

Artículo original

La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta

Miguel Ángel Fernández Ortega,¹ Blanca Estela Vargas Terrés,² María Eloisa Dickinson Bannack,³ Eduardo González Quintanilla,⁴ María del Pilar Palomeque Ramírez,⁵ Verónica Sánchez Ortega,⁶ Annabella Dichiara Kirienko⁷

¹ Dirección del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana,² Enseñanza Médica en el Instituto Nacional de Psiquiatría,³ Medicina Familiar en la Unidad SSDF/UNAM,⁴ Subdirector del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y Medicina Familiar en la Unidad SSDF/UNAM,⁵ Coordinación de Atención Médica y Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana SSDF/UNAM,⁶ Programa de Violencia Intrafamiliar, Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana,⁷ Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Resumen

En los últimos años los Servicios de Salud han visto incrementarse en forma alarmante los casos de violencia tanto física como psíquica. El Primer Nivel de Atención es una de las mejores opciones, para captar estos casos de violencia social e intrafamiliar dando atención a las múltiples causas y consecuencias que ésta genera. En 1997 inició el programa "Atención a la violencia en el Primer Nivel de Atención" cuyo objetivo es la detección, identificación, atención de personas y familias con riesgo de violencia, o que viven en violencia.

Objetivo: Describir las características de los pacientes que han acudido al programa de septiembre de 1997 a diciembre de 1999.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, en el cual se analizó la base de datos de la evaluación inicial de los pacientes que se captaron y se canalizaron al Programa de Atención a la Violencia, los datos se analizaron en el paquete EPI Info 6.0 obteniendo frecuencias y promedios, utilizando como pruebas de hipótesis χ^2 y t de Student. Para identificar asociación se calculó razón de momios con intervalos de confianza.

Resultados: De septiembre de 1997 a diciembre de 1999 se atendieron 203 pacientes, de ellos 95% mujeres y 5% hombres, las formas de violencia más observadas fueron maltrato conyugal, abuso sexual y maltrato infantil. En todas las categorías de violencia, incluyendo la violación, los principales agresores fueron los familiares. El uso de alcohol, se asoció significativamente con el maltrato conyugal, no así con otras categorías de violencia.

Conclusiones: Es importante desnaturalizar la violencia para no justificarla en la familia y en la sociedad, identificarla en los espacios de salud y así prevenir, apoyar y orientar a las mujeres y menores que sufren violencia. Es necesario sensibilizar a la población sobre este tipo de problema, con el objeto de detectar y brindar atención oportuna, impidiendo que este tipo de conducta se convierta en una "herencia maléfica"

Palabras clave: Violencia, familia, atención primaria.

Summary

In the last years the health services have witnessed an alarming increase of cases of violence, physical as well as psychic. The first attention level is one of the best options to capture cases of social or familiar violence, trying to unveil to the multiple causes and consequences that it generates. In 1997 began the program of Attention to the violence in the first level of care whose objectives are detection, identification, care of person and families with violence risk or that live in violence.

Objective: To describe the patient characteristics that arrived to the program from September 1997 to December 1999.

Method: A descriptive, observational study that analyzed the data bases from the patient first evaluation; the method used was χ^2 and t Student analyzed in EPI 6.0. The association was calculated by comparison with the old ratio.

Results: From September 1997 to December 1999 were attended 202 patient -95% woman 5% men-. Most common were the conjugal mistreatment, sexual and child abuse. In all categories, including rape, the principal aggressors were the relatives. Alcohol was highly associated with conjugal mistreatment.

Conclusion: It seems important to denaturalize the violence, not justify it in the family or social grounds, identify it to prevent and give orientation to the most affected. It is necessary to sensitize people about the problem to ensure appropriate attention and prevent that this behavior becomes an "evil inheritance".

Key words: Violence, family, primary care.

Introducción

La OMS y el Banco Mundial han estimado que los actos de violencia constituyen el 15% de la carga mundial de enfermedad, pero no existen indicadores adecuados para medir su impacto total. América Latina y el Caribe se consideran las

zonas más violentas del mundo con una tasa regional de violencia de aproximadamente 20 homicidios por cada 100,000 habitantes.^{1,2} Las estadísticas señalan que por cada muerte violenta atribuible a un accidente, suceden cerca de 200 casos de lesiones no mortales capaces de provocar diversos grados de incapacidad. La morbilidad y la mortalidad ocasionada por la violencia afecta los sistemas de salud aumentando la demanda de servicios, saturándolos no sólo con atención al traumatismo, sino también con rehabilitación física, atención psicológica, recuperación de las capacidades productivas y adaptación a las nuevas limitaciones orgánicas.

El constante incremento de situaciones violentas como resultado de diversos procesos sociales y políticos propiciaron que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicara a principios de la década de los 90, un documento³ que identifica a la violencia como un tema prioritario de la salud pública, y hace un llamado para reconocer “el impacto negativo sobre calidad y condiciones de vida que tiene la violencia sobre amplios sectores de la población: su alto costo en vidas, con el agravante de concentrarse en los grupos de jóvenes y adultos jóvenes; con su consiguiente costo social, económico y psicológico en las poblaciones” (OPS:1994). De la violencia la forma más frecuente se manifiesta en el ámbito doméstico, en la familia, constituyéndose en la epidemia social más importante del presente siglo. De ella sabemos alguna caracteriología.

La violencia en la adolescencia no se limita a la injuria física, también abuso sexual, negligencia, abuso emocional y verbal, amenazas y otras formas de abuso psicológico. Los modelos sociales dados por la televisión, juegos de video, el fácil acceso a las armas, uso de alcohol, drogas, así como una creciente urbanización que limitan al individuo sus espacios de sano esparcimiento, favorecen que éste sea víctima-victimario.⁴

Se conoce más sobre la víctima que sobre el victimario, aunque los estudios muestran la cercanía demográfica entre ambos.^{5,6} La violencia posee una característica: se reproduce. Varios estudios han mostrado cómo los niños que han sido víctimas repetidas de violencia en el hogar, tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas agresivas cuando son adultos.^{7,8}

Un grupo frecuentemente afectado son las mujeres. El maltrato de ésta por su pareja es un problema de salud pública cada vez más preocupante en todas partes del mundo. Se ha estimado que en la mayor parte de los países entre el 20 y 50% de las mujeres han sido maltratadas físicamente por su pareja. No se cuenta con registros precisos ya que la mayoría de las víctimas no denuncian por temor, inseguridad de su futuro, por sus hijos, dependencia económica, los lazos emotivos y la generación del síndrome de incapacidad aprendida.

Sin embargo, diversas fuentes de datos creadas por organismos gubernamentales y no gubernamentales que atienden a víctimas de violencia y a personas con problemas de diversas índoles derivadas de ella nos plantean que se trata de un

fenómeno muy expandido lo que ha llevado a caracterizar la violencia contra la mujer y la que se ejerce contra los niños y niñas, como variantes de la violencia intrafamiliar. La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer la define como “toda acción o conducta contra la mujer, basado en su género; que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ambiente público como en el privado. En la Convención sobre los Derechos del Niño se obliga a los estados a “proteger a los niños y niñas contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos, explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo custodia de sus padres, de un representante legal o de cualquier persona que lo tenga a su cargo”.

En México algunos estudios demuestran la importancia del fenómeno. Ramos y Vargas en 1997 entrevistó a 581 mujeres en Guadalajara, algunas de ellas unidas en pareja, mostró que el 56% reportó algún tipo de violencia en su vida, 93% por su pareja. Soltijane y Ramos en 1999 hicieron un estudio en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” con una muestra de 345 mujeres entre 18 y 65 años quienes reportaron que durante su vida: el 90% había sufrido maltrato emocional; 41.4% físico; 28.7% sexual; los malestares sociales fueron: físicos: irritabilidad, cansancio, dolor de cabeza y estómago. Emocionales: 85.9% tristeza; 78.9% depresión y 73.2% humillación.

La Asociación Mexicana Contra la Violencia Hacia las Mujeres, A.C. (COVAC) realizó en 1995 una encuesta de opinión en nueve ciudades del país a 3,300 hombres y mujeres de 18 a 65 años, 21% reportó conocer casos de personas que sufrieron violencia intrafamiliar; en el 74% de los casos las víctimas fueron mujeres.

La violencia intrafamiliar se da en familias de todas clases sociales cuyos miembros tienen toda suerte de ocupaciones y grados de escolaridad, y sus detonantes no forzosamente son el alcoholismo o la drogadicción. El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) reportó acerca de los casos que atendió en 1996 que 25.7% de los agresores tenía educación secundaria, el 29.7% primaria y el 20.2% bachillerato y que solamente en un 32% de los casos el agresor había consumido alcohol.

La violencia intrafamiliar acontece en todo tipo de relaciones, más aún, en la encuesta de prevalencia de violencia doméstica en el D.F., mostró que el 77% de las mujeres reciben violencia por los varones que están cerca; esposos, exesposos, novios, exnovios y padres.

Por lo que sabemos la violencia intrafamiliar es un fenómeno frecuente y sin embargo no suele ser denunciado ni hacerse público y tampoco existen mecanismos que permitan recibir información suficiente para tener un panorama completo de su magnitud, esto es particularmente cierto en las instituciones de salud donde, conocer su existencia, tendría efectos preventivos.

La violencia intrafamiliar ocurre en un espacio creado para garantizar la protección de las personas: la familia, y viene de algún miembro de esa familia, es decir, de una persona en la que la víctima requiere confiar, a la que generalmente ama y de la que depende de alguna manera.

Las condiciones legales y económicas que vinculan a la víctima con el agresor, frecuentemente le conducen a tener baja autoestima, ser vulnerable, aislarse, sentir desesperanza, y a que le sea difícil decidirse a resolver el problema y proceder legalmente contra su agresor.

Las viejas teorías del condicionamiento genético de la conducta violenta^{9,10} están cediendo su lugar a nuevas teorías de carácter psicosocial¹¹ en las cuales los procesos de aprendizaje se utilizan como fuente de explicación. Desde los años 70, se han realizado cientos de experimentos de laboratorio¹² que parecen validar el postulado de que la violencia se aprende y que este proceso puede darse en forma presencial (directa) o vicariante (indirecta).¹³ El individuo inmerso en la violencia va construyendo su entorno en relaciones sociales sujetas al miedo y la desconfianza.

El Primer Nivel de Atención es una de las mejores opciones para captar, orientar y ayudar a disminuir la problemática de la violencia y en especial la violencia intrafamiliar. Por esta razón en 1997 se puso en marcha en una unidad de Primer Nivel un programa de atención integral e interdisciplinaria dirigido a las personas que viven y a las familias que están viviendo situaciones de violencia, además de proporcionar educación para la salud en relación con la violencia, generando un sistema de registro de las actividades, para contar con datos de morbilidad confiables en la zona de influencia del Centro de Salud.

El objetivo de este artículo es describir la caracterología de los pacientes que acuden al programa de "Atención a la Violencia en el Primer Nivel de Atención" aplicado de septiembre de 1997 a diciembre de 1999.

Material y métodos

El programa se inició en septiembre de 1997 con los siguientes objetivos:

- Crear una clínica de violencia intrafamiliar o doméstica.
- Detectar personas y/o familias que viven en violencia o están en riesgo, dentro de la población que vive en el área de influencia del Centro de Salud.
- Proporcionar atención integral a estas personas y/o familias por un equipo interdisciplinario y, por último
- Identificar la incidencia y los principales daños a la salud que ocasiona la violencia.

Para llevar a cabo este programa se capacitó a todo el personal que labora en la unidad sobre violencia y cómo se pro-

porcionarían los servicios a los pacientes a través de una organización integral e interdisciplinaria que permita la atención de cada una de las áreas afectadas: emocional, social y física. Se conformó la clínica de violencia en el Servicio de Salud Mental donde trabajan psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiatras y un terapeuta familiar. Las personas atendidas han llegado por tres vías: por demanda directa, por referencia de la consulta externa que otorga el médico familiar y por referencia comunitaria.

En el Servicio de Salud Mental, las o los solicitantes son evaluados por un psiquiatra, quien canaliza los casos a una psicóloga especialista en violencia. Ya en la clínica se aplican los siguientes instrumentos: evaluación del nivel afectivo, inventario de emociones y conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal, inventario de conductas negativas del cónyuge, cuestionario de asertividad, escala de valores. La intervención psicológica que se da a los pacientes es a través de las siguientes técnicas: Intervención en crisis; atención y asesoría individual mediante sesiones semanales de una hora; grupo terapéutico. Si el paciente presenta trastornos de salud mental y requiere tratamiento psicofarmacológico, es atendido por el médico psiquiatra.

Para realizar este trabajo se revisó la base de datos de la evaluación inicial de los pacientes, los datos se capturaron en el paquete Dbase III plus y se analizaron en EPI Info V.6.0; se usaron como pruebas de hipótesis χ^2 para frecuencias y t de Student para promedios. La asociación se estimó a través de la razón de momios con IC 95%.

Resultados

Se atendieron en el programa de violencia 203 pacientes, de ellos el 95% son mujeres y sólo 10 pacientes masculinos (5%), la mayoría de ellos menores de edad que fueron enviados por sus familiares, sólo un varón adulto solicitó atención por sí mismo (figura 1).

El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años con el 53.2% de los pacientes, el 22.7% fueron menores de 20 años y sólo el 1% estuvo en el grupo de menores de 4 años (cuadro 1).

La mayoría de los pacientes no manifestaron como motivo de consulta la violencia, sino que acudieron por presentar trastornos del comportamiento, de relaciones personales, de conducta e incluso físicos. Hubo adultos que se presentaron a consulta por alguno de los trastornos antes mencionados y que habían tenido maltrato infantil durante su infancia, por esta razón el maltrato infantil se presentó en todos los grupos etáreos, aunque predominó en los menores de 15 años.

Los principales diagnósticos fueron en primer lugar los episodios depresivos, en segundo, reacción grave al estrés con trastornos de adaptación y en tercer lugar trastornos afectivos persistentes. Estos tres diagnósticos representan el 68.6% del total de la morbilidad por violencia.

Cuadro 1. Pacientes del Programa de Atención a la Violencia por grupo de edad y sexo.

Grupo de edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1-4	–	–	2	1.0	2	1.0
4-14	7	70	18	9.3	25	12.3
5-19	2	20	17	8.8	19	9.4
20-24	–	–	26	13.5	26	12.8
25-44	1	10	107	55.4	108	53.2
< 45	–	–	23	12.0	23	11.3
Total	10	100	193	100	203	100

Fuente: Evaluación inicial del Programa de Atención a la Violencia

Cuadro 2. Pacientes atendidos en el Programa de Violencia según tipo de violencia y agresor.

Agresor	Tipo de agresión				Total
	Maltrato conyugal	Abuso sexual	Violación	Maltrato infantil	
Pareja	120	3	–	–	123
Padres	–	4	1	20	25
Familiares	–	20	–	13	33
Conocidos	–	1	2	–	3
Desconocidos	–	–	13	–	13
Padrastrós	–	3	1	2	6
Total	120	31	17	35	203

Fuente: Evaluación inicial del Programa de Atención a la Violencia.

Dentro de las categorías de violencia la que ocupa el primer lugar es el maltrato conyugal con una frecuencia de 58.6%, presentándose principalmente en el grupo de edad de 25 a 44 años con el 71.4% y siendo la mujer la que más sufre este tipo de violencia.

En el abuso sexual, que representó el 15.3%, el agresor fue en el 83% de los casos un familiar, incluyendo a los padres, en el 10% el agresor fue el padrastro o la madrastra. Este tipo de violencia se presentó en todos los grupos de edad con predominio en los niños de 5 a 14 años.

El maltrato infantil ocupa el tercer lugar con el 10.3% seguido de las violaciones con el 8.4% (figura 2). Es importante destacar que la violencia intrafamiliar está identificada como un tipo o categoría de violencia, sin embargo todos los otros tipos de violencia ocurren en el ámbito familiar y son producidas por familiares directos (cuadro 2). La violación representó el 8.4% del total de casos, reportándose todas ellas en mayores de 15 años (cuadro 3).

En todas las categorías el principal agresor fueron los familiares incluyendo la violación. Los hechos ocurrieron principalmente en el hogar de los afectados o en casa de familiares o amigos; sólo el 5.1% de las violencias sucedieron en la

calle y el 4.1% en lugares públicos como cines, hospitales, almacenes, estacionamientos y transportes públicos.

El uso de armas fue bajo, un 7.7%, y la más frecuente fue el arma blanca, en el 11.2% de los casos en los que se utilizó arma, la víctima no la pudo identificar (cuadro 4). Esta modalidad se dio exclusivamente en violaciones y en maltrato infantil.

El uso de alcohol y drogas durante la violencia se registró en el 15.4% y 2.9% respectivamente. El alcohol se asoció significativamente al maltrato conyugal (RM = 9.6 IC95% 2.5-42.6) no así a las otras categorías de violencia estudiadas, aunque en la violación y abuso sexual fue frecuente que el agresor estuviera alcoholizado. Tampoco la asociación de alcohol y uso de armas fue significativo.

Es importante resaltar que en general las personas que sufren violencia tardan mucho tiempo en solicitar ayuda. En nuestra experiencia el 67.8% tardan más de 6 meses en pedir ayuda y de ellos más de la mitad lo solicita en promedio a los dos años. Sólo el 3.4% solicitaron el servicio en la primera semana y las causas fueron violación y abuso sexual principalmente. El maltrato infantil es la causa en la que más se difiere la solicitud de ayuda.

Discusión

A la violencia intrafamiliar o doméstica se le considera como parte de la problemática más amplia de violencia contra las mujeres y de maltrato al menor. En nuestro estudio los varones que fueron atendidos víctimas de violencia, o eran niños, o el abuso por el que acuden, hoy, en la adultez, aconteció siendo menores de edad. Estos dos grupos, mujeres y niños, comparten su vulnerabilidad derivada de diversos factores como por ejemplo: su condición física, su imposibilidad de tener acceso a los espacios de procuración de justicia por desconocimiento o por falta de personalidad jurídica y el carácter de sus lazos con el agresor, entre otros. Esa vulnerabilidad y nuestra cultura permisiva de la violencia en el seno familiar, impiden que este hecho sea denunciado, por lo que impera la impunidad. La detección de este problema se hace a diferentes edades, generalmente en forma indirecta, por otras causas, motivos por los que se acude a los servicios de salud, que no es explícitamente el evento de violencia, sino sus consecuencias físicas y/o emocionales.

Es evidente que quienes imprimen violencia a sus relaciones familiares, tienen algún grado de poder dentro de la familia, poder que está profundamente arraigado cultural y jurídicamente, por estereotipos o figuras absurdas y viciosas como la del derecho de corrección, reminiscencia del Derecho Romano, y que cultural y socialmente son los padres y en específico el padre, el que se siente depositario de tal derecho, ejerciéndolo con abuso y violencia. Quien ejerce la violencia contra las mujeres y los menores generalmente son los hombres,

Cuadro 3. Pacientes atendidos en el Programa de Violencia según tipo de violencia y edad.

Grupo de edad (años)	Tipo de violencia									
	Maltrato conyugal		Abuso sexual		Violación		Maltrato infantil		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 1	–	–	2	6.5	–	–	–	–	2	1
1-4	–	–	12	38.7	–	–	13	37.1	25	12.3
5-14	3	2.5	3	9.7	5	29.4	8	22.9	19	9.4
15-24	12	10.0	5	16.0	5	29.4	4	11.4	26	12.8
25-44	86	71.6	9	29	6	35.2	7	20	108	53.2
> 45	19	15.9	–	–	1	5.9	3	8.6	23	11.3
Total	120	–	31	–	17	100	35	100	203	100

Cuadro 4. Armas que se utilizan para atacar en las violaciones.

Arma	No.	%
Fuego	6	42.6
Blanca	2	14.3
No identificada	6	42.8
Total	14	100

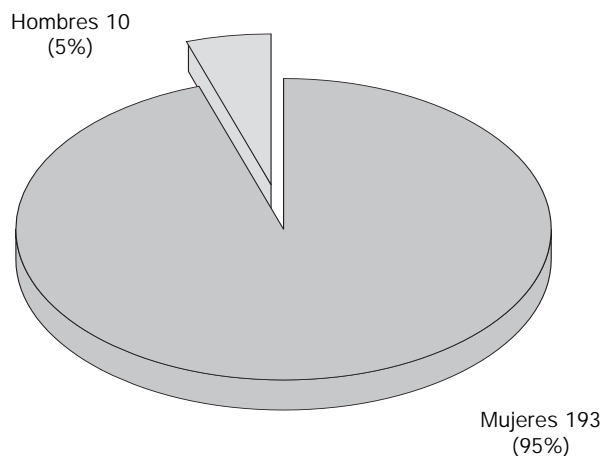


Figura 1. Frecuencia en cuanto a sexo de los pacientes atendidos en la Clínica de Violencia.

que tienen una relación emocional, legal y/o económica con la víctima y la ejercen con alta frecuencia, en el espacio que debería de ser de seguridad y protección, el hogar.

Estos aspectos del nivel de relación afectiva, la cronicidad que implica la presencia del agresor en el espacio cotidiano que perpetúa y no puede resolverse y la carga de culpabilidad por no protegerse y proteger a los hijos conforman los ele-

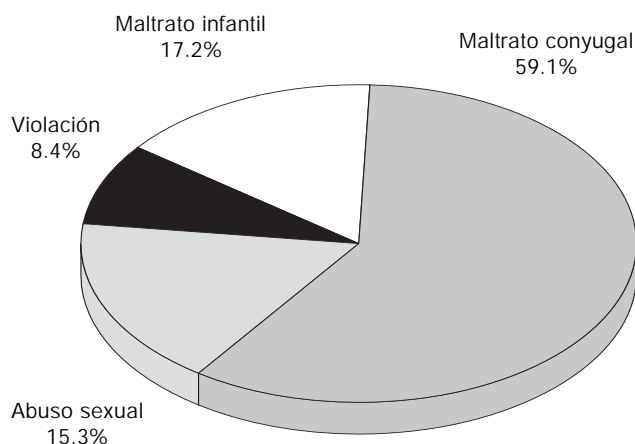


Figura 2. Programa de atención a la violencia. Tipos de violencia.

mentos que generan lo que Walher y Salesuran llamaron “desesperanza aprendida” o “síndrome de incapacidad aprendida” la cual es una respuesta normal de un ser humano aterrizado ante una situación anormal, llevándolo a no actuar y pensar que nada ni nadie será capaz de cambiar su situación, ignorando o minimizando la naturaleza amenazante del abuso, culpándose por el abuso sufrido y defendiendo o protegiendo al abusador, lo que le aísla y lo hace más vulnerable.

De ahí que no se reporte o denuncie la violencia vivida o se proteja de ella a los hijos, causando estupor o enojo en quienes observan esta falta de acción al no entender este fenómeno de incapacidad aprendida y llamándolas “tontas”, que “se dejan”, tendiendo a dejarlas sin ayuda o victimizándolas por segunda vez por incompreensión y desconocimiento.

Algunos estereotipos culturales o sociales, que mantienen y justifican de alguna manera la violencia son: que es un fenó-

meno raro, que se da en hombres atípicos, desequilibrados mentales, alcohólicos o drogadictos. La violencia en las familias se da por significados y certidumbres creencias y valores acerca de conceptos como mujer, hombre, niños, familia; el poder y la obediencia en las relaciones heterosexuales y familiares; actitudes hacia el uso de la fuerza para solucionar conflictos; roles familiares, derechos y responsabilidades; significado de amor, respeto y complementariedad en roles auto-excluyentes, etc. Conceptos mantenidos por una legitimación institucional de la violencia a través de modelos violentos en los medios de comunicación, carencia de legislación adecuada; escasez de apoyo institucional para víctima e impunidad para los agresores.

Por lo que ejercer violencia en las relaciones familiares se da en toda suerte de hombres, sin importar apariencia, ocupación y grados de escolaridad y sus detonantes no son forzosamente el alcoholismo o la drogadicción sino cuando se pone en tela de juicio el poder del “fuerte”, es entonces cuando deja de reconocer y respetar los derechos humanos fundamentales de la víctima. En el espacio de salud, dado que, como se dijo, está presente una fuerte carga cultural, de la cual no escapan los miembros del equipo de salud, puede dificultarse la identificación de la violencia o minimizarla, ejerciendo una segunda victimización en las mujeres o los niños y niñas.

Es indispensable poner en marcha programas de atención a la violencia Intrafamiliar, que realmente sean accesibles a la comunidad. Una forma de hacerlo, es estableciendo estos programas en unidades médicas de Primer Nivel de Atención, ya que en su mayoría los pacientes víctimas de la violencia que sufren proble-

mas físicos o emocionales derivados de ésta no lo sospechan y acuden a este tipo de unidades por algún otro motivo.

Referencias

1. Banco Mundial. El crimen y la violencia como problemas para el desarrollo en América Latina y el Caribe, presentado en el seminario El Desafío de la Criminalidad Urbana. Río de Janeiro: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
2. Bobadilla JL, Cárdenas V, Couttolenc B, Guerrero R, Remenyi MA. Medición de los costos de la violencia. Resultados de un taller organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo. Caracas: OPS; 1995.
3. Referencia 1 de la primera versión.
4. Blanco C. Marginalidad y violencia. Bogotá, Colombia: Instituto de Estudios Sociales Juan Pablo II; 1992.
5. National Research Council. Understanding and preventing violence. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
6. Levine FJ, Rosich KJ. Social causes of violence: crafting science agenda. Washington DC: American Sociological Association; 1996.
7. Jenkins P. Threads that link community and family violence: Issues for prevention. Hampton RL, Jenkins P, Gullota TP. Preventing violence in America. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1996. pp. 33-52.
8. Straus MA. Beating the evil out of them: corporal punishment in American families. New York: Lexington Books; 1994.
9. Lorenz K: L'agresion. Paris: Flammarion; 1969.
10. Wilson EO. Sociobiology. The new synthesis. Cambridge, Mass.: The Belknap Press of Harvard University Press; 1975.
11. Genovés S. Expedición a la violencia. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 1991.
12. Berkowitz L. Aggression: its causes, consequences, and control. Philadelphia: Temple University Press; 1993.
13. Bandura A. Aggression: a social learning analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1973.