

La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana

Juan Carlos Ramírez-Rodríguez MCP, MSP, Dr CS.⁽¹⁾

Ramírez-Rodríguez JC.
La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos.
Un recuento de la producción mexicana.
Salud Publica Mex 2006;48 suppl 2:S315-S327.

Resumen

La violencia doméstica masculina contra la pareja heterosexual (VDMCPH) es un tema que se ha investigado de manera sistemática en México en los últimos 15 años. El propósito de este trabajo es reflexionar sobre los aportes hechos sobre el tema en el país. La discusión está centrada en tres grandes ámbitos temáticos: la magnitud del fenómeno considerando sus implicaciones teóricas, metodológicas y técnicas; la relación de la violencia con diversos factores; y las consecuencias del ejercicio de la VDMCPH en la propia mujer. La exposición está guiada por los aportes hechos en estudios cuantitativos y complementada con la visión cualitativa.

Palabras clave: violencia contra las mujeres; violencia de género; violencia doméstica; México

Ramírez-Rodríguez JC.
Male violence against heterosexual partners: facts and challenges.
Review of Mexican literature.
Salud Publica Mex 2006;48 suppl 2:S315-S327.

Abstract

Violence against women by partners (VAWP) has been systematically studied in Mexico in the past 15 years. The aim of this paper is to reflect on the contributions on this topic in Mexico. The discussion focuses on the magnitude of this phenomenon, stressing its theoretical, methodological, and technical implications; the relationship between violence and a variety of factors; and the outcomes of VAWP on women themselves. The manuscript features the main contributions from quantitative and qualitative studies.

Key words: violence against women; gender violence; domestic violence; Mexico

El tema de la violencia doméstica masculina contra la pareja heterosexual (VDMCPH) es reconocido como un problema de salud pública en el mundo.¹ En México, al igual que en muchos otros

países, su incorporación a la agenda pública ha sido producto de un largo recorrido que parte de la denuncia para, después de muchos tropiezos, pasar el filtro del escrutinio científico y asegurar que la VD-

(1) Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEGE). Departamento de Estudios Regionales-INESER/CUCEA/Universidad de Guadalajara, México.

Fecha de recibido: 8 de septiembre de 2004 • Fecha de aprobado: 19 de diciembre de 2005

Solicitud de sobretiros: Dr en C Juan Carlos Ramírez Rodríguez. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género. Departamento de Estudios Regionales-INESER/CUCEA/Universidad de Guadalajara. Periférico Norte 799, Edificios M, 2o. piso, Núcleo Los Belenes, Apdo. Postal 2-738, Guadalajara, 45000 Zapopan, Jalisco.
Correo electrónico: jucarlos@cucea.udg.mx

MCPH* es un problema que afecta la salud de una proporción importante de mujeres mexicanas.

Durante la década de los ochenta y en los primeros años de los noventa, las casuísticas proporcionadas por los centros de atención a mujeres, subprocuradurías y centros de urgencia, entre otros,²⁻⁶ no fueron reconocidas como información suficiente y válida por la mayoría de las instituciones gubernamentales (locales o nacionales) para concederle importancia a la VDMCPH como fenómeno social, siendo uno de sus aspectos el concerniente a la salud pública. Sin embargo, fue información que se conjuntó con una serie creciente de encuestas y de estudios cualitativos que confirmaron la existencia de un fenómeno complejo, de magnitud antes sospechada por algunos, mas no imaginada por la gran mayoría.

La VDMCPH es un fenómeno laberíntico; para fines prácticos y sin la intención de debatir el concepto, se entiende como una práctica social, mediada por relaciones entre los géneros que se constituyen y materializan en formas de ejercicio de poder, siempre en contextos sociales asimétricos que atentan contra la integridad de las mujeres y favorecen su subordinación y control por parte de los varones. Sus expresiones pueden identificarse como conductas (acciones u omisiones), ya sean de carácter real o simbólico.^{7,8}

El objetivo de este trabajo es mostrar una perspectiva general sobre la VDMCPH en México. Dadas las múltiples dimensiones del fenómeno (implica al menos el ámbito del legislativo, la procuración de justicia, la prestación de servicios de salud, la educación y la comunicación, entre otros), la creciente producción científica en el país (que comprende distintos campos disciplinares: sociología, antropología, epidemiología, historia, psicología, jurisprudencia) y la limitación de espacio para esta comunicación, se abordarán de manera breve tres aspectos de distinto orden: a) metodológico y técnico en relación con la estimación de la magnitud del fenómeno; b) las relaciones de la violencia con diversos factores; c) las consecuencias del ejercicio de la VDMCPH en la propia mujer. La exposición está guiada por los aportes de estudios cuantitativos, esto es, los que tratan de establecer la magnitud del fenómeno y su comportamiento al relacionarla con distintos factores. Además, se complementa con algunos que tienen una perspectiva cualitativa y que definen características del proceso de la violencia, la experiencia del sujeto y sus percepciones, que en conjunto configuran la subjetividad.

* A lo largo del texto se usan los conceptos de VDMCPH y de violencia de manera indistinta.

Una nota metodológica

Se recopiló información sobre el tema de la violencia contra las mujeres en la población mexicana bajo los siguientes descriptores (palabras clave): violencia contra las mujeres; violencia de género; violencia encuestas; mujeres maltratadas; abuso hacia las mujeres; violencia doméstica. Se consultaron las bases de datos de texto completo: a) EBSCO y b) ProQuest, disponibles hasta diciembre de 2003 en la biblioteca virtual de la Universidad de Guadalajara. Se complementó con búsquedas sistemáticas en las revistas: *Salud Pública de México*, *Salud Mental*, *Cadernos de Saúde Pública* disponibles hasta diciembre de 2003. El número de artículos en estas colecciones y revistas muestra sólo un espectro de la producción mexicana sobre el tema, por lo que se amplió la búsqueda a libros y compilaciones especializadas en dos centros de información: a) el Centro de Documentación del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, que cuenta con un acervo especializado en el tema, y b) la Red de Bibliotecas de la Universidad de Guadalajara. Se solicitó la colaboración de un grupo de colegas e instituciones que desarrollan investigación en esta área, para que enviaran informes de investigación, sobretiros de revistas no contempladas en las colecciones antes citadas y artículos en prensa. Dado el carácter general de esta comunicación, se consideró pertinente: a) incluir artículos con perspectivas teóricas y metodológicas diversas, optando por anotar información muy escueta pero pertinente que identifique peculiaridades de ciertos trabajos; b) incluir todos aquellos trabajos que aportan al conocimiento del fenómeno de la VDMCPH, a pesar de tener distinto nivel de análisis.

Las variables que se consideraron para su discusión fueron: 1. La estimación de la magnitud de la violencia, que comprende: a) los instrumentos de medición; b) la identificación de lo que se denomina como casos de violencia; c) los riesgos de las acciones violentas; d) la frecuencia de conductas violentas; e) el tiempo de exposición. 2. La relación de la violencia con diversos factores como: a) espacio residencial; b) sector socioeconómico; c) el alcohol y la violencia; d) migración y apoyo social; e) análisis de efectos en lugar del proceso de la violencia; f) la inferencia sobre los varones agresores. 3. Los efectos de la violencia.

Algunas precisiones metodológicas que impactan la estimación de la violencia

Los estudios que tratan el tema de la VDMCPH en poblaciones de México, y entre cuyos objetivos se encuentra determinar la magnitud del fenómeno, pue-

den clasificarse en dos tipos: a) los referidos a población abierta; b) los que estudian poblaciones cerradas. En términos generales, ambos muestran una gran heterogeneidad en la metodología empleada para identificar la incidencia y prevalencia de la VDMCPH. La diversidad metodológica se observa en los criterios utilizados en la selección y tipo de población estudiada, el instrumento empleado, la estructura de las preguntas, el tipo de variables incluidas y los índices utilizados para indicar frecuencia, duración y efectos de la violencia ejercida por los hombres sobre sus compañeras. La variabilidad metodológica plantea verdaderos desafíos para establecer comparaciones sobre la frecuencia del fenómeno en distintas poblaciones, algunas de ellas con bagajes culturales distintos. Aquí se procederá por partes.

Las investigaciones sobre la magnitud. En este grupo se incluyen aquellas investigaciones donde se han estudiado poblaciones amplias, aunque sean sólo algunas las que hayan sido aplicadas a población abierta *sensu strictus*. Aquí se hace referencia a estudios que tienen como base muestral a los hogares⁹⁻¹⁵ y también a población cautiva, y que representa a sectores amplios de la población, como los usuarios de servicios del IMSS, ISSSTE, DIF, SSA.^{16-18,*}

Salvo uno, una encuesta de opinión (cuya base muestral fueron los hogares de 11 ciudades del país)¹⁰ que incluyó una sección sobre la violencia en la familia de la persona entrevistada, el resto perseguía, como uno de sus objetivos, determinar la prevalencia del fenómeno. La pregunta central que subyacía en estos estudios era: ¿Es la violencia masculina contra la pareja un problema o no? Su confirmación estaba, en esencia, circunscrita a mostrar la proporción de mujeres afectadas. Ese fue el énfasis de los primeros trabajos.^{14,16} Además, se buscaba relacionarlo con características sociodemográficas de las mujeres, de sus respectivas parejas y los efectos en la salud. Los estudios posteriores, si bien continuaron con el interés en identificar la magnitud, ahondaron en otros aspectos para contribuir a la definición del fenómeno. No se trató sólo de saber que es un problema de magnitud importante, sino también de conocer las implicaciones que conlleva para la propia mujer, su familia y el entorno social.^{9,11-13,15,17,19,*}

Los instrumentos que se han utilizado en los estudios con población mexicana son versiones modificadas de diferentes cuestionarios: Index of Spouse Abuse (ISA), desarrollado por Houdson y Mcintosh;²⁰ Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), de Marshall;²¹ Conflict Tactic Scale producido por Straus;²² Danger Assessment Instrument de Campbell;²³ otro elaborado por deLahunta en la Universidad de Rochester;²⁴ McFarlane diseñó el Abuse Assessment Screen.²⁵ Otros instrumentos se desarrollaron *ex profeso*.^{9,10,12,14,16} Cada cuestionario tiene características peculiares: unos exploran situaciones de conflicto; otros buscan identificar la severidad de los actos violentos o el nivel de riesgo a la integridad personal; en otras palabras, los potenciales daños que pueden llegar al extremo del asesinato. El número de preguntas que incluye cada cuestionario también es variable; algunos se reducen a una decena y otros son muy detallados y, por tanto, extensos. Otra variante se sustenta en la modalidad de violencia explorada, sea psicológica, física, sexual, económica, o contra propiedades; puede incluir actos reales o simbólicos. Se juega con la percepción y la identificación de conductas ocurridas. La anotación de los actos, de las conductas, de las acciones que los diversos cuestionarios identifican como violentas tiene distintas formas de registro; en otras palabras, el índice de cada variable puede limitarse a indicar la presencia o ausencia de cada hecho o incluir la frecuencia en que ocurre cada uno. Otra posibilidad es apuntar la frecuencia como una variable ordinal (nunca, a veces, frecuente, casi diario, diario) o continua (1, 2, ... n). Todas estas variaciones impactan la cuantificación del fenómeno.

Independientemente del tipo, el uso de esta diversidad de instrumentos muestra: prevalencia elevada de VDMCPH, severidad de los daños y riesgos a la integridad de las mujeres que son objeto de violencia. Si se estudia la prevalencia señalada por los estudios en México, se concluye, sin la menor duda, que la VDMCPH es un problema de salud pública.* El hecho de que cualquiera de los instrumentos utilizados capte la existencia del fenómeno muestra la sensibilidad de los mismos y la existencia de un problema persistente y sordo, con formas de expresión múltiple. Podrán variar las cifras, pero ninguna se contradice, apuntan en la misma dirección. Se trata de un fenómeno apenas visualizado que podría calificarse como “en-

* González-Montes S, Contreras JM. La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS. Análisis de la ENSARE 98. En: S. Lerner ed. Diagnóstico de la salud reproductiva en México. El Colegio de México. En prensa.

* La prevalencia de violencia ejercida por el varón contra su pareja heterosexual bajo el criterio “alguna vez en la vida de pareja”, fue entre 34.5 y 46.1% (referencias 11,13,15,18,19).

démico". Se ha hecho referencia a la violencia como una "epidemia" o una "pandemia",²⁶ para llamar la atención sobre el fenómeno. La primera impresión al revisar la prevalencia es que, precisamente, parecería tratarse de un fenómeno epidémico. En los pocos estudios que permitirían establecer una comparación entre dos puntos en el tiempo en la misma población, que sería lo más aproximado a una serie histórica, se puede observar que la prevalencia no disminuye, sino que se mantiene.^{13,16} Estudios de carácter histórico y cualitativo en población campesina e indígena de fines del siglo XIX y del XX sugieren una recurrencia elevada de la VDMCPH.^{27,28} Por tanto, más que hablar de un fenómeno de aparición repentina, se trata de uno cuyo comportamiento parece sostenerse secularmente, siendo más parecido a uno de carácter endémico el que se ha logrado identificar de diferente manera a lo largo de la historia en México.²⁹⁻³² Aunque no se puede concluir nada al respecto, es probable que las variaciones sean pocas, pero, a diferencia de hace una o dos décadas, es un fenómeno que está presente en la mente de un número creciente de individuos; se piensa en él, se pregunta acerca de él, se detecta, se denuncia y se cuantifica.

La idea de un problema creciente se relaciona con la declaración del mismo. La demanda de atención aumenta, mas no la violencia como fenómeno en sí mismo. Los registros que ofrecen los centros de atención a víctimas del delito, así como de atención a mujeres violentadas y la atención a hombres que son violentos, muestran una clara tendencia ascendente,^{4,5,33,34,*} lo que hace pensar en un fenómeno creciente. Un análisis cuidadoso deja claro que se trata de dos aspectos distintos relacionados con un solo fenómeno: el primero es la identificación de la prevalencia y el segundo es el registro de la demanda de atención.

Casos o no casos de VDMCPH. No es ocioso detenerse en la identificación del criterio que se ha seguido en los distintos estudios para determinar cuál es y cuál no es un caso de VDMCPH. La generalidad considera como caso la existencia de, al menos, una pregunta respondida de forma afirmativa (independientemente de la extensión del cuestionario). Alvarado Zaldívar y colaboradores⁹ identificaron la prevalencia en la ciudad de Durango, según tipo de violencia, cuando se respondía de manera afirmativa a tres de quince reactivos de la sección emocional, dos de diez en la física y

dos de siete en la sexual. El punto de corte estuvo determinado por el grado de severidad de las acciones violentas (más adelante se discute este aspecto). Utilizando este criterio, la prevalencia según tipo de violencia fue en orden decreciente: sexual, física y emocional: 42, 40 y 39%, respectivamente. La prevalencia, entendida de esta manera, está determinada no sólo por la presencia de acciones consideradas "violentas", sino que se añade el componente de riesgo potencial a la integridad sexual, física y emocional de la mujer. Bajo esta perspectiva, cambia la cualidad de la prevalencia, puesto que se transforma en un indicador de la magnitud de un riesgo potencial a la integridad de la mujer y no sólo de la existencia o no de acciones consideradas como violentas. En el mismo artículo se muestra la frecuencia de las respuestas de cada ítem por separado, agrupado para cada sección e independiente de la severidad de cada acción. La prevalencia adquiere otra dimensión, siendo la violencia emocional la más elevada, seguida de la física y por último la sexual. Al respecto, es pertinente reflexionar en el fenómeno. La violencia no es un padecimiento en sí mismo, sino una consecuencia. Los riesgos a la salud de la mujer son reflejo de una relación social que afecta de manera diferencial a la mujer y al varón que conforman una pareja. Entonces, encontrar ciertas preguntas que hagan evidentes aquellas formas de relación que van en detrimento de la salud de la mujer no quiere decir, necesariamente, que la violencia se restringe a esas formas de expresión, sean reales o simbólicas. La dinámica de la misma requiere de formas de exploración complementarias, que permitan conocer el proceso en que se presentan relaciones de poder-resistencia,⁸ siendo la violencia una forma de expresión de las mismas, pero no la única, y cuyo fin es asegurar la subordinación de la mujer. La prevalencia es indicador de dos elementos: la operación de formas diversas de subordinación y el potencial impacto en la salud de la mujer.

El riesgo de las acciones reconocidas como violentas es otra faceta de la valoración cuantitativa del fenómeno. "Severidad" y "grado de maltrato" son dos términos utilizados que tienen como propósito identificar el riesgo al que está expuesta una mujer sujeta a relaciones de maltrato. Con distintos procedimientos, se ha tratado de sopesar el potencial impacto de cada acción y determinar la proporción de mujeres que viven una situación con distinta probabilidad de riesgo.^{11,35} Las dos opciones utilizadas están basadas en la percepción de grupos de personas (mujeres de distintas poblaciones y especialistas en el tema de la violencia) sobre la severidad o grado de maltrato de un listado de conductas, asignándole un peso a cada una, sea numérico o

* Garda R. Para abordar la violencia de los hombres (en el hogar). Reflexiones sobre una experiencia en México. Inédito, s/f, pp. 25.

cualitativo, de forma tal que se obtenga un gradiente de mayor a menor. En ambos casos no se identifica el efecto real que tienen tales conductas, pero suponen riesgos previsible. Así, por ejemplo, golpear con el puño a una mujer es más severo o tiene un grado de maltrato mayor que insultarla. En términos generales, se califica de mayor a menor severidad las agresiones físicas, las sexuales y, por último, las emocionales. El criterio se centra en el riesgo a la integridad física, esto es, al daño corporal directo; sin embargo, en otros estudios las mujeres son enfáticas al señalar que lastima más la violencia emocional que la física, por el efecto de largo plazo, en lo que se ha denominado como "efecto acumulativo".^{36,*} Es necesario considerar, en investigaciones posteriores, los efectos inmediatos y los acumulativos cuyas manifestaciones se advierten en el mediano y largo plazo. Más adelante se abordarán estos aspectos.

La frecuencia con que ocurre una acción o grupo de acciones es otro aspecto del fenómeno. No es lo mismo que en alguna ocasión la mujer haya sido insultada a que esta acción sea una forma de relación cotidiana. De igual manera, no tiene el mismo impacto el hecho de haber recibido una cachetada en una ocasión y no haber sufrido agresión física alguna posterior a ese episodio, que sufrir agresiones físicas con cierta regularidad. Se utiliza el término "cronicidad" para mostrar la frecuencia con que se repite una conducta. El análisis se ha referido a la dimensión emocional de la violencia y muestra que, en efecto, algunas conductas son más frecuentes que otras y se insiste en la necesidad de hacer una valoración del impacto que esto tiene en la salud mental de las mujeres. La discusión que se ha propuesto sobre cronicidad es interesante por la novedad que ofrece, pero presenta cierta ambigüedad, en particular con el tipo de índice empleado por Cervantes,^{37,38} quien utiliza los términos "agudo", "recurrente" y "crónico" para indicar la frecuencia con que se repiten ciertas acciones. Tanto el término "recurrente" como el "crónico" hacen referencia a episodios repetitivos de violencia. "Agudo" y "crónico" son utilizados en la clínica para indicar la evolución de una enfermedad. La VDMCPH no es una patología en sí misma; lo que se observa son efectos de una relación social que tiene un componente psicosocial y sociocultural que de ninguna manera pueden catalogarse como patologías, como bien lo señala Cervantes. No obstante, existe al menos imprecisión en el uso de términos para

referir el aspecto de la frecuencia, de tal manera que es pertinente discutirlo con más detenimiento y encontrar una mejor solución. Tanto el riesgo que implica ser objeto de conductas violentas como su frecuencia son, todavía, aspectos analizados de manera incipiente en México.

El "tiempo de exposición" a las conductas es otro elemento diferente tanto de la frecuencia como de la gravedad. Una mujer puede estar expuesta a la violencia por tiempo indeterminado mientras se mantengan condiciones para que la relación siga sujeta a una práctica social asimétrica entre el varón y la mujer. Asimismo, hay que tener presente que el ejercicio de la violencia es cambiante; en otras palabras, las acciones violentas en la relación de pareja no son siempre las mismas. La violencia, como una forma de expresión del ejercicio de poder entre los géneros es productiva* y, por tanto, genera formas cambiantes del ejercicio de la violencia. La VDMCPH no tiene por objeto destruir a la mujer (aunque se presentan excepciones, cuando intencionalmente se trata de producir un aborto e incluso el homicidio premeditado), sino mantenerla en una condición de subordinación y entonces se emplearán los dispositivos estratégicos y las acciones que lo garanticen, que no siempre serán los mismos. Lo importante es preservar el control.⁸

Prevalencia, nivel de riesgo, frecuencia y tiempo de exposición son cuatro aspectos del fenómeno de la VDMCPH. Cada uno requiere de mayor profundización teórica e investigación empírica, así como establecer los vínculos entre ellos.

La violencia y su relación con otros factores

Espacio residencial y violencia. Hasta este momento, las poblaciones urbanas han sido las más estudiadas.^{9-15,18,19,40,41,‡} La aproximación a la problemática de la violencia en las poblaciones asentadas en áreas rurales se encuentra en una etapa inicial. En ellas la aproximación metodológica ha sido predominantemente cualitativa⁴²⁻⁴⁵ y también de carácter histórica,^{27,31} salvo un estudio que muestra la prevalencia en poblaciones menores de 2 500 habitantes en el estado de Jalisco,¹⁶ que notificó, contrario a lo esperado, una prevalencia menor en la zona rural (44%) en comparación con la zona urbana (57%). La información proporcionada por los estudios cualitativos sugiere que

* González-Montes S, Contreras JM. La violencia conyugal... *Opus cit.*

* Parfraseando a Foucault (referencia 39).

‡ González-Montes S, Contreras JM. *Opus cit.*

la violencia es un fenómeno muy extendido^{43,44} y la severidad de su ejercicio produce lesiones graves en las mujeres e incluso la muerte.^{43,46} Si se consideran las cifras previas, ¿cómo explicar la diferencia de la prevalencia, cuando existe información cualitativa que induce a pensar que la violencia en áreas rurales tiene una mayor probabilidad de ser más elevada que en las urbanas? El planteamiento hipotético más plausible es que es producto de una subdeclaración que puede deberse a varios motivos, entre los que se encuentran los siguientes: hay acciones de los varones que las mujeres no consideran o identifican como violencia, sino como parte de un comportamiento natural e incuestionable acorde a su condición de varones. También existe cierto tipo de violencia que se considera legítima e incluso deseable, que entraña una connotación disciplinaria; son acciones justas para la sociedad donde se ejerce.⁴² Otra posibilidad es que exista un encubrimiento de las mujeres sobre la conducta de sus parejas, ya sea por temor a sufrir otro episodio de violencia o por acciones que terceros (instituciones) pueden llevar a cabo contra los propios varones. Tampoco se puede descartar la probabilidad de que el fenómeno de la VDMCPH tenga una prevalencia mayor en zonas urbanas.

La problemática de la violencia en áreas rurales tiene una dinámica distinta a la urbana. Los sistemas de creencias, las expectativas sobre el desempeño social y familiar de mujeres y varones son más rígidas y existen menos posibilidades de desarrollo de proyectos individuales y colectivos. Si los recursos institucionales con que cuentan las mujeres para recibir atención y enfrentar la violencia son escasos y con frecuencia inoperantes en las ciudades, en poblaciones pequeñas o en ranchos están ausentes.^{28,42} Algunas investigaciones, al parecer, cuentan con información que permitiría profundizar sobre la problemática que se vive en zonas rurales, pero no se analiza de acuerdo al área residencial urbana y rural, sino que se muestran los agregados globales.^{15,18,*} Este tipo de análisis no es sólo pertinente y necesario, sino urgente.

Otro componente que se señala de paso, pero que es necesario examinar en profundidad, es la intersección entre zona residencial rural con la pertenencia a un grupo étnico y la violencia. Los usos y costumbres establecen normas de subordinación de las mujeres a los varones; los estatutos jerárquicos del ejercicio de la autoridad desplazan a un segundo término a las mujeres en la mayoría de los ámbitos de relación social.

En dicho contexto, la VDMCPH encuentra el terreno propio para una práctica sin restricciones, y cuando existen, las complicidades entre varones que ocupan cargos de impartición de justicia minimizan la violencia de que son objeto las mujeres.^{28,44,47} La reacción de los varones ante el cuestionamiento de las mujeres que son objeto de abuso llama la atención para estudiar los mecanismos de estructuración de estos pactos, implícitos unos y explícitos otros, que configuran la intersubjetividad entre varones y que es necesario desentrañar y dismantelar.

Sector socioeconómico. En ciertos estudios se han hecho breves observaciones sobre la relación entre violencia y sector socioeconómico. Se ha documentado una relación inversa entre estrato socioeconómico y grado de maltrato (con un componente de violencia física importante), esto es, maltrato bajo en mujeres de nivel socioeconómico alto y viceversa; de manera similar, entre nivel de escolaridad y la calificación en el empleo femenino con la violencia.¹¹ De igual forma, se ha observado que la violencia es mayor en mujeres con trabajos de baja calificación y que, además, son la principal fuente de manutención de los hijos.^{48,49,*} La percepción sobre la violencia de mujeres pertenecientes a distintos sectores socioeconómicos presenta variaciones. Mientras en el sector bajo se considera como un aspecto más de la vida cotidiana, en el sector alto se encubre y soslaya; en cambio, en el medio tiene un carácter lesivo que tiende a denunciarse.⁵⁰

Algunas investigaciones han recabado información socioeconómica, con lo que se puede elaborar una estratificación;¹² otros han obtenido muestras según estrato socioeconómico, pero no han utilizado dicha información o lo han hecho de manera parcial.^{9,10,13} Sin lugar a duda, éste es un aspecto apenas explorado y requiere de mayor análisis. A reserva de corroborar la relación inversa entre violencia y nivel socioeconómico, cabe preguntarse sobre las posibles causas que originan esta forma de relación. Asimismo habría que resolver preguntas como: ¿la violencia se expresa de manera diferente según el nivel socioeconómico, o lo que existe es un encubrimiento de determinadas formas de ejercicio de la violencia: unas menos aceptadas en ciertos sectores socioeconómicos y, por tanto, ocultadas (sexual y física) en cambio, otras más toleradas y, como consecuencia, reveladas? Asumiendo que la violencia es diferencial por nivel socioeconómico, ¿el control de los varones

* González-Montes S, Contreras JM. La violencia conyugal... *Opus cit.*

* *Ibidem.*

sobre las mujeres es el mismo, sin importar dicho nivel y el tipo de violencia ejercido?

Se puede plantear la hipótesis de que los varones de sectores populares tienden al uso de la coerción física porque carecen de otros recursos que les permitan mantener el control sobre sus parejas. En otras palabras, no han desarrollado habilidades para ejercer control sin recurrir al contacto físico. De ahí la importancia de valorar el ejercicio de la violencia en todo su espectro tipológico: emocional, físico, sexual, económico, contra propiedades. ¿Cuáles son los efectos cuando los varones no recurren a la fuerza física, sino al acoso moral, a la vejación emocional que destruye a las mujeres psíquicamente? Las mujeres refieren la violencia no física como más lacerante y destructiva, porque deteriora su autoestima, mina su autonomía y modifica su percepción del mundo. Entonces, no se trata sólo de establecer parámetros de comparación sobre qué resulta más destructivo, si la violencia física o emocional, sino también de valorar en su justa dimensión a cada una. De ahí que el vínculo entre lo socioeconómico y la violencia tenga particular relevancia. El hecho de que las mujeres de sectores populares sean más propensas a ser objeto de la coerción física, y las de sectores medios y altos a aquella de carácter emocional, haría pensar en las modalidades diferenciales de efectos y en la necesidad de contar con información específica que evite la generalización fácil.

Una característica de la mayoría de los estudios es su focalización en los sectores populares. Algunos incluyen a los sectores medios y los menos contemplan a los sectores altos. Sin lugar a duda, la selección de las poblaciones estudiadas responde a la problemática de violencia que enfrentan, pero también a que son poblaciones con diferente accesibilidad. Explorar la VDMCPH es entrar no sólo en la intimidad del individuo, sino también en la parte oscura, dolorosa, negada, conflictiva. El nivel de no respuesta de los estudios varía entre cero y 37%.^{11,13,16,50-53} Ciertamente, un elemento que puede explicar la variabilidad es que ésta se refiere a poblaciones abiertas y cerradas; otro factor que amerita considerarse es que la no respuesta no ha sido analizada según nivel socioeconómico y es probable que tenga una distribución heterogénea. Por la escasa información referida a dichos sectores, se puede pensar que la mayor parte de no respuesta se encuentra en el sector alto. Habría que pensar en diferentes estrategias metodológicas para desarrollar investigaciones entre los grupos sociales menos estudiados, mas no por ello con menos probabilidad de violencia.

La combinación alcohol y violencia. La prevalencia de la violencia relacionada con estados de alcoholización o

con el consumo de alcohol, presenta variaciones importantes que oscilan entre 14 y 26%, dependiendo del estudio.^{9,16,41,53-55,*} El alcohol se ha identificado como un elemento detonador de la violencia y también se le ha considerado como motivo de la misma. El uso de uno y otro término no es inocuo. El detonante o facilitador supone un factor latente que, al añadirse el alcohol, precipita la expresión de la violencia.⁵⁶ El factor subyacente en la mayoría de los estudios no se ha discutido. Los que lo han hecho señalan modificaciones de la función cerebral que se expresa a través de conductas agresivas,⁵⁶ a lo que hay que añadir elementos culturales que lo legitiman. También se ha referido el papel desinhibidor del alcohol y la percepción distorsionada de los riesgos en lo que el individuo incurre y a los que expone a terceros, en particular a la pareja y a los hijos. Motivo de violencia, es una variante que podría catalogarse menos comprometida en comparación con el término de causa (del fenómeno), pero tiene una connotación de direccionalidad entre los elementos en juego. Se ha podido constatar que el consumo de alcohol, más que causa de violencia, es un factor que contribuye en ciertos casos a que el fenómeno se exprese; es un factor de riesgo.^{54,55} La cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol por parte del varón se relacionan de manera directa con el nivel de riesgo de infligir violencia a la pareja y también con la severidad.^{55,57,†}

Vivir una relación de abuso por parte de la pareja puede conducir, a una proporción de las mujeres, al consumo y abuso en el consumo de alcohol y de otras drogas^{58,59} (algunas de ellas prescritas por personal médico). De la misma manera, la violencia pudiera ser motivo para ser víctima de violencia.⁵⁷ ¿Por qué unas mujeres sujetas a relaciones de violencia tienen mayor propensión al consumo de estas sustancias que otras? ¿Cómo impacta la frecuencia, el tipo, la severidad de violencia, el acceso a los servicios de salud y el apoyo social en el consumo de drogas ilícitas y prescritas por el personal médico sanitario? Estos son ejemplos de preguntas que tendrán que ser discutidas en estudios subsecuentes.

Migración, apoyo social y violencia. México es un país que ha generado condiciones para que exista una gran movilidad geográfica de su población. El aislamiento

* González-Montes S, Contreras JM. La violencia conyugal... *Opus cit.* Ramos-Lira *et al.* Violencia doméstica, un problema oculto en el sistema de salud. El caso de los servicios de urgencias. *Journal of Border Health.* (En prensa).

† Ramos-Lira L *et al.* Violencia doméstica... *Opus cit.*

social que viven las mujeres migrantes ha sido un factor que incrementa el riesgo de ser objeto de violencia por parte de la pareja.¹¹ Es necesario entender esta condición en el contexto de la red social de apoyo de las mujeres; su pérdida, sea por migración, por imposición del compañero o por cualquier otro motivo, incide en la pérdida de autonomía de la mujer y en el fortalecimiento de la dependencia (económica, emocional, protección, vivienda, entre otras) respecto de la pareja. A lo anterior se suma la carencia de recursos institucionales que brinden alternativas viables a las mujeres sujetas a la violencia de que son objeto. La zona fronteriza México-Estados Unidos es una extensa región donde viven mujeres que reúnen estas características y que demanda un análisis particular. Igual sucede con grupos de migrantes campesinos y poblaciones indígenas asentados en predios irregulares de grandes ciudades en el país, quienes sobreviven en condiciones de exclusión social, en extrema pobreza, que se entrelaza con el ejercicio de la violencia.⁶⁰ Migración y VDMCPH es un ámbito ausente en la discusión que demanda la generación de conocimientos.

La violencia como proceso. Una proporción importante de mujeres sufre el primer episodio de violencia a manos de su pareja durante el noviazgo, y se dispara hasta alcanzar entre 60 y 96% durante el primer año de la unión.^{9,19} En las parejas jóvenes se presenta la mayor proporción de episodios violentos.^{19,*} Este es un periodo de confrontación franco: se dan muchos arreglos y se cuestionan y reacomodan expectativas. Además, se encuentra en juego el vínculo amoroso. Es una etapa de transición decisiva para el desarrollo inmediato y futuro de la relación de pareja. La percepción de lo que es la violencia se confunde con rasgos de la personalidad y carácter del individuo. En otras palabras, se aducen como “formas de ser”, apelando a la esencia natural de la persona, por lo que se asume la imposición como natural, incluso, como formas de expresión afectiva.¹³ Entre los datos que contribuyen a constatar esta apreciación está la proporción de mujeres sujetas a relaciones de violencia que no la reconocen como tal. En la zona metropolitana de Monterrey, 75% de las mujeres que sufren violencia psicológica no la reconocen. A pesar de que la violencia física es evidente porque está de por medio el contacto físico, 30% de las mujeres “que sufren este tipo de violencia” no la reconocen. De igual forma, 35% no identifican las relaciones sexuales abusivas.¹¹ Esta información

sugiere que la subjetividad e intersubjetividad construida y reproducida por los sujetos inmersos en estos procesos no es homogénea. Hay quien significa una acción como violencia, y quien le asigna otro significado. ¿Qué parejas viven violencia y se identifican como tales y cuáles no? ¿Cuál es el papel que juega el género en esta apreciación y reproducción (inter)subjetiva? ¿En qué momento una mujer y un varón que viven violencia, y que no la reconocen, acceden a un estado de reconocimiento y, por tanto, de resignificación? Son preguntas que, con la información disponible, es imposible contestar y que demandan estudios específicos.

Poner el acento en la relación y en el mundo simbólico que viven cotidianamente las parejas (las mujeres y los varones), y no en los efectos de la violencia o en el tipo de violencia ejercida, es ubicar la VDMCPH como un proceso. Así, el análisis no se centra en la acción aislada, en el episodio, sino en la trayectoria, en la transformación. Algunos de los hallazgos que apuntan la importancia de lo relacional son: a) el vínculo entre VDMCPH y la exclusividad sexual que modifica la vulnerabilidad de la mujer; b) el incremento de la violencia cuando la mujer pone a prueba su autonomía sin la autorización o el conocimiento de la pareja; c) el mayor riesgo de abuso a la mujer cuando es ella la que cumple funciones de manutención de los hijos; d) la configuración masculina en transformación, siendo las más rígidas las que incrementan la vulnerabilidad de la mujer.*

El síndrome del hombre inferido. Los varones han estado ausentes en las encuestas; sin embargo, las encuestas se refieren a ellos de manera recurrente. Se muestran a través de la representación que las mujeres tienen de los mismos: quién es, qué actividad laboral desempeña, cuál y cómo fue su vida en la familia de origen, fue o no violentado, de qué tipo de violencia fue objeto y quién ejerció la violencia en su familia de origen son cuestionamientos que tratan de responderse. No se trata de demeritar la importancia de incluir este tipo de preguntas, sino de ponderar la información obtenida y que está filtrada por la percepción de la mujer. Tres encuestas incluyeron a mujeres y varones como personas seleccionadas para proporcionar información. La realizada por COVAC (estudio de opinión)¹⁰ y la encuesta sobre violencia familiar hecha por INEGI en la Ciudad de México,¹² no muestran resultados desagregados según sexo del informante. El tercero fue el estudio realizado en población derechohabiente del

* González-Montes S, Contreras JM. Violencia conyugal... *Opus cit.*

* *Ibidem.*

IMSS. Los resultados de esta investigación, limitada al análisis de la violencia física, muestran la existencia de una percepción diferencial de la violencia entre mujeres y varones: estos últimos, cuando se identifican como personas que ejercen violencia contra sus parejas, lo hacen en menor proporción que lo referido por las mujeres. Asimismo, las lesiones graves son identificadas con menor frecuencia por los varones que por las mujeres (las lesiones son referidas por 11.3% de las mujeres y por 1% de los varones). También hay discrepancias en la frecuencia con que se identifican motivos específicos que generan conflicto y desembocan en violencia como los celos, el alcoholismo, el incumplimiento de responsabilidades de una y otro, el dinero, etc.* Estos datos muestran la percepción diferenciada sobre el mismo fenómeno, lo que se explica por los procesos de construcción simbólica de cada género en particular. Los significados, las valoraciones de éstas y otras acciones, objetos y relaciones, son observados desde una posición filtrada por el género. La subjetividad es, entonces, el punto de referencia; abre la posibilidad a explicaciones diferenciales ante el mismo fenómeno, como se ha observado en estudios específicos con varones,^{8,†} lo que sin duda contribuye a comprender mejor el fenómeno de la violencia. A la vez, permite fortalecer y mejorar las intervenciones con varones, y es probable que se logre un mayor impacto.

La violencia y sus efectos

'Nervios', dolor de cabeza, colitis, equimosis, enfermedad de transmisión sexual, estrés postraumático, fractura, aborto, muerte. Los casos de VDMCPH son un compendio de problemas de salud y éste abarca desde los síntomas vagos, hasta la discapacidad y la muerte de las mujeres.^{10,13,14,18,19,28,41,61-65,*} Cuando las mujeres son cuestionadas sobre este aspecto, la mayoría identifica con precisión la relación entre la violencia de que son objeto y los problemas de salud de muy diverso tipo.

Sin temor a equivocación, la exploración de los efectos de la violencia en la salud apenas ha advertido sus rasgos más gruesos y ya muestra la profundidad del daño que ocasiona. En unidades de urgencia se identificó la violencia intrafamiliar como el tercer tipo de violencia más frecuente, después de la riña y el asalto.^{62,66}

Las características que se identificaron fueron: a) la localización clínica topográfica de las lesiones producidas por la VDMCPH (fracturas de huesos de la nariz, heridas y contusiones en cara) se diferencia de las lesiones intencionales que ocurren en la vía pública (fracturas y heridas de tórax); b) en las últimas intervienen, casi de manera exclusiva, personas que no mantienen un vínculo familiar y son, en general, varones. En cambio, la relación de parentesco, esto es, la agresión del esposo en contra de la esposa, es casi una constante de las primeras; c) la recurrencia, porque en el caso de la VDMCPH había antecedentes de este tipo de lesiones; d) la cuarta causa de lesiones fueron las autoinfligidas, más frecuente entre las mujeres. Ellas se lesionaban intentando suicidarse después de haber tenido un pleito con la pareja. Otro estudio, con una muestra más pequeña, llevado a cabo en salas de urgencia de hospitales de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, da cuenta de hallazgos similares (mujeres que han padecido de episodios repetidos de violencia a manos de sus parejas), pero otros contrapuestos, por ejemplo, el tipo de lesiones tiene distinta localización topográfica.* El tamaño de la muestra estudiada pudo haber generado esta inconsistencia entre estudios y, por tanto, es necesario contar con información adicional para confirmar una tendencia.

Por otro lado, también se ha constatado el impacto de la violencia en la salud reproductiva: mayor riesgo de mortalidad infantil, de nacidos muertos, de recién nacidos con bajo peso, de complicaciones durante el embarazo, de problemas genitourinarios, infecciones de transmisión sexual y maternidad impuesta por violación.^{9,43,65} Las mujeres sujetas a abuso por sus parejas tienen más restricciones en el uso de anticonceptivos, así como problemas por el número y el sexo de la descendencia.^{19,‡}

Los efectos de la violencia se manifiestan de manera inmediata y en el mediano y largo plazo. Quizá lo más impactante sean las lesiones postraumáticas, pero con un nivel de daño apenas visualizado: son los efectos tardíos, producto del abuso silencioso, de baja intensidad, imperceptible a la mirada de terceros, destructivo para quien la padece y vive cotidianamente con ella. Los efectos son vagos y tienden a confundirse con muchos problemas de salud que el personal médico sanitario acostumbra medicalizar, sin llegar a determinar el origen de los mismos: cefalea

* González-Montes S, Contreras JM. La violencia conyugal... *Opus cit.*

† Garda R: Complejidad e intimidad en la violencia de los hombres. Reflexiones en torno al poder, el habla y la violencia hacia las mujeres. mimeo, s/f, pp. 20.

* Ramos Lira L *et al.* Violencia doméstica... *Opus cit.*

‡ González Montes S, Contreras JM. La violencia conyugal... *Opus cit.*

recurrente, insomnio, somnolencia y depresión, cansancio, dolor abdominal, diarrea, cambio de carácter, inseguridad, olvidos recurrentes y torpeza entre otros.^{13,36,53} En población indígena y campesina se identifican problemas clasificados por la nosología médica tradicional como: bilis, empacho de hombre, muina, coraje y susto, entre otros.^{28,43,44,67} También se ha sugerido que las agudizaciones recurrentes y dificultades para mantener el control de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial,⁶⁸ están relacionadas con la violencia sufrida por largos periodos y de manera reiterada. Lo mismo sucede con aquellos efectos que atentan contra la vida: ideación suicida e intento de suicidio.^{53,59}

Un aspecto central en la discusión sobre violencia y salud reproductiva es el proceso del embarazo. Esta etapa es especial por el incremento en la vulnerabilidad de la mujer y del bebé en formación. En México se ha estudiado la violencia durante este periodo, atendiendo tres facetas: una orientada a identificar los efectos de la violencia durante el embarazo, como los antes mencionados.^{65,67} Otra ha buscado la relación con distintos factores que condicionan su expresión: se ha observado que la violencia durante el embarazo se relaciona con la violencia en el transcurso del año previo al embarazo, el nivel socioeconómico bajo y que la pareja haya sido testigo de violencia en su familia de origen.^{51,54,69-71} La tercera apunta las dificultades y oportunidades de intervención en el espacio médico sanitario, siendo palpables las deficiencias en la capacitación del personal médico sobre la problemática de la VDMCPH, la poca efectividad en la implantación de la Norma Oficial Mexicana para la atención médica de la violencia familiar⁷² como un instrumento eficiente en la actividad cotidiana del personal médico sanitario⁶⁷ y, la ausencia de vínculos interinstitucionales formales e informales con prestadores de servicios de salud alternativos y de otros ámbitos de práctica: legal, psicoterapéutica y de trabajo social. Se ha constatado una diferencia sustantiva entre el personal médico tradicional (parteras) y el institucional, en el proceso de atención de las mujeres que son violentadas por sus parejas durante el embarazo. Entre las parteras, el nivel de sensibilidad al problema, su intuición y estrategia para reconocerlo, la contención brindada, el acompañamiento y la orientación a las mujeres, contrasta con la heterogeneidad que se presenta entre el personal médico institucional. La posición del personal médico oscila entre quienes desconocen el problema y no muestran mayor interés, hasta quienes lo consideran de trascendencia pero aducen la ausencia de herramientas (capacitación, apoyo institucional y enlaces interinstitucionales) para hacer eficiente la atención a estas mujeres.^{67,73}

Conclusiones

Es importante destacar dos aspectos que se desprenden de esta revisión documental: los avances y los retos.

Los avances

El movimiento social, la denuncia, el cabildeo y, finalmente, la investigación, ubicaron al tema de la VDMCPH como un problema de salud pública que no puede seguirse soslayando en México. Los aportes muestran, de manera fehaciente, su distribución y elevada prevalencia entre las mujeres. Asimismo deja claro que una proporción de varones de la misma dimensión son responsables de estos hechos. Esta es una práctica sociocultural compleja que se encuentra en una etapa primaria de exploración. La violencia se ha estudiado en relación con el asentamiento residencial, el nivel socioeconómico y ciertas características sociodemográficas de mujeres y varones. El ámbito familiar ha sido objeto de escrutinio; la atención ha estado orientada a identificar características y, de manera secundaria, las relaciones, su dinámica. Uno de los elementos referidos de manera consistente es el alcohol y su relación con la violencia, a la vez que confirma su importancia y muestra el estado primario de conocimiento de este vínculo.

Los efectos de la violencia en la salud de las mujeres son diversos y llegan a ser mortales. Los rasgos más generales y que apenas se han empezado a documentar de manera sistemática, muestran su envergadura y el desafío que debe enfrentar el sector salud. No es posible seguir posponiendo la respuesta: son necesarias una estrategia y acciones frontales y contundentes. Los hallazgos sobre la calidad y pertinencia en la respuesta del personal médico sanitario ante los problemas de salud de las mujeres inmersas en relaciones de violencia, que no se han discutido en esta comunicación, no son muy alentadores, y dejan entrever el esfuerzo que debe hacerse en esta dirección.⁷⁴

Los retos

En los distintos apartados se han señalado aspectos temáticos sobre los que es necesario profundizar. Cada uno es, en sí mismo, una veta que abre nuevas posibilidades y necesidades de investigación. Sin lugar a dudas, se trata de un problema que, por su raíz sociocultural y sus múltiples efectos, entre otros, sobre la salud, demanda un esfuerzo de estudio de largo aliento y en varias direcciones. Dos aspectos de relevancia particular son la reflexión teórica y sus implicaciones metodológicas y técnicas. Los resultados de investi-

gación arrojan información suficiente para dedicar tiempo a este análisis teórico que permita afinar el desarrollo de las futuras investigaciones. Se considera que uno de los elementos centrales es avanzar en el conocimiento de la violencia en tanto fenómeno relacional. De esta manera, será posible posicionarse en un punto anterior al que se ha tenido en la generalidad de los estudios, que se centran en sus efectos; por el contrario, hay que ubicarse en el proceso que lleva a la consecuencia. Ahí se encuentra la construcción de las relaciones que desembocan o no en violencia.

Los recursos metodológicos y técnicos también demandan un acercamiento crítico. Es inaplazable la discusión de los instrumentos (encuestas) que se han utilizado en México para destacar sus alcances y limitaciones. De la misma manera, cabe destacar que el nivel de explotación de las bases de datos con que se cuenta, es mínimo. Es necesario que la información disponible sea analizada hasta su límite.

Otros temas sobre la VDMCPH ni siquiera se han mencionado, entre ellos la formación de recursos humanos, la calidad de la atención, el trabajo interinstitucional, la problemática de VDMCPH que vive el personal médico sanitario, quienes brindarán los servicios a mujeres y varones en las mismas condiciones, y, por último, el panorama mexicano respecto del latinoamericano y del contexto mundial.

El reto es múltiple, el llamado es a sumarse en la reflexión y la investigación, el desafío es la transformación social.

Agradecimientos

Hago patente mi agradecimiento por la invitación a elaborar este documento, así como a los comentarios a una versión preliminar al equipo responsable de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del Instituto Nacional de Salud Pública; de la misma manera hago patente mi gratitud a las personas que, en el anonimato, dictaminaron este artículo e hicieron sugerencias y críticas que me han permitido enriquecerlo. También extiendo mi reconocimiento a las y los colegas que amablemente respondieron mi solicitud de resultados de los estudios que habían realizado sobre el tema.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D. C., OPS/OMS 2003.
2. Bedregal-Sáez X. El Centro de Apoyo a la Mujer (CAM) de Colima. En: Bedregal-Sáez X, Saucedo-González I, Riquier-Fernández F, ed. Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. México, D.F.: Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer A.C.(CICAM), 1991: 143-167.
3. Riquier F, Saucedo I, Bedolla P. Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública. En: Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. Langer A, Tolbert K, ed. México, D.F.: The Population Council / Edamex, 1996:247-287.
4. Duarte P, González G. La lucha contra la violencia de género en México. De Nairobi a Beijing, 1985-1995. México, D.F.:Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres, 1994.
5. Duarte P. Sinfonía de una ciudadana inconclusa. El maltrato doméstico y la ciudadanía. México:Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC), 1995.
6. Valdez-Santiago R. Del silencio privado a las agendas públicas. El devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: Torres M. comp. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México, D.F.: El Colegio de México, 2004:417-447.
7. Torres-Falcón M. La violencia en casa. México, D.F.: Paidós, 2001.
8. Ramírez-Rodríguez, J.C. Masculinidad y violencia doméstica. Guadalajara: CIESAS Occidente, 2003:438.
9. Alvarado-Zaldívar G, et al. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Publica Mex 1998;40:481-486.
10. Asociación Mexicana Contra la Violencia Hacia las Mujeres, ACC. Encuesta de Opinión Pública Sobre la Incidencia de la Violencia En la Familia. México, D.F.: UNFPA/COVAC/PJ, 1995.
11. Granados-Shiroma M, Madrigal R. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Un análisis desde la perspectiva de género (El caso de la zona metropolitana de Monterrey). En: Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos. México, D.F.: Asociación Mexicana de Población (AMEP) / Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, 1998:55-106.
12. INEGI. Violencia intrafamiliar. Encuesta 1999. Documento metodológico y resultados. Aguascalientes: INEGI, 2000.
13. Ramírez-Rodríguez JC, Vargas-Becerra PN. La cifra "negra" de la violencia doméstica contra la mujer. En: Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos. México, D.F.: Asociación Mexicana de Población (AMEP) / Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, 1998:107-133.
14. Shrader-Cox E, Valdez-Santiago R. Violencia hacia la mujer mexicana como problema de salud pública: la incidencia de la violencia doméstica en una microregión de Ciudad Nezahualcoyotl. México: Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (CECOVID), 1992.
15. Natera-Rey G, Juárez-García F, Tiburcio-Saiz, M. Validez factorial de una escala de violencia hacia la pareja en una muestra nacional mexicana. Salud Mental 2004;27:31-38.
16. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. Salud Publica Mex 1993;35:148-160.
17. Ramos-Lira L, et al.: Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con consumo de drogas. Salud Publica Mex 1998;40:221-233.
18. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud, 2003:132.
19. Ramírez-Rodríguez JC, Vargas-Becerra PN. Una espada de doble filo: la salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer. En: Bilac D, Baltar da Rocha MI, ed. Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e Problemas. Sao Paulo, Brasil: Prolap / Abep / Nepo-Unicamp/Editora 34, 1998:261-289.
20. Hudson W, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. J Marriage Fam 1981;43:873-885.
21. Marshall L. Development of the severity of violence against women scales. J Fam Violence 1992;7:103-121.
22. Straus, M. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. J Marriage Fam 1979;4:75-88.
23. Campbell J, Alford P. Nursing assessment for risk of homicide with battered women. Advances in Nursing Science 1986;8:36-51.

24. De Lahunta E, Tulsy A. Personal exposure of faculty and medical students to family violence. *JAMA* 1996;275:1903-1906.
25. McFarlane J et al. Assessing for abuse: Self-report versus nurse interview. *Public Health Nurs* 1991;8:245-250.
26. Heise L. Gender-based abuse: The global epidemic. En: Alice D, ed. Reframing women's health. Multidisciplinary research and practice. California: SAGE Publications, 1994:233-250.
27. González-Montes S, Iracheta-Cenegorta P. La violencia en la vida de las mujeres campesinas: el distrito de Tenango, 1880-1910. En: Ramos C, et al, ed. Presencia y transparencia: La mujer en la historia de México. México: El Colegio de México, 1987:110-141.
28. González-Montes S. La violencia doméstica y sus repercusiones en la salud reproductiva en una zona indígena (Cuetzalan, Puebla). En: Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos. México, D.F.: Asociación Mexicana de Población (AMEP)/ Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, 1998:17-54.
29. Stern S. La historia secreta del género. Mujeres, hombres y poder en México en las postrimerías del período colonial. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1999.
30. Finkler K. Gender, domestic violence and sickness in Mexico. *Soc Sci Med* 1997;45:1147-1160.
31. González-Montes S. Del matrimonio eterno a las mujeres que no aguantan: cambios recientes en familias rurales. En: Doring MT, ed. La pareja ¿Un sueño imposible? México: Fontamara, 1994:105-121.
32. Díaz-Olavarrieta C, Sotelo J. Domestic violence in México. *JAMA* 1996;275:1937-1941.
33. Bedregal-Sáez X. Tres experiencias en la ciudad de México. En: Bedregal-Sáez X, Salcedo-González I, Riquer-Fernández F, ed. Hilos nudos y colores. En la lucha contra la violencia hacia las mujeres. México: Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer A.C. (CICAM), 1991:179-203.
34. Comisión Nacional de la Mujer: Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000 (PRONAVI). México, D.F.: Secretaría de Gobernación/Sistema D. I. F. Nacional/Procuraduría General de la República/Comisión Nacional de la Mujer, 1999.
35. Peek-Asa C et al. Severity of intimate partner abuse indicators as perceived by women in Mexico and the United States. *Women Health* 2002;35:165-180.
36. Valdez-Santiago R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998;21:1-10.
37. Cervantes-Muñoz C, Ramos-Lira L, Saltijeral MT. Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. En: Torres M, comp. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México, 2004: 239-270.
38. Cervantes-Muñoz C. Violencia contra la mujer en la relación de pareja: prevalencia y dimensiones de abuso emocional. Tesis de licenciatura. México, D.F.: Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México, 1999:135.
39. Foucault M. El sujeto y el poder. *Rev Mex Sociol*, 1982:3-20.
40. Ramírez-Rodríguez JC, Patiño-Guerra MC. Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *Salud Mental* 1997;20:5-16.
41. Tolbert K, Romero M. Violencia sexual y familiar en México. Resultados de una encuesta en San Miguel Allende, Gto. *Hombres y Familias. Carta Inf* 1996:3-4.
42. Miranda L, et al. Características de la violencia doméstica y las respuestas de las mujeres en una comunidad rural del municipio de Las Margaritas, Chiapas. *Salud Mental* 1998;21:19-26.
43. García-Ramírez M et al. Violencia intrafamiliar, violencia de género. En: Sayavedra-Herrerías G, Flores-Hernández E, ed. Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud. México, D.F.: Red de Mujeres, A.C., 1997:227-260.
44. Alberti P. Factores y consecuencias de la violencia doméstica en mujeres nahuas. México. Proceedings of the Latin American Studies Association. XX International Congress, 41; 1997; Guadalajara, Jalisco, México.
45. González-Montes S. La violencia conyugal y la salud de las mujeres desde la perspectiva de la medicina tradicional en una zona indígena. En: Torres M, comp. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México, 2004:153-194.
46. Freyermuth-Enciso G. Muerte materna, lo que no dicen las estadísticas de salud. En: Elu MC, Santos-Pruneda E, ed. Una nueva mirada a la mortalidad materna en México. México: CPMSR, 1999.
47. Martínez-Corona B, Mejía-Flores S. Ideología y práctica en delitos cometidos contra las mujeres: el sistema judicial y la violencia en una región indígena de Puebla, México. Puebla: Colegio de Postgraduados, 1997.
48. Benería L, Roldán M. Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica / El Colegio de México, 1992.
49. García B, De Oliveira O. Trabajo femenino y vida familiar en México. México, D.F.: El Colegio de México, 1994.
50. Ramírez-Rodríguez JC, Patiño-Guerra MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. *Cad Saude Publica / Public Health Rep* 1997;12:405-410.
51. Castro R, et al. Risk for abuse against pregnant Hispanic women. Morelos, Mexico and Los Angeles County, California. *Am J Prev Med* 2003;25:325-331.
52. Díaz-Olavarrieta C et al. Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses' aides in Mexico. *Arch Med Res* 2001;32:79-87.
53. Díaz-Olavarrieta C, et al. Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico. *Soc Sci Med*, 2002;55:1589-1602.
54. Castro R, et al. Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad. *Papeles Poblac* 2002:243-267.
55. Natera G, Tiburcio M, Villatoro J. Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemp Drug Probl* 1997; 24: 787-804.
56. Medina-Mora ME, Berenson S, Natera G. El papel del alcoholismo en la violencia. *Gac Med Mex* 1999;135:282-287.
57. Ramos-Lira L. Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. *Libber Addictus* 2001:27-31.
58. Saltijeral MT, Ramos Lira L. Características psicosociales de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: repercusiones en su estado de salud mental. México, D.F.: Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999:67.
59. Ramos-Lira L, et al. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Publica Mex* 2001;43:182-191.
60. Enríquez-Rosas, R. El crisol de la pobreza. Guadalajara: CIESAS Occidente, 2002:654.
61. Azaola, E. El delito de ser mujer. Hombres y mujeres homicidas en la ciudad de México: historias de vida. México, D.F.: Plaza y Valdés/ CIESAS, 1996.
62. Híjar-Medina M et al. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Publica Mex* 2003;45:252-258.
63. Monárrez-Fragoso JE. Víctimas de crímenes sexuales... más allá de las estadísticas. *Metropolitana*, 2003; número especial: 50-56.
64. Lozano-Ascencio R. Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México. En: Morrison A, Loreto-Biehl M, ed. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:81-101.
65. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-262.

66. Híjar MC, et al. Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México. *Salud Mental* 2002;25:35-42.
67. Valdez-Santiago MR. La atención médica del maltrato durante el embarazo en el contexto de la lucha contra la violencia hacia las mujeres en Cuernavaca, Morelos. Cuernavaca: Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos, 2002:133.
68. Ramírez-Rodríguez JC, Gutiérrez-de Torre NC. SOCORROC: Guía clínica para la atención de mujeres que sufren de violencia por parte de sus compañeros /esposos. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEGE). Guadalajara, Jalisco: Departamento de Estudios Regionales - INESER/ Universidad de Guadalajara, 2003: 35.
69. Castro R, Riquer, F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cad Saude Publica* 2003;19: 135-146.
70. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003; 93:1110-1116.
71. Castro R, Ruiz A. Violencia contra mujeres embarazadas en el estado de Morelos: hallazgos preliminares. En: López P et al. ed. Género y política en salud. México: Secretaría de Salud, 2003:389-405.
72. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM-190-SSA1-1999). Prestación de Servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. En: Diario Oficial (miércoles 8 de marzo de 2000). México, D. F., 2000:92-45.
73. Valdez-Santiago R, Arenas- Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Publica Mex* 2004;46:56-63.
74. Méndez-Hernández P, et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Publica Mex* 2003;45:472-482.