el 2% muerte fetal.¹⁹ En otro estudio efectuado en Cuernavaca, Morelos, se encuestó a las mujeres usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Civil de esa ciudad; la encuesta, que se aplicó dentro de las 24 horas posteriores a la atención del parto, mostró que el 13.6% sufrió violencia física durante el embarazo, pero el total de mujeres que manifestaron alguna forma de violencia (física, psicológica o sexual) fue el 33.5%; de éstas, el 9% refirió que fueron golpeadas por primera vez durante el embarazo y el 5.4% cuando su pareja se enteró del embarazo.²⁰

En otra investigación se aplicó un cuestionario anónimo a 1,780 mujeres adultas que asistieron a la consulta externa de un hospital de enseñanza de tercer nivel de la ciudad de México, encontrando que el 9% de ellas manifestó haber sido víctima de abuso sexual durante el embarazo.²¹ Por último, un estudio con base poblacional efectuado en Ometepec, Guerrero, encontró una prevalencia menor en 5.6% con relación a las señaladas en las investigaciones antes mencionadas. Sin embargo, los autores de esta investigación reconocen un subregistro en su información, lo que explican por factores tales como la presencia del esposo durante la entrevista (26% de los casos) y por la percepción distinta que las mujeres de esa población –con marcadas características rurales y fuerte influencia indígena– tienen de la VF en comparación a la del medio urbano.²² Otros autores también han reportado una evidente diferencia entre el medio urbano y el rural.¹⁰

Antecedentes de violencia familiar. Este es uno de los factores de riesgo que con mayor reiteración surge en los estudios de VF. De hecho, un amplio número de investigaciones sustenta la afirmación de que la violencia en la infancia es un predictor de violencia en la vida adulta.²³⁻²⁷ Los adultos que han experimentado abuso durante su infancia tienen mayores probabilidades de formar familias

violentas, lo que ha llevado a algunos autores a proponer el término de “transmisión intergeneracional de violencia”.²⁸ Es decir, el abuso que sufren hoy los niños(as) probablemente se trasladará a una futura violencia en las familias que esos niños formarán. Hay estudios, cuyos resultados sugieren, que hijas de mujeres que han sufrido VF tienen mayores probabilidades de ser víctimas de este tipo de violencia en la edad adulta, mientras que los hijos muy probablemente serán los futuros agresores en su familia.²⁸⁻³⁰

En cuanto a la prevalencia del antecedente de violencia en la familia asociado a la VF en México, una encuesta nacional realizada en 2003 por el INEGI encontró que el 45% y el 39.6% de las mujeres víctimas de violencia sexual y física, respectivamente, tenían como antecedente el provenir de una familia violenta.³¹ En otro estudio con base poblacional efectuado también en México, mujeres que reportaron haber sido víctimas de VF durante su infancia, presentaron 2.6 y 3.3 veces más probabilidades de sufrir violencia moderada o severa, respectivamente, que aquellas mujeres que no tenían ese antecedente. Este mismo estudio mostró que las mujeres que habían sido violadas por alguien distinto a su pareja tenían casi 6 veces más probabilidades de ser víctimas de violencia severa por parte de su pareja, en comparación con mujeres que no habían sufrido una violación.³² Un estudio transversal aplicado a madres de niños hospitalizados, mostró que el 42% de ellas tenía antecedentes de violencia en sus familias de origen.³³

Una hipótesis que se ha propuesto para explicar este fenómeno, es que las víctimas de abuso sexual durante su infancia quedan con menor capacidad de auto-defensa, autoestima y seguridad, por lo que son más vulnerables para una nueva victimización.³⁴

Consumo de alcohol. Diversos investigadores han encontrado una asociación entre consumo de alcohol y violencia, sobre todo

cuando el consumidor es el agresor.³⁵⁻³⁸ Se ha reportado que cuando el hombre consume alcohol, la probabilidad de que la mujer experimente agresión física es seis veces mayor que en los hogares en que el hombre no ingiere alcohol o lo hace en forma moderada.³⁹ En México, la investigación de Rivera-Rivera,³² muestra un riesgo 3.5 veces mayor de violencia severa en contra de la mujer cuando el hombre es bebedor; mientras que en el estudio de Olaiz⁸ se muestra que, si el hombre es quien consume alcohol se presentan problemas en un 19% de los casos, en tanto que, si la mujer es la consumidora este porcentaje disminuye notablemente: 3%. Es conveniente precisar que la mayoría de los autores consideran que el alcohol es un “facilitador” de la violencia en cuanto que desinhibe al individuo y puede, de esta manera, contribuir a la manifestación de actitudes violentas, pero no es un factor causal de este fenómeno. Además, la violencia no se produce sólo bajo el efecto del alcohol; por ejemplo, dos estudios realizados a gran escala en Canadá mostraron que la mayoría de las mujeres agredidas por sus compañeros bebedores lo habían sido cuando éstos se encontraban sobrios.^{40,41}

Nivel socio-económico. Si bien la violencia doméstica se presenta en todos los estratos sociales, existe evidencia de que su incidencia es mayor en familias de bajos ingresos. Es plausible el razonamiento que ello se debe a que en la población más pobre persiste una mayor inequidad de género, con menor acceso de personas del sexo femenino a la educación y al empleo.²⁹ En Estados Unidos los índices de violencia física contra la pareja han sido cinco veces más altos en familias que viven bajo la línea de pobreza que quienes no tienen esa situación.⁴² Resultados similares se obtuvieron en estudios realizados en Nicaragua⁹ y en Uruguay³⁹. En México se ha encontrado que el nivel socioeconómico es inversamente proporcional a la violencia, es decir, a mayor *status* menor VF.³² Algunas investigaciones han establecido una relación

entre violencia doméstica y percepción de menores salarios lo que se aplica tanto para hombres como para mujeres. El antecedente de abuso durante la infancia también se ha relacionado con menores ingresos en la vida adulta.^{28,43}

Patrones culturales. Biehl, afirma categóricamente: “Las sociedades patriarcales, que validan la violencia como un medio de control están en la base de la violencia del hombre hacia la mujer. El concepto de masculinidad asociado a la dominación... es uno de los factores de mayor influencia en la conformación de actitudes violentas hacia las mujeres”.⁹ Esta tesis goza de un amplio consenso internacional. En el caso de México, el componente histórico-cultural tiene una gran influencia en el tipo de relaciones interpersonales que, en determinadas circunstancias, propician actitudes violentas al interior de la familia.⁴⁴ Por otra parte, en México al igual que en el resto del mundo, existe una larga historia detrás de la aquiescencia ganada por la perspectiva de género en el análisis de la VF, la cual ha demostrado la importancia de empoderar a la mujer como una de las principales estrategias en la prevención y erradicación de este fenómeno social.

Otros factores sociales. El menor nivel de educación, el desempleo reciente, el empleo intermitente, el abuso de drogas, el mayor número de embarazos, el número de años de cohabitación, la menor edad de inicio de relaciones sexuales, son factores asociados a la VF, de acuerdo a diversas investigaciones realizadas en México, lo que es coincidente con lo reportado en el ámbito internacional.^{32,45,46}

Magnitud y gravedad del problema

Una premisa que no se puede soslayar al abordar la VF es el alto subregistro que existe sobre su frecuencia, magnitud, gravedad y costos sociales, económicos y humanos que ella genera. El subregistro se debe a varios

Las mujeres que son objeto de maltrato por su esposo o compañero agraden con mayor frecuencia a sus hijos que aquellas que no son víctimas de violencia doméstica. Sólo el 18% de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar recurren a alguna autoridad o institución en busca de apoyo.⁵⁶

La Violencia Familiar es un problema social complejo cuyos impactos en la salud individual y poblacional, evidencian su alta prevalencia y gravedad y requieren mayor investigación y análisis.

Entre los factores asociados a la Violencia Familiar destacan los de índole cultural derivados de la sociedad patriarcal "machista" y, por ende, al concepto de masculinidad relacionado con la "dominación"; esto explica por qué muchos autores se refieren a la violencia doméstica como la manifestación típica de la violencia de género.

factores: el primero de ellos es la consideración de que la VF corresponde al ámbito de lo privado, de lo íntimo y no es percibido como un problema social. Muy ligado a lo anterior está la valoración bastante extendida en nuestra sociedad de que los eventos violentos son normales en la dinámica familiar, es decir, tales actos cuentan con un alto grado de tolerancia, permisividad y hasta legitimidad social. En razón de ello, las víctimas de VF, principalmente las mujeres, tienden a culparse a sí mismas por "provocar" actos violentos, actitud que es fuertemente auspiciada por los patrones culturales ya señalados. Por tanto, no es fácil que las víctimas reconozcan, hablen y, mucho menos, denuncien la violencia de la que son objeto. Finalmente, la carencia o insuficiencia de instrumentos jurídicos y de instituciones públicas que atiendan con prontitud y eficacia a las víctimas de la VF, es un factor que contribuye al subregistro de este fenómeno.⁴⁷

Además del subregistro, existen dificultades metodológicas y logísticas en la investigación de la VF. Por las razones enunciadas en el párrafo anterior, la obtención de la información es el primer obstáculo que enfrenta el investigador. La resistencia de las víctimas a hablar obliga también a cuidar el aspecto logístico de la entrevista: para que la víctima refiera su experiencia se requiere un ambiente adecuado, con las condiciones de privacidad y seguridad que le den confianza, por lo que en muchas ocasiones el hogar no es el mejor lugar para que la víctima se exprese. Otro aspecto importante es que los encuestadores deben ser sensibilizados y capacitados específicamente para tratar este problema; por ejemplo, algunos investigadores sólo utilizan mujeres como entrevistadoras a fin de facilitar la obtención de la información.³²

No obstante el subregistro y las dificultades para su estudio, los datos disponibles son ilustrativos de la magnitud y gravedad del problema. A nivel internacional los estudios de VF han encontrado prevalencias que fluc-

túan entre el 10% y el 75%, dependiendo de la población estudiada, la definición de VF aplicada y los métodos de colección y análisis de la información.⁴⁸⁻⁵⁰ Un estudio de la OMS -efectuado en 15 poblaciones de 10 distintos países- mostró un amplio rango en las prevalencias de violencia física o sexual o ambas en contra de mujeres por parte de sus parejas: entre el 25% y el 75% a lo largo de su vida, y entre el 4% y el 54% durante el año previo a la entrevista.⁴⁶

Diversas investigaciones con base poblacional realizados de 1985 a 1998, en Estados Unidos y Canadá muestran que entre el 25% y el 30% de mujeres de todas las edades reportaron haber sufrido agresión física alguna vez en su vida a manos de su esposo, novio o expareja; cuando se preguntó por la violencia sufrida el año anterior a la entrevista la prevalencia fue del 8% al 14%.^{45,51} En Estados Unidos la VF es la causa más frecuente de lesiones inflingidas a mujeres y un tercio de los homicidios cometidos contra personas del sexo femenino son perpetrados por el esposo o la pareja.⁵² En América Latina y el Caribe se reporta que entre un 30% y un 75% de las mujeres adultas con pareja sufren abuso psicológico⁵⁰ una o dos mujeres de cada cinco son víctimas de abuso físico, mientras que entre un 10% y 36% son agredidas sexualmente por su pareja.⁴³ Como ya se mencionó, la mayoría de estas investigaciones no son cotejables entre sí, pero hay algunos estudios multicéntricos que permiten cierta comparación de los resultados obtenidos en diferentes países.^{46,53}

En México se han realizado algunos estudios con rigor metodológico que han abordado el tema de la VF, particularmente la ejercida contra la mujer. Entre ellos cabe destacar una investigación con base poblacional efectuada en la ciudad de Durango en 1996;¹⁹ un estudio realizado en el área metropolitana de Cuernavaca, Morelos, en 1998;³² la *Encuesta de Violencia Intrafamiliar*, desarrollada en el área metropolitana de la Ciudad de

México en 1999;⁷ la *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* (ENVIM) llevada a cabo en 2003⁸; la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003* (ENDIREH)⁵⁴ y, por último, la *ENDIREH 2006* que, a diferencia de la del 2003, no sólo recoge información sobre la violencia hacia las mujeres por parte de su pareja sino que amplía su temática a los ámbitos laboral, educativo y social, además de considerar la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito doméstico -por otras personas diferentes al cónyuge-.⁵⁵

En las Tablas I y II se enuncian las características principales y las prevalencias encontradas en seis de los principales estudios realizados en México; en las siguientes líneas se describen con más amplitud las particularidades de algunos de ellos.

En la *Encuesta de Violencia Intrafamiliar*⁷ se estimó que el 34% de la población de la Ciudad de México vivía en hogares donde tenían lugar actos violentos: el 33.5% correspondía a violencia emocional; el 5.4% a intimidación; el 3.9% a violencia física y el 0.5% a violencia sexual.

La *ENVIM*,⁸ encuesta que se aplicó entre las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud, encontró que una de cada 5 mujeres sufren de violencia por parte de la pareja actual; una de cada 3 han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida; y 2 de cada 3 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida. Las prevalencias en este estudio para cada uno de los tipos de violencia de la pareja actual, fueron las siguientes: psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y económica 5.1%. Las cinco entidades federativas con mayor índice de violencia (pareja actual) fueron, de acuerdo con la *ENVIM*: Quintana Roo, Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca. La entidad con menor prevalencia fue Aguascalientes.

La *ENDIREH 2003* encontró que el 46.6% de las mujeres mayores de 15 años y con pa-

reja residente en el hogar habían sufrido al menos un acto de violencia durante los 12 meses previos al momento de la entrevista. La violencia emocional se presentó en el 38.4%; la física en el 9.3%; la sexual en el 7.8%; y la económica en el 29.3% de los casos. Otros hallazgos importantes de esta encuesta nacional con representatividad en las 32 entidades federativas del país, son las siguientes:

- Las agresiones físicas son más frecuentes (4% más que el promedio nacional) en mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años de edad).
- Las mujeres que trabajan son con más frecuencia objeto de violencia física o sexual por parte de su pareja, en comparación con las que se dedican a las labores domésticas o alguna otra actividad no remunerada.
- El 55% de las mujeres que viven en unión libre son maltratadas por su pareja.
- La violencia física es de similar frecuencia en el ámbito urbano y rural, mientras que la violencia sexual es más frecuente en el medio rural que en el urbano.
- El antecedente de haber sufrido violencia física o emocional durante la infancia se encontró con mayor frecuencia en las mujeres actualmente víctimas de violencia de algún tipo por parte de su esposo o pareja, que las mujeres que declararon no tener ese tipo de problema (55% y 34%, respectivamente).
- De igual manera, las mujeres que son objeto de maltrato por su esposo o compañero agraden con mayor frecuencia a sus hijos que aquellas que no son víctimas de violencia doméstica: 45% y 27%, respectivamente.
- Por último, un dato de gran interés para el diseño y aplicación de programas preventivos: sólo el 18% de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar recurren a alguna autoridad o institución en busca de apoyo.⁵⁶

El antecedente de abuso sexual en la infancia es uno de los factores que con mayor reiteración surge de los estudios efectuados tanto en México como en el ámbito internacional.

Principales estudios			
Nombre del Estudio e Instituciones	Marco y Diseño Muestral	Tamaño de la Muestra y Nivel de Confianza	Cobertura, Desglose Geográfico
Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH)	Marco Nacional de Viviendas 2002 del INEGI	128 mil viviendas Confianza: 90% Error relativo: 15% Efecto de diseño: 1.85%	Nacional 32 Entidades federativas
INEGI INMUJERES UNIFEM	Probabilístico Estratificado Bi-etápico Por conglomerados		Representatividad a nivel: Nacional Nacional urbano Nacional rural Estatal
Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH)	Marco Nacional de Viviendas 2002 del INEGI	57,230 viviendas Confianza: 90% Error relativo: 15% Efecto de diseño: 3.78	Nacional 32 Entidades federativas
INEGI INMUJERES UNIFEM	Probabilístico Estratificado Tri-etápico Por conglomerados		Zonas: • urbana • Rural
Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003	Marco muestral número de usuarios de SSA, IMSS, ISSSTE.	26,240 usuarias de los servicios de salud Confianza: 95% Error relativo: 0.2% Efecto de diseño: 1.7	Nacional Unidades de la SSA, IMSS e ISSSTE 32 entidades federativas del país, Desglose por entidad federativa
INSP	Muestra probabilística Bi-etápica		

* No comparables entre sí, ya que son resultado de estudios diferentes en cuanto a objetivos, población "blanco", metodología, cuestionario, logística y análisis.

Principales estudios			
Nombre del Estudio e Instituciones	Marco y Diseño Muestral	Tamaño de la Muestra y Nivel de Confianza	Cobertura, Desglose Geográfico
Violencia Intrafamiliar. Encuesta 1999	Marco muestral de hogares 1995 del INEGI	6,000 viviendas Confianza: 90% Error relativo: 6.2% Efecto de diseño: 1.87	Área metropolitana de la Ciudad de México (DF y 34 municipios conurbados) Edo. de México. No mayor desglose geográfico.
INEGI Prevalence and determinants of male partners violence against Mexican women: A population-based study. INSP / IMSS CRIM-UNAM	Probabilístico Estratificado Poli-etápico Por conglomerados		
Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango.	Marco muestral total viviendas del área metropolitana de Cuernavaca, Censo de 1995 Muestra probabilística de mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad)	1,641 mujeres en edad reproductiva, de las cuales 1,535 (93.5%) aceptaron participar en el estudio.	Área metropolitana de Cuernavaca No mayor desglose geográfico
Universidad Juárez del Estado de Durango.	Seis colonias de la Cd. de Durango, seleccionadas al azar, representativas de los niveles socio-económicos alto, medio y bajo, de acuerdo al <i>Periódico Oficial del Gob. Const. del Edo. de Durango</i> .	Análisis univariado y multivariado con 95% de intervalos de confianza 384 mujeres casadas, residentes de la ciudad de Durango. Modelo de regresión logística; 95% de intervalos de confianza.	Ciudad de Durango, Dgo. No mayor desglose geográfico.

* No comparables entre sí, ya que son resultado de estudios diferentes en cuanto a objetivos, población "blanco", metodología, cuestionario, logística y análisis.

LA I
 violencia Familiar en México *

Informante(s) Seleccionado(s) y/o Población Objeto	Características Cuestionario y Entrevista	Prevalencias*	Período de Referencia
Para datos socio-demográficos: persona de 15 o más años, residente de la vivienda y que conociera los datos de los residentes de la vivienda. Para información de violencia familiar: mujer de 15 o más años, residente habitual de la vivienda, cuya fecha de cumpleaños fuera la inmediata posterior a la fecha del levantamiento de la encuesta.	Cuestionario propio para violencia doméstica y extradoméstica hacia la mujer; y de violencia específica contra mujeres de 60 años y más. Tres tipos de cuestionario: A) mujeres casadas o unidas; B) mujeres alguna vez unidas; C) mujeres casadas. Entrevistadoras mujeres (99.6%) y la mayoría (85.2%) con licenciatura; el 68.4% entre 23 y 35 años de edad. Recibieron capacitación específica. Tasa de no respuesta: 12%	Algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su última relación conyugal: 43.2%	09 de Octubre – 03 de Noviembre 2006
Para datos socio-demográficos: persona de 15 o más años, residente de la vivienda y que conociera todos los datos de los residentes de la vivienda. Para información de violencia familiar: mujer de 15 o más años, residente habitual de la vivienda, que en el momento de la entrevista viviera con su pareja.	Cuestionario específico para violencia doméstica contra la mujer y los hijos. Entrevistadoras mujeres y la mayoría (72%) con licenciatura; promedio edad: 27 años. En 61% de las viviendas seleccionadas se entrevistó a una mujer; 0.6% se negó a responder; 1.4% no pudo responder por estar ausentes, enfermas o con discapacidad. En 21% de las viviendas no había mujeres con pareja. En 1% se negaron a dar información y el 15% de viviendas seleccionadas estaban deshabitadas.	Al menos un acto de violencia por parte de su pareja en los 12 meses previos a la entrevista: 46.6%	Octubre, 2003 (Un mes)
Mujeres mayores de 14 años que acudieron a la unidad médica de primero o segundo nivel para recibir atención curativa o preventiva en los servicios de urgencias, medicina interna y ginecología.	Cuestionario específico para violencia familiar. Condiciones adecuadas de privacidad. Entrevistadores: personal de salud, previa sensibilización	Alguna vez en la vida, por su pareja: 34.5%	Mayo-agosto, 2003.

stico.

LA I
 violencia Familiar en México *

Informante(s) Seleccionado(s) y/o Población Objeto	Características Cuestionario y Entrevista	Prevalencias*	Período de Referencia
Persona mayor de 18 años seleccionada aleatoriamente en cada vivienda.	Cuestionario específico para violencia familiar. No selección especial de entrevistadores. Se efectuaron entrevistas en el 86.3% de las viviendas seleccionadas. Cuestionario específico para violencia por parte de la pareja durante el	Población en hogares con violencia: 34%	Junio-Octubre de 1999
Mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad) residentes del área metropolitana de Cuernavaca, Morelos.	Cuestionario específico para violencia por parte de la pareja durante el año previo a la fecha de la entrevista o con la última pareja. Condiciones adecuadas de privacidad. Entrevistadores: mujeres con experiencia en la recolección de información, previa sensibilización y capacitación sobre el tema.	35.8% (leve-moderada) 9.5% (severa) 5.9% (violación)	Junio-Septiembre 1998
Mujeres casadas, unidas al momento del estudio o alguna vez, residentes de la ciudad de Durango, Dgo.	Cuestionario específico para violencia doméstica (psicológica, física y sexual) contra la mujer. Entrevistadores de ambos sexos, personal de enfermería, trabajo social y psicología, con edades entre 20 y 35 años. Recibieron capacitación específica previa.	39% Violencia emocional 40% Violencia física 42% Violencia sexual	Junio-Diciembre 1996

stico.

En muchas ocasiones, el sistema de salud es el primer contacto institucional con una víctima de la violencia familiar, lo que proporciona al médico la oportunidad de detectar este problema en la consulta y, con la participación de un equipo interdisciplinario para atenderlo.

La *ENDIREH-2006* constituye el estudio de base poblacional sobre violencia contra la mujer más completo que se haya realizado en México. Además de estar respaldado con una sólida base teórica y metodológica, incluye los ámbitos doméstico, laboral, educativo y social. Es un estudio representativo de la población nacional femenina mayor de 15 años; con un nivel de desagregación por cada uno de los 32 estados del país y por zona urbana o rural. Entre sus resultados destaca el dato de que el 43.2% de las mujeres de 15 años y más fueron objeto de algún acto violento de su pareja durante su última relación conyugal. El porcentaje fluctuó entre el 54.1% en el estado de México y el 33.7% en Coahuila. De estas mujeres, 37.5% declaró haber recibido agresiones emocionales; 23.4% recibió algún tipo de agresión económica. Dos de cada diez mujeres confesaron haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocó daños permanentes o temporales con un rango que va del 13% en Tamaulipas hasta el 25.7% en Tabasco. Las mujeres víctimas de violencia sexual cometida por sus propias parejas representaron el 9%.⁵⁷

La violencia en contra de los niños

En lo que respecta a la violencia de la que son víctimas los niños, la OMS reportó que en el año 2000, se produjeron 57 mil homicidios de menores de 15 años en todo el mundo. Los menores de 4 años tienen más del doble de riesgo de ser víctimas de homicidio que el grupo entre los 5 y 14 años de edad. El riesgo de violencia mortal de los niños varía según la región del mundo y el nivel de ingresos: "En los niños menores de 5 años que viven en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2,2 por 100 mil para los varones y de 1,8 por 100 mil para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100 mil para los niños y 5,1 por 100 mil para las niñas. Las tasas más altas de homicidios de menores de 5 años de edad se encuentran en la Región de

África: 17,9 por 100 mil para los varones y 12,7 por 100 mil para las niñas".⁴

Son pocos los estudios en México sobre la VF ejercida contra los niños; sin duda que es una asignatura pendiente que requiere de una profunda investigación en el país.^{58,59} La importancia del tema se pone en evidencia cuando algunos estudios reportan que los menores son las principales víctimas de VF.⁶⁰ Los factores culturales determinan una gran tolerancia social hacia el maltrato a menores ya que éste es justificable en aras de una supuesta educación de los hijos por parte de los padres.

Las investigaciones realizadas en diversas partes del mundo coinciden que entre 60% y más del 90% de los agresores de mujeres son hombres. En el caso de violencia infantil, la agresora suele ser la mujer, pero en el de abuso sexual contra los niños el agresor es generalmente un hombre.^{29,58}

Hay otros estudios en México que se han enfocado a algunos puntos específicos de la violencia contra la pareja y que muestran la relevancia de este fenómeno para los servicios del sector salud. Por ejemplo, al evaluar en la ciudad de México las causas de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria por lesiones intencionales, se identificó que uno de cada 5 casos es resultado de violencia familiar, siendo las mujeres las más afectadas (72%).⁶¹ En otro estudio, también efectuado en la ciudad de México, se muestra que uno de cada 7 años de vida saludable perdidos en mujeres en edad fértil, se debe a violencia de género, siendo el origen conyugal la causa principal.⁶²

En los ámbitos de la seguridad pública y de la criminología, las encuestas victimológicas han ganado un lugar muy importante en la generación de políticas de prevención y atención de la violencia y el delito.⁶³⁻⁶⁷ La razón de ello es que esta clase de estudios proporcionan información desde la perspectiva de

la víctima, lo que permite identificar características y actitudes de las propias víctimas, tipos de violencia y/o delito, patrones de los agresores y/o delincuentes así como cuantificar los costos y evaluar las consecuencias de la violencia y/o el delito. Tal información no es registrada, de manera sistemática, por alguna instancia, lo que explica, en parte, el valor que tienen las investigaciones victimológicas para comprender mejor los elementos determinantes de la violencia y, en su caso, de la delincuencia. En los últimos años, la información proporcionada por las encuestas victimológicas ha venido siendo utilizada de manera creciente por especialistas de la salud pública.^{68,69}

Marco jurídico e institucional contra la violencia familiar en México

El hecho de que México sea participante y signatario de los principales acuerdos y convenciones de las Naciones Unidas, ha contribuido en forma importante a la creación de una estructura jurídica e institucional en la materia. En este sentido, es conveniente recordar que en el año 1975 México fue el país anfitrión de la *Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer*, evento clave en la proclamación por parte de la ONU del: Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985). La *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW), adoptada por la ONU en 1979, firmada por México en 1980 y ratificada en 1981 -fue del mayor impacto- ya que los Estados firmantes se obligaban a legislar, impulsar políticas públicas y acciones para erradicar los patrones estereotipados de comportamiento prevalecientes y que permitieran la supremacía de un sexo sobre el otro, así como a sancionar cualquier tipo de trato discriminatorio, incluyendo la violencia de género.

La *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, proclamada en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas,

reconoció que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, y una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, por lo que determinó: “Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”.⁷⁰

México suscribió y ratificó la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer* efectuada en Belém Do Pará, Brasil en 1994. Esta convención especifica las obligaciones de los Estados con respecto a la prevención y atención de la violencia contra las mujeres, incluida la violencia familiar, exhortándolos a crear los instrumentos legales para ello.⁷¹

México fue uno de los países que en 1995 adoptaron la *Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing), enfocada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada. Esta Declaración incluye las amenazas en el concepto de violencia contra la mujer.⁷²

Entre los hitos que marcan el avance jurídico e institucional contra la violencia doméstica en México se pueden señalar los siguientes:

- En 1980, el Consejo Nacional de Población creó el *Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo*, y en 1985 se fundó la *Comisión Nacional de la Mujer*, con el propósito de coordinar actividades y programas de carácter sectorial.
- Entre 1990 y 1994 se realizaron reformas al Código Civil para incluir como causal de divorcio necesario la violencia familiar y limitar la patria potestad en ese caso. En 1997, el Poder Ejecutivo Federal propuso modificaciones al Código Penal, tipificándose la violencia familiar como delito.

Es conveniente hacer las adecuaciones curriculares e institucionales para que todo el personal de salud, especialmente los médicos familiares y pediatras, desempeñen un papel de mayor relevancia en la prevención y el control de la violencia familiar.

- En 1996, la Asamblea de Representantes del Distrito Federal aprobó la *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar*, siendo la primera ley específica sobre violencia doméstica en México. La ley fue reformada en junio de 1998 cambiando su nombre al de *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar* y ampliando su marco de acción al de las relaciones interpersonales pasadas o presentes, sin limitarse a aquellas que se desarrollan bajo el mismo techo. Uno de los resultados de esta ley, es que en el Distrito Federal funcionan 16 Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar -UAPVIF- una en cada Delegación Política, las cuales proporcionan atención gratuita en las áreas: jurídica, psicológica y de trabajo social. En casi todas las entidades federativas de México se ha dotado de un instrumento jurídico similar.
- En marzo de 1999, la Secretaría de Gobernación, a través de la Comisión Nacional de la Mujer, creó el *Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar* (PRONAVI), con el propósito de abatir la violencia en el seno familiar, previniéndola y sancionándola, a través de respuestas integrales dirigidas, también, a modificar atavismos culturales de autoritarismo.⁷³
- La Secretaría de Salud, el 8 de marzo del 2000 publicó en el Diario Oficial de la Federación la *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar* que, como su nombre lo indica, establece los criterios a observar en la atención de casos de violencia familiar por parte de los prestadores de servicios públicos y privados de salud. Igualmente, la NOM-190 precisa que la atención médica será proporcionada por personal de salud debidamente sensibilizado y capacitado; aspectos que deberán estar a cargo de equipos multidisciplinarios. Esta norma constituye la respuesta jurídica del sector sanitario a un problema social que impacta en forma muy pernicioso la salud pública.
- En enero de 2001, se creó el *Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)* como organismo desconcentrado de la Administración Pública Federal cuyo objetivo es el de "... promover y fomentar las condiciones que posibiliten la no discriminación, la igualdad de oportunidades y de trato entre los géneros; el ejercicio pleno de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica y social del país"⁷⁴ En noviembre de ese mismo año la Secretaría de Salud inició el *Programa de Acción Mujer y Salud (PROMSA)* con el objetivo de incorporar la perspectiva de género en el sector salud.
- En septiembre de 2003 nació el *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)*, con el propósito de que la Secretaría de Salud contara con la estructura orgánica que le permitiera proponer políticas de carácter nacional en materia de prevención y atención de la violencia familiar, entre otros de sus objetivos estratégicos. El *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres* de la Secretaría de Salud contempla un modelo integrado de atención bastante completo y que se pretende implantar en los servicios públicos de salud de todo el país.⁷⁵
- La *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006 y la *Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas* fue decretada apenas el 27 de noviembre de 2007. Finalmente, en febrero de 2007 se expidió la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Después de esa fecha, 18 entidades federativas han aprobado su legis-

lación estatal en la materia: Chihuahua, Campeche, Sinaloa, San Luis Potosí, Tamaulipas, Chiapas, Nuevo León, Sonora, Aguascalientes, Puebla, Quintana Roo, Morelos, Tlaxcala, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo y Veracruz.

No obstante los importantes avances alcanzados, es justo reconocer que entre los profesionales de la salud todavía existe un insuficiente conocimiento de los instrumentos normativos e institucionales disponibles para prevenir, identificar y tratar la violencia familiar. De igual manera, se observa que en la gran mayoría de los servicios públicos y privados de salud no existen programas específicos para enfrentar este problema y una parte significativa del personal de salud muestra desconocimiento, desinterés y hasta abierta resistencia u oposición a involucrarse en lo que considera un asunto que no es de su competencia,^{8, 76-78} fenómeno que, lamentablemente, no es exclusivo de México.⁷⁹

Una alternativa: programas integrales e interdisciplinarios.

No es necesario extenderse demasiado en resaltar la importancia que tiene el sector salud en la identificación, tratamiento y control de la violencia familiar. La consulta clínica puede ser una fuente de información y un mecanismo de intervención de nivel primario que contribuya a la prevención y atención de este problema.⁸⁰ Hay experiencias muy interesantes que se están desarrollando en diversos países para que de manera rutinaria los médicos -principalmente los médicos generales, familiares y pediatras- investiguen el tema de la violencia doméstica durante la consulta.⁸¹⁻⁸³ Estas experiencias documentan además la aceptación que manifiesta la mayoría de los pacientes porque el tema sea incluido como parte de la historia clínica, para lo cual invariablemente deberá ser abordado con gran respeto, profesionalismo y asegurando la confidencialidad de la información proporcionada. Esta es una incipiente práctica que

comienza a mostrar sus beneficios, sobre todo cuando los médicos cuentan con opciones eficaces y viables para canalizar u ofrecer alternativas a las víctimas de la violencia familiar.

La violencia familiar es un problema de tal complejidad que enfrentarla con eficacia, eficiencia y sensibilidad a la vez, requiere del diseño y ejecución de políticas públicas integrales, coordinadas intersectorialmente y que propicien la participación de la sociedad. Es indudable la relevancia que el sector salud tiene en esta tarea, pero es un gran error considerar que sólo a él corresponde la responsabilidad de intervenir en la solución de la violencia doméstica.⁸⁴ Otras instancias de gobierno tienen un rol muy importante también: educación, seguridad pública, cultura y recreación, desarrollo familiar y procuración de justicia. Los poderes legislativo y judicial, en las esferas de su competencia, complementan las acciones que desde el Estado deben instrumentarse con un enfoque integral en la prevención, tratamiento y control de la violencia familiar.

De igual manera es fundamental la participación de organizaciones no gubernamentales y otras de carácter civil: desde asociaciones profesionales, vecinales o deportivas hasta las iglesias de todos los cultos. En contextos socio-económicos similares al de México, específicamente en varios países latinoamericanos, se han aplicado programas de carácter multidisciplinario con resultados relativamente exitosos. En algunos de ellos participan instancias gubernamentales coordinadas con organismos civiles; en otros, son éstos últimos los que impulsan tales programas. Lo idóneo es que exista una intervención conjunta de gobierno y sociedad.

CONCLUSIONES

- La VF es un problema social complejo cuyos impactos en la salud individual y poblacional, si bien con la información disponible evidencian su alta prevalencia

y gravedad, requieren mayor investigación y análisis.

- Es pertinente reconocer que el sector salud, no sólo en México sino prácticamente en todo el mundo, apenas dos décadas atrás, definió entre sus prioridades el tema de la violencia.
- Entre los factores asociados a la VF destacan los de índole cultural derivados de la sociedad patriarcal “machista” y, por ende, al concepto de masculinidad relacionado con la “dominación”; esto explica por qué muchos autores se refieren a *la violencia doméstica como la manifestación típica de la violencia de género*.
- El antecedente de abuso sexual en la infancia es uno de los factores que con mayor reiteración surge de los estudios efectuados tanto en México como en el ámbito internacional.
- La investigación de un tema considerado como “íntimo” por amplios sectores de la sociedad dificulta la obtención de la información, lo que explica en parte la existencia de un subregistro, el cual se incrementa debido a las dificultades metodológicas que conlleva este tipo de investigación.
- Las mujeres, los niños y los ancianos tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia doméstica.
- Las mujeres embarazadas no están exentas de sufrir agresiones por parte de su esposo o compañero.
- Los escasos estudios que han abordado los impactos que la VF tiene en la demanda de los servicios de salud muestran la importancia que la VF genera, por lo que este fenómeno es de gran interés para la investigación en salud pública.
- En muchas ocasiones, el sistema de salud es el primer contacto institucional con una víctima de la violencia familiar, lo que proporciona al médico la oportunidad de detectar este problema en la consulta y, con la participación de un equipo inter-disciplinario para atenderlo.
- Es conveniente hacer las adecuaciones curriculares e institucionales para que todo el personal de salud, especialmente los médicos familiares y pediatras, desempeñen un papel de mayor relevancia en la prevención y el control de la violencia familiar.
- La experiencia internacional está mostrando que programas interdisciplinarios e intersectoriales que incluyen la aplicación de medidas integrales y la participación activa de la sociedad tienen mejores resultados que aquellos que no tienen tales características. Es hora de que en México se instrumenten esta clase de programas, se amplíe la oferta institucional y mejore la normatividad en la materia. Si bien hay mucho por hacer, también es cierto que no partimos de cero.

Referencias

1. World Health Organization. *Prevention of violence: a public health priority*. WHA49.25. The Forty-ninth World Health Assembly – Sixth plenary meeting. Washington, D.C. 1996.
2. Organización Panamericana de la Salud. XXXVII Reunión del Consejo Directivo. Resolución 19. Washington, D.C. 1993.
3. Pellegrini A. La violencia y la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;5(4/5):219-21.
4. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. eds. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999. *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención de la violencia familiar*, (2000).
6. *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, Diario Oficial de la Federación, (01-02-2007).
7. INEGI. *Violencia Intrafamiliar. Encuesta 1999. Documento Metodológico y Resultados*. Aguascalientes, Ags. 2000.
8. Olaiz G, Rico, B, Del Río A. *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*. Cuernavaca, Mor Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
9. Biehl M. *Violencia doméstica contra la mujer. Nota Técnica 7*. Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001.
10. Díaz-Michel E, De la Garza J. II. *Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambientes urbano y rural*. *Gac Med Mex* 2003;139(4):356-61.
11. Moreno F. *La violencia en la pareja*. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;5(4/5):245-58.
12. Walby S, Allen J. *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. Home Office Research Study 276*. London: Home Office 2004.
13. O'Leary K, Barling J, Arias I, Rosenbaum A, Malone J, Tyree A. *Prevalence and stability of physical aggression between spouses: a longitudinal analysis*. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(2):263-8.
14. Bohn D. *Domestic violence and pregnancy: implications for practice*. *J Nurse Midwifery*. 1990;35(2):86-98.
15. Gazmararian J, Lazorick S, Spitz A, Ballard T, Saltzman L, Marks J. *Prevalence of violence against pregnant women: review article*. *JAMA*. 1996; (275):1915-20.
16. Berenson B, Wiemann M, Wilkinson S, Jones A, Andersson D. *Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women*. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(6):1760-9.
17. Stewart D, Cecutti A. *Physical abuse in pregnancy*. *Can Med Assoc J*. 1993;149(9):1257-63.
18. Muhjarine N, D'Arcy C. *Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors*. *Can Med Assoc J*. 1999;160(7):1007-11.
19. Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén, J, Estrada Martínez S, Terrones-González A. *Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango*. *Salud Publica Mex* 1998;40(6):481-86.
20. Valdez-Santiago R, Sanín H. *La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer*. *Salud Publica Mex*. 1996;38(5):352-62.
21. Díaz-Olavarrieta C, Ellertson Ch, Paz F, Ponce de Leon S, Alarcón-Segovia D. *Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico*. *Soc Sci Med*. 2002;55(9):1589-602.
22. Paredes-Solís S, Villegas-Arrión A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos IE, Reyes-De Jesús L, Andersson N. *Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepe, Guerrero, México*. *Salud Publica Mex*. 2005;47(5):335-41.

23. Thompson R, Bonomi A, Anderson M, Reid R, Dimer J, Carrell D, et al. Intimate Partner violence. Prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006;30(6):447-57.
24. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med*. 2003;25(1):38-44.
25. Romito P, Crisma M, Saurel-Cubizolles M. Adult outcomes in women who experienced parental violence during childhood. *Child Abuse Negl*. 2003;27(10):1127-44.
26. Coker A, Davis K, Arias I, Desai J, Sanderson M, Brandt H, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 2002;23(4):260-68.
27. Farrington D. Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violence Vict*. 1989;4(2):79-100.
28. Knaul F, Ramirez M. Family violence and child abuse in Latin America and the Caribbean. The cases of Colombia and Mexico. Technical Papers Series SOC-137. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2005.
29. Heise L, J Pitanguy, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Discussion Paper 255. Washington, DC: The World Bank; 1994.
30. Ramos L, Saldivar G, Medina ME, Rojas E, Villatoro J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública México*. 1998;40(3):221-32.
31. INEGI. Mujeres violentadas por su pareja en México. Aguascalientes, Ags. 2006.
32. Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmeron-Castro J, Salazar-Martinez E, Castro R, Hernandez-Avila M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Publica Mex*. 2004;46:113-22.
33. Saucedo-García J, Castillejos-Velez G, Maldonado-Duran JM. III. Violencia doméstica. El maltrato a la mujer. *Gaceta Med Mex* 2003;139(4):362-67.
34. Koss M. The women's mental health research agenda: Violence against women. *Am Psychol*. 1990;45(3):374-80.
35. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *Am J Public Health*. 1999;89(2):241-244.
36. O'Campo P, Gielen A, Faden R, Xue X, Kass N, Wang MC. Violence by male partners against women during the childbearing year: A contextual analysis. *Am J Public Health* 1995;85(8):1092-1097.
37. Oriel K, Fleming M. Screening men for partner violence in a primary care setting. A new strategy for detecting domestic violence. *J Fam Pract* 1998;46(6):493-498
38. Coker A, Smith P, Mc Keown R, King M. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health*. 2000;90(4):553-559.
39. Traverso M. La cara oculta de la relación. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000
40. Jaffe P, Wolfe D, Telford A, Austin G. The impact of policy changes in incidents of wife abuse. *J Fam Violence*. 1986;1(1):37-49.
41. Dutton D. Profiling of wife assaulters: preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence Vict*. 1988;3(1):5-29.
42. Strauss M, Gelles R, Steinments S. Behind closed doors: Violence in the American Family. New York: Anchor Press; 1981.
43. Morrison A, Orlando M. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison A, & Biehl, L., editor. *Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 1999. p. 51-80.

44. Finkler K. Gender, domestic violence and sickness in Mexico. *Soc Sci Med* 1997;45(8):1147-1160.
45. Kyiacou D, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden J, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341(25):1892-1898.
46. García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts Ch. Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: WHO; 2005.
47. Shrader E, Monserrat S. Domestic Violence. *Women's Way Out*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2000.
48. Heise L, Ellsberg, M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: The Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program 1999 Contract No. 11.
49. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet* 2002; 359(9313):1232-1237.
50. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1999.
51. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002; 359(9314):1331-1336.
52. Kellermann A, Mercy J. Men, women, and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization. *J Trauma*. 1992; 33(1):1-5.
53. Fournier M, De los Rios R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (proyecto ACTIVA): metodología. *Rev Panam Salud Publica*. 1999; 5(4/5):222-231.
54. INEGI-INMUJERES-UNIFEM. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH). Aguascalientes, Ags. 2004.
55. INEGI-INMUJERES-UNIFEM. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH). Aguascalientes, Ags. 2007.
56. INEGI-INMUJERES-UNIFEM. Resultados de la ENDIREH, 2003. Boletín de Prensa. Comunicación Social de INEGI. México, DF: 25 de Noviembre de 2004.
57. INEGI-INMUJERES-UNIFEM. Resultados de la ENDIREH, 2006. Comunicado Número 125/07. Comunicación Social de INEGI. México, DF: 05 de Junio de 2007.
58. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex*. 1998; 40(1):58-65.
59. Perea A, Loredó-Abdalá, A, Trejo J, Monroy A. Responsabilidad del pediatra ante la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. *Rev Mex Pediatr* 2002; 69(1):37-40.
60. Asociación Mexicana Contra la Violencia Hacia las Mujeres AC. Violencia en la familia. *Este País* 1996 (64):20-25.
61. Hajar M, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2002; 25(1):35-42.
62. Lozano R. Health Impact of Domestic Violence: Mexico City. In: Morrison A, Biehl L., editor. *Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1999. p. 81-104.
63. Wesley D. Conducting community surveys. A practical guide for Law Enforcement Agencies. In: Bureau of Justice Statistics - Office of Community Oriented Policing Services, editor. Washington, D.C.: Bureau of Justice Statistics 1999.
64. Van Dijk J, Manchin R, Van Kesteren J, Nevala S, Hideg G. *The Burden of Crime in the EU*.

- Research Report: A Comparative Analysis of the European Crime and Safety Survey (EU ICS) 2005. Turin, Italy: UNICRI; 2005.
65. Alvazzi del Frate A, Van Kesteren J. Criminal Victimisation in Urban Europe. Key findings of the 2000 International Crime Victims Survey. Turin: UNICRI; 2004.
66. ICESI-ONUDD-IIDEJUAL. Encuesta Internacional sobre Criminalidad y Victimización ENICRIV – 2004. México, DF: Instituto Ciudadano de Estudios Sobre Inseguridad, A. C. (ICESI); 2004.
67. Alvazzi del Frate A. Victims of Crime in the Developing Countries. Publication No 57. Rome: UNICRI; 1998.
68. Simon T, Mercy J, Perkins C. Injuries from violent crime, 1992-98. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics - Centers for Disease Control and Prevention 2001. Contract No.: NCJ 1686333.
69. Bachman R, Saltzman L. Violence against women: estimates from the redesigned survey. Washington, D.C.: Bureau of Justice Statistics; 1995.
70. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Ginebra, Suiza
71. Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará. Diario Oficial de la Federación. México, DF. 19 de enero de 1999.
72. Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. (1995).
73. PRONAVI. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar 1999 - 2000. México, DF: Secretaría de Gobernación. Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer; 1999.
74. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres. Diario Oficial de la Federación (DOF). 12 de Enero de 2001.
75. Secretaría de Salud. Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. México, DF. 2006.
76. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Mex 2003; 45(6):472-482.
77. Herrera C, Rajsbaum A, Agoff C, Franco A. Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. Salud Pública Mex. 2006; 48(supl 2):259-267.
78. Perea A, Loredó-Abdalá A, Trejo 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(5):208-211.
79. Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Davidson L, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 2002; 325(7359):314-326.
80. Fernández M, Vargas BE, Dickinson ME, González E, Palomeque M, Sánchez V, et al. La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. Rev Fac Med UNAM. 2001; 44(2):49-54.
81. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ. 2003; 327(7416):673-676.
82. Task force on violence. The role of the pediatrician in youth violence prevention in clinical practice and the community level. Pediatrics 1999; 103(1):173-181.
83. Hornor G. Domestic violence and children. J Pediatr Health Care 2005; 19(4):206-212.
84. Valdes-Santiago R, Hajar-Medina M. II. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. Gac Med Mex 2002; 138(2):159-63.