

Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México¹

Rosario Valdez*
Clara Juárez*

Summary

The purpose of this paper is to present the current panorama of domestic violence as a public health problem, considering, on the one hand, the morbidity and mortality it produces at a national and international level, and, on the other hand, its impact on the quality of women's life. Emphasis is placed on the association between domestic violence and women's mental health, expressed through different symptoms, some of which can be fatal. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, drug and alcohol abuse, as well as homicide and suicide are among the most frequent disorders.

Unfortunately, the association between domestic violence and mental health has hardly been explored in Mexico. This has caused an information gap for mental health workers and researchers. However, incipient efforts are being made to overcome this limitation.

This paper reviews the results of the international literature on this theme, focusing on a description of the association between domestic violence and mental disorders so as to identify the negative effects violence has on women's mental health.

The final proposal is that this information be included in the professional training of health workers in general and, particularly, in that of mental health workers (psychoterapists, psychiatrists, social workers, psychologists and nurses). It also suggests a guideline for research in this field in Mexico.

Key words: Battered women, mental health, domestic violence, health promotion.

Resumen

El presente trabajo trata de dar un panorama actual de la violencia doméstica como un problema de salud pública, considerando, por un lado la morbilidad y mortalidad que produce a nivel internacional y nacional, además del impacto en la calidad de vida de las mujeres. Se pone énfasis en la asociación entre la violencia doméstica y la salud mental de las mujeres, la cual se manifiesta por medio de malestares diversos, algunos de ellos con consecuencias fatales. Entre los padecimientos más frecuentes se encuentra: la depresión, la ansiedad, los trastornos de estrés postraumático, el abuso del alcohol y drogas, además del homicidio y el suicidio.

¹ Este trabajo fue parcialmente apoyado por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina de México.

* Profesora investigadora del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad No. 655 Sta. María Ahuacatlán, C.P. 62288, Cuernavaca, Morelos.

Desafortunadamente, la relación entre violencia doméstica y salud mental ha sido poco explorada en nuestro país y los esfuerzos son aún incipientes, lo cual ha provocado un vacío de información tanto entre los prestadores de servicio de salud mental como en el área de la investigación.

Por lo anterior, se revisan los hallazgos de la bibliografía internacional que se enfocan a describir la relación que hay entre la violencia doméstica y los trastornos mentales, con el objeto de darle su debida dimensión a los efectos adversos de la violencia en la salud mental de las mujeres. Se propone que esta información se incluya en la formación del personal de salud en general y, en particular, en el personal de salud especializado en los servicios de salud mental [psicoterapeutas, psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogas(os), enfermeras]. Además, se sugieren las líneas de investigación que deben desarrollarse en este campo en México, poniendo énfasis en la propuesta de la promoción de la salud.

Palabras clave: Mujeres maltratadas, salud mental, violencia doméstica, promoción de la salud.

Introducción

Para aproximarse al fenómeno de la violencia doméstica es necesario enmarcarlo dentro de un fenómeno más amplio que es la violencia de género o contra la mujer; ésta ha sido definida en la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer", de las Naciones Unidas, como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (10).

Este tipo de violencia tiene su origen en una gran variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y la masculina, la asignación de roles diferenciados y autoexcluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración discriminada de la femineidad y la masculinidad; esto ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una amplia gama de acciones, entre las que se encuentran las expresiones violentas (30).

En el mundo existen millones de mujeres expuestas a diferentes tipos de violencia, las cuales abarcan todas las etapas del ciclo de vida, desde el aborto selec-

tivo por sexo (a favor de los niños) en varios países de Asia (China, la India, República de Corea), el embarazo forzado (por ejemplo, la violación en masa como estrategia de guerra), el infanticidio femenino, el acceso diferencial a la alimentación y a la educación para las niñas, el abuso sexual infantil por parte de extraños o de miembros de la familia, la mutilación genital en África, la violación, el maltrato por parte de la pareja y el acoso sexual en el trabajo, entre otros (21).

La violencia puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer y muchas mujeres experimentan múltiples episodios durante sus vidas, lo cual tiene efectos inmediatos y acumulativos sobre su salud y el desarrollo de sus capacidades cognitivas, afectivas, económicas y de relación; en algunos de los casos estas experiencias conllevan el peligro de muerte y tienen resultados fatales, como el suicidio o el homicidio.

En general, la violencia hacia la mujer es un problema global poco reconocido por los sectores de salud y desarrollo, e insuficientemente valorado como problema de salud pública, a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad femenina (13, 47). En México, los estudios sobre violencia doméstica señalan una prevalencia de entre 28 y 60% de violencia o abuso a las mujeres por parte de sus parejas masculinas, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas (35, 45, 46). Las estimaciones recientes del Banco Mundial indican que la violencia, especialmente dirigida a la mujer, hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludable de su edad reproductiva (21).

Sin embargo, cuando nos preguntamos qué es la violencia doméstica, resulta difícil proponer una sola respuesta a esta interrogante. Los conceptos han variado desde hace 20 años, cuando se empezó a abordar el tema. Estas variaciones dependen de la posición que se tome para proponerlas. Los primeros esfuerzos fueron hechos por las organizaciones feministas que empezaron a considerar el fenómeno de las mujeres maltratadas como un problema social. De entonces a la fecha se han propuesto definiciones de tipo legislativo o de impartición de justicia, del área de la defensa de los derechos humanos a nivel internacional y del área de investigación.

Si partimos de la revisión de la bibliografía existente en el área de investigación, se puede decir que ésta se caracteriza por una gran riqueza de materiales descriptivos y una falta de teorización sistemática, circunstancia que dificulta la comparación entre los resultados reportados, las discrepancias importantes entre los hallazgos y las diferencias de los instrumentos utilizados, lo que limita la posibilidad de comparar los resultados. Además, se presenta una diversidad de explicaciones de las posibles causalidades de la violencia doméstica, lo cual representa un obstáculo para llegar a un acuerdo cuando se pretende construir modelos de intervención.

El término mismo de *violencia doméstica* se usa como sinónimo de violencia intrafamiliar, abuso conyugal o maltrato a las mujeres, pero cada acepción incluye o excluye a los diferentes actores de la violencia, ya sea en su papel de receptores o ejecutores de la misma. Por otro lado, cada término tiene connotaciones parti-

culares que, aunque se relacionan entre sí, ponen el énfasis en diferentes aspectos.

Para fines del presente estudio se consideró la violencia doméstica como un patrón repetitivo de abuso por parte de la pareja (novio, esposo o concubino), el cual se caracteriza por una serie de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico (empujones, bofetadas, golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales o a acceder a cierto tipo de conducta sexual).

Estas conductas las perpetra el compañero (novio, esposo o concubino) que se encuentra en una relación íntima de pareja, aunque también es común que este patrón se presente a pesar de haberse separado, lo cual demuestra el grado de complejidad de la dinámica de la relación violenta. Diferentes estudios han demostrado que la violencia doméstica atraviesa las fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas (47).

Aunque en el presente estudio nos centramos en el abuso o maltrato dirigido a las mujeres, es importante señalar que es posible que se den casos de hombres maltratados dentro del contexto familiar; sin embargo, la probabilidad de que esto suceda es mucho menor que entre las mujeres. En un estudio se demostró que las mujeres sufren el abuso físico dentro del contexto privado de la familia alrededor de 13 veces más seguido que los hombres (41). Además, no hay que perder de vista que la mayoría de las veces, los actores con mayor riesgo de ser victimizados o agredidos en el entorno doméstico, son las mujeres, así como los menores, los ancianos y los discapacitados tanto hombres como mujeres.

Desde el principio de la lucha contra la violencia hacia las mujeres se han propuesto explicaciones del por qué de estos actos, desde los mitos de dominio popular que buscan justificar el comportamiento violento de los agresores y culpabilizar a las mujeres por la agresión, hasta el desarrollo de modelos teórico-conceptuales alrededor de la violencia doméstica.

A continuación revisaremos los modelos desarrollados, de los cuales provienen los esfuerzos por explicar este fenómeno. A partir de éstos se han desarrollado líneas de investigación que a lo largo del tiempo han producido una diversidad de información, enriqueciendo el conocimiento sobre este fenómeno tan importante para la salud pública.

Hasta el momento se pueden identificar por lo menos tres modelos que explican este tipo de violencia: la violencia interpersonal, la violencia familiar y la perspectiva de género (9, 41).

Modelos que explican la violencia doméstica

Según el *modelo de la violencia interpersonal*, ésta surge entre los adultos que carecen de capacidad para lidiar, de manera adecuada y sin violentarse con los "estresores" o con "los conflictos"; se ha puesto aten-

ción en los problemas psicológicos tanto personales como familiares, que influyen en ciertos individuos o familias "propensos a la violencia". Este modelo identifica ciertas crisis familiares o personales relacionadas estrechamente con la violencia, tales como el desempleo o el nacimiento de un bebé. De esta teoría se desprenden tres propuestas empíricas relacionadas entre sí: que las víctimas y sus agresores sufren intensos problemas psicológicos o de conducta; que de estos problemas proviene el contexto en el que se produce la agresión; y que los agresores y sus víctimas tienen un perfil de personalidad definido, una historia familiar o un patrón de relaciones determinados (19).

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

El modelo de la violencia familiar está identificado en los trabajos de Strauss, Gelles y Steinmetz (43), quienes sostienen que la violencia dentro del ámbito familiar se aprende en la niñez y se transmite de generación en generación, y que algunas instituciones culturales la refuerzan y la normatizan validando el uso de la violencia como medio para resolver los conflictos. Este enfoque se apoya en los datos de las encuestas que han encontrado que tanto las mujeres como los hombres están implicados en homicidios y agresiones, y en los datos que muestran, que las mujeres sólo buscan ayuda en uno de cada cinco casos de agresión. Los que están a favor de este modelo interpretan esta información como prueba de que las mujeres tienen un *status* patológico, que les "permite" aceptar que las maltraten.

De acuerdo con esta interpretación, la mujer adopta una actitud pasiva cuando la maltratan, sin embargo, los resultados de los estudios que han explorado esta actitud muestran lo contrario. Por ejemplo, en una encuesta en Ciudad Nezahualcóyotl, en 1990 (46), 67% de las mujeres maltratadas reportaron defenderse cuando las golpeaban y casi tres de cada cuatro habían intentado ponerle un alto al agresor por medio de diferentes estrategias: buscando la ayuda de sus familiares, huyendo de la casa y denunciándolo a las autoridades.

El número de mujeres que denuncian a sus agresores es muy bajo debido a la falta de credibilidad de las mujeres en la justicia de las autoridades, quienes generalmente no responden a sus demandas para que las protejan. Muchas de ellas dicen haber sido ridiculizadas y menospreciadas por los impartidores de justicia, por lo que pocas veces lo vuelven a intentar. En un estudio hecho en Chile se señala que de un total de

202 mujeres entrevistadas, 37.8% no denuncia a los que la maltratan debido a la poca importancia que le dan las autoridades a este delito (46).

El modelo de la perspectiva de género sostiene que la violencia masculina en la familia es sólo una expresión particular de un patrón más amplio que corresponde al control de los hombres sobre las mujeres, los menores de edad y los demás hombres. Aquí entra en juego su poder, que abarca el noviazgo, el matrimonio, la paternidad y la economía doméstica. En este caso, la violencia es para los hombres la opción que les permite controlar la relación; se basa en la desigualdad de poder entre los hombres y las mujeres, la cual cobra fuerza en el análisis e interpretación de los resultados (9, 34, 41, 47).

Desde este enfoque, las mujeres toleran las relaciones agresivas no tanto por su patología sino por la combinación con el temor y el control a que están sometidas, y por sentirse atrapadas, por la falta de apoyo de sus redes sociales, de su familia y de las instituciones comunitarias. Por otro lado, la causa del maltrato generalizado de los hombres a las mujeres se debe a que consideran que las mujeres deben satisfacer todos sus caprichos. En un estudio de Maderos (33) se señala que los privilegios de los hombres son parte integral de nuestra cultura, y que esta es la razón por la que ciertos hombres sienten que tienen el derecho inalienable de exigirles, aun con agresiones que cumplan sus deseos, lo que puede incluir las relaciones sexuales, la obediencia pasiva, la degradación y el trabajo no remunerado, incluyendo el trabajo doméstico, la crianza de los hijos y el apoyo emocional.

En este sentido, es importante considerar que cualquier definición o construcción teórica que se utilice en materia de violencia doméstica, debe incluir un análisis sobre la desigualdad intergeneracional de poder, la cual atraviesa la organización jerárquica de la familia y de la estructura y la dinámica social. Desde esta perspectiva se pueden identificar los factores de riesgo en las familias; por ejemplo, Corsi (15) ha planteado ciertas características para valorar el potencial de violencia: 1) el grado de verticalidad de la estructura familiar; 2) el grado de rigidez de las jerarquías; 3) la creencia en la obediencia y el respeto; 4) las creencias sobre la disciplina y el valor del castigo; 5) el grado de adhesión a los estereotipos de género y 6) el grado de autonomía de sus miembros.

La violencia doméstica y su impacto en la salud mental

Diversos autores han informado sobre el daño y las consecuencias negativas a la salud mental por la exposición constante a la violencia. Por ejemplo, Koos (25) señala que una gran cantidad de respuestas de la mayoría de las mujeres sometidas a la violencia de género, demuestra un profundo malestar, que si no se resuelve, desarrolla patrones sintomáticos crónicos y de larga duración, que coinciden con el Trastorno de Estrés Postraumático, causante de los índices elevados de depresión femenina. Esto se manifiesta en los resultados de ciertos estudios (41) que indican que en

* Utilizamos el término de malestar propuesto por Burin, Moncarz y Velázquez (1990), como "el sufrimiento femenino, ligado a una situación específica de subordinación que se manifiesta a través de trastornos mentales".

los Estados Unidos, las mujeres golpeadas necesitan entre 4 y 5 veces más del tratamiento psiquiátrico que aquéllas a las que no las golpean, y tienen 5 veces más riesgo de intentar suicidarse.

Por otro lado el maltrato extremo, genera distorsiones cognitivas importantes, como la minimización, la negación, la disociación o la separación de la mente del cuerpo durante los momentos en los que los golpes son más intensos. Estos son los mecanismos de defensa de las mujeres para poder sobrevivir a estos incidentes. En los casos extremos esta situación les impide reconocer la magnitud del peligro en que se encuentran ellas y sus familias, por lo que se les dificulta emplear estrategias para protegerse, como pedir ayuda y preguntar a dónde recurrir en caso de emergencia. Esta situación empeora cuando no hay recursos comunitarios o institucionales que apoyen de manera integral a la mujer en este tipo de circunstancias, como es el caso de la mayoría de las ciudades y poblados de nuestro país. Cabe recordar que 73% de los estados cuenta con algún servicio especializado en la atención a la violencia doméstica, sin embargo, la mayoría de las veces los centros se encuentran ubicados en la capital, sus recursos son insuficientes, no tiene personal capacitado y, en consecuencia, su cobertura es muy limitada, tanto para la ciudad donde se localiza como para el estado. En este sentido podemos afirmar, que no hay ninguna ciudad en el país que cubra todas las demandas de atención de las mujeres maltratadas y de sus familias.

Con respecto al uso de drogas y alcohol por parte de las mujeres maltratadas, se ha encontrado que la violencia conyugal es el mayor predictivo de alcoholismo en las mujeres; incluso antes que el control de los ingresos, la violencia en la familia de origen y un marido alcohólico. Además, los estudios indican que la mayoría de las mujeres golpeadas que beben alcohol, empiezan a beber excesivamente cuando su marido comienza a maltratarlas. El tipo de drogas que más consumen las mujeres maltratadas son las prescritas por su médico. Esto se debe a que presentan diferentes trastornos emocionales como resultado del maltrato (20, 24, 26, 38, 41).

Por ello, es imprescindible que los profesionales de la salud mental conozcan las investigaciones y la experiencia clínica sobre la violencia doméstica, ya que la respuesta emocional y adaptativa de las mujeres maltratadas a menudo se malinterpreta cuando se usan técnicas psicológicas y psiquiátricas convencionales, sin considerar su respuesta normativa a la gravísima tensión que les produce el maltrato. A continuación se presenta una revisión de los trastornos o malestares emocionales más frecuentes como consecuencia de la exposición de las mujeres a las agresiones.

La depresión en las mujeres maltratadas

Las diferencias entre la sintomatología depresiva de los hombres y de las mujeres están ampliamente documentadas en la bibliografía internacional. En general, se presenta en una proporción de tres mujeres por cada hombre (1, 16). Sin embargo, esta diferencia de

género no ha sido suficientemente explicada en los estudios. Hasta el momento algunos autores han propuesto tres explicaciones: a) las diferencias neuroendocrinológicas, b) los patrones cognoscitivos de las mujeres y c) el rol de género asignado a las mujeres y los estresores que conlleva (6, 28, 29). En la bibliografía especializada se han identificado algunos acontecimientos en la vida de las mujeres como predictores importantes de los estados depresivos mayores, entre los que se encuentran: la muerte de un ser querido y cercano, la violación, serios problemas maritales y el divorcio o la separación (16).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, en nuestro país, 17% de las mujeres adultas tienen sintomatología depresiva severa, en comparación con 8.5% de los hombres. En general, se puede afirmar que el sexo femenino se caracteriza por la sintomatología depresiva, en tanto que el masculino, por un perfil de ansiedad. Aquí cobra fuerza el papel de los roles de género para una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres, pues se ha observado que eran más frecuentes los trastornos agudos y el ánimo depresivo en las mujeres que se dedicaban exclusivamente a los quehaceres del hogar, que en las que se desempeñaban como empleadas (28).

Los síntomas depresivos se pueden presentar con diferentes grados de intensidad, que varían desde una *depresión encubierta*, la cual habitualmente pasa inadvertida como tal y comprende diversos síntomas de larga duración que no inhabilitan al individuo, pero que le impiden sentirse bien y vivir con el máximo de energía, por su irritabilidad y mal humor, los dolores o malestares físicos, los trastornos del sueño y la apatía, hasta los estados de depresión mayor. Los síntomas de la *depresión mayor*, interfieren seriamente en la capacidad del individuo para trabajar, dormir, comer o disfrutar de actividades que anteriormente le agradaban —distracciones, sexo, vida social—, por ser síntomas incapacitantes. Los síntomas que acompañan a ambos tipos de depresión van desde el insomnio, las cefaleas, los constipados, la mala digestión, la flatulencia, los dolores musculares, la fatiga, los adormecimientos, hasta los temblores, la somnolencia, las diarreas, la bulimia y la anorexia (1, 16).

la relación entre el maltrato a las mujeres y la depresión ha sido ampliamente documentada en la bibliografía internacional (6, 7, 8, 11, 16, 24). Saunders y sus colegas (44) demostraron que en una muestra de 363 mujeres que acudieron a los servicios médicos familiares, la depresión fue el indicador más significativo de que vivían una relación de maltrato. Gleason (20) encontró una prevalencia más elevada de depresión mayor en 62 mujeres maltratadas de los Estados Unidos, en comparación con una muestra similar del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés). En ese mismo estudio, la prevalencia de depresión mayor (63%) fue más elevada que los indicadores de estrés postraumático (37%).

Otros estudios han explorado las características particulares de los estados depresivos de las mujeres maltratadas. Se sabe que los niveles de depresión son diferentes dependiendo de la severidad y el tiempo de exposición al maltrato. Por ejemplo, en 1995, Campbell

y Kub (6) hicieron el seguimiento de 43 mujeres maltratadas, registrando sus niveles de depresión durante 2.5 años. A 32 de ellas no las habían maltratado por mucho tiempo, por lo que 91% presentaron claros patrones de decremento de la depresión, mientras que las otras 12 mujeres que habían estado expuestas al maltrato durante más tiempo no presentaron decrementos significativos en sus puntajes de depresión.

También se han explorado las diferencias en los niveles de depresión de las mujeres maltratadas después de salir de los albergues o cuando han dejado de estar expuestas al maltrato. Follingstad y colaboradores (1991) encontraron que 214 mujeres regresaron a los niveles de estabilidad emocional cuando dejaron de agredirlas. La mayoría de ellas había obtenido apoyo o asistencia. Por otro lado, Campbell y colaboradores (1995) (8) encontraron menores niveles de depresión en una muestra de 123 mujeres maltratadas, 10 semanas después de salir del albergue, que inmediatamente después de haber salido, en los siguientes seis meses no se presentaron cambios significativos.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y su relación con la violencia doméstica

Este término fue incluido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSMIII) en 1980, por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Desde entonces su uso se ha extendido entre los profesionales de la salud mental (1).

El origen de esta categoría diagnóstica parte de los estudios en los veteranos de la guerra de Vietnam, los cuales presentaban una serie de síntomas que fueron configurando el síndrome de estrés postraumático, tales como: pesadillas, pensamientos intrusivos relacionados con acontecimientos traumáticos y el abuso de sustancias (17, 18). Sin embargo, los estudios se extendieron a otros grupos poblacionales expuestos a diferentes estresores, como los sobrevivientes de desastres naturales, el personal de los servicios de emergencia, los que tuvieron experiencias traumáticas al nacer, los habitantes de áreas de excesiva violencia social y las mujeres violadas o las que padecieron abuso sexual infantil. Recientemente se empezó a estudiar su prevalencia en las mujeres maltratadas (3, 21, 23, 27, 31, 40, 47).

En 1984, Leonor Walker sugirió, por primera vez, que los síntomas que presentan las mujeres maltratadas podrían constituir una subcategoría del TEPT; sin embargo, la relación entre el maltrato a las mujeres y el TEPT ha sido poco explorada en estudios especialmente dirigidos con este fin; por ejemplo, Silva y colaboradoras (40) llevaron a cabo una búsqueda bibliográfica especializada para identificar los estudios realizados entre 1967 y 1996 que hubieran explorado esta relación, habiendo encontrado sólo 20 artículos sobre el tema.

Entre los estudios identificados se encontró el de Hoston y Foy, quienes midieron el TEPT en 23 mujeres maltratadas. Sus resultados indican que 40% de los criterios del DSM-III-R para el TEPT estuvieron relacionados significativamente con la exposición a la violencia, siendo congruentes con la sintomatología del

TEPT. Cuando dividieron el grupo entre muy expuestas y poco expuestas a la violencia, 60% de las mujeres maltratadas quedaron clasificadas en el grupo de muy expuestas, en contraste con 12% que se clasificaron como poco expuestas. Estos autores concluyen que la variable más significativa para el desarrollo del TEPT es la intensidad de los episodios violentos a los cuales están expuestas las mujeres. Estos hallazgos coinciden con los de otros estudios, por ejemplo con el de Kemp, quien indicó que de 77 mujeres que se encontraban en albergues o refugios 84% presentaban síntomas del TEPT.

Astin (2) encontró resultados similares en 45 mujeres maltratadas, las cuales fueron evaluadas con un instrumento autoaplicable. Se identificó la severidad de la violencia como una variable importante para el desarrollo del TEPT. La mayoría de estos estudios se hizo en mujeres angloamericanas, a excepción del conducido por Silva y cols., quienes exploraron los síntomas de TEPT y su relación con la severidad del abuso en 119 mujeres hispanas que fueron entrevistadas en los servicios de atención primaria a la salud. La prevalencia de síntomas del TEPT fue de 65%. Las respuestas de intrusión y evitación se correlacionaron significativamente ($p < 0.01$) con la severidad de los episodios de abuso; las mujeres de quienes se había abusado físicamente en la infancia presentaron una correlación significativa entre el abuso ($p > 0.05$) y las experiencias intrusivas, mientras que las que habían padecido abuso sexual en la infancia presentaron una correlación significativa ($p > 0.004$) con altos puntajes de evitación (40).

Con base en los datos del Banco Mundial, Heise y colaboradoras (21) indicaron que el TEPT genera 2.2 millones de AVAD* perdidos por las mujeres, 60% de los cuales es atribuible a la violencia de género.

El maltrato a la mujer y su relación con el abuso de alcohol

En México se han hecho estudios epidemiológicos sobre el consumo de alcohol desde los años 70, los cuales han reportado patrones diferenciados de su uso entre los hombres y las mujeres. Estos estudios indican que entre la población de 18 a 65 años de edad, la frecuencia con la que se embriagan "una vez por semana o con mayor frecuencia" fue de 6.4% en los hombres y de 0.4% en las mujeres. El 11.5% de los hombres y el 0.6% de las mujeres cumplieron con los requisitos de dependencia (13).

Algunos estudios han sugerido que esta diferencia tan marcada del patrón con que usan el alcohol los hombres y las mujeres se deba a la diferente construcción social del género, cuya actitud social es más restrictiva para la mujer que consume alcohol, y señala y estigmatiza a la mujer alcohólica. A esto se debe que muchas mujeres que beben lo nieguen y lo oculten, por lo cual se subestiman las cifras del consumo real de alcohol de la mujer, lo que hace difícil conocer el riesgo y el problema del alcoholismo de las mujeres. Los estudios de al-

* Años de vida ajustados por discapacidad.

coholismo en las mujeres señalan que las variables sociales, psicológicas y genéticas son muy importantes para desarrollar el alcoholismo (13, 28, 29).

La relación que hay entre la violencia y el consumo de alcohol de las mujeres se ha documentado en México en diferentes estudios. Por ejemplo, Casco y Natera (12) señalan que las diferentes vicisitudes a lo largo de la vida de las mujeres, entre las que se encuentra la violencia, aunada a otras variables, como los antecedentes de alcoholismo en la familia de origen y la privación afectiva durante la infancia, influyen de manera significativa en el desarrollo del alcoholismo de las mujeres. Sin embargo, prevalece la tendencia a adjudicarle una patología a la mujer alcohólica o a las condiciones de su familia, lo cual desvía el análisis sobre la influencia que tiene la violencia en la vida de las mujeres. Además, hasta el momento no se han llevado a cabo estudios en nuestro país que exploren la relación que hay entre la violencia doméstica y los patrones de consumo de alcohol, que incorporen el enfoque propuesto por las especialistas en violencia doméstica, desde la perspectiva de género.*

Por ejemplo, los estudios con esta perspectiva reconocen contundentemente que en las mujeres golpeadas los problemas son mayores en comparación con los de las no golpeadas, entre ellos el abuso de sustancias tóxicas. Stark y Flitcraft (41) encontraron que en comparación con las mujeres no golpeadas, las golpeadas corren un riesgo fuera de toda proporción de caer en el abuso del alcohol (14% vs 1%) y en el de drogas (9% vs 1%). En estos estudios se encontró que la violencia conyugal es el principal predictivo de alcoholismo en las mujeres, incluso más que el control de los ingresos, la violencia en la familia de origen y un marido alcohólico. Además, los estudios reflejan que la mayoría de las mujeres golpeadas que beben alcohol, empezaron a beberlo en forma excesiva cuando su marido comenzó a maltratarlas. El tipo de drogas que más consumen las mujeres maltratadas son las que se venden sólo con receta médica, lo que demuestra los diferentes trastornos emocionales que presentan debido al abuso del que son objeto (20).

Los intentos de suicidio y el suicidio consumado en las mujeres maltratadas

El suicidio es otro de los riesgos que corren las mujeres maltratadas. Está relacionado con los trastornos anteriores de ansiedad, fatiga, miedo, trastornos de estrés postraumático, depresión aguda y con los trastornos del sueño y de la alimentación. Algunas mujeres ante la desesperanza, la imposibilidad de librarse de una relación de abuso, la imposibilidad de cambiar de vida y la falta de apoyo del entorno social, intenta suicidarse o se suicidan. Los intentos de suicidio de las mujeres se han relacionado estrechamente con el maltrato físico, sobre todo cuando son reiterativos. Los dife-

rentes estudios sugieren que entre 33 y 37% de las mujeres maltratadas han intentado suicidarse y probablemente lo han intentado más de una vez a lo largo de su vida (20% más que las mujeres que no han sido maltratadas) (41, 42).

En un estudio longitudinal en Estocolmo se les hizo un seguimiento durante 5 años a 107 mujeres maltratadas atendidas en la sala de emergencias. Se analizaron sus historias clínicas y su demanda de servicios de salud durante los 10 años previos a haber sido identificadas como maltratadas. Uno de los hallazgos fue la pronunciada diferencia relacionada con el número de hospitalizaciones debido a sus intentos de suicidio, en comparación con los del grupo control. Durante el periodo de observación (15 años) 21 mujeres intentaron suicidarse, lo que representó 55 admisiones al hospital, lo cual demuestra que varias de ellas intentaron suicidarse en más de una ocasión (4).

En México, el tema del suicidio en general ha sido poco estudiado desde una perspectiva multidisciplinaria y, por lo tanto, su abordaje ha sido principalmente de corte cuantitativo y está enfocado al tipo de procedimiento utilizado para llevarlo a cabo. En los últimos años, en México aumentó la tasa del suicidio en un 141% en ambos sexos: 98% en las mujeres y en 169% en los hombres (5).

En particular, la exploración de los intentos reiterados de suicidios es aún más difícil pues no es obligatorio registrarlos y no hay estudios que exploren en México las causas más frecuentes de los intentos suicidas de las mujeres. Sería importante tener esta información y así poder compararla con otros estudios en los que se confirma que hay relación entre el maltrato excesivo y los intentos suicidas.

En un estudio de casos clínicos atendidos en el Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica, A. C.**, durante el periodo de 1989 a 1991, se analizaron 70 casos de los 323 atendidos en ese periodo, resultando que una de cada nueve mujeres había intentado suicidarse (46).

Pero el maltrato no sólo está relacionado con los intentos suicidas, sino que también ha demostrado tener una estrecha relación con el suicidio consumado; por ejemplo, en un estudio transcultural sobre suicidio femenino, Counts (14) concluyó que en algunas sociedades africanas, oceánicas y sudamericanas, el suicidio femenino funciona como una conducta culturalmente reconocida que permite "a las mujeres desposeídas o sin poder vengarse de sí mismas o de su agresor". En ese mismo estudio en Papúa, Nueva Guinea, entre 1966 y 1986, casi todos los intentos de suicidio, y los suicidios consumados fueron de mujeres; la mitad de esos actos fueron precedidos por episodios de violencia de los hombres en contra de las mujeres. Esos datos son congruentes cuando se comparan con los de otras culturas; por ejemplo, en un estudio en Fidji se indicó que en 36% de los suicidios de mujeres estaba presente la violencia familiar. También en Aguarana, al norte del Perú, se encontró que las mujeres se suicidaban más frecuentemente que los hombres, a razón de entre 2:1

* Guillermina Natera, del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) está desarrollando actualmente un proyecto de investigación desde esta perspectiva, el cual es el primero de este tipo en nuestro país.

** Organismo no gubernamental fundado en la ciudad de México en 1987, especializado en la atención a mujeres maltratadas.

y 9:1. En Sri Lanka, la tasa de muerte por suicidio entre las mujeres jóvenes de 14 a 22 años, es cinco veces mayor que la debida a enfermedades infecciosas, y 55 veces mayor que la debida a causas obstétricas (21).

Los datos anteriormente expuestos parecen confirmar la conclusión de Stark y Flitcraft (41), de que en Norteamérica "el abuso puede ser el precipitante más importante de los intentos de suicidio ya plenamente identificados", y según parece esto no es privativo de Norteamérica, ya que otras comunidades que son diversas culturalmente presentan una tendencia similar.

En nuestro país, los estudios especializados sobre el tema no han explorado directamente la relación que hay entre los intentos de suicidio y el suicidio consumado después de un episodio de violencia doméstica, lo cual sería importante como una futura línea de investigación.

El homicidio, consecuencia fatal de la violencia doméstica

Sabemos que la tasa general de homicidios va en ascenso en casi todas las sociedades; sin embargo, es necesario poner atención en los indicadores específicos que muestran diferencias significativas entre las circunstancias en que hombres y mujeres se ven involucrados en un homicidio, ya sea como víctimas o como victimario.

De 1979 a 1992 se reportaron en México 36 defunciones diarias registradas como homicidios, variando de 30 en 1979, a 40 en 1992, que constituyeron la primera causa de muerte en el capítulo de lesiones accidentales o intencionales; y la primera en la población en edad productiva. Es importante resaltar que en 1986 se presentó en nuestro país la mayor tasa de homicidios respecto a otros países de América. Los hombres corren 10.1 veces más riesgo de morir por homicidio que las mujeres (32).

Sin embargo, es importante hacer resaltar las diferencias implícitas en ambos sexos. En los hombres, las causas del homicidio están relacionadas con su *status*, y con sus demostraciones de fuerza o de dominio, mientras que cuando las mujeres se ven envueltas en un homicidio —como víctimas o agresoras—, se debe a razones relacionadas con su defensa personal, específicamente dentro del ámbito familiar, en donde la violencia doméstica desempeña un papel determinante (32).

El homicidio contra las mujeres maltratadas es una de las causas fatales de la violencia doméstica, lo cual está ampliamente documentado en la bibliografía internacional (20, 34, 39). En una revisión de estudios sobre este tema, de diferentes partes del mundo, Heise, Pitangy y Germain (21) observaron que, en general, las mujeres corren menos riesgo que los hombres de morir asesinadas. Sin embargo, las mujeres corren cuatro veces más riesgo que los hombres, de ser asesinadas por miembros de su propia familia. En Canadá, 62% de las mujeres asesinadas en 1987 murieron a manos de un compañero íntimo. En los primeros 10 meses de 1992, 364 mujeres fueron asesinadas en el estado brasileño de Pernambuco; 70% por su pareja.

Asimismo, en Papúa, Nueva Guinea entre 1979 y 1982 casi 73% de las mujeres adultas que fueron asesinadas, lo fueron por sus maridos.

Otro aspecto explorado en las mujeres que fueron asesinadas por su marido, es el hecho de que es mayor el número de mujeres maltratadas durante el embarazo que mueren a manos de sus parejas, que durante el año anterior a embarazarse (34). En un estudio de 186 mujeres hispanas de Texas (39), se encontró que el riesgo de morir asesinadas era sustancialmente más alto en las mujeres a quienes maltrataban sus parejas estando embarazadas, que en las que maltrataban y no estaban embarazadas.

Otra cara del mismo fenómeno la constituyen los casos en los que las mujeres asesinan a sus maridos. Los estudios en diferentes contextos culturales señalan que cuando las mujeres matan a los hombres, lo hacen, a menudo, en defensa propia o de sus hijos y, generalmente al cabo de años de padecer sus agresiones (21).

Los hombres que matan a sus parejas o a sus ex parejas, lo hacen después de haberlas maltratado durante mucho tiempo. En algunos estudios (34) se han investigado los indicadores que hacen que aumenten los factores de riesgo de asesinar a la esposa,* entre los que se encuentran: que haya aumentado la violencia física y la gravedad de las lesiones durante ese año, que el agresor use un arma, que el agresor esté tomando más drogas o alcohol, que haya amenazado de muerte a su mujer, que la haya golpeado durante el embarazo, que el comportamiento del agresor haya sido más violento fuera de su casa, y que maltrate a sus hijos.

Perspectivas y propuesta para el futuro

Este panorama demuestra la necesidad de considerar la violencia doméstica como un problema urgente de salud pública, que afecta la salud mental no solamente de la mujer, sino de todos los integrantes de la familia, así como la de explorarla más profundamente en nuestro país. Como se puede apreciar en esta revisión, hasta el momento, los trastornos relacionados directamente con la violencia doméstica, por las que se acude con más frecuencia en demanda de atención, son: la depresión, el trastorno de estrés postraumático, los intentos de suicidio y el homicidio, además del alcoholismo, como "disparador" de conductas agresivas dentro de la familia.

En este panorama general hay varios elementos que requieren de atención especial: a) la falta de información en nuestro país sobre la relación que hay entre la violencia doméstica y la salud mental de las mujeres, b) el desconocimiento sobre la demanda de las mujeres y de otros miembros de la familia para recibir atención clínica en las instituciones que prestan servicios de salud mental, en donde no son detectados como víctimas de la violencia, y c) la falta de respuesta institu-

* La evaluación del peligro (DA, *Danger Assessment*) fue diseñada por Campbell en 1986. Este instrumento ha sido sometido a prueba contra las normas nacionales en los Estados Unidos.

cional a esta demanda por parte del sistema de salud, específicamente de los servicios especializados en salud mental. Es difícil intervenir en la atención de estos casos, pero habría que preguntarse: ¿Quiénes son los profesionales de la salud mental que están atendiendo estas demandas? ¿Desde qué marco conceptual y metodológico? ¿En los centros especializados de atención a la violencia intrafamiliar o doméstica (gubernamentales o no gubernamentales), se cuenta con personal capacitado para brindar la atención requerida en materia de salud mental? ¿Cuáles son los modelos de intervención que se están implementando para atender estas demandas?

Hay por lo menos tres lugares en los que se atienden estas demandas: en la práctica clínica privada, en las instituciones públicas y en las diferentes organizaciones de mujeres pioneras en el campo a la atención a las mujeres maltratadas, que entre sus servicios ofrecen atención psicológica. Hay una gran diversidad de modelos de atención desarrollados por estas organizaciones para satisfacer la demanda, los cuales varían desde la atención de emergencias, como el propuesto por COVAC, A.C.,* hasta las intervenciones por medio de grupos de autoayuda, grupos de reflexión, terapia individual y terapia de pareja y familiar. Sin embargo, hasta el momento no se han llevado a cabo estudios que evalúen de manera sistemática los inconvenientes o las limitaciones de cada uno de los modelos propuestos; esta sería una investigación que debería desarrollarse en nuestro medio.

Es innegable que cada vez se le da más atención a la lucha contra la violencia doméstica en México, en el escenario de las políticas públicas, sin embargo, es importante señalar que el sector salud ha sido el que menos ha participado hasta el momento. Por ejemplo, el sector de procuración de justicia generó la creación de servicios especializados para la atención integral desde 1990, con la creación del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) en la ciudad de México. Estos centros han proliferado en todo el país, y son los principales proveedores de atención institucional en estos casos. Esto no significa que los servicios sean suficientes ni de buena calidad. En estos centros se considera la necesidad de dar atención psicológica a las usuarias, pero generalmente el personal no está debidamente capacitado en la materia.

En este sentido, proponemos que los profesionales de la salud mental, tanto del sector público como del privado, se capaciten en el campo de la violencia doméstica desde el modelo de género, ya que esto proporcionará un contexto social a la experiencia individual de las mujeres maltratadas. Algunas de las formas de implementarla pueden ser: generar espacios de reflexión y discusión entre los equipos de trabajo, para fomentar que se incorporen otras disciplinas, como la Antropología y la Sociología al campo de la salud mental; establecer un diálogo interdisciplinario en esta área,

que enriquezca la experiencia teórica-metodológica, tanto del abordaje terapéutico individual como de los proyectos de investigación, lo que ayudará a generar procesos cuyos resultados se manifiesten en una nueva forma de entender el fenómeno de la violencia doméstica; intentar integrar los resultados de otras disciplinas sobre la explicación social del fenómeno de la violencia doméstica, complementará la respuesta que actualmente se les está dando a las demandas de las usuarias.

También se insiste en la impostergable necesidad de incluir el estudio de la violencia doméstica en las matrículas curriculares de las carreras de medicina, en la especialidad de psiquiatría, en psicología, trabajo social y enfermería (por mencionar algunas).

Se propone incorporar la propuesta de la "promoción a la salud"*** (35, 36), que sugiere enfocar la salud desde una perspectiva integral u holística, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Esta propuesta considera cinco acciones: reforzar la participación comunitaria, fomentar el desarrollo de las capacidades personales, esforzarse por mejorar el medio ambiente, reorientar los servicios de salud y establecer políticas públicas que favorezcan la salud.

Finalmente, en el caso concreto de las mujeres maltratadas, los datos existentes las identifican como una población en riesgo por su gran propensión a presentar diferentes manifestaciones de malestar emocional, el cual puede ser clínicamente identificado. Lo anterior sugiere la necesidad de implementar medidas de prevención y tratamiento que sean diseñadas especialmente para esta población; incorporando los avances del conocimiento y el reconocimiento de que el malestar emocional en la mujer está directamente relacionado con estilos de vida nocivos, que son producto de las expectativas y de los roles de género socialmente asignados a ellas. Mientras los servicios de salud no consideren este aspecto, la mujer seguirá dominada por criterios sexistas que recomiendan que se adapte a su condición insatisfactoria, con la ayuda de fármacos y "consejos", y que le aplican etiquetas descalificatorias.

Esto queda claramente ilustrado en el siguiente testimonio:

"Estaba desesperada por la situación que estaba viviendo; sentía que me volvía loca, por lo que fui a ver al psiquiatra, cuando le platiqué la situación que vivía con mi marido, se me quedó mirando y después de diez minutos me dijo: señora, la solución está en sus manos, yo no puedo hacer nada. Me recetó valium y se acabó la consulta. Salí peor de como entré; entonces sí me sentí verdaderamente loca".***

Agradecimientos

Un especial agradecimiento al equipo de trabajo del Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (CECOVID, A.C.) con quien compartí cinco años de trabajo y

* Asociación Mexicana Contra la Violencia.

** OMS. *Carta Ottawa para la promoción a la salud*. Ottawa Canadá, 1985. Una discusión al respecto se puede ver en Cardaci Dora: *Promoción de la salud: ¿Cambio cultural o nueva retórica?* Mimeo.

*** Testimonio de "Mary", usuaria del Servicio Psicológico del Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica A. C. (CECOVID), Atendida por la Psicóloga Rosario Valdez, 1989.

reflexión sobre los efectos de la violencia doméstica en el malestar emocional de las mujeres que acudieron al Centro en busca de apoyo. A todas las mujeres maltratadas que com-

partieron conmigo sus historias y su sufrimiento, pues esta experiencia ha sido uno de los más enriquecedores procesos de aprendizaje de la vida.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRY ASOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Cuarta edición revisada. APA, Washington, 1994.
2. ASTIN MC, LAWRENCE KJ, FOY DW: Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factor. *Violence and Victims*, 8:7-25, 1993.
3. ASTIN MILLIE C, OGLAND-HAND SUZANN M, FOY DAVID W: Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2):288-291, 1995.
4. BERGMAN B, BRISMAR B: A 5-year follow-up study of 107 battered women. *American Journal of Public Health*, 81(10):1256-1259, 1991.
5. BORGES G, ROSOVSKY H, GOMEZ C, GUTIERREZ R: Epidemiología del suicidio en México. *Sal Pub Mex*, 38(3):197-206, 1996.
6. CAMPBELL J, KUB JE, ROSE L: Depression in battered women. *JAMA*, 43(3):100-106, 1996.
7. CAMPBELL J, KUB J, BELNAP RA, TEMPLIN T: Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women*, 3(3):236-273, 1977.
8. CAMPBELL R, SULLIVAN CM, DAVIDSON WS: Depression in women who use domestic violence shelters: A longitudinal analysis. *Psychology of Women's Quarterly*, 19:217-233, 1995.
9. CAMPBELL JC, HARRIS MJ, LEE RK: Violence research: an overview. *Scholarly inquiry for nursing practice: An International Journal*, 9(2):105-116, 1995.
10. CARRILLO R: Battered dreams: Violence against women as an obstacle to development. Nueva York, United Nations Fund for Women, 1992.
11. CASCARDI M, O'LEARY KD: Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 227-239, 1992.
12. CASCO F, NATERA G: El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan. *Salud Mental*, 16(1):22-27, 1993.
13. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS: Violence against women: Relevance from medical practitioners. *Journal of American Medical Association JAMA*, 237 (21):2984-2989, 1992.
14. COUNTS DA: Female suicide and wife abuse: A cross-cultural perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(3):194-204, 1987.
15. CORSI J: Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. *Violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. J Corsi. (ed) Buenos Aires, Paidós, 14-63, 1992.
16. DIO BLEICHMAR E: La depresión en la mujer. Ediciones Temas de Hoy. Colección: Fin de siglo. España, 1991.
17. FAIRBANK JA, LABGLEY K, JARVIE GJ, KEANE TM: A selected bibliography on posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of preliminary, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44:79-87, 1984.
18. FOY DW, SIPPRELLE RC, RUEGER DB, CARROL, CM: Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of preliminary, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44:79-87, 1984.
19. GELLES RJ: Child abuse as psychopathology. A sociological critique and reformulation. En: S Steinmetz, M Strauss (Eds.). *Violence in the Family*, Nueva York, Dodd, Mead, 190-204.
20. GLEASON WJ: Mental disorders in battered women. An empirical study. *Violence & Victims*, 8:45-68, 1993.
21. HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A: Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. *Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1994.
22. HOROWITZ M, WILNER N, ALVAREZ W: Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 36(3):209-207, 1979.
23. HOUSKAMP BM, FOY DW: The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3):342-375, 1991.
24. JAAFFE P, WOLFE D, WILSON S, ZAK L: Emotional and Physical health problems of battered women. *Am J psychiatry*, 121:74-77, 1986.
25. KOSS MP: The women's mental health research agenda: violence against women. *American Psychologist*, 40:374-380, 1990.
26. KUBANY ES y cols: PTSD among women survivors of domestic violence in Hawaii. *Hawaii Medical Journal*, 55:164-164, 1996.
27. LARA MA: Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 12(1):11-18, 1991.
28. LARA MA, ACEVEDO M, LOPEZ EK, FERNANDEZ M: La salud emocional y tensiones asociadas a los papeles de género en madres empleadas y no empleadas. *Salud Mental*, 16(2):12-21, 1993.
29. LARA A, SALGADO N: Mujer, pobreza y salud mental. En: *Las Mujeres en la Pobreza*. El Colegio de México-GIMTRAP, 1994, 223-271.
30. LEON I: Sobre sombras, tormentas y rupturas: Reflexiones sobre el significado social y estructural de la violencia de género. En: *Donde Empieza mi Universo*. 7 Aportes a la violencia de género. CEIMME ediciones, Quito, 1992.
31. LEMIEUX ANDRINE M, COE CHRISTOPHER L: Abuse-related posttraumatic stress disorder. Evidence for chronic neuroendocrine activation in women. *Psychosomatic Medicine*, 57:105, 1995.
32. LOPEZ MV, HIJAR MC, RASCON RA, BLANCO J: Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia. El caso de México, 1979-1992. *Rev Saúde Pública de Brasil*, 28(1):40-44, 1996.
33. MADEROS F: Theorizing continuities and discontinuities between "normal" and abusive men: Work in progress paper presented at the third National Family Violence Research Conference. University of New Hampshire, julio 1987.
34. McFARLANE J, PARKER B, SOEKEN K: Abuse during pregnancy: frequency, severity, perpetrator, and risk factor of homicide. *Public Health Nurse*, 11(5):254-9, 1995.
35. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Implementación de la estrategia de promoción de la salud. Washington, 1992.
36. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral. Washington, 1995.
37. RAMIREZ JC, URIBE G: Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. *Sal Pub Mex*, 33(2):125-160, 1993.
38. RAMOS LL, SALTIERAL MT, CABALLERO MA: Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19(Supl 1):19-29, 1996.
39. SILVA C, McFARLANE J: Assessing hispanic women for physical and sexual abuse, frequency, severity of injury and risk factors for homicide. Mimeo.

40. SILVA C, McFARLANE J, SOEKEN K, PARKER B, REEL S: Symptoms of post-traumatic stress disorder in abused women in primary care setting. *Women's Health*, 6(5):488-545, 1977.
41. SARK E, FLITCRAFT A: Spouse abuse. En : *Violence in America: A Public Health Approach*. Oxford University Press. Nueva York, 1991.
42. STARK E, FLITCRAFT A: Killing the beast withing: Woman battering and female suicidally: *International Journal of Health Services*, 23(1):38-64, 1995.
43. STRAUS MA, GELLES RJ, STEINMETZ SK: *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. Doubleday, Nueva York, 1980.
44. SAUNDERS DG: Posttraumatic stress symptom, profiles of battered women: A comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims*, 9(1):29-38, 1994.
45. VALDEZ R, SANIN LH: Violencia durante el embarazo y su relación con el bajo peso al nacer. *Sal Pub Mex*, 38(5):329-337, 1996.
46. VALDEZ R, SHRADER E: Características y Análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microrregión de Ciudad Nezahualcóyotl. En: *Aún la Luna a Veces Tiene Miedo*. Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica, A. C: (CECOVID A.C.), 33-44, 1992.
47. WALKER L: *The Battered Woman Syndrome*. NY. Springer Publishing Co. Inc., Nueva York, 1984.
48. WOODS SJ, CAMPBELL JC: Posttraumatic stress in battered women: does the diagnosis fit? *Issues in Mental Health Nursing*, 12:173-186, 1993.