

Violencia contra las Mujeres

Un reto para la salud pública en México

Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres



Violencia contra las mujeres

Un reto para la salud pública en México

Informe Ejecutivo
de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Ernesto Enríquez Rubio
**Comisionado Federal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios**

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Dr. Juan Antonio Fernández Ortiz
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo
Director General de Comunicación Social

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
**Directora General del Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud Reproductiva**

Dr. Mauricio Hernández Avila
**Director General del Instituto Nacional
de Salud Pública**

Violencia contra las Mujeres

2003

Un reto
para la salud
pública en México

Colaboración en la edición del libro
Lourdes M. Chehaibar Náder

Editores

Gustavo Olaiz
Aurora del Río
Martha Híjar



Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública en México

Primera edición, 2004

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública de México

Col. Santa María Ahuacatlán

62508 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 968-6502-80-7

Impreso en México

Printed in Mexico

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer fue diseñada como instrumento de estudio, análisis y difusión de un importante problema de Salud Pública en México. A fin de cumplir con sus funciones de estudio del problema, se diseñaron dos estudios: una encuesta y un estudio cualitativo que fue guiado por los resultados de la encuesta.

El análisis de los estudios inicia con la publicación de los resultados, los cuales pueden ser consultados en la página electrónica de la Secretaría de Salud (www.salud.gob.mx) y la del Instituto Nacional de Salud Pública (www.insp.mx). Otros resultados serán publicados en revistas especializadas en el tema, según el sistema de revisión de pares.

La difusión de los resultados se hará a través de los mecanismos convencionales del Sistema de Encuestas Nacionales de Salud, donde los responsables de los programas de salud a escala federal y estatal son los principales receptores de la información.

Para la población interesada se diseñó la presente publicación que resume y documenta los principales hallazgos de la encuesta y el estudio cualitativo. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y el Instituto Nacional de Salud Pública esperan que resulte de utilidad para nuestros amables lectores.

Contenido

Introducción	11
Blanca Rico, Rosalba Rojas	
Metodología de la ENVIM	13
Aurora Franco, Oswaldo Palma, Cristina Herrera	
La violencia contra las mujeres. Una lectura de los datos cuantitativos	15
▶ Características sociodemográficas de la población estudiada	15
Violencia contra la mujer durante el ciclo de vida	16
Rosario Valdez, Leonor Rivera, Leticia Avila	
▶ Violencia durante la niñez	16
▶ Violencia durante el noviazgo en mujeres adolescentes	17
▶ Violencia durante el embarazo	18
▶ Comparaciones de la violencia antes y durante la vida de pareja	18
▶ Prevalencia de tipos de violencia con la pareja actual	18
▶ Prevalencia de violencia de pareja actual por regiones	20
Consecuencias de la violencia en la vida de pareja	21
Leticia Avila, Leonor Rivera, Oswaldo Palma	
▶ Violencia de pareja y consecuencias en la salud física	21
▶ Violencia de pareja y consecuencias para la salud emocional	22
▶ Violencia, consumo de alcohol en la mujer y su pareja	23
▶ Consecuencias de la violencia en la actividad productiva de la mujer	24
▶ La búsqueda de apoyo y sus dilemas	25
La opinión del personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres	26
Rosario Valdez, Rosalba Rojas	
La experiencia de la mujer y la percepción de los prestadores de salud sobre la violencia de pareja: un análisis cualitativo	28
Cristina Herrera, Carolina Agoff, Ari Rajsbaum	
▶ Las razones percibidas de la violencia	28
▶ El entorno familiar y la defensa de los valores tradicionales	30
▶ Trayectorias de búsqueda de ayuda	30
▶ El empoderamiento de la mujer	32
Hacia una política pública en el sector salud. Consideraciones finales	34
Carolina Agoff, Aurora Franco	
Anexo metodológico	37
Aurora Franco, Oswaldo Palma, Cristina Herrera	
Referencias bibliográficas	40

Introducción

La violencia familiar es un problema social que involucra diversas esferas como son los derechos humanos, la justicia social, la legal y la de salud pública. Este es un problema ampliamente señalado en la literatura y la prensa, que apenas en las tres últimas décadas del siglo XX se enfrenta de manera abierta y a través de políticas públicas, y es en la última década cuando inicia su abordaje en la dimensión internacional.

Así, en 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció la prevención de la violencia como una prioridad de salud pública, ya que se estima que cada año, 1.6 millones de personas pierden la vida por actos violentos. Sin embargo, se destaca que la mayor parte de los actos violentos -entre los que se encuentran los que ocurren en el seno de los hogares - no son mortales, sino que tienen como consecuencia trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, discapacidades físicas o mentales permanentes.

¿Cómo pudo permanecer oculto el problema de la violencia familiar hasta hace tan poco tiempo? ¿Cómo han podido las sociedades en todos los continentes permanecer sordas y mudas ante un problema que todos conocemos, ya que afecta a todas las culturas y clases sociales? ¿Hasta cuándo van a seguir las mujeres viviendo en condiciones que afectan su pleno desarrollo?

No es fácil responder a estas preguntas, como no lo es enfrentar el problema, precisamente porque está hilado en el tejido mismo de la estructura patriarcal y jerárquica de nuestras sociedades, donde existe una valoración discriminada de la masculinidad y la feminidad; donde la violencia como mecanismo de control, de sometimiento y obediencia ha sido considerada como “natural”, y está arraigada en la conducta aprendida y aceptada por grandes segmentos de la población.

La violencia familiar y en particular la violencia de pareja, que es la que más se explora en esta Encuesta, es parte de lo que se denomina más ampliamente violencia de género, pues representa un ejercicio de poder y control que se ejerce contra las mujeres por la condición misma de ser mujeres, cuando simbolizan plenamente el rol social establecido de debilidad, desventaja, sometimiento y pasividad.

El estigma que rodea a la violencia familiar hace que muchas de las personas afectadas no se atrevan a buscar ayuda o no sepan cómo hacerlo. Aun cuando se han dado pasos en materia legislativa y de salud, es claro que existen

todavía enormes barreras y dificultades para litigar en este campo y proponer medidas conducentes para su denuncia y tratamiento.

El sector salud ha sido reconocido como un sector estratégico para ofrecer acceso a mujeres que necesitan ayuda, ya que es un espacio que les resulta familiar y amigable; y porque ofrece la oportunidad de detectar casos de mujeres que no se atreverían a buscar ayuda, pero están sufriendo las consecuencias de vivir en condiciones de violencia.

El impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres ha sido ampliamente documentado. En México, al igual que otros países, se han realizado estudios sobre violencia familiar o de pareja, los cuales señalan que entre 28% y 72% de las mujeres la han padecido. Diferencias metodológicas y debilidades en los diseños han impedido que se puedan extrapolar al total de la población.

Es por estas razones que el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública desarrollaron la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), la primera con este acercamiento a escala nacional y comparable entre entidades federativas. La información estadística se encuentra publicada de manera oficial (Olaiz, Rico y Del Río, 2003) y también se puede acceder a través del portal de la Secretaría de Salud (www.salud.gob.mx).

En la presente publicación se intenta narrar a lectores interesados en el tema, de manera simple y directa, los resultados de la encuesta y las conclusiones a las que llega el grupo de investigadores.

Este trabajo se divide en cinco apartados: en primer término se presenta una breve descripción de la metodología utilizada; enseguida se ofrecen los principales hallazgos del abordaje cuantitativo del estudio, enfatizando varios aspectos: la violencia a lo largo de la vida de las mujeres, sus consecuencias en diversas dimensiones de la vida y la percepción de los prestadores de salud sobre este problema. A continuación se desarrollan los principales resultados del estudio cualitativo y, finalmente, se entregan algunos elementos que consideramos prioritarios para repensar el problema en su complejidad y poder iniciar su abordaje de manera integral. Por último, agregamos un anexo metodológico para aquellos interesados en este proceso de investigación de manera más exhaustiva.

Es claro que el análisis de la encuesta señala que la violencia contra la mujer es un problema de gran magnitud que nos afecta a todos y a todo el país. Su atención es indispensable para lograr una sociedad más justa y sana. El reto es alcanzar esta meta . . . mujer a mujer.

Metodología de la ENVIM

El esquema de investigación de la Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer incluyó una metodología de tipo cuantitativo y otro cualitativo,¹ realizadas por un equipo interdisciplinario, con amplia experiencia en el diseño y aplicación de encuestas y en la temática del estudio.

El abordaje cuantitativo implicó un estudio de tipo transversal, realizado en las unidades médicas de primero y segundo nivel, de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con representación de los 32 estados de la República Mexicana, entre noviembre de 2002 y marzo de 2003.

Se aplicó un cuestionario a mujeres de 15 años y más que demandaron atención en el momento del levantamiento en las unidades médicas seleccionadas. La muestra se conformó por 820 mujeres de cada Entidad Federativa y dio un total nacional de 26 240 entrevistas, lo que asegura que la población encuestada representa a la población femenina adulta que acude a los servicios de salud de instituciones públicas del país.

En todos los casos se obtuvo un “consentimiento informado” y se trabajó en condiciones de privacidad. Además, como retroalimentación, se entregó a todas las encuestadas un tríptico donde se explica el ciclo de violencia y el directorio de las instituciones que atienden a mujeres en situación de violencia en cada Entidad Federativa.

Por su parte, la fase cualitativa fue diseñada específicamente para explorar en profundidad algunos de los factores que dificultan la percepción y búsqueda de atención del problema de la violencia de pareja, desde la propia experiencia y punto de vista de los agentes sociales involucrados, en este caso los prestadores de servicios de salud y las mujeres víctimas de violencia.

El levantamiento cualitativo se realizó entre mayo y agosto de 2003 en los estados de Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal, las entidades de mayor prevalencia de violencia según los resultados de la fase cuantitativa.

Fueron entrevistadas un total de 26 mujeres, cuyas edades oscilaban en los 23 y los 72 años, con el fin de identificar, a través de sus propias narraciones, los principales factores que actúan como obstáculos o facilitadores en el proceso de

¹ En el Anexo Metodológico se encuentra referido, en detalle, todo el proceso de diseño y operación de los estudios cuantitativo y cualitativo.

búsqueda de salidas al problema de la violencia. La muestra se conformó por mujeres que estaban viviendo el problema de violencia por parte de su pareja en el momento del estudio y por mujeres que ya estaban fuera de aquél.

De manera paralela se realizaron 58 entrevistas en profundidad con prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) de tres instituciones del sector (IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud [SSA]). Se realizó también observación participante en los servicios y diario de campo en las tres entidades.

La violencia contra las mujeres. Una lectura de los datos cuantitativos

Características sociodemográficas de la población estudiada

De la muestra diseñada se logró aplicar el cuestionario a 26 042 mujeres, en las 32 entidades del país. Se observó un alto nivel de respuesta que señala, por una parte, la aceptación de las mujeres para ser entrevistadas en el tema y, por otra, la importancia de que las entrevistas se hayan realizado en condiciones de privacidad y con la sensibilidad requerida.

Dentro de las características demográficas de importancia, destaca el que las mujeres menores de 40 años representan dos tercios de las mujeres entrevistadas, y que la mayoría de ellas están casadas o viven en unión libre (74%). El nivel educativo promedio reportado es de 7.4 años; es importante señalar que todavía una de cada 10 mujeres responde no haber recibido ninguna instrucción formal o ser analfabetas. En cuanto a la condición de actividad, los quehaceres del hogar representan casi a la mitad de las entrevistadas, pero aún las que tienen trabajo fuera del hogar dedican una gran cantidad de tiempo a labores domésticas. Respecto a sus ingresos, la mayor parte de las mujeres encuestadas reciben por trabajo y/o por actividad del compañero entre 1 y 2.9 salarios mínimos mensuales.

Violencia contra la mujer durante el ciclo de vida

Se ha documentado ampliamente que la violencia a lo largo del ciclo de vida toma diferentes expresiones, lo que tiene como consecuencia que la mayoría de las mujeres experimente más de un tipo de violencia; esto provoca efectos acumulativos en su vida (Heise, Pitangy y Germain, 1994; OMS/OPS 1998) Así, en la etapa prenatal la violencia se expresa con el aborto para seleccionar el sexo de los hijos. En la infancia, la mutilación genital, el incesto y el abuso sexual, físico y psicológico, así como la prostitución infantil. Durante la adolescencia la violencia se puede manifestar de diversas formas: la violación, el acoso sexual, la prostitución forzada, así como en la relación de noviazgo. Durante el embarazo las mujeres pueden sufrir de violencia en la relación de pareja. Durante la vida adulta puede expresarse mediante violencia por parte de la pareja, la violación por parte de la misma o de terceros.

Por esta particularidad es que la ENVIM intentó explorar las principales expresiones de la violencia en la vida de las entrevistadas, desde la infancia hasta la vida de pareja.

Violencia durante la niñez

Al explorar la violencia durante la niñez se encontró que 42% de las mujeres fueron golpeadas por sus padres o familiares, 21.4% dijeron haber sido insultadas, y 16.5%, humilladas; casi la mitad de las entrevistadas señala que lo vivieron con frecuencia.

Otra forma de violencia durante la niñez es el abuso sexual. Según la OMS/OPS (1998), entre 36% y 62% de todas las víctimas de agresión sexual tienen 15 años de edad o menos. La ENVIM exploró el abuso sexual antes de los 15 años de edad, la prevalencia encontrada fue 7.6%. Frecuentemente el abuso sexual en menores ocurre dentro de la familia, y los principales agresores son otros hombres de la familia (55.7%), además del padrastro (8.2%) y padre (7.2%) (figura 1).

Al explorar el abuso sexual antes de los 15 años de edad por regiones del país, se encontró que los estados con mayor prevalencia fueron Baja California (12.1%), Baja California Sur (11.5%), Oaxaca (11%), Sinaloa (10.6%) y los estados que reportaron menor proporción fueron Aguascalientes (3%) y Zacatecas (3.8%) (figura 2).

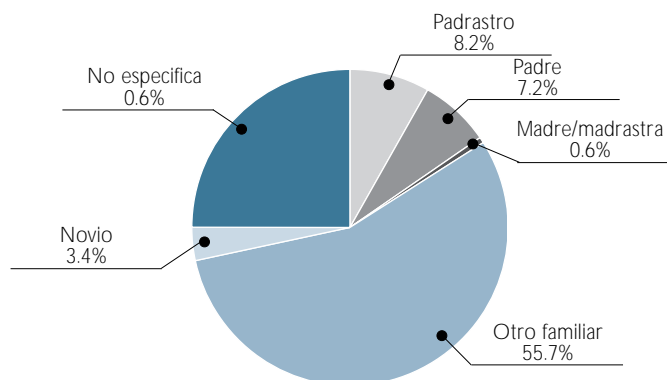


Figura 1. Distribución de mujeres que sufrieron abuso sexual antes de los 15 años de edad según agresor. ENVIM 2003

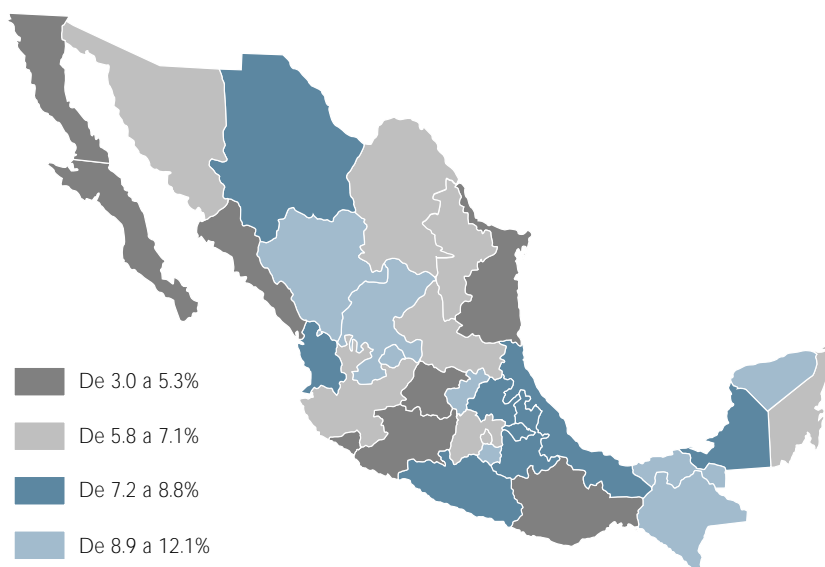


Figura 2. Prevalencia de abuso sexual antes de los 15 años por entidad. ENVIM 2003

Violencia durante el noviazgo en mujeres adolescentes

Esta población se constituye por las mujeres menores de 20 años que acudieron a los servicios de salud pública para atenderse y que refirieron ser solteras y haber tenido o tener novio, su total fue de 1 122 mujeres, que corresponde a 4.3% de la población encuestada.

La violencia durante el noviazgo no es un evento poco común, se estima que entre 8% a 58% de las mujeres sufren de violencia en esta etapa. (McKinney, K. 1986; Stets, J. E. & Pirog-Good, M.A. 1989; White, J. W., & Koss, M.P. 1991; Bookwala 1992). Debemos considerar que las estimaciones sobre la magnitud del problema varían debido a la metodología y a la definición del mismo.

En nuestro estudio, se encontró que 10.2% de las mujeres adolescentes refieren violencia en las relaciones de noviazgo. Al clasificar la violencia durante el noviazgo por tipos, se encontró que la más frecuente fue la violencia psicológica (9.4%), seguida de la violencia física (4.1%), la cual se caracterizó principalmente por actos como los empujones y los golpes con la mano y, por último, la violencia sexual con 2.1%. Es importante hacer notar que la sumatoria por tipo de violencia es mayor que la prevalencia referida para este grupo debido a adolescentes que mencionan más de un tipo de violencia.

Violencia durante el embarazo

Los hallazgos respecto a la prevalencia y caracterización de la violencia durante el embarazo han sido ampliamente documentados por otros autores (McFarlane, Parker, y Soeken, 1996; Gazmararian *et al.*, 1996; Valdez y Sanín, 1996). En la ENVIM se pudo corroborar, por ejemplo, que la cuarta parte de las entrevistadas refirieron haber sufrido este tipo de maltrato en alguno de sus embarazos. Esta clase de violencia se caracterizó principalmente por humillaciones (8.4%), el ser obligadas por su pareja a tener relaciones sexuales (6.3%), y por golpes (5.3%). El embarazo no protege a las mujeres de la violencia, ya que 48.6% de las mujeres maltratadas antes del embarazo señaló que la violencia se mantuvo igual durante el periodo de gestación, y para 25.8% de ellas, ésta incluso empeoró. Un 4.4% de mujeres, del total de entrevistadas, refirió haber sido pateada y golpeada en el abdomen mientras estuvo embarazada.

Comparación de la violencia antes y durante la vida de pareja

La violencia que inicia durante el noviazgo se recrudece en la vida de pareja, ya sea en términos de frecuencia o de severidad. Al comparar la prevalencia de violencia durante el noviazgo con la que se presenta durante la vida de pareja, observamos que ésta aumentó en forma importante para todos los tipos de violencia, esto es para la violencia psicológica, la violencia física y la violencia sexual que, por lo menos, se duplican (figura 3).

Prevalencia de tipos violencia con la pareja actual

La violencia en la pareja actual incluye cualquier tipo de maltrato, ya sea psicológico, físico, sexual o económico que han experimentado las mujeres por

parte del esposo o compañero en los últimos 12 meses. La prevalencia de la violencia por parte de la pareja actual es de 21.5% para el conjunto del territorio nacional. A este dato cabe agregar que para 3% de las mujeres esta violencia es de tal severidad que se considera están en peligro de muerte.

Las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual fueron las siguientes: psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y económica 5.1% (figura 4). La desagregación en esta tipología nos permite identificar que las mujeres pueden sufrir más de un tipo de violencia, y que algunos tipos de violencia son difícilmente reconocidos por las mujeres.

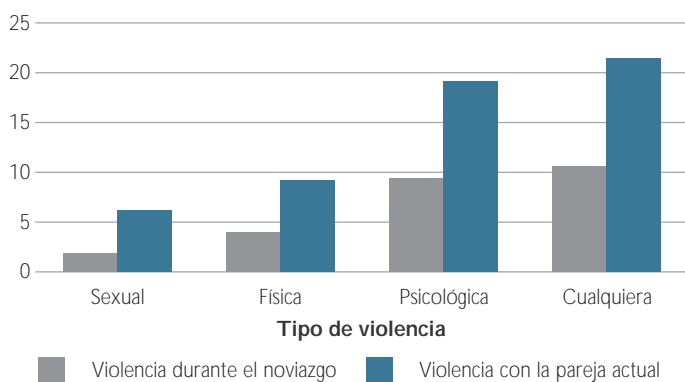


Figura 3. Prevalencia de abuso sexual antes de los 15 años por entidad. ENVIM 2003

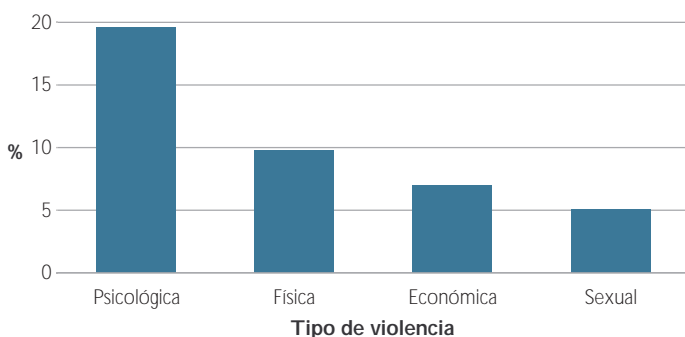


Figura 4. Tipo de violencia de pareja actual. ENVIM 2003

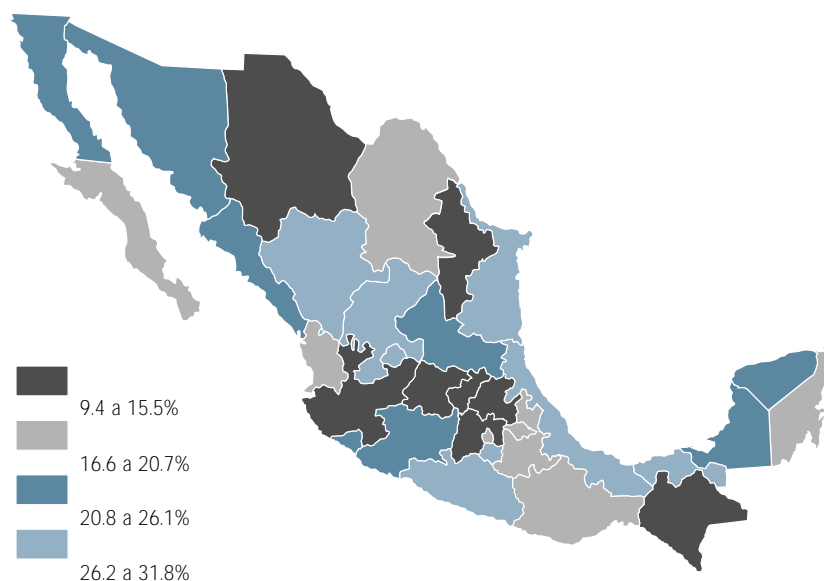


Figura 5. Distribución de la población con violencia de pareja actual por entidad federativa. ENVIM 2003

Prevalencia de violencia de pareja actual por regiones

Conocer la distribución de la violencia de pareja actual por entidad federativa es uno de los aspectos más relevantes de la presente encuesta, ya que por primera vez permite tener un diagnóstico nacional de este tópico. Por otro lado, conocer la prevalencia en entidades en las que nunca antes se habían levantado estudios específicos, representa un avance significativo en el estudio de esta problemática.

En el ámbito nacional, la prevalencia de violencia con la pareja actual fue de 21.5%. Las cinco entidades con mayor índice de violencia de pareja actual, por orden descendente fueron Quintana Roo, 10 puntos por arriba de la prevalencia nacional; le siguieron Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca. El estado con la menor prevalencia fue Aguascalientes con 9.4%, casi tres veces por debajo de la prevalencia nacional. Esto significa que el rango en el que se encuentran las entidades federativas es muy amplio, situación que no debe confundir la relevancia del problema, ya que aún en los estados que acusan menor prevalencia, ésta sigue siendo muy elevada (figura 5).

Consecuencias de la violencia en la vida de pareja

La violencia tiene diversas consecuencias que incluyen las lesiones físicas, problemas de salud mental, así como repercusiones económicas que van desde los gastos relacionados con la atención a la salud, hasta impactos desfavorables en la actividad productiva de la mujer (Hijar *et al*/2003; Morrison y Orlando, 1999; Bustillos *et al*, 2002). Es por esto que en la encuesta se incluyó un apartado que trata de identificar el impacto de la violencia en cuatro dimensiones: la salud física, el malestar emocional, la utilización de servicios de salud y la actividad productiva de la mujer.

Violencia de pareja y consecuencias en la salud física

De las 1 264 mujeres que reportaron violencia por parte de la pareja actual, 23.5% tuvo algún tipo de consecuencia para su salud, esto representa 4.8% del total de mujeres entrevistadas. En su mayoría las mujeres declararon haber tenido moretones y dolores en el cuerpo (figura 6). Estas lesiones se localizaron principalmente en extremidades superiores y en la cabeza.

Dentro de las lesiones físicas provocadas por la violencia destacan aquellas que se presentaron durante o posterior a una relación sexual en el último año; así, 11.4% refiere que tuvo algún tipo de daño, 9.8% que tuvo infecciones genitales y 8.4% experimentó sangrado vaginal o anal por el maltrato.

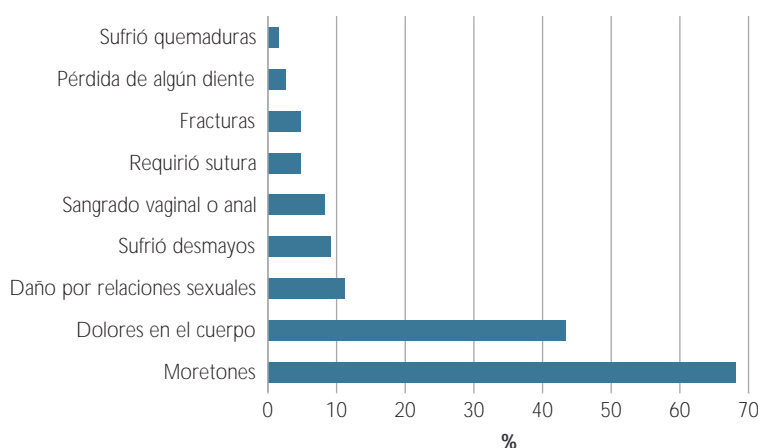


Figura 6.
Consecuencias del maltrato. ENVIM 2003

Es importante señalar que para las mujeres en las que el maltrato físico tuvo alguna consecuencia para su salud son quienes presentaron más de un tipo de lesión. De éstas 30% (386 mujeres) tuvo necesidad de utilizar los servicios de salud para atender las consecuencias de la agresión, la que se distribuyó de la siguiente manera: 86.5% en consulta externa y urgencias, y 13.5% en hospitalización, lo que señala la severidad de las lesiones infligidas por la pareja.

Violencia de pareja y consecuencias para la salud emocional

Como ha sido documentado, la violencia tiene severas consecuencias en la salud emocional de las mujeres (Koss, 1990; Gleason, 1993; Ramos, Saltijeral y Caballero, 1996)) Por esto se consideró necesario evaluar dicho impacto en las mujeres, utilizando la Escala de Salud Personal (ESP), que tiene como objetivo identificar una variedad de malestares mentales, incluyendo depresión, ansiedad y trauma (Mezzich *et al*, 1996) y que ha sido utilizada en estudios previos de violencia (Ellsberg, 1999).²

Del total de las mujeres entrevistadas, 15.6% pudo ser identificada como caso de malestar emocional. Asimismo, se encontró una clara relación entre la violencia y su salud emocional. Los antecedentes de violencia en la infancia son 1.7 veces más frecuentes entre las mujeres que acusan malestar emocional, en comparación con las que no lo tienen (figura 7).

Con relación a la violencia durante el embarazo, los antecedentes de haber recibido patadas o golpes en el abdomen son dos veces más frecuentes

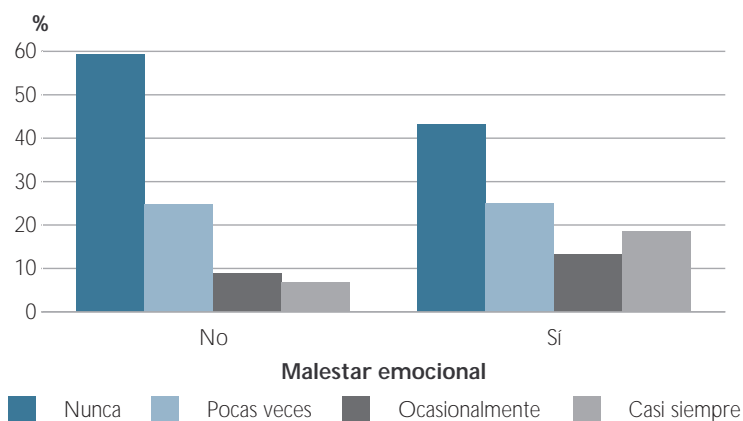


Figura 7. Malestar emocional y violencia en la niñez. ENVIM 2003

² En el Anexo Metodológico se detalla su construcción.

entre las mujeres con malestar emocional en comparación con las que no lo presentan. De igual manera, se observa una clara asociación entre el malestar emocional y la violencia de la pareja actual. Así, los casos de violencia de pareja son algo más del doble en las mujeres que tienen malestar emocional en comparación con las mujeres que no lo refieren (figura 8).

Violencia, consumo de alcohol en la mujer y su pareja

Diversos estudios han documentado que el haber sido víctima de violencia en la niñez se asocia con un mayor consumo de alcohol (Dore, Doris y 1995; Straus y Cantor, 1994; Walter, Unutze y Rutter, 1999). Este estudio corrobora estos hallazgos al encontrar que la mayor proporción de mujeres que consumen frecuentemente alcohol está entre quienes refirieron mayor severidad del maltrato por parte de los padres. Por el contrario, la mayor proporción de las mujeres que no consumen alcohol se encontraron entre las que no mencionaron este tipo de experiencias (figura 9).

Por otra parte, la violencia contra la mujer y el consumo de alcohol por su pareja están fuertemente asociados. En la figura 10 observamos que la frecuencia de la violencia se incrementa a medida que lo hace el consumo de alcohol de la pareja, y llega a ser tres veces superior cuando la pareja consume alcohol todos los días o casi todos los días.



Figura 8.

Malestar emocional y violencia de pareja. ENVIM 2003



Figura 9. Antecedentes de maltrato en la infancia y consumo de alcohol de la mujer. ENVIM 2003

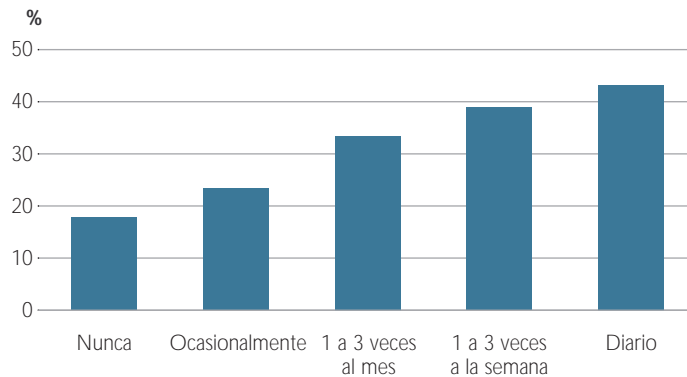


Figura 10. Violencia de pareja, según consumo de alcohol del hombre. ENVIM 2003

Consecuencias de la violencia en la actividad productiva de la mujer

La violencia tiene repercusiones económicas que se expresan no solamente en la utilización de servicios de salud sino también en la actividad productiva de la mujer. El 6.9% de las mujeres entrevistadas reportaron que se han visto en la necesidad de cambiar de trabajo y una de cada 20 ha perdido su empleo alguna vez como consecuencia de la violencia sufrida. El efecto del maltrato también

tiene otros efectos como el ausentismo laboral; con relación a éste último, una de cada 10 mujeres maltratadas dijo haber faltado a su trabajo como consecuencia directa de la violencia.

La búsqueda de apoyo y sus dilemas

Se exploró la existencia de redes familiares y comunitarias con las que cuentan las mujeres maltratadas, ya sea para la búsqueda de apoyos legales o de atención médica, así como la respuesta de estas redes hacia sus solicitudes.

Se observó que, del total de mujeres que reportaron haber acudido a buscar algún tipo de apoyo, los que más frecuentemente los escuchan con atención son las amistades, los sacerdotes o líderes religiosos, las vecinas y las organizaciones no gubernamentales (ONG). En menor proporción, las mujeres se acercan al personal de salud (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales). Solamente 18.4% de las mujeres comentó sobre su situación de maltrato con el personal de salud que las atendió, las razones más importantes que argumentan para no hacerlo es porque no tienen confianza (50.4%), o porque les dio “pena o vergüenza” (31.7%), porque lo consideran “algo muy privado” (18.3%), o porque el personal de salud tiene poco tiempo para atenderlas (9.1%).

En general, la búsqueda de apoyo legal es poco regular, solamente 18.6% de las mujeres refirieron haber acudido a este tipo de instancias.

La opinión del personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres

Como se ha evidenciado en las secciones anteriores, las consecuencias físicas y emocionales ocasionadas por la violencia hacia las mujeres tienen un impacto importante en su salud, tanto física como mental, en su capacidad productiva, además de ser un motivo de demanda de atención en los servicios de salud. A pesar de ello, las mujeres maltratadas pasan inadvertidas en los diferentes servicios de salud (Bowker, & Maurer, 1987; Híjar, Lozano, Valdez, Blanco, 2002; Valdez, 2004).

Sin embargo, esto no es privativo de nuestro contexto, pues aún en países donde existen protocolos de identificación y políticas escritas en los diferentes niveles de atención a la salud, tales como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá e Inglaterra (Council on Scientific Affairs, 1992, Ferris, 1994; Williamson, 2000), la identificación y atención de las mujeres maltratadas constituye un reto para cualquier sistema de salud. Entre las razones más frecuentes se encuentran: a) la falta de capacitación por parte del personal de salud; b) las limitaciones del tiempo en los saturados servicios de salud; y c) la renuencia del personal de salud a enfrentar de manera directa la violencia sufrida por las mujeres en el ámbito familiar.

Por esta razón se incluyó durante el levantamiento de la ENVIM un cuestionario de autoaplicación voluntaria para todo el equipo de salud. El objetivo fue explorar sus conocimientos y opiniones acerca de la violencia que sufren las usuarias de los servicios de salud a quienes ellos atienden.

En total respondieron 2 638 trabajadores de la salud. La mitad de ellos tenía menos de 40 años de edad; 772 eran hombres y 1 866 mujeres, y la mayoría (64.7%) estaban casados o vivían en unión libre. Su composición por ramas profesionales fue la siguiente: médicos (38%), enfermeras (37.4%), trabajadores sociales (19.8%) y psicólogos (4.8%).

Un aspecto que se exploró fue la familiaridad del personal de salud con la identificación de mujeres maltratadas. Así, de todos los encuestados, 83.3% ha tenido la experiencia de identificar a lo largo de su práctica profesional algún caso de mujeres maltratadas por su pareja.

Las razones que los profesionales de la salud consideraron como la principal causa que origina que un hombre sea violento contra una mujer dentro de su relación de pareja, es el hecho de haber presenciado durante la infancia situaciones de violencia. En segundo lugar ubicaron a la falta de educación y, por último, los factores psicológicos de los implicados en la

relación de pareja, como la personalidad violenta del hombre y el masoquismo en la mujer.

Sobre la atención a las mujeres víctimas de violencia familiar, 22.1% de los encuestados respondió que en la institución donde labora existen protocolos o procedimientos de rutina para su manejo. El 70% indicó que conocía alguna institución u organización a la que podría referir a las víctimas de violencia familiar, y 54.6% contestó que en su entidad existen leyes que protegen a la mujer que sufre violencia por parte de su pareja.

Se exploraron las barreras instituciones que dificultan la detección de mujeres maltratadas por su pareja; la principal causa referida por el personal entrevistado fue la inexistencia de protocolos de detección o para el manejo de casos. En segundo lugar, la falta de privacidad en la consulta y la falta de políticas institucionales que legitimen la participación del personal de salud en esos casos. Como principal factor individual consideran el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer y, en segundo lugar, el que la violencia en la familia sea un problema privado y que al personal de salud no le corresponde intervenir en esos casos. Esto coincide con otros estudios realizados tanto nacional como internacionalmente (González, 2004; Valdez, 2004; Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar; 1993).

La mitad de los encuestados señaló realizar preguntas específicas para identificar casos de mujeres maltratadas por su pareja sólo cuando tienen sospecha de que se trata de un caso; una cuarta parte lo hace de forma rutinaria o con frecuencia, y el resto rara vez o nunca.

Por último, un aspecto fundamental fue conocer la proporción de prestadores de salud que conocieran la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 "Prestación de servicios de salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar". Así, a tres años de publicada, del total de entrevistados sólo 18.5% dijo conocerla, de éstos 42.2% conoce bien su contenido y el resto solo ha oído hablar de ella. El 84% de los que conocen la NOM-190-SSA1-1999 está de acuerdo con su aplicación.

Menos de 20% de estos prestadores de servicios de salud ha sido convocado a tomar algún curso sobre violencia familiar, doméstica o contra las mujeres en la institución donde trabaja y, de ellos, 80% consideró positivamente esta opción formativa. A pregunta expresa, la mayoría (91.2%) está interesada en capacitarse sobre el tema de violencia familiar y contra la mujer. Además les gustaría que se incluyeran en la capacitación los aspectos legales para el apoyo de las víctimas, el impacto de la violencia sexual en las mujeres, estadísticas nacionales y regionales, cuáles son las instituciones especializadas para canalizar a las víctimas, así como aspectos psicológicos del maltrato para poder ayudar a las mujeres.

La experiencia de las mujeres y la percepción de los prestadores de salud sobre la violencia de pareja: un análisis cualitativo

El análisis de los datos del estudio cualitativo permite afirmar que la violencia del hombre contra la mujer en una relación de convivencia es un problema que involucra un conjunto complejo de relaciones con el entorno social, que favorece la aparición de la violencia, la perpetúa o contribuye a su solución.

La desigualdad primordial entre los sexos, cuya manifestación más radical queda puesta en evidencia en la violencia que el hombre ejerce sobre la mujer, es un fenómeno que resulta de la reproducción de pautas de relación y valores por parte de diversos agentes sociales, tales como familiares, vecinos, amigos, funcionarios o prestadores de salud. Los roles de género y los modos de relación prescritos por la moral dominante no avalan necesariamente la violencia, pero con frecuencia la hacen tolerable y con ello contribuyen a su naturalización.

Las razones percibidas de la violencia

La percepción subjetiva de la mujer acerca de las razones a las que obedece la violencia de su pareja está asociada al modo en que ella vive este maltrato, así como a sus umbrales de tolerancia.

Analizando los relatos de las mujeres es posible establecer una relación entre las razones que ellas atribuyen a la violencia y los diferentes grados de responsabilidad que otorgan al agresor. De este modo, la distinción entre “causas” y “motivos” de la violencia –hecha con fines analíticos–, permite vislumbrar el grado de intencionalidad atribuida a la acción violenta que el hombre ejerce sobre la mujer y la justificación de esta acción.

Se evidencia entonces en sus testimonios que, mientras que los motivos involucran intenciones conscientes y voluntad de maltrato por parte de la pareja, las razones de la violencia que ellas expresan como causas son ajenas a la voluntad del hombre violento y responden a una naturaleza externa. Entre las causas de la violencia se mencionan el machismo reinante en la sociedad, problemas no resueltos en la infancia del cónyuge, características psicológicas como inseguridad o necesidad de ser reconocido y el consumo de alcohol. En estos casos, la violencia se experimenta como una reacción del hombre que está “fuera de sí” y la mujer parece des-responsabilizar a la pareja, quien supuestamente la maltrata impulsado por razones ajenas a él.

Algunos prestadores de salud, en especial las de sexo femenino y que por su práctica profesional y grupo social podrían identificarse más con las usuarias,

suelen compartir este tipo de concepciones y atribuir la violencia a problemas psicológicos y de pareja, de los cuales ellas, por su nivel educativo, consideran estar excluidas o protegidas. Desde esta perspectiva, los hombres son violentos por problemas de familia, frustraciones sociales o traumas de la infancia, y las mujeres lo toleran por debilidad e ignorancia. Encontramos este tipo de percepción con más frecuencia entre las enfermeras, un grupo de trabajadoras sociales y algunas médicas. La consecuencia más inmediata de esta manera de ver a la violencia y a quienes la padecen es la convicción de que “nada se puede hacer” más que servir de paño de lágrimas a las pacientes.

Para las mujeres maltratadas, los motivos revelan intenciones que pueden tener diversos fines. Aquí la violencia es descrita como un mecanismo disciplinario que sirve para encauzar, imponer o castigar ciertos comportamientos de la mujer.

Entre los motivos que ellas adjudican a la violencia del hombre se puede distinguir, por un lado, la defensa por parte de él, del ejercicio irrestricto de una libertad que se siente con derecho a gozar. Si ella manifiesta algún intento de “control” de este ejercicio, él la maltrata para imponer su voluntad y re-encauzar la relación de sumisión. Por otro lado, el maltrato tiene como fin imponer ciertas conductas o prohibir otras. Esto se manifiesta en la reglamentación de su modo de vestir, de las personas con quienes puede o no relacionarse, en la posibilidad o no de trabajar, o sobre el cumplimiento de ciertas tareas hogareñas. Esta reglamentación del comportamiento encuentra su justificación en ciertas expectativas morales de “feminidad” y tiene como objetivo, también, conjurar la infidelidad femenina, situación que los hombres violentos suelen vivir como una constante amenaza, tengan o no motivos para ello.

Al respecto, resulta interesante observar que si la mujer interpreta la violencia como una expresión de celos o como sospecha de infidelidad, ésta puede ser tolerada, ya que se interpreta como manifestación de “afecto”.

Un grupo importante de prestadores de salud considera la violencia como producto del machismo que predomina en la sociedad y por lo tanto como un problema de inequidad que, por sus raíces históricas y culturales, cuesta erradicar. La impotencia que manifiestan frente a la violencia sufrida por algunas de las usuarias está muy relacionada con la incapacidad de éstas para salir de su situación, precisamente por valores de género según los cuales la violencia es parte “natural” de toda relación de pareja, y debe ser tolerada como un mal menor frente a la alternativa de ser una mujer sola. En el imaginario social de la población en estudio (que comparten tanto las mujeres como muchos prestadores de salud), la mujer sin pareja no sólo se enfrenta a la posibilidad de la pérdida del sustento económico y el de sus hijos, sino también a la de su valía como mujer ante la sociedad.

El entorno familiar y la defensa de valores tradicionales

Las mujeres entrevistadas con frecuencia relatan situaciones de conflicto con sus parejas vinculadas a la injerencia de otros miembros de las familias. La costumbre extendida de la cohabitación con la familia del hombre al iniciar la vida de pareja parece favorecer ciertos conflictos al interior que se relacionan con la disputa del poder de quienes detentan el control de ese espacio habitacional.

Se trata, en particular, de las figuras de la suegra o eventualmente de las cuñadas, quienes suelen ejercer ese poder al expresar juicios morales sobre la mujer, que no responde a las expectativas depositadas en ella como nuevo miembro de la familia. Los argumentos que aquí se esgrimen están relacionados a cuestiones como:

1. el tipo de familia del cual ella procede (“no ser de buena familia”);
2. las obligaciones de ella en la casa, vinculadas a los roles más tradicionales de género como ser una buena ama de casa o madre (ser “cochina”); y
3. su conducta sexual pasada (ser una “cualquiera” o una “fracasada”).

Se apela a cualquiera de estos argumentos para devaluar a la mujer y esto favorece dos aspectos de la violencia: el hombre ve justificado el maltrato por tener que “soportarla” en su condición de “devaluada”, y los otros miembros de la familia, así como ella misma, se muestran tolerantes a los maltratos, que resultan “merecidos”.

Sin embargo, la vulnerabilidad de la mujer no está dada sólo por su pareja y la familia de ésta, sino por la propia, ya que los miembros de su misma familia suelen recordarle los roles de géneros establecidos como “normales y correctos”. Estas expectativas tradicionales de comportamiento femenino no necesariamente avalan la violencia, pero toleran su manifestación como castigo merecido a las obligaciones no cumplidas. Se observa con frecuencia que el mandato familiar ante los problemas conyugales de las hijas es recordarles el deber de “cargar con su cruz”.

La violencia en la relación de pareja se ve favorecida por la pugna de valores familiares a los que cada uno de los cónyuges se mantiene leal. Resulta paradójica la discrepancia entre los ideales de familia nuclear y la realidad de la historia, composición y dinámica de cada familia.

Trayectorias de búsqueda de ayuda

La búsqueda de ayuda para resolver el problema de la violencia conyugal puede comenzar después de años de maltrato. Es frecuente que durante ese lapso la mujer intente algunas acciones para corregir la conducta de su pareja, pero la trayectoria de búsqueda de ayuda se pone en marcha verdaderamente cuando hay

un incremento en la intensidad o un cambio en el tipo de violencia, junto con la posibilidad de apoyo por parte de algún conocido o pariente, que alienta a la mujer a denunciarla. En general, cuando se deciden, las mujeres combinan los tipos de búsqueda: informal con las personas de su entorno social inmediato, que suelen acompañarlas a solicitar apoyo, y la formal en diversas instancias de atención.

En cuanto a las redes informales, encontramos la experiencia de aquellas mujeres que han contado con apoyo para salir del problema de la violencia, muy frecuentemente por medio de otras mujeres (amigas, madre, hermanas, vecinas, etcétera), pero también de los hijos.

Un hallazgo de este estudio es que las mujeres reportan no acudir a los servicios de salud por problemas de lesiones o malestares causados por la violencia. Cuando existen estas lesiones, es común que la amiga, la comadre o algún pariente les proporcionen remedios caseros o apoyo moral. Quienes sí suelen recurrir a los servicios son las mujeres que no cuentan con este tipo de redes informales, como suele suceder con las que migraron de localidad o estado.

Las mujeres maltratadas con frecuencia evitan acudir a los servicios de salud, ya sea porque no confían en los prestadores o bien porque no quieren ser señaladas. Los motivos que suelen aducir en estos casos son vergüenza y desconfianza en el personal de salud. En localidades pequeñas, donde “todos se conocen” la tendencia a evitar ser vistas en los servicios públicos es más marcada, excepto en aquellos lugares donde la ausencia de redes sociales es más fuerte, como es el caso de las zonas de alta movilidad poblacional.

Es importante señalar también que, en muchos de los casos, las mujeres no acuden a los servicios porque sus parejas “no se lo permiten” o bien les exigen ser acompañadas por ellos u otros familiares.

Las entrevistas a prestadores de diferentes profesiones y servicios confirman este hallazgo: los casos explícitos de violencia son escasos en los servicios y en general se trata de mujeres que llegan a urgencias en condiciones de suma gravedad, o en estado de inconciencia, llevadas por algún un vecino/a o pariente que refiere las causas reales de la lesión. En estos casos la pareja no aparece en el servicio.

Cuando no tienen otra opción las mujeres acuden a los servicios, pero con frecuencia ocultan las verdaderas causas de las lesiones que presentan. De acuerdo con un importante grupo de prestadores de salud, es posible detectar casos de maltrato de manera indirecta, es decir, cuando las mujeres consultan por otros padecimientos (propios o de sus hijos) que pueden interpretarse como secuelas de la violencia vivida en el hogar. Según estos prestadores, es más grave y persistente la violencia psicológica, que suele manifestarse con signos como la ansiedad, la dificultad para respirar o para dormir, la depresión o el descuido de sí misma y de los hijos, que las lesiones físicas propiamente dichas, las cuales probablemente han desaparecido al momento de la consulta.

La violencia puede ser detectada entonces en los servicios de consulta de primer nivel cuando los prestadores, ante cuadros emocionales o físicos sospechosos, motivan a la mujer a hablar de las circunstancias que rodean su malestar. Según estos profesionales, la violencia es un problema muy extendido pero invisible, y su ocultamiento por parte de las mujeres no siempre obedece a que éstas teman a las consecuencias de la denuncia, sino simplemente a que “para ellas eso no es violencia, hasta que uno se los dice”.

En el proceso de búsqueda de ayuda, las mujeres suelen acudir directamente a las instituciones oficiales encargadas del manejo legal del problema, a fin de levantar un acta. En el curso de la relación violenta es común que denuncien a su pareja ante estas instancias más de una vez, muchas veces aconsejadas por otra persona “para que queden antecedentes”, por si eventualmente quisieran solicitar un “divorcio por necesidad”. Pero la mayor parte de las veces, se denuncia sólo con la intención de amedrentar al agresor.

Existen también muchas “denuncias fallidas”, que a menudo son fruto de la reacción de los funcionarios que las atendieron en dichas instituciones. Estos suelen responder con todas las representaciones rígidas de género que contribuyen a la violencia (“señora, ¿para qué se casó?”). Otras veces lo que desalienta a las mujeres es el procedimiento al que deben someterse, combinado con la falta de voluntad del personal que les causa molestias o humillaciones.

Varios prestadores de salud comentaron que muchas mujeres acuden a los servicios de salud en segunda o tercera instancia, después de haber tenido experiencias frustrantes en otras instituciones, en especial el Ministerio Público.

El empoderamiento de la mujer

Algunas mujeres entrevistadas evidencian la apropiación y desarrollo de recursos que posibilitan su empoderamiento, entendido como el desarrollo de habilidades para el ejercicio del poder en el ámbito privado y social. Estos recursos pueden ser de carácter material (por ejemplo, independencia económica), social (redes de apoyo) o simbólico (entre otros, la posibilidad de estudiar, o el desarrollo de una conciencia de derechos, entre otros).

La capacidad de trabajar fuera del hogar, que comúnmente es resultado de la contingencia, es una fuente muy importante de empoderamiento. Debido a la falta de sostén económico del marido por desempleo, o a lo poco que él aporta para la manutención de la familia, o sencillamente a que se les ha presentado la posibilidad, las mujeres “descubren” su capacidad de trabajar y ganar dinero y esto fortalece su autoestima y la percepción de lo que son capaces de hacer. A su vez, esta experiencia de trabajo les permite contemplar la separación del hombre violento como una solución a su problema, pues logran demostrarse a sí mismas que no necesitan de él para sobrevivir y llevar adelante a la familia.

En las mujeres más jóvenes hay indicios de empoderamiento a través del estudio, que posibilita, por un lado, aprender, informarse y capacitarse, pero también favorece un contacto asiduo con compañeros y, por tanto, el desarrollo de redes sociales que pueden eventualmente servir de apoyo.

En los casos de mujeres que han relatado experiencias de contacto con instituciones de ayuda a la mujer, los signos de empoderamiento resultan aún más evidentes. Dado que estas instituciones focalizan su ayuda en el fortalecimiento de las capacidades de la mujer, estas entrevistadas evidencian la apropiación de un discurso y una práctica de empoderamiento femenino.

El empoderamiento se expresa en casi todos los casos mediante la metáfora del despertar, del “abrir los ojos” y revela un cambio de actitud hacia la violencia ejercida por la pareja. Los indicios de empoderamiento descritos no conducen necesariamente a la decisión de separarse, sin embargo pueden facilitar un cambio de posición de la mujer respecto del hombre, quien manifiesta “no dejarse más”.

Hacia una política pública en el sector salud. Consideraciones finales

Es importante destacar el hecho de que la Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer se haya realizado. La SSA asumió el liderazgo para identificar la frecuencia y las modalidades de violencia que sufren las mujeres en México.

Que una de cada cinco mujeres vivan en una relación violenta nos ubica en una posición intermedia en el ámbito internacional. Esta situación refleja los niveles de pobreza y nivel educativo de nuestra población. Dos de cada tres mujeres han vivido situaciones de violencia durante su vida, lo cual señala que las mujeres en México se enfrentan a la violencia desde una etapa temprana. Los números son relevantes, señalan la necesidad y la premura de iniciar acciones preventivas efectivas y de apoyar aquellas que ya lo sean.

Un importante hallazgo de esta encuesta es el haber podido identificar el bajo porcentaje de mujeres objeto de violencia de pareja que demandan atención médica formal, ya que la mayoría de los estudios que se han realizado hasta la fecha en nuestro país se han reducido sólo a este sector de la población. Si bien en dichos artículos se ha referido que las lesiones que demandan atención hospitalaria son sólo la punta del iceberg y que la mayoría de estos eventos no se informan, el haberlo podido documentar, a través de la encuesta, es de gran valor ya que señala la necesidad de instruir a los prestadores de servicios a buscar activamente este problema de salud.

Es claro que este fenómeno, cuando se expresa en violencia física, es visible; sin embargo, otros tipos de violencia no son tan fácilmente demostrables. Así, otro hallazgo son las consecuencias mediatas y tardías, particularmente las emocionales, de haber sido víctima de la violencia, que poco se han documentado en estudios que sobre este tema se han realizado en México y en otros países.

Por otro lado, los resultados obtenidos nos permiten establecer una correlación entre la condición de trabajo remunerado y la derechohabiencia de la mujer con una mayor utilización de servicios de salud formales, de parte de mujeres víctimas de violencia de pareja, en comparación con aquellas que no poseen estas condiciones. Esto implica que frente a un mismo fenómeno hay en el país grupos de mujeres más desprotegidas y en mayores condiciones de desigualdad.

Lo anterior conduce a reflexionar acerca de las limitaciones que pudieran presentarse en la aplicación de la Norma Mexicana para la Atención Médica de la Violencia Familiar, debido a las principales características que presenta el fenómeno y que han sido estudiadas en este trabajo. Estos resultados señalan la necesidad

de rediseñar la normatividad y el modelo de atención de los servicios de salud para mejorar el diagnóstico y la atención de la violencia, ya que:

- En su estructura actual, y en el mejor de los casos, su aplicación queda limitada a menos de la mitad de las mujeres que sufren violencia, pues no son capaces de identificarla, lo que obliga a trabajar en nuevas estrategias para su detección.
- La demanda a los servicios de salud está supeditada a la gravedad de las lesiones ocasionadas, y se limita a la salud física, marginando los aspectos relacionados con la salud mental o sus secuelas.
- El personal de salud no está familiarizado, o no se quiere ver involucrado, debido al contexto institucional poco favorable para la atención de este problema, y su participación se limita, en la mayoría de los casos, a atender la causa visible de la demanda de servicio médico.
- La mujer objeto de violencia de pareja no confía en el personal de salud, especialmente en el médico, para tratar el tema, lo que dificulta su detección y por consecuencia su notificación y seguimiento.

En otro plano de reflexión, es importante señalar los aportes de las metodologías -tanto cuantitativas como cualitativas- empleadas para el diagnóstico de la violencia de pareja, ya que nos permiten avanzar en el conocimiento de este grave problema de salud pública, desde el punto de vista epidemiológico (Corsi, 1999), a la vez que identificar los determinantes sociales que participan en su ocurrencia, y que pocas veces son considerados en el campo de la salud pública. La combinación de ambas metodologías fortalece la trascendencia de los resultados.

Por otro lado, no se debe perder de vista que la violencia contra la mujer, como problema de salud pública, tiene claras y profundas repercusiones en la vida cotidiana, como causa de muerte y de discapacidad. Los casos de lesiones físicas como consecuencia de la violencia de pareja provocan cambios de roles y de actividades cotidianas por un periodo que puede ser prolongado y, en algunos casos, de manera permanente. A todo lo anterior habrá que agregar el impacto sobre la salud mental y sus efectos a largo plazo, los cuales pocas veces han sido incluidos en la investigación de este problema. En resumen, la violencia contra la mujer es un riesgo a la salud que deja una marca profunda en las personas que se ven involucradas, debido a todas las esferas afectadas, que van desde la física, hasta la emocional, la económica, la familiar y la social.

Por último, es importante apuntar que el fenómeno de la violencia de pareja va más allá de las lesiones físicas e incluye el maltrato psicológico, el abandono y el maltrato sexual, problemas que han sido detectados como consecuencias mediatas y tardías de este problema. La depresión, la baja autoestima, los desórdenes postraumáticos, la ansiedad y el suicidio, son tan importantes de estudio como las fracturas, las heridas, las quemaduras y los homicidios. Es

fundamental el desarrollo de investigaciones donde se aborde este problema incluyendo los daños a la salud mental, en dos aspectos, como consecuencia y causa del problema. Es necesario definir mejor el papel que ha de desempeñar el sector salud, tanto en la prevención como en las respuestas a las necesidades de las víctimas de la violencia. Análisis contextuales nos ayudarán a equilibrar la participación del sector salud y de otras instituciones y disciplinas en su tratamiento, atención y prevención, con el fin de perfilar acciones y compromisos integrales.

Anexo metodológico

Como se señaló, el esquema de investigación de la Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer consideró una metodología de tipo cuantitativo y otro cualitativo, que se describen a continuación.

1. Metodología cuantitativa

Para poder llevar a cabo la metodología cuantitativa se recurrió a la aplicación del diseño de estudio epidemiológico de tipo transversal. Dicho estudio se llevó a cabo en las unidades médicas de primer y segundo nivel, de la SSA, el IMSS y el ISSSTE, con representación de los 32 estados de la República Mexicana, entre noviembre de 2002 y marzo de 2003.

Se definió como sujeto de estudio a todas las mujeres de 15 años y más, usuarias de los servicios de primer y segundo nivel del sector salud. Se aplicó el cuestionario correspondiente a todas las usuarias que demandaron atención en el momento del levantamiento de la encuesta en las unidades médicas seleccionadas.

Para unificar las respuestas de las usuarias y obtener información con resultados bajo un mismo concepto de violencia, se construyó una escala de violencia, que consta de 27 reactivos obtenidos del Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y Mcintosh, 1981) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), incluyéndose dos reactivos adicionales para explorar la violencia económica. Esta escala de violencia considera las siguientes acciones:

- Violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante.
- Violencia emocional: intimidación, humillaciones, amenaza de violencia física.
- Violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.
- Violencia económica: ejercicio del control a través del dinero.

1.1 Diseño muestral

Para calcular el tamaño de la muestra se consideraron no sólo las necesidades de información del estudio, sino también los aspectos de carácter metodológico que podrían introducir algún sesgo a los resultados captados por la encuesta.

Considerando una proporción, p , de 19% el tamaño de muestra por entidad federativa fue de 820 mujeres por entidad federativa, lo que dio un total nacional

de 26 240 entrevistas. Otras variables consideradas fueron: tasa de no respuesta máxima esperada de 15%, error relativo máximo $r= 0.2$, confianza del 95% ($=1.96$) y efecto de diseño $deff=1.7$.

El esquema de muestreo se basó en una muestra probabilística estratificada en dos etapas. En la primera etapa se seleccionaron unidades médicas con probabilidad proporcional al número de consultorios de la unidad entre un listado de las unidades seleccionables, proporcionado por la SSA para cada una de las instituciones participantes. La segunda etapa consistió en la selección de mujeres de 15 años cumplidos y mayores que acudieran a la unidad médica con la finalidad de recibir atención. La selección de las mujeres se hizo mediante muestreo sistemático.

Tanto el tamaño como la selección de la muestra aseguran que la población encuestada representa a la población femenina adulta que acude a los servicios de salud de instituciones públicas del país.

1.2 Diseño operativo cuantitativo

Dentro del diseño operativo se consideraron varias etapas como sensibilización de las autoridades estatales, reclutamiento del personal, selección del personal, capacitación, definición de la estrategia de levantamiento y la forma de supervisión en campo.

La selección operativa de la entrevistada se realizó solicitando al responsable de cada unidad médica la relación de consultas que se dieron a mujeres durante la semana previa al levantamiento para determinar la fracción muestral; para evitar problemas de estacionalidad, las entrevistadoras permanecieron una semana en las unidades médicas seleccionadas.

En los casos de mujeres con estrés, el personal entrevistador fue instruido a permanecer con la mujer en crisis hasta que ésta se tranquilizara, y si ella lo solicitaba se le transfería a alguna de las instituciones estatales de apoyo a las mujeres violentadas.

Antes de iniciar cada entrevista se obtuvo el “Consentimiento informado”, en la cual se garantiza la confidencialidad de la información; la privacidad se obtuvo solicitando en cada unidad médica un lugar cerrado y se garantizó que todas las entrevistas se desarrollaran estando sólo la entrevistada y la entrevistadora.

Como retroalimentación se diseñó un tríptico para cada Entidad Federativa en donde se explica el ciclo de violencia y el directorio de instituciones que atienden a mujeres en situación de violencia. Este tríptico se entregó a todas las mujeres entrevistadas, estuvieran o no en situación de violencia.

2. Diseño del estudio cualitativo

La fase cualitativa fue diseñada específicamente para explorar en profundidad algunos de los factores que dificultan la percepción y búsqueda de atención del problema de la violencia de pareja, desde la propia experiencia y punto de vista de los agentes sociales involucrados, en este caso prestadores de servicios de salud y mujeres víctimas de violencia. En el caso de las últimas, que son el objeto central de este reporte, el propósito fundamental fue identificar, a través de sus propias narraciones, los principales factores que actúan como obstáculos o facilitadores en el proceso de búsqueda de salidas al problema de la violencia.

Para ello se llevaron a cabo entrevistas narrativas, a fin de que las mismas mujeres organizaran, a partir de una pregunta estímulo, la crónica de su experiencia de violencia de acuerdo con sus propios criterios.

Se buscó así conformar una muestra ilustrativa de mujeres que hubieran sufrido violencia por parte de su pareja y se encontraran ya fuera del problema, y mujeres que estuvieran sufriendo el problema en el momento del estudio. Se buscó que las informantes correspondieran al perfil socioeconómico de usuarias de los servicios públicos de salud.

Como informantes clave y con el propósito de comprender sus percepciones y actitudes frente a las mujeres que sufren violencia, se entrevistó también a diversos prestadores de salud como más abajo se detalla. La muestra abarcó los estados de Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal por ser entidades de alta prevalencia de violencia de acuerdo con los resultados de la fase cuantitativa. El trabajo de campo se desarrolló entre mayo y agosto de 2003.

Se entrevistó a un total de 26 mujeres entre 23 y 72 años de edad. Con ellas se llevaron a cabo entrevistas que en promedio duraron una hora y media. Paralelamente se realizaron 58 entrevistas en profundidad con prestadores de servicios de salud de tres instituciones del sector -IMSS, ISSSTE y SSA-. Estas se distribuyeron del siguiente modo: 16 médicos, 14 enfermeros, 11 psicólogos y 17 trabajadores sociales. Se realizó también observación participante en los servicios y diario de campo en las tres entidades. La entrevistas a prestadores duraron en promedio 50 minutos.

Estas entrevistas fueron conducidas y audio-grabadas por los investigadores, con ayuda de una guía abierta de temas, elaborada para explorar algún aspecto particular que no hubiera surgido espontáneamente durante la conversación. Las entrevistas fueron conducidas por un equipo integrado por cuatro investigadores, formados en las áreas de sociología, psicología y psicología social, uno de ellos psicoterapeuta especializado en violencia.

Referencias bibliográficas

- Bookwala J, Frieze IH, Smith C, Ryan K. Predictors of dating violence: A multivariate analysis. *Violence and victims*, 1992;7:297-311.
- Bowker LH, Maurer L. (1987). The medical treatment of battered wives. *Women & Health*, 1987;12(1), 25-45.
- Bustillos MD, Sanín LH, Valdez R. Violencia doméstica y su impacto en mujeres de la industria maquiladora en Chihuahua. 2003;Boletín de PAHO. En prensa.
- Carswell MD. Lineamientos para el diagnóstico y tratamientos de casos de violencia Doméstica en la Asociación Médica Americana: antecedentes y perspectivas. Capítulo 3. Violencia Doméstica. CIDHAL (Centro para Mujeres). 1998;Cuernavaca, Morelos, México.
- Council on Scientific Affairs. Violence Against Women: Relevance for medical practitioners. *Journal of American Medical Association JAMA* 1992;267 (23): 3184.
- Corsi J. Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En: *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. 1999;Paidós, México D.F.
- Dore MM, Doris JM, Wright P. Identifying substance abuse in maltreating families: A child welfare challenge. *Child Abuse Negl*1995;19:531-543.
- Ellsberg M *et al.* Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist* 1999;54: 30-36.
- Elu MC y col. Atención en los Servicios de Salud de Mujeres Embarazadas Víctimas de Violencia, 2000;SSA, México.
- Family Violence Project. An Informational Packet for Health Professionals. San Francisco, Cal, 1993.
- Ferris L. Canadian Family Physician's and general practitioners perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Medical Care* 1994;32(12)1163-1172.
- García Moreno C. Violencia contra la mujer: Género y equidad en salud. Organización Mundial de la Salud 2000;publicación ocasional número 6.
- Gazmararian J, Lazoric S, Spitz A, Ballard T, Saltzman L, Marks J. Prevalence of violence against pregnant women, *JAMA* 1996;26(275): 1915-1920.
- Gleason WJ. Mental Disorders in battered women: An empirical study. *Violence & Victims*. 1993;8:50-68.
- González Montes S. La violencia conyugal y la salud de las mujeres desde la perspectiva tradicional en una zona indígena. En: Marta Torres, comp. *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. El Colegio de México, México, 2004;153-194.
- Pitanguy HL, Adrienne J, Adrienne L. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: 1994;
- Herrera-Huidobro A *et al.* El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos. *Salud Publica Mex* 1992;34: 626-634.

- Hijar M, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México. *Salud Mental* 2002;25(1):35-42.
- Hijar Medina M, Flores Regata L, Valdez Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Publica Mex* 2003; 45:252-258.
- Injury Prevention: Meeting the Challenge. The National Committee For Injury Prevention and Control, American Journal of Preventive Medicine. Published by Oxford University Press as a Supplement to the American Journal of Preventive Medicine, 1989;Vol. 5, No. 3.
- Kadushin A, Martín JA. El Niño Maltratado (Una interacción). Editorial Extemporáneos. México, 1985.
- Koss MP. The women's mental health research agenda: violence against women. *American Psychologist* 1990;45:374-380.
- Lozano R, Hijar M, Torres JL. Violencia, Seguridad Pública y Salud. Observatorio de la Salud. Capítulo 3., 1995;México.
- Lozano AR. La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la ciudad de México, presentado en la conferencia "Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe: Costos Políticas y Programas" en Washington, DC, octubre de 1997.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research* 196;45(1)37-42.
- McKinney K. Measures of verbal, physical and sexual dating violence by gender. *Free Inquiry in creative sociology*; 1986;14:55-60.
- McLeer SV, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department. *Am J Public Health*, 1989;79:65-66.
- Mezzich JE, Caldera JT, Berganza CE. Proceedings of the IX World Congress of Psychiatry. New Jersey: World Scientific Publishing; 1996.
- Morrison AR, Orlando MB. Social and economic cost of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. Too close to home: domestic violence in the Americas. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999: 51-80.
- Olaiz G, Rico Del Río A, coord. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 ENVIM. INSP, SS, México; 2003.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. OMS/OPS, junio 1998.
- Ramírez Rodríguez JC, Uribe V.G. Mujer y Violencia: Un Hecho Cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993;35:148-160.
- Ramos LL, Saltijera MT, Caballero MA. Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y Perspectivas. *Salud Mental* 1996:19-29.
- Reiss A Jr, Roth JA, Violence National Research Council., Understanding and preventing Violence. Violence in Families. National Academy Press Washington, DC; 1993.
- Stets JE, Pirog-Good MA. Patterns of physical and sexual abuse for men and women in dating relationships: A descriptive analysis: *Journal of Family violence*; 1989;4:63-76.
- Straus MA, Kantor GK. Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence* 29.1994;(115): 543-561.

- Valdez R, Sanín LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer, *Salud Publica Mex* 1996; 38:1-11.
- Valdez R, Juárez C. Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud Mental de las Mujeres: Análisis y Perspectivas en México. *Salud Mental* 1998;vol. 21, No. 6.
- Valdez-Santiago R. Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas. En: Marta Torres (comp.) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. El Colegio de México, comp. 2004;111-149.
- Walker EA, Unutze J, Rutter C. Costs of health care utilization by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psych* 1999;56:609-613.
- White JW, Koss MP. Courtship violence: incidence in a national sample of higher education students. *Violence and Victims* 1991;6(4):247-256.
- Williamson E. *Domestic violence and health. The response of the medical profession*. The Policy Press, University of Bristol; 2000

**Violencia contra
las Mujeres**

2003

Un reto
para la salud
pública en México

**Se terminó de imprimir
en noviembre de 2004. La edición
consta de 3 000 ejemplares**

