

T  
116  
C769P

**PREVALENCIA DE PERTURBACION PSIQUICA EN MUJERES  
VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL. BUCARAMANGA 1999.**

**LEDDY CONTRERAS PEZZOTTI**

**ALFONSO CARRASQUILLA CASTILLA**

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y  
CIENCIAS FORENSES, REGIONAL NOR ORIENTE.  
NEUROPSIQUIATRÍA**

**Bucaramanga. 2000**

**PREVALENCIA DE PERTURBACION PSIQUICA EN MUJERES  
VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL. BUCARAMANGA 1999.**

**LEDDY CONTRERAS PEZZOTTI**  
UNIVERSIDAD DE CALDAS  
MEDICO CIRUJANO  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

**ALFONSO CARRASQUILLA CASTILLA**  
UNIVERSIDAD LIBRE BARRANQUILLA  
MEDICO CIRUJANO

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL  
Y CIENCIAS FORENSES, REGIONAL NOR ORIENTE.  
NEUROPSIQUIATRIA  
Bucaramanga. 2000**

## TABLA DE CONTENIDO

|  | Pág |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN   | 74  |
| 1. RESUMEN.  | 6   |
| 2. MARCO TEORICO: VIOLENCIA CONYUGAL.  | 8   |
| 2.1 ASPECTOS GENERALES.  | 8   |
| 2.2 TIPOS DE VIOLENCIA EN LA RELACION CONYUGAL.                                | 14  |
| 2.3 TEORIAS DE CAUSALIDAD DE LA VIOLENCIA CONYUGAL.                            | 16  |
| 2.4 FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE CONTRIBUYEN A LA<br>VIOLENCIA CONYUGAL. | 23  |
| 2.5 PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONYUGAL.                                      | 23  |
| 2.6 CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER MALTRATADA.                                    | 38  |
| 2.7 CARACTERISTICAS DEL HOMBRE QUE MALTRATA.                                   | 39  |
| 2.8 FACTORES DE LA PAREJA.   | 47  |
| 2.9 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LA MUJER.                     | 48  |
| 2.9.1 Nivel Fisico.  | 52  |
| 2.9.2 Nivel Psicosocial.   | 53  |
| 2.9.3 En el Embarazo.  | 56  |
| 2.10 EFECTO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL EN LOS NIÑOS.                             | 60  |
| 2.11 ESCALA PARA MEDIR LA VIOLENCIA CONYUGAL:<br>TÁCTICAS DE CONFLICTO.        | 61  |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| 2.11.1 Violencia física.          | 63  |
| 2.11.2 Violencia psíquica.        | 65  |
| 2.11.3 Violencia sexual.          | 66  |
| 3. ESTUDIO PILOTO.                | 68  |
| 4. JUSTIFICACIÓN.                 | 72  |
| 5. PROBLEMA.                      | 74  |
| 6. OBJETIVOS.                     | 75  |
| 6.1 Objetivos Generales.          | 75  |
| 6.2 Objetivos Especificos.        | 75  |
| 7. CONCEPTOS-GLOSARIO             | 76  |
| 8. MATERIALES Y MÉTODOS.          | 80  |
| 9. PROCEDIMIENTOS.                | 83  |
| 10. VARIABLES-OPERACIONALIZACIÓN. | 85  |
| 11. RESULTADOS.                   | 87  |
| 12. ANÁLISIS.                     | 91  |
| 13. RECOMENDACIONES.              | 93  |
| 14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.    | 94  |
| 15. BIBLIOGRAFÍA.                 | 95  |
| 16. AGRADECIMIENTOS.              | 103 |
| 17. ANEXOS.                       | 104 |

## LISTAS DE TABLAS

### INTRODUCCION

Pág

|   |    |
|---|----|
| Tabla No 1. Tipos de violencia, factores que contribuyen a la violencia, medidas para contrarestarla e instituciones protagonistas..... | 26 |
| Tabla No 2. Prevalencia de la violencia conyugal, violencia en las Americas..   | 35 |
| Tabla 3. Dictámenes por lesiones personales según Etiología en los meses de Enero a Marzo de 1998 , Estudio Piloto .....                | 69 |

## INTRODUCCION

La violencia en el núcleo familiar, es un problema mundial y endémico, cuya realidad se niega o se asocia sólo con ciertos sectores de la población. Sus víctimas más frecuentes son las mujeres y los niños.

Existe una violencia que afecta desproporcionadamente a la mujer, sólo por la condición de pertenecer al sexo femenino, la que no se explica en forma exclusiva por su clase social, edad, por sus creencias religiosas o políticas, por su etnia o preferencia sexual.

La violencia contra la mujer, ha sido definida por las Naciones Unidas, como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada.

Aunque tradicionalmente fue vista como un asunto privado, en la cual no tenían injerencia los gobiernos, esta concepción ha venido modificándose, es así, que en

1993 la declaración y programa de acción de Derechos humanos de Viena, la señala como incompatible con la dignidad humana, y responsabiliza a los estados, para la implementación de medidas destinadas a la eliminación de ella.

El Ministerio de Salud en su informe, " Política Nacional de Salud Mental", expresa, que al hablar de violencia en Colombia se hace necesario precisar su origen; del total de víctimas de ella, el 20% proviene de la violencia que ocasiona el enfrentamiento armado por razones políticas que padece el país, el 80% restantes son víctimas de la violencia cotidiana, ya sea en el macrosistema social o en la intimidad del microsistema familiar.

Tanto La violencia doméstica como la social, son problema de derechos humanos, la posibilidad de vivir sin temor a la violencia es un derecho humano básico; impide que los miembros del grupo esten unidos por vínculos de solidaridad, reciprocidad, afecto y compañía.

La Violencia conyugal, (es una de las formas de violencia intrafamiliar) se refiere a todos aquellos actos violentos entre personas adultas que tienen o han tenido una relación íntima. Contrario a lo que muchos creen, es más peligrosa que la violencia callejera, en que se trata de un solo episodio. En la violencia conyugal, el fenómeno es repetitivo y se presenta en episodios cada vez más graves.

Además de las lesiones físicas directas, puede generar otros tipos de dolencias.

Klevens en el documento elaborado para el centro de referencia Nacional sobre violencia del INML Y CF, refiere efectos en la salud mental, de las víctimas, como son; Síndrome de estrés postraumático, depresión, ansiedad, suicidio, abuso de alcohol o drogas, y dificultades en el embarazo y parto.

En Colombia la Ley 294 de 1996, compromete al Estado, en la violencia Intrafamiliar, con su prevención, sanción, corrección, y protección de las víctimas.

## 1. RESUMEN

El presente estudio, describe la prevalencia de Perturbación psíquica en 70 mujeres que denunciaron a sus cónyuges por actos violentos contra ellas; hechos ocurridos en Bucaramanga durante el año 1999, por medio de las pruebas autoaplicadas, Zung de Ansiedad y Depresión, y de los criterios diagnósticos del DSM IV. Además, establece asociaciones de las patologías mentales, y con variables epidemiológicas como, edad, tipo de unión, religión, escolaridad y estratificación social.

Se encontró una prevalencia de Depresión, en 56 mujeres, que corresponde al 80 %, de la población estudiada; la prevalencia de Ansiedad encontrada, fue de 44 mujeres (62.9%) con diferentes grados de intensidad. En cuanto al Diagnóstico forense se diagnosticaron 8 mujeres (11.4%) sin lesión psíquica, 48 (68.6%) con Daño psíquico, 12 (17.1%) con Perturbación psíquica de tipo Transitorio, 1 (1.4%) con Perturbación Psíquica Permanente. Es de anotar que 43 (61.4 %) mujeres se atendieron en los primeros 30 días, 21 (30%) entre 30-120 días y 6 (8.6%) después de 120 días, de haber ocurrido el suceso traumático, que motivó la denuncia.

Las cifras encontradas en éste grupo de mujeres, son mayores (en las patologías mentales estudiadas), que las encontradas en El I y II Estudio Nacional de Salud Mental y Consume de Sustancias Psicoactivas realizado en 1993 y 1997 para la población general Colombiana, en que reportan una prevalencia de vida para la Depresión clínica del 25.1% y 19.6% y de Trastornos de Ansiedad de 9.6% y 10.8 % respectivamente.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 ASPECTOS GENERALES

La Violencia en la familia, ha existido siempre y en todas las culturas; descrita a partir de la Declaración de los Derechos del hombre, en la Revolución Francesa, se devela como un problema; y luego a través de la posterior declaración Universal de los Derechos Humanos, aceptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 y en relación con los movimientos feministas. En los sesenta, y por estudios empíricos se empezó a reconocer como un problema social, ameritando intervención gubernamental y profesional. MALDONADO, María Cristina. Conflicto, poder y violencia en la familia. Santiago de Cali: Editorial Facultad de Humanidades, sociedad y desarrollo humano 1995. 1995, p 118.

Soledad Larraín, en su trabajo, titulado *Dos décadas de acción para frenar la Violencia Domestica*, hace un resumen de lo que ha sido la violencia doméstica en los foros internacionales, así:

**Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, Ciudad de México, 1975.** Se menciona el tema de los conflictos en el interior de la familia.

**Asamblea general de las Naciones Unidas, 1979.** Se aprueba la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. El tema de la violencia contra la mujer se toca solo tangencialmente y no se define la violencia de género.

**Segunda Conferencia Mundial sobre la mujer, Copenhague, 1980. Igualdad, desarrollo y paz.** Se plantea directamente el problema de las mujeres golpeadas y la violencia familiar, y se aprueba una resolución sobre “ la mujer maltratada y la violencia en la familia”. Este tema se plantea con posterioridad en el Consejo Económico y Social, la Comisión sobre la condición Jurídica y social de la mujer, la División para el Adelanto de la Mujer y el Comité de prevención del Delito y lucha contra la Delincuencia.

**Quinta Conferencia Regional de la CEPAL, 1991.** Se aprueba una resolución sobre “ mujer y violencia “. En diversos documentos se señala la violencia de género como uno de los obstáculos para un desarrollo con equidad.

**Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993.** Se reconoce la violencia contra la mujer como una violación de derechos humanos. En la declaración final se incluye la propuesta de designar una relatoría especial sobre la violencia contra la mujer.

**Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer, 20 de Diciembre de 1993.** Se reconoce la urgente necesidad de hacer extensivos a las mujeres los derechos relativos a la igualdad, seguridad libertad y dignidad de los seres humanos. En el artículo 1. Se define la violencia contra la mujer como " todo acto de violencia basado en la diferencia de género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada ". En el artículo 2 se enumeran las categorías de violencia física, sexual y psicológicas:

a) La violencia que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, La violencia relacionada con la dote, la violación por el esposo, la mutilación genital femenina y otros prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros del hogar y la violencia relacionada con la explotación;

b) La violencia perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;

c) La Violencia perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

**Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belém do Pará, 9m de junio de 1994.** propuesta por la OEA, considera que el reconocimiento y el pleno respeto de todos los derechos de la mujer es una condición indispensable para su desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, unida y pacífica. Define la violencia contra la mujer como “cualquier conducta, basada en su género, que causé muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico ala mujer, tanto en el ámbito público como privado”, y señala que “los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia...”

**Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.** Define la expresión “violencia contra la mujer” tal como está definida en la Declaración de las Naciones Unidas del 20 de diciembre de 1993.

En Colombia, es a partir de la Ley de Paternidad Responsable, en el gobierno del Doctor Carlos Lleras Restrepo que empieza a verse la violencia conyugal, fuera del ámbito de lo privado. Luego la ley 294 de 1996, sobre Violencia Intrafamiliar; que incluye: el maltrato físico ó psíquico, el abuso sexual (aún entre cónyuges),

trato cruel o intimidatorio, y la restricción de la libertad de locomoción. Ministerio de Justicia de Colombia. Código Penal. Delitos a la Familia.

El Ministerio de Salud Colombiano, en "Vida, Salud y Paz", documento de trabajo. (1998), define la Violencia: como una forma de establecer relaciones y de afrontar conflictos, recurriendo a la fuerza, la amenaza o la agresión psicológica o el abandono, con el fin de debilitar, destruirse o destruir al otro o a los otros, obteniendo como resultado la muerte, la disminución de la capacidad física, del desarrollo humano o de la toma de decisiones por parte de la víctima y generando a la vez una dinámica patológica o degradante en el victimario.

Los síndromes característicos en los que se expresa la violencia familiar, son: El maltrato infantil, El abuso sexual infantil, Niños testigos de violencia entre sus padres, Violencia entre Hermanos, Violencia contra las personas mayores, y Violencia conyugal.

La Violencia contra la mujer, ha sido definida por las Naciones Unidas como cualquier acto que resulte en daño físico, sexual o psicológico a mujeres, incluyendo la amenaza, coerción o privación arbitraria de la libertad, realizada en público o en la intimidad. Entre los actos que se consideran violentos, se incluyen: Maltrato Físico, Abuso sexual, Violencia realizada con la violación (aún

por el mismo cónyuge), tráfico de blancas, prostitución forzada, mutilación genital y violencia promovida o tolerada por el estado.

De acuerdo con lo establecido por la ley 294 de julio 16 de 1996, en el título IX, capítulo segundo, la legislación ante la violencia conyugal en Colombia ( no se incluyen aspectos penales) expresa :

- Artículo 42 – Sobre protección de la familia.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculo naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

El estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley propondrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable.

La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables.

Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes.

Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley.

Los hijos habidos en el matrimonio o fuera del, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes.

La ley reglamentara la progenitura responsable.

La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos.

Las formas del matrimonio, la edad y capacidad para contraerlo, los deberes y derechos de los cónyuges, su separación y la disolución del vínculo, se rigen por ley civil.

También tendrá efectos civiles las sentencias de nulidad de los matrimonios religiosos dictadas por las autoridades de las respectivas religiones, en los términos que establezca la ley.

La ley determinara lo relativo al estado civil de las personas y los consiguientes derechos y deberes.

## 2.2 TIPOS DE VIOLENCIA, EN LA RELACION CONYUGAL.

ARIAS N. y Moncayo C, en su estudio, describe las manifestaciones de violencia contra la mujer en la familia, que pueden ser: física, psicológica y sexual.

- **Violencia Física:** Se realiza mediante actos que afectan directamente el cuerpo y la salud de las mujeres que los sufren. Producen enfermedad, dolor heridas, mutilaciones o muerte. Puede manifestarse con cachetadas, empujones, patadas, y hasta con la utilización de objetos, tales como correas, cigarrillos, cuchillos, palos, machetes.

- **Violencia psíquica ó Psicológica:** Ejercida a través de los hechos que afectan la salud mental y la estabilidad emocional. Es lo que comúnmente se llama daño moral, o espiritual.

Se manifiesta con palabras soeces, amenazas y frases encaminadas a desconocer el valor y aporte de otras personas; con la ridiculización como forma habitual de expresión; con el encierro a que muchos hombres someten a las mujeres, alejándolas de la familia o del círculo de amigos o impidiéndoles el acceso al estudio, el trabajo o la recreación, con celos excesivos que coartan la movilidad, el uso personal del tiempo y las relaciones sociales; con el incumplimiento de las obligaciones económicas, teniendo posibilidad para cumplirlas; o con la carga de todo el trabajo domestico en manos de las mujeres, subvalorando y menospreciando su aporte en la economía familiar.

-Violencia Sexual: Ejercida a través de comportamientos y actitudes que atenta contra la dignidad y la libertad sexual de las mujeres.

Consiste en obligar a la esposa o compañera a tener relaciones sexuales utilizando la fuerza, el chantaje con los hijos o con aporte económico; usando frases dirigidas a menoscabar su Honra y dignidad sexual; imponiendo determinados comportamientos sexuales, y al mismo tiempo, desconociendo sus necesidades y propuestas sexuales; o mediante el abuso sexual de las niñas y niños en el hogar.

Con las consideraciones anteriores, se debe tener cuenta que los diferentes tipos de violencia conyugal se presentan muchas veces de manera simultanea. Se propone una división conceptual para mejor entendimiento de la problemática. La violencia física implica siempre, no solo daño en el cuerpo si no tambien en la salud mental. En la violencia sexual confluyen tanto la violencia física como la psicológica.

## 2.3 TEORÍAS DE CASUALIDAD DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

Klevens en su estudio sobre el tema recoge las diversas teorías:

(Klevens Joanne. Violencia contra la mujer: Factores de riesgo y medidas de prevención, Lesiones de causa externa, factores de riesgo, medidas de prevención: Centro Nacional de

referencia sobre violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Santa Fé de Bogotá D.C. 1998:59.

- A. Las teorías Macroestructurales (principalmente feminista y culturales) que atribuyen la violencia a la inequidad (hombre/mujer), la cultura patriarcal, el cumplimiento de los roles estereotipados o la cultura de la violencia.
  
- B. Las Teorías interpersonales que atribuyen la violencia a la interacción entre ciertos tipos de personas en ciertas circunstancias dentro de un contexto específico (teorías sistemáticas, la de relaciones disfuncionales, el balance entre el estrés y los recursos, o la Teorías del " Combate Mutuo".
  
- C. Las teorías intrapersonales que atribuyen la violencia a rasgos específicos del individuo, (personalidad, psicopatología, aprendizaje social, déficit cognoscitivo o raciales).

Corsi, expone uno de los modelos más integrales conocido como el "Modelo Ecológico de casualidad de la violencia ", que identifica una serie de factores en el ámbito de individuo tales como antecedentes personales, pobreza, etc., así como factores culturales e instituciones en el ámbito de la sociedad que en conjunto favorecen las relaciones violentas. CORSI, Rubio. (Comp) Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós, 1998.

La Doctora Graciela B. Ferreira, en sus estudios con mujeres víctima también ha identificado un ciclo de violencia marital, como el que también había descubierto Eleonore Walker, que permite explicar cómo vive y experimenta la violencia una mujer maltratada. Para ellas el sólo ciclo de la violencia, explica por sí sólo, la permanencia en la situación de violencia conyugal. Este ciclo compuesto por diferentes etapas:

- a. **Iniciación del ciclo:** Es frecuente que durante el noviazgo el futuro compañero manifieste su incapacidad para manejar la rabia a su sentido de posesión sobre la novia, lo que más tarde puede dar origen al maltrato. Sin embargo, estas expresiones generalmente no son interpretadas como una señal de alarma, para ser analizada y discutida sino como una expresión más de su amor hacia ella.
- b. **Acumulación de tensiones:** Luego, la vida cotidiana trae consigo un gran número de tensiones que requieren acción mancomunada y comunicación respetuosa. Pero viviendo en una relación de posesión, dependencia, o autoritarismo, las pequeñas diferencias empiezan a convertirse en conflictos e indisposiciones que se manifiestan como reclamos, reproches y exigencias frente a las cuales no se establecen diálogos sino imposiciones de parte del agresor. Ante esta situación, la mujer puede adoptar una actitud de sumisión total a los requerimientos, o una resistencia pasiva.

- c. Explosión: Finalmente, la tensión se expresa de manera física, acompañada de violencia psicológica. En las primeras oportunidades estas pueden ser una cachetada, un empujón, o un estrujón con gritos. Luego, estas manifestaciones van en aumento, tanto en intensidad como en diferentes formas de agresión. Ante las primeras manifestaciones físicas de agresión, la mujer responde generalmente; puede adoptar una actitud de parálisis y de huida o de intento de huida permanente a la violencia; pero también puede tratar de responder físicamente al agresor.
- d. Arrepentimiento: Salvo casos excepcionales, en las primeras oportunidades el agresor siente arrepentimiento por lo ocurrido. La mujer también siente vergüenza por el hecho de que su compañero haya atentado contra su dignidad. Se buscan entonces explicaciones y excusas a la situación, las que generalmente justifican al agresor, pues todo conduce a identificar la forma como ella provoca el hecho.
- e. Reconciliación: En esta etapa se vive una especie de "Luna de miel" con regalos, serenatas, invitaciones a salir y el deseo de evitar a toda costa la repetición del hecho agresivo. En las primeras oportunidades esta etapa puede ser de larga duración, pero con el paso del tiempo, este periodo disminuye. El ambiente de tranquilidad y afecto genera en la mujer la esperanza de que la violencia no aparecerá nuevamente, y por lo tanto,

descartando muchas veces intentos serios de atención al problema como un proceso terapéutico de pareja, a la presentación de una demanda. Cuando el ciclo de agresión se ha instalado, este periodo se vive con temor, en medio de un ambiente de tensión tratando de evitar cualquier incidente que provoque nuevamente la explosión de la crisis.

Paulatinamente los conflictos cotidianos nuevamente, se van acumulando, y llevan a un nuevo ciclo de tensiones, explosión, arrepentimiento y reconciliación.

Miguel A. Cabrera, en "Aporte de los nuevos paradigmas en el abordaje de la violencia familiar, analiza dos propuestas del tema, la de Perroné y la de la diada Ferreira-Corsi

1. Según R. Perroné, en su obra "Un abordaje sistémico y comunicacional de la violencia". Hay que comprender la Violencia Familiar al interior de un proceso comunicacional, y por esto distingue dos grandes tipos de violencia, la violencia agresión, que emerge en el marco de una relación simétrica y la violencia castigo que emerge en el marco de una relación complementaria. Distintas son las manifestaciones de ambas violencias como también la gravedad del daño que pueden provocar, como también algunas de las pautas a tener en cuenta en el proceso terapéutico. Parte

de las siguientes premisas epistemológicas: planteamientos de la cibernética (noción de sistema, relé, reguladores, estabilidad, umbral óptimo, perturbación) y de la teoría de la comunicación de G. Bateson (relación simétrica, relación complementaria, secuencia comunicacional). Considera que la violencia no es un fenómeno individual, sino de un fenómeno interaccional. Cualquier individuo puede llegar a ser violento. Rechaza los términos victimario y víctima, "porque crean una situación cerrada e inmóvil" habla de "acto violento", de "participantes de la violencia". Su construcción teórica parece estar ligada a su práctica terapéutica, que no está directamente vinculada a la asistencia de mujeres golpeadas, sino a situaciones menos extremas de violencia en el contexto familiar.

2. Para J Corsi y G Ferreira, estamos frente al resultado de conductas aprendidas en el proceso de socialización de una sociedad patriarcal y sexista y en el seno de una familia con problemas de violencia. Así G Ferreira habla de "como se llega a mujer maltratada" o "el libreto del hombre violento" y J. Corsi "El modelo masculino tradicional", "la construcción de la identidad masculina", "el hombre golpeador". La comprensión y el abordaje de la problemática, se basan en la categoría de hombre violento y mujer maltratada, de victimario y de víctima. Con aportes de la victimología (victimización primaria, secundaria y terciaria) y los

conceptos de síndrome de Estocolmo (fenómeno de adaptación de los secuestrados por sus secuestradores), de "Indefensión aprendida" y del "ciclo de la violencia conyugal". Estos investigadores, deben la construcción teórica a la propia práctica de asistencia a la mujer golpeada y en menor medida a hombres golpeadores.

Miguel A Cabrera, señala la importancia que parece tener el "Contexto concreto" en el cual se construyen las distintas conceptualizaciones acerca de la Violencia Familiar y su tratamiento. Considera que los constructores de conceptualizaciones o de propuestas de tratamiento, obtienen su conocimiento dependiendo no de cómo sucedieron los hechos, sino de cómo se relatan o de los signos que éstos dejen en la escena.

Kashani, J. et al, citado por Saucedo Garcia J: M, considera cuatro los marcos teóricos, invocados para tratar de explicar el origen y mantenimiento de la violencia intrafamiliar:

- El modelo del aprendizaje social, que postula que la conducta violenta es aprendida en el hogar, cuyos miembros la repiten posteriormente cuando forman sus propias familias. Sin embargo anotan que éste modelo, no explica suficientemente los mecanismos que intervienen en la inhibición de la violencia.

- El modelo de la Psicopatología, el origen de la agresividad radica en factores intrapsíquicos, es decir en cuadros de psicopatología sufridos por el agresor. Sin embargo la mayoría de agresores no cumplen criterios para diagnosticarles una enfermedad mental o de personalidad. Lo que sí se observa, es que estar bajo el influjo del alcohol facilita la desinhibición de impulsos agresivos.
- El modelo de la agresividad, estimulada aversivamente establece que la conducta agresiva, más que ser aprendida, deriva del simple deseo de producir dolor y es precipitada por una variedad de estímulos.
- El modelo sintético, es probablemente el más complejo de todos, pues explica el origen de la violencia como resultado de una dinámica familiar disfuncional donde intervienen tanto factores individuales como relaciones interpersonales inadecuadas y elementos socioculturales.

## 2.4 FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE CONTRIBUYEN A LA VIOLENCIA CONYUGAL.

Las instituciones sociales (el estado, la familia y todos sus sistemas formales e informales) pueden contribuir a la violencia contra la mujer, en la medida en que

niegan, lo toleran o legitiman. Ejemplos es la iniquidad hombre/mujer, la estructura patriarcal de la familia, la renuncia general a intervenir en las disputas domésticas, la tolerancia o culpar a la mujer tanto como al hombre, la poca probabilidad de arresto, las menores penas (en contraste con las lesiones interpersonales ejercidas por extraños) y la ausencia de medidas de protección para las víctimas.

Un aspecto sociocultural de los colombianos, bastante importante en relación con la salud mental, y la violencia doméstica, lo constituye la falta de confianza en las autoridades, especialmente en las fuerzas de policía y en los políticos. A este hecho se le suma la insuficiencia, ineficacia e ineficiencia del sistema judicial, el cual se ve con frecuencia saturado por la acumulación de procesos. El grado de impunidad operante se presenta como una expresión de las desigualdades sociales, la deslegitimación judicial y la congestión de procesos. Según los datos del DANE (1993), en 1991 la criminalidad oculta en el país alcanza el 73.7% y la tasa de impunidad supera el 95%. Ministerio de Salud. Republica de Colombia. Política Nacional de Salud Mental. 1998.

Algunos factores que se mencionan, contribuyen al comportamiento violento, otros lo inhíben. Es útil distinguir entre los factores que operan a nivel individual, familiar, y comunitario, o social. También es útil tener en cuenta los factores sociales y situaciones que constituyen antecedentes de violencia, o sea las

características del medio social y físico, que fomentan o desincentivan el comportamiento violento. **( Ver Tabla No 1).**

En Colombia se conoce que la violencia conyugal ha sido una constante en las parejas, desde la época de la colonia; se desconoce si fue obra de la colonización o si éstas costumbres se daban entre los indios. La tradición de golpear y castigar a sus mujeres se ha mantenido enraizada en las culturas; son ejemplo de esto las coplas y canciones, que en forma jocosa lo expresa el folklor. En el departamento de Santander también constituye un fenómeno tradicional de su cultura.

Sauceda y cols en México, han relacionado diferentes factores culturales; citan que cuando la mujer asume varios roles trabajando y asumiendo la carga del hogar presenta un factor de riesgo pues muchas veces no es comprendida por su pareja ni por la sociedad. Cita a Lara y cols quienes encuentran en las mujeres maltratadas numerosas dificultades en su vida cotidiana, como déficit en calidad de vivienda, los servicios públicos, el transporte etc.

Efraín González de Olarte y Pilar Gavilano Llosa, en su artículo: Es la pobreza una causa de la violencia doméstica?, Concluyen diciendo, que no sólo es la pobreza, el factor importante en la violencia doméstica, sino que son 3 factores

**Tabla No. 1..Tipos de violencia, factores que contribuyen a la violencia, medidas para contra restarla e instituciones protagónicas.**

| Tipos de violencia         | Factores que contribuyen a la violencia  | Medidas de contrarrestar la violencia  | Instituciones protagónicas   |
|----------------------------|--|--|--|
| <b>Violencia domestica</b> | <p>Individuales</p> <p>Sexo factores biológicos/<br/>Fisiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sufrir o presenciar Malos tratos físicos.</li> <li>• Nivel de educación.</li> <li>• Situación laboral</li> <li>• Consumo de alcohol o drogas.</li> </ul> <p>Familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel De ingresos por per.</li> <li>• Estructura y composición (densidad)</li> <li>• Dinámicas y normas (democráticas / autoritarias)</li> </ul>  | <p>Preventivas</p> <p>Programas de empleo</p> <p>Servicios integrados Comunitarios.</p> <p>Educación y comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector de la enseñanza oficial</li> <li>• Actividades comunitarias populares</li> <li>• Campañas de educación</li> <li>• Medios de comunicación positivos Infraestructura y servicios.</li> </ul> <p>Control de la disponibilidad de drogas y alcohol</p> <p>Reforma policial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación</li> <li>• Patrullas vecinales</li> </ul> <p>Reforma Judicial</p> <p>Medidas legislativas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• control de la portación de armas</li> <li>• Mayor accesibilidad del sector salud</li> </ul> <p>Tratamiento y paliación</p> <p>Sanciones de la justicia penal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penas de cárcel más largas</li> <li>• Sentencias más severas</li> </ul> <p>Terapia psicológica</p> <p>Terapia física</p> | <p>Gobierno municipal</p> <p>Gobierno nacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerios de salud, justicia, educación y trabajo</li> </ul> <p>Organizaciones no gubernamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de desarrollo social</li> <li>• Grupo de la defensa de los derechos humanos</li> <li>• Grupos de mujeres</li> <li>• Instituciones eclesiásticas</li> </ul> <p>Asociaciones y entidades vecinales</p> <p>Sector profesional y empresarial</p> <p>Universidades</p> <p>Medios de comunicación</p> <p>Hospitales</p> <p>Policía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisarías de mujeres</li> <li>• Patrullas vecinales</li> </ul> <p>Tribunales</p> <p>Organizaciones multilaterales</p> |
| <b>Violencia Social</b>    | <p>Comunitarios y sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza</li> <li>• Desigualdad</li> <li>• Índice de criminalidad</li> <li>• Valores culturales</li> <li>• Violencia en los medios de comunicación</li> <li>• Controles institucionales</li> <li>• Sistema policial y judicial</li> <li>• Alcohol y drogas</li> <li>• Capital social (normas y apoyo)</li> <li>• Densidad demográfica</li> <li>• Efectos de la posguerra (disponibilidad de armas)</li> </ul> |  |  |

estrechamente relacionados: pobreza, desempleo y falta de una red de apoyo emocional.

1. La pobreza familiar parece ser un detonante o amplificador de conflictos en la pareja, y aumenta las probabilidades de que se dé violencia tanto psicológica como sexual. No parece influir en el caso de la violencia física.
2. En cuanto a la situación laboral del hombre. Los hombres que trabajan se comportan con más violencia física y psicológica frente a su pareja que los hombres desempleados; una explicación es que necesitando depender de ella no están dispuestos a correr el riesgo de perder a su pareja como consecuencia de los golpes.
3. Al respecto de las redes de apoyo social: las mujeres que pueden contar sus problemas a sus parientes o amigos o pedirles apoyo, tienden a sufrir más actos violentos. Es difícil interpretar ésta observación no se sabe si las redes de apoyo se usan por el maltrato o si es la violencia por estas redes. Se necesitan más estudios en el campo.

Desde muy temprana edad, los niños son socializados en sus respectivos roles sexuales para aceptar o perpetuar estas condiciones, por ejemplo, se ha observado que existen diferencias importantes en las interacciones de madres

con sus hijos varones, comparado con sus hijas: Conducta asertiva o agresiva. También se observan diferencias en las experiencias escolares en este mismo sentido. Así, mediante refuerzos positivos y negativos, a los hombres se les enseña a dominar, a luchar, y a desenvolverse en los escenarios públicos, mientras que a las mujeres se les enseña a cuidar, conciliar y guardar silencio.

Los incidentes de violencia conyugal reportados a las autoridades tienden a concentrarse en zonas urbanas, barrios de estrato bajo y con alto movimiento poblacional. Se sabe que un barrio tranquilo reduce las probabilidades de violencia física, pero no influye en otros tipos de violencia. No se sabe si esto refleja sesgos de reporte de casos o fenómenos semejantes a lo observado para la violencia en general.

En casi toda las sociedades, y en todos los periodos históricos se observa violencia contra la mujer. Levinson. comparó noventa culturas alrededor del mundo y encontró que en 85% de las comunidades estudiadas, se presentaba algún grado de maltrato a la mujer (versus e 27% de los cuales se observa maltrato al hombre).

Ocho rasgos diferenciaban las culturas SIN maltrato a la mujer:

1. Las mujeres tenían poder sobre los ingresos de la familia.
2. Las decisiones domésticas eran compartidas.

3. Los matrimonios eran monogámicos.
4. Las mujeres podían divorciarse de sus esposos tan fácilmente como los hombres de ellas.
5. No se observan la doble moral frente a las relaciones sexuales premaritales.
6. Los hombres se acostumbraban a resolver sus conflictos con otros hombres de manera pacífica.
7. Existen grupos de trabajos o grupos solidarios totalmente femeninos.
8. La comunidad intervenía rápidamente en los índices de violencia conyugal.

Lo anterior para Klevens, señala la importancia de la igualdad en las relaciones hombre / mujer. Curiosamente, Levinson no encontró relación con la violencia legitimada (cultura de violencia). KLEVENS, Joanne. Violencia contra la mujer: Factores de riesgo y medidas de prevención, Lesiones de causa externa, factores de riesgo, medidas de prevención: Centro Nacional de referencia sobre violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Santa Fé de Bogotá D.C. 1998:59.

Queda en evidencia, sin embargo, que las actitudes con relación a la violencia conyugal varían entre las culturas, y que esto puede influenciar tanto la prevalencia como las características de la violencia. Por ejemplo, una encuesta nacional de hogares en los EEUU realizada en 1995 encontró que la prevalencia de violencia en familias latinoamericanas era el doble que en las familias anglo-americanas. Otro estudio comparativo entre mujeres mexicanas y anglo-

americanas víctimas de abuso conyugal no encontraron diferencias significativas entre la frecuencia y severidad de la violencia. Sin embargo, las circunstancias del maltrato diferían en el sentido que entre familias anglo - americanas, la violencia tendía a ocurrir en la recámara sin testigos, mientras las mujeres mexicanas eran golpeadas en la sala en presencia de otras personas. También se encontró diferencias en las actitudes de las mujeres acerca de la violencia. Estas diferencias sugieren una mayor tolerancia al abuso físico en la cultura mexicana, indicando que las mujeres mexicanas podrían mantenerse por periodos mayores en relaciones violentas. ELLSBERG M, Peña R, HERRERA Confite Infierno prevalencia y características de la Violencia Conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Producciones Punto de Encuentro. Managua, 1996.

Aunque las causas de la violencia conyugal no han sido establecidas, estudios transculturales indican que las relaciones desiguales de genero están estrechamente vinculadas a la violencia hacia la mujer. El estudio etnográfico de Levinson en 90 sociedades primitivas, identifica cuatro factores que en su conjunto tienen una correlación muy fuerte con sociedades donde la prevalencia de violencia hacia la mujer es muy alta: Estos son: La iniquidad económica entre hombres y mujeres; el uso de la violencia física como método común para la resolución de conflictos; la autoridad masculina en la toma de decisiones en el hogar; y restricciones en el divorcio unilateral para las mujeres. El estudio sugiere que la iniquidad económica es el factor más importante entre estos. Tal vez el hallazgo más importante de este estudio fue que existían por lo menos 16

sociedades que podrían considerarse "libres de violencia hacia la mujer". Esto indica que la violencia, lejos de ser un comportamiento natural e innato de los seres humanos, es un comportamiento aprendido, lo cual implica que es posible aprender de otros comportamientos que no sean violentos.

Tanto las teorías que buscan las causas de la violencia conyugal en la sociedad como aquellos que citan exclusivamente factores psicológicos individuales, no logran explicar adecuadamente el fenómeno, ya que se ha demostrado que hay sociedades donde no existe la violencia conyugal, y por otro lado, en las sociedades donde no existe maltrato conyugal hay muchas personas que si son violentas. Uno de los modelos más integrales es conocido como el "Modelo Ecológico de casualidad de la violencia ", que ya fue ilustrado iniciando el capítulo.

Otros factores culturales, tales como educación y el estatus de las mujeres han sido citados. Por otro lado, se han sugerido algunos factores psico-sociales que sirven de protección, tales como la existencia de una red social. Arias N O, Moncayo C. Mecanismos de Protección de la Mujer Víctima de la Violencia Intrafamiliar y sexual. Ministerio Publico, Defensoría del Pueblo, República de Colombia.1995: 7-18.

Los grupos feministas destacan la desigualdad en los géneros como factor central.

La pobreza tiene su explicación en dos factores, uno en que si los otros factores permanecen constantes, la pobreza en sí exacerba la violencia, la segunda es que ella no es en sí misma una causa directa del comportamiento violento, sino que está asociada a un mayor estrés debido a la incertidumbre, la situación económica precaria y el hacinamiento.

Los Factores Familiares, el hacinamiento, el ingreso per cápita de la familia, y la dinámica y las normas familiares (especialmente en los casos en que las normas prevalentes son más autoritarias que igualitarias o democráticas).

Se destacan también, la desigualdad de ingreso, la violencia en los medios de comunicación, los efectos de la posguerra, los controles institucionales débiles ( especialmente la debilidad de los sistemas policiales y judiciales), Y las normas culturales.

Otro antecedente de importancia, es el índice general de criminalidad. El aumento de los delitos violentos reduce las inhibiciones de la conducta violenta (Fajnzylber, Pablo.1997. What causes crime and violence?, Citado por BID). tanto por medio del efecto de demostración (los delincuentes ofrecen un modelo para las personas inclinadas a seguir su ejemplo) como por la erosión de normas sociales que regulan las relaciones humanas.

## 2.5 PREVALENCIA DE VIOLENCIA CONYUGAL

Existen pocos datos sobre la prevalencia de la violencia hacia las mujeres a nivel internacional. La mayoría de los estudios existentes, aunque tengan validez interna, no son comparables entre sí por el uso de definiciones distintas de abuso (algunos estudios incluyen abuso psicológico y sexual, mientras que otros incluyen solamente violencia física). Sin embargo, hay acuerdo entre los investigadores en el sentido que existe un subregistro importante en los datos de prevalencia, ya que muchas mujeres tienden a minimizar los eventos violentos, debido a vergüenza, autculpabilidad o lealtad al agresor.

La investigación empírica sobre el tema es incipiente y adolece de múltiples problemas metodológicos: la poca representatividad de las poblaciones estudiadas (principalmente víctimas de los albergues), la recolección de información a partir de víctimas con pocos estudios realizados entre los victimarios, la restricción de las mediciones de violencia en el físico, la poca comparabilidad entre mediciones, poca diversidad de paradigmas y enfoques teóricos investigación, y la separación de esta líneas de exploración de la investigación permiten plantear líneas de mayor profundización y posibles medidas preventivas.

Uno de los estudios más completos sobre la violencia hacia las mujeres fue una encuesta nacional realizada en 1993 en Canadá por el instituto Nacional de Estadística. Este estudio encontró que el 25% de mujeres habían sufrido violencia física o sexual por parte de un compañero íntimo, y el 10% habían experimentado violencia en los últimos 12 meses. Encuestas similares realizadas en otros países registran cifras de maltrato físico que oscila entre 21% (EEUU) y 77% (Japón). Anualmente, alrededor de 9 al 11% de las mujeres son maltratados. Estas cifras probablemente subestiman la verdadera magnitud del problema, por los posibles errores de medición (principalmente por que el autorreporte puede estar influenciado por la aceptación cultural, pena o temor de reportar) y la exclusión de ciertos tipos de población. ELLSBERG M, PEÑA R, HERRERA A, et al. Confites en el Infierno: prevalencia y características de la Violencia Conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Departamento de Medicina Preventiva (UNAM) y asociación de mujeres profesionales por la Democracia y Desarrollo Producciones Punto de Encuentro. Managua, 1996.

Los datos disponibles sobre la violencia en las Américas, a pesar de ser parciales y fragmentados, confirman estas percepciones del público e indican que la región tiene unos índices altos de violencia doméstica, cada año el 30-50% de mujeres adultas con pareja, son víctimas de actos de violencia psicológica, mientras que entre 10-35% sufren maltrato físico.

Estos resultados son bastantes uniformes en los distintos países de la región (Buvinic Mayra, Morrison A y Shifter M). La violencia en las Américas: marco de acción.

**( Ver Tabla No 2 ).**

**Tabla No. 2 .. Prevalencia de la violencia doméstica contra la mujer en las Américas**

| <b>País/ Autor del estudio</b>                                 | <b>Tipo de muestra</b>   | <b>Muestra</b>   | <b>Resultados</b>  |
|--|--|--|--|
| <b>Chile</b><br><b>Larraín Heiremans, 1994</b>                 | Muestra representativa<br>De Santiago                          | 1.000 mujeres de 22 a 55 años<br>en pareja desde hacía por lo<br>menos dos años. | 33,9 % psicológica<br>10,7 % física (violencia severa)<br>15,5 física (menos severa) |
| <b>Colombia</b><br><b>(1990)</b>                               | Muestra aleatoria nacional                                     | 3.272 mujeres urbanas<br>2.118 mujeres rurales                                   | 33,9 % psicológicas<br>20% física<br>10 % Sexual                                     |
| <b>Costa Rica</b><br><b>Quirós y</b><br><b>Barrantes, 1994</b> | Muestra representativa de la zona<br>Metropolitana de San José | 1.312 mujeres  | 75 % psicológica , 10% física ,<br>6% han sido encerradas en la<br>casa              |
| <b>Ecuador</b><br><b>(1992)</b>                                | Muestra intencional de un Barrio<br>de Quito                   | 200 mujeres de bajos ingresos  | 60% física   |
| <b>Guatemala</b><br><b>(1990)</b>                              | Muestra aleatoria de<br>Sacatepequez                           | 1. 000 mujeres   | 49% maltratadas<br>74% de ellas por un compañero<br>sexual                           |
| <b>Haití</b><br><b>CHEPROF, 1996*</b>                          | Muestra representativa nacional                                | 1.705 mujeres  | 70% maltratadas, 36% de ellas<br>por un compañero sexual                             |
| <b>Paraguay</b><br><b>CEDEP, CDC, USAID, 1996</b>              | Muestra representativa nacional                                |  | 9,4 % física<br>31,1 % psicológica   |
| <b>México</b><br><b>Granados Shlroma, 1995</b>                 | Muestra representativa de Nueve<br>distritos de Monterrey      | 1.086 mujeres  | 45,2% maltratadas<br>17,5% física y sexual<br>15,6 % física y psicológica            |
| <b>Canadá (1993)</b><br><b>Estados Unidos (1986)</b>           | Muestra repr. Nacional<br>Probabilidad nacional                | 12.300 mujeres > 18 años<br>2.143 parejas  | 25% física<br>28% física   |

En Centroamérica se carece de datos sobre la prevalencia de la violencia intrafamiliar, sin embargo, revisiones de los informes de organizaciones que atienden a víctimas, así como datos oficiales de fuentes judiciales indican un aumento enorme en los casos de violencia en los últimos años. Algunos estudios realizados en Costa Rica y México indican que 1 de cada 3 mujeres sufre violencia física en su hogar. Un estudio de 1000 mujeres rurales en Guatemala indica que casi la mitad (48%) de las entrevistadas habían sufrido maltrato físico por su compañero. En algunos países como por ejemplo. El Salvador y Nicaragua, ha existido la de la guerra, que significa que las mujeres están expuestas además a un alto grado de violencia generalizada. (BID).

Para los Colombianos, según el I Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (1993), el núcleo familiar posee una gran importancia. Aunque el 89.7% de la muestra reportó buenas relaciones intrafamiliares, el debilitamiento de las redes de apoyo social, incluyendo la disfuncionalidad familiar, es cada vez mas frecuente. Los datos del II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (1997) muestran que casi 1 de cada 4 personas tiene a su familia desintegrada. La figura materna es de gran importancia en la familia colombiana y es con ella con quien frecuentemente los hijos establecen vínculos de comunicación.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS-95) realizada por Profamilia durante el primer trimestre de 1995, la gran mayoría de las mujeres colombianas, alrededor del 99%, consideraban a las manifestaciones de violencia intrafamiliar como delito. Complementando ésta encuesta con los datos obtenidos por el CNRV, entre las mujeres con algún tipo de unión, una de cada 5 ha sido golpeada y no obstante solo el 27% denunció el hecho ante las autoridades, presentándose no obstante un incremento en el reporte con respecto a 1990, por lo que es posible suponer que las tasas de violencia intrafamiliar sean mucho más altas que las reportadas en los diferentes estudios.

En 1999 el Instituto de Medicina Legal evaluó 62.123 lesionados por Violencia Intrafamiliar, el 67% correspondió a Violencia Conyugal, seguido por violencia a otros familiares. Durante el periodo comprendido entre 1996 a 1999, han aumentado en numero las evaluaciones de las víctimas. La tasa ha pasado de 130 personas lesionadas por 100.000 habitantes en 1996, a 149 victimas por 100.000 habitantes en 1999. La distribución por género en los casos reportados ha predominado el género femenino (81%). La mayor proporción de lesiones se produjo con objeto contundente como puños, y patadas, el grupo más afectado fueron las mujeres entre 25 a 34 años y la zona del país con tasas superiores (a la nacional de 150 por 100.000 habitantes) es la zona andina, relacionado esto por ser la de mayor densidad poblacional en el país.

La encuesta de PROFAMILIA sobre una muestra representativa nacional, encontró que el 19.3% de las mujeres han sido golpeadas alguna vez por el esposo o compañero (1 de cada 5 mujeres en cualquier tipo de unión conyugal). El 33.2% insultadas o ultrajadas y el 55% forzadas a tener relaciones sexuales. De éstas sólo el 27% denunció el hecho ante las autoridades, presentándose sí un incremento de las denuncias con respecto al año 1990.

## 2.6 CARACTERISTICAS DE LA MUJER MALTRATADA

Con frecuencia, las personas tienden a culpar a la mujer víctima de maltrato pensando que debe ser que le gusta o seguramente se lo tenía merecido. Hasta la fecha, las investigaciones internacionales no han encontrado ningún factor, aparte del hecho de ser mujer, que permita identificar a las mujeres que están más expuestas a ser maltratadas. DUTTON Donald y GOLANT Susan. El golpeador. Un perfil psicológico. Editorial Paidós. Buenos Aires 1 edición 1997.

A pesar de múltiples investigaciones y varias revisiones cuidadosas de la literatura al respecto, no se ha logrado identificar de manera consistente una característica específica de la mujer (excepto por su estado civil) que incrementa su riesgo a ser agredida. No se observan asociaciones consistentes con la edad, nivel educativo, ocupación, raza, perfil psicológico, actitudes o antecedentes de maltrato o testigo de violencia en la familia de origen. Factores

como el consumo de alcohol, estado de depresión o ansiedad, parecen ser consecuencias de la violencia y no antecedentes.

Para L. Walker y Graciela Ferreira, una de las razones que podrían explicar él porque tantas mujeres toleran el maltrato, es su misma dinámica. El maltrato se inicia usualmente de manera sutil. Al principio, se presenta esporádicamente y se acompaña de manifestaciones de arrepentimiento del hombre y, luego un periodo de mucha armonía (llamado el periodo de luna de miel). Mientras pasa el tiempo, va escalando en frecuencia y severidad. Como se menciono anteriormente, poco a poco, las víctimas de la violencia pierden su autoestima, experimentan sentimiento de importancia y disminuye su autoeficacia y capacidad de tomar decisiones. Por distintas razones, la mujer se aísla de sus contactos sociales y por consiguiente, de su conocimiento del mundo externo y habilidad para desenvolverse en él. Muchas mujeres asumen la culpa o buscan un factor externo (como el alcohol) en vez de culpar al hombre. Creen que el problema es pasajero y que si se comportan bien, evitando los comportamientos que desencadenen su furia, podrán evitar nuevos episodios. Otros factores, como su dependencia económica, los hijos, los lazos emocionales, la ignorancia sobre las posibles opciones, o el temor a la retribución pueden dificultar la huida.

## 2.7 CARACTERISTICAS DEL HOMBRE QUE MALTRATA

Según el estudio nacional, realizado por PROFAMILIA, las mujeres colombianas golpeadas atribuyen la agresión a las borracheras (38%), los celos (28%) y el mal genio del marido (11%). En encuestas realizadas a hombres abusivos, con frecuencia niegan el abuso, subestiman su frecuencia o severidad, asumen rol de víctimas o culpan a la mujer o algún factor externo.

Para los hombres involucrados en episodios de violencia conyugal, éste parece ser un patrón de comportamiento independiente de las características de la mujer o de la relación, pues tiende a repetirse en relación con otras mujeres. A diferencia del observado sobre mujeres víctimas de violencia, si existen una serie de factores característicos del hombre que maltrata a la mujer:

1. Es de menor estrato socioeconómico (bajos ingresos, menor nivel ocupacional y menor nivel educativo).
2. Ha sido testigo de violencia en su familia de origen (22 de 24 estudios han documentado la importancia de este antecedente).
3. Consumen alcohol de manera excesiva periódicamente (23 estudios), especialmente entre los estratos bajos.
4. Manifiestan mayores niveles de hostilidad y ha estado involucrado en episodios de violencia con extraños o conocidos (no familiares).
5. Tienden también al maltratar a sus hijos y/o a los hijos de su compañera.
6. Tienden abusar también sexualmente de la mujer.

Gregory Pettit, conceptúa que la agresión conyugal, ocurre en el contexto, de otros comportamientos antisociales, como problemas de conducta, abuso de sustancias y delincuencia. Sus raíces se encuentran, en la agresividad intrapersonal durante su infancia. Conceptúa también que biológicamente el hombre tiende más a la agresividad física y la mujer más a la relacional (hablar mal del otro).

Se consideran también factores individuales, ya que la evidencia sugiere que un conjunto de factores inciden en los patrones de violencia doméstica y social. Estos son: sexo, edad, otros factores biológicos y fisiológicos, nivel socioeconómico, situación laboral, nivel de educación, uso de alcohol o drogas y haber sufrido o presenciado maltrato físico en la niñez. La combinación de traumas neurológicos y experiencias tempranas de maltrato y abandono, son fuertes predictores del comportamiento delictivo en la edad adulta. BUVINIC, M MORRINSON, A. Y SHIFER, M. La violencia en las Américas: marco de acción. BID, 1999.

Korn, expresa, la importancia de los aspectos genéticos, en la impulsividad y agresividad. Anormalidades en neurotransmisores, incluyendo disminución de serotonina y aumento de la función Noradrenergica. La injuria cerebral, el consumo de cocaína y de anfetaminas. La intoxicación aguda de alcohol, resulta en una desinhibición conductal, que precipita en ocasiones altos niveles de agresividad.

Varios estudios han encontrado déficit en el procesamiento de información y habilidades de interacción social: Hipersensibilidad a los estímulos, especialmente negativos, tendencia a atribuir intencionalidad hostil a los comportamientos de otros, dificultades de comunicación, repertorio limitado en alternativas de solución a los conflictos, y estrategias para la resolución de conflictos menos afectivas.

A pesar de las asociaciones consistentes, es importante tener en cuenta la baja prevalencia de algunos factores. Por ejemplo, el factor asociado mas fuertemente o con mayor consistencia es el ser testigo de violencia en la familia de origen. Sin embargo, apenas un 37 a 47% de los hombres que maltratan a la mujer no tienen este antecedente. Igual sucede con el antecedente de sumo de alcohol, presente en el 6 a 87% de los casos, según los patrones culturales de consumo. En el estudio de Levinson, apenas en el 9% de las comunidades estudiadas, al alcohol parecía tener parte fundamental en la secuencia de los eventos.

Klevens, cita a Hotaling y Sugarman, quienes realizaron mas de 400 estudios sobre la violencia conyugal. Identificaron 52 estudios en los cuales se compararon casos con grupos control. A partir de su revisión, identificaron factores asociados positiva o negativa mente con la violencia conyugal de manera consistente ( en más del 70% de los casos y en al menos 3 estudios independientes), factores que no asociaron de manera consistente con la

violencia conyugal, factores con asociaciones inconsistentes y factores sin suficiente información en cuanto a su posible relación.

Los siguientes factores se han asociado de manera inconsistente (a veces positiva y otras negativamente):

1. La edad
2. El desempleo
3. Los antecedentes judiciales
4. El maltrato en la infancia
5. Nivel de autoestima
6. Exposición a estrés
7. Rasgos psicopatológicos

Las expectativas o actitudes frente a los roles tradicionales/liberales de hombres/mujer, se han explorado en, al menos ocho estudios diferentes, incluyendo uno específico entre latinos, sin encontrarse asociaciones, o asociaciones inconscientes. Sin embargo, es importante anotar que en la mayoría se midió la presencia/ausencia de actitudes y no-magnitud.

La cantidad de rasgos asociados de manera inconsciente sugiere la posibilidad de heterogeneidad, dentro del grupo de hombres responsables de la violencia contra la mujer.

Holtzworth-Munroe y Stuart, citado por Klevens, revisan los estudios existentes sobre tipología de hombres que maltratan mujeres (n = 15 estudios):

Los estudios incluidos en su análisis se basan en datos empíricos con los cuales se han generado clasificaciones mediante análisis estadísticos o mediante técnicas cualitativas. En general, las tipologías se basan en variaciones en cuanto frecuencia, severidad y extensión de su comportamiento, así como sus rasgos psicológicos. Con base en estas variaciones, proponen tres tipologías de hombres maltratadores:

1. La mayoría (alrededor del 50%), dirige su agresión solo a la familia y de manera esporádica con largos periodos de calma en el intermedio. Su agresión tiende a limitarse a la agresión física. Manifiestan poco o ningún signo de psicopatología. Los episodios de violencia pueden o no relacionarse con el alcohol.

De los tres grupos, expresan las actividades más liberales frente a los roles masculinos / femenino. En general, manifiestan estar satisfechos en su relación de pareja y la relación tienen bajos niveles de conflicto. Después de algún episodio de agresión, se muestran muy arrepentidos y sumen la responsabilidad. No justifican la violencia y con frecuencia buscan tratamiento espontáneamente.

A manera de hipótesis, los autores creen que este grupo ha sido expuesto a pocos factores de riesgo. El principal factor de riesgo entre ellos es él haber sido testigo de violencia en su familia de origen. Como consecuencia, aunque en general se desempeñan bien en sus relaciones, puede tener déficit de interacción se expresa solo en situaciones extremas y en especial, en su relación de pareja.

2. Un segundo grupo de hombres se caracteriza por altos niveles de angustia, irritación y volatilidad emocional. Maltratan con mayor frecuencia y además de maltrato físico, también pueden maltratar psicológicamente a abusar de ella sexualmente. En ellos es frecuente encontrar trastornos de personalidad de tipo esquizoide fronterizo, y algunos pueden tener problemas con alcohol o drogas. Se estima que este grupo podría corresponder al 25% del total.

En su relación son altamente dependientes, necesitan que la mujer los necesita, son celosos, sobredimensionan los problemas y reaccionan de manera descontrolada. En este grupo, es menos frecuente la relación entre alcohol y violencia.

Holtzworth - Munroe y Stuart suponen que este grupo ha estado expuesto a un mayor número de factores de riesgo, entre ellos la predisposición genética a la

impulsividad o el desarrollo de un vínculo ansioso ambivalente durante la infancia temprana. Según las teorías y los estudios sobre vínculo, el vínculo ansioso se forma cuando las respuestas del cuidador o del medio son ambivalentes o inconsistentes. Como resultado, el niño / adulto reacciona con angustia exagerada y agresión especialmente frente a las posibilidades de abandono.

3. El tercer grupo (25% restante), es habitualmente violento y causal de lesiones mas serias y más frecuentes. Muestra varios rasgos de conducta antisocial: Impulsividad, problemas de conducta en la niñez y adolescencia (volarse del colegio o de la casa, fracaso o deserción escolar, etc.), infracción de normas de transito, participación en pandillas, conductas delictivas y abuso de alcohol y las drogas. Usualmente, sus primeros episodios de agresión son dirigidos a personas fuera de la familia. Sus relaciones son más conflictivas, mas cortas y con frecuencia tienen relaciones extramaritales. De los tres grupos, expresan las actitudes mas conservadoras frente a los roles masculinos / femenino. Tienden a utilizar la intimidación y el control sobre la mujer. Culpa a la mujer y justifica su agresión hacia ella.

Con mayor frecuencia tienen antecedentes de maltrato. En la revisión sobre violencia y delincuencia, se plantearon varias posibilidades sobre su etiología, entre ellas, el desarrollo de un vínculo ansioso esquivo. Este tipo de vínculo es el

resultado de interacciones distantes, frías, hostiles o maltratantes. Holtzworth-Munroe y Stuart resaltan lo de la predisposición genética para este grupo.

La importancia de estas clasificaciones está en las posibilidades de un mejor entendimiento acerca de los factores causales. Además son probables que da tipo sea más vulnerable a las diferentes medidas de prevención y tratamiento.

## 2.8 FACTORES DE LA PAREJA

De acuerdo con Lederer y Jackson, citado por Saucedo J: M, en casi todos los matrimonios ocurren agresiones cuyas características pueden ser constructivas o destructivas. Constructivas, sobre todo cuando constituyen el único medio para expresar lo que se siente o se piensa y no producen lesiones físicas de consideración? ( el interrogante es nuestro). Bach afirma que, si bien la violencia física en la vida de la pareja no es legítima, desde el punto de vista psicodinámico la rudeza física puede en algunos casos, ser placentera y estimulante en lo sexual, tal y como se observa en las relaciones sadomasoquistas (éstas personas no consultan ni denuncian las agresiones).

Para Sandra Kaplan, hay factores en la pareja que predisponen a la violencia, como son tener 4 o más hijos, eventos estresantes recientes, incluyendo cambios de domicilio; y familias con pocas relaciones hacia otras familias. AMERICAN

PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) 153<sup>rd</sup> Annual Meeting. Various Perspectives on Violence.  
Mayo 16, 2000.

Klevens, no encontró relación con la distribución del poder en la toma de decisiones, ni en el número de hijos, ni tampoco en forma consistente el tiempo de unión de la pareja y sí la incompatibilidad religiosa.

## 2.9 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LA MUJER

Algunos estudios realizados en salas de emergencias en los EEUU indican que entre el 22 y 35 % de las mujeres que acuden a los servicios de emergencia llegan por síntomas relacionados con el abuso físico. Un estudio basado en una población de mujeres urbanas pobres encontró que la violencia era la causa principal de lesiones en mujeres de 15 a 44 años de edad. Las lesiones documentadas como resultado de la violencia incluir las contusiones, heridas, fracturas y heridas de bala. Estudios de otros problemas de salud tales como dolor crónico, trastornos de alimentación, enfermedad inflamatoria pélvica y depresión han demostrado una historia de violencia como el principal factor de riesgo, sin embargo pocas veces es diagnostico así en los servicios médicos.

Una revisión de expedientes de una sala de emergencia realizada en 1976 encontró que apenas el 5% de pacientes mujeres con trauma fueran identificadas como víctimas de maltrato. Sin embargo en el siguiente año, después de haber

iniciado el uso de un protocolo de diagnóstico, los casos reportados de violencia conyugal aumentaron a un 30%. En el grupo de edades de 18 a 20 años el maltrato físico aporta el 42% del total de casos de trauma. Esto indica la importancia que representa un factor no visible en la salud. Sin embargo, los datos son alentadores al indicar la viabilidad de mejorar la detección de casos de violencia mediante el uso de instrumento apropiados de diagnóstico. ELLSBERG M, PEÑA R, HERRERA A, et al. Confites en el Infierno: prevalencia y características de la Violencia Conyugal hacia las mujeres en Nicaragua.

Departamento de Medicina Preventiva (UNAM) y asociación de mujeres profesionales por la Democracia y Desarrollo Producciones Punto de Encuentro. Managua, 1996.

El Banco Mundial estima que la violencia contra la mujer es responsable de uno de cada 5 días saludables perdidos, en mujeres de edad reproductiva. Entre un 7 a 35% de las consultas a urgencias de mujeres adultas tienen relación con este tipo de violencia. Pero según un estudio de registro de hospitales, apenas el 5% de las lesiones atribuibles a la violencia doméstica en mujeres fue registrada como tal.

En Managua, las mujeres maltratadas hacen mayor uso de los servicios de salud que las mujeres que no la son. De éstas 12% habían sido hospitalizadas el año

anterior, 15% tuvieron que ser operadas; estos datos son casi el doble de las mujeres que no son maltratadas. Un estudio transcultural sobre el suicidio concluye que " el maltrato conyugal fue identificado como la principal causa de suicidio entre mujeres " el 25% de todos los intentos de suicidio entre mujeres angloamericanas en un hospital de los EEUU son asesinados por sus esposos. La mayoría de ellos habían sido víctimas de abuso prolongado, lo que la detención e intervención oportuna pudo haber evitado algunas de esas muertes.

ASCENCIO, Lozano Rafael, en su estudio Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México, afirma: El impacto de la violencia en la salud de la mujer va más allá de la simple cuantificación de los daños físicos. La carga asociada a la violencia contra la mujer es importante: uno de cada 18 años de vida saludable perdidos por mujeres por éste tipo de violencia. En algunas edades la relación es más alta, en la edad fértil uno de cada 7 años de vida ajustados en función de discapacidad deriva de la violencia.

La violencia conyugal es la causa principal de AVISA perdidos (años de vida saludables): 37% de ellos derivan de éste tipo de conflictos, a saber: homicidios, suicidios, lesiones autoinflingidas, trastornos neuropsiquiátricos y reproductivos y enfermedades de transmisión sexual. La violencia contra la mujer ocupa el tercer lugar entre las prioridades para la salud de todas las mujeres en Ciudad de México y el primero en las mujeres de 5 a 44 años.

La violencia contra la mujer no corresponde a incidencias aisladas. Mas bien el fenómeno es repetitivo y con episodios cada vez mas graves. Se estima que alrededor del 25 al 30% de las mujeres son agredidas de manera crónica. En un estudio realizado en Australia, se encontró que 15-16% de las mujeres maltratadas lo son a diario y el 24 al 40% semanalmente. En un estudio comparativo de dos años, mas de la mitad de los casos de violencia persistieron con igual o mayor severidad, mientras apenas un 10.5 % disminuyó de severidad y 33.5 % no reportó nuevos episodios.

Contraria a lo que muchos creen, la violencia ejercida por compañeros íntimos es más peligrosa que la violencia callejera. En un estudio realizado en los EEUU, el 80% de las agresiones cometidas por compañeros íntimos resultó en lesiones, comparado con el 54% de las agresiones proporcionadas por extraños. KLEVENS, Joanne. Violencia contra la mujer: Factores de riesgo y medidas de prevención, Lesiones de causa externa, factores de riesgo, medidas de prevención: Centro Nacional de referencia sobre violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Santa Fe de Bogotá D.C. 1998:59.

El estudio de Heise, Pitanguy y Germain violencia contra la mujer: La carga oculta de la salud, señala que las consecuencias de las agresiones diversas en la salud de las mujeres tienen diferentes manifestaciones. \_\_\_\_ UNIFEM campaña por el derecho a vivir sin violencia, llamado a la acción: 25 de noviembre de 1.997. Folleto.

Sin lugar a dudas se puede hablar de un " síndrome de la mujer maltratada, que se expresa de diferentes maneras: \_\_\_\_ UNIFEM campaña por el derecho a vivir sin violencia, llamado a la acción: 25 de noviembre de 1.997. Folleto

### 2.9.1 A nivel físico

La mujer golpeada por su marido o compañero puede presentar cicatrices y hematomas en el cuerpo, de diferentes grados de evolución. En ocasiones, se encuentran viejas fracturas productos de golpes anteriores especialmente en el rostro. Pero también puede no presentar lesión alguna en su cuerpo. FRANCO, Saúl. La Violencia y la Promoción de la salud. Ministerio de Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la salud. Santa Fé de Bogotá. 1992.

Generalmente se presenta alteraciones en su salud física como producto de la tensión nerviosa en que vive y al descuido de su salud, pues para evitar el maltrato, se sacrifica en extremo, llegando incluso a dejar de comer. Se presentan así intensos dolores de cabeza o musculares, anemia, cansancio generalizado, y trastornos digestivos, como úlceras, gastralgias, estreñimiento, diarrea. Además encontramos Enfermedades de transmisión sexual, lesiones diversas, asma, inflamación pélvica, embarazo no deseado, aborto espontáneo, dolor pélvico crónico, colon irritable, problemas ginecológicos, abusos de drogas o alcohol, conductas nocivas para la salud, discapacidad y muerte, suicidio y

hasta homicidio. FERREIRA, Graciela. La mujer maltratada. Buenos Aires. Editorial Suramericana, 1994.

## 2.9.2 A nivel psicosocial

La mujer víctima de violencia conyugal presenta un estado de depresión, pérdida de motivación, incapacidad para evaluar los hechos y tomar decisiones, Inhibición ante la acción y pérdida de autonomía. Se siente defraudada, amargada, incapaz y atemorizada. Sus sentimientos muy frecuentes son de abandono y desamparo.

ARIAS, N, MONCAYO C. Mecanismos de Protección de la Mujer Víctima de la Violencia Intrafamiliar y sexual. Ministerio Publico, Defensoría del Pueblo, República de Colombia.1995: 7-18.

La violencia es vivida como un hecho humillante; el continuo abuso va mellando su personalidad. Sin lugar a dudas, el aspecto psíquico más afectado por la violencia es la autoestima. La mujer inicia un proceso de desvalorización permanente de sí misma, producto de la inculpación por la agresión de su compañero y la inseguridad que le genera no tener control sobre su vida.

Esta inseguridad no le permite tomar decisiones pues vive temerosa que cualquier acción puede provocar la agresión de su compañero. Vive en función de él para evitar que se repita el hecho violento y le angustia producir cambios en

su vida para buscar salida a esa situación, temiendo que cualquier intento de rebelión pueda despertar retaliaciones aún más fuertes.

Estos efectos en la salud mental. Se han asociado con el Síndrome de Estrés postraumático, depresión, ansiedad, suicidio y abuso de alcohol o drogas. Las mujeres sometidas a violencia crónica se pueden tornar dependientes y sugestionables, con muy bajos niveles de autoestima, autoeficacia y socialmente aisladas. Según los relatos de las mujeres maltratadas, el maltrato psicológico es más frecuente y percibido como más dañino que la agresión física.

Eleonora Walker, citada por DUTTON 1994, encontró trastornos del sueño, ansiedad, episodios de depresión e intentos de suicidio.

Bisel menciona desordenes mayores como: depresión, ansiedad, desordenes de estrés postraumático, disfunción sexual, desordenes de la alimentación, desordenes de personalidad múltiple y desordenes obsesivo compulsivo.

PSYCHOSOMATICS, Vol XII, NUM 6, Noviembre -diciembre 1971.

Según Heise (1994), la violencia contra la mujer puede generar consecuencias también por el adelanto socioeconómico de una comunidad al limitar la participación de la mujer en el desarrollo comunitario, el acceso a la educación y el empleo, y su uso de métodos anticonceptivos. \_\_\_- Proyectos de promoción de los

derechos humanos y reproductivos para la atención y prevención de la violencia contra las mujeres. Mujer tu mereces lo mejor. Ninguna mujer merece ser víctima de la violencia. Folleto.

Según PRATHIKANTI, Sudha, las consecuencias de la violencia en contra de la mujer pueden dividirse en efectos a corto y a largo plazo.

1. Los efectos psicológicos a corto plazo duran algunos días después de la agresión e incluyen insensibilidad emotiva, ensimismamiento social y negación del trauma ; en ocasiones se observa hipervigilancia con respecto a la seguridad y, además de recuerdos recurrentes e intrusivos , sueños y recuerdos retrospectivos del incidente traumático . Los patrones de comportamiento que se producen inmediatamente después de trauma, se caracterizan en general por acciones muy calmadas , controladas y sumisas o por expresiones intensas de ansiedad, confusión, impotencia y llanto.
2. Los efectos psicológicos a largo plazo incluyen dificultades para formar y mantener relaciones íntimas; sentido preeminente de vulnerabilidad, y sentimientos crónicos de temor , impotencia y falta de valía. Los efectos de comportamiento a largo plazo incluyen automutilación, abuso de sustancias, agresión, intentos de suicidio, disfunción sexual, trastornos alimenticios y aumento de las visitas a médicos y clínicas. El riesgo de efectos a largo plazo es particularmente alto en personas que han sufrido

abuso sexual en la niñez, abuso sexual repetido y agresiones sexuales agravadas por violencia extrema.

Se observa un amplio espectro de diagnóstico psiquiátricos en mujeres que sobreviven a la violencia. Probablemente la entidad diagnóstica más común entre víctimas de incesto , violación y violencia doméstica sea el trastorno de tensión postraumática (TTPT). Además de este trastorno, la depresión grave, el abuso de alcohol y drogas y el trastorno obsesivo-compulsivo se correlacionan de manera significativa con antecedentes de agresión sexual. Los trastornos disociativos y el trastorno de personalidad borderline son particularmente frecuentes en mujeres con antecedentes de incesto repetido durante la niñez. Quienes sobreviven a la violencia doméstica presentan más síntomas somáticos , incluyendo abuso de sustancias, pensamientos suicidas e intentos de suicidio que las mujeres de hogares no violentos; además es más probable que estas mujeres expresen agresión verbal y física contra personas que no son miembros de la familia.

Muchas mujeres que padecen trastornos de somatización, trastornos de conversión y dolor pélvico crónico tienen antecedentes no diagnosticados de abuso sexual, físico o de ambos tipos.

### 2.9.3 En el embarazo

Un estudio realizado recientemente por el centro de control de Enfermedades (CDC) en los EEUU, revela que 1 de cada 6 mujeres embarazadas ha sido agredida durante su actual embarazo. Hay algunos estudios que dicen, que la agresión es mas frecuente y severa durante el embarazo, y con mas frecuencia dirigida al abdomen. En un estudio de 275 mujeres que fueron entrevistadas durante su embarazo y los 6 meses luego del parto, se encontró que los niveles de violencia, moderada a severa fueron aún más comunes durante el periodo de post-parto (25 %), comparado con el periodo prenatal (19 %) ELLSBERG M, PEÑA R, HERRERA A, et al. Confites en el Infierno: prevalencia y características de la Violencia Conyugal hacia las mujeres en Nicaragua.

Moreno Rojas en la clínica Federico Lleras Acosta de Neiva, encontró relación entre la violencia domestica y algunas dificultades presentadas durante el embarazo, el trabajo de parto, y puerperio; además de quejas no claras, como: cansancio, aburrimiento, adormecimiento de brazos y piernas, fatiga, sudadera, dolor de cabeza, mucha sed, odio a los varones y al esposo, indisposición permanente, pensamientos raros, vómitos y dificultad para respirar.

La mujer embarazada, tiene más riesgo de ser maltratada por su cónyuge. En clínicas ginecológicas 7-18% de las mujeres reportaron abuso sexual (actividad sexual forzada) por su compañero en periodo de gestación. US. Preventive Services Task Force, Guidelines from Guide to clinical preventive Services: Part Iscreening for family Violence. Second edición 1996

Para Rosario Valdés, la relación entre el embarazo y la violencia tiene diferentes facetas: La alta prevalencia de la violencia sobre la mujer embarazada y las lesiones físicas y emocionales, la maternidad forzada en caso del abuso sexual, el contagio de las enfermedades sexualmente transmisibles y un aumento en general de la morbilidad materna. Es necesario considerar no solo los efectos físicos sino los emocionales. La mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, suicidio y homicidio. En este último aspecto se ha demostrado que los factores de riesgo de homicidio son más altos en mujeres maltratadas durante el embarazo, que los de las mujeres abusadas en el año previo al embarazo. Se sabe que las mujeres maltratadas por su pareja, tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos, lo cual agrava en consecuencia los riesgos a la salud. En el Hospital Civil de Cuernavaca, se encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo tienen tres veces más de complicaciones durante el parto y postparto inmediato, así como cuatro veces más riesgo de tener bebés de bajo peso. VALDES S., Rosario. Donde más duele: Violencia durante el embarazo. Centro de Investigaciones en sistemas de Salud / INSP. [www.insp.mx/salvia/9713/sal197131.html](http://www.insp.mx/salvia/9713/sal197131.html)

Se considera que las adolescentes sufren mayores riesgos de maltrato durante el embarazo. Un estudio comparativo de embarazadas adultas y adolescentes encontró abuso físico en el 32% de las jóvenes, comparada con el 24% entre las

adultas. Las mujeres jóvenes constituyen un grupo particularmente vulnerable, por estar además, en riesgo de abuso sexual. Muchos estudios han sugerido que el abuso sexual constituye un factor de riesgo importante en el embarazo en adolescentes. SAUCEDA J M. Violencia en la Familia: el maltrato a la mujer. Rev Medica IMSS (Mex).1995; 33:283-287.

El abuso físico durante el embarazo representa un riesgo significativo, tanto para la madre como para el bebé. Además de estos asociado, tanto el aborto espontáneo como provocado, las mujeres maltratadas tienen 4 veces mayor riesgo de dar a luz un niño bajo peso al nacer, lo cual es un factor fuertemente asociado con la mortalidad infantil. MORENO ROJAS, Alberto. Mujer, embarazo y violencia: Síndrome de maltrato en la mujer embarazada. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol 47 N 2 1996.

Por otro lado, se ha encontrado una relación entre la violencia y el embarazo no deseado, el aborto y ETS / SIDA, ya que la agresión y / o la amenaza de agresión no permite a muchas mujeres utilizar métodos anticonceptivos o preventivos.

Lozano cita\_a Parker et al.1994: En estudios se ha procurado demostrar que la violencia en la mujer embarazada aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

## 2.10 EFECTO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL EN LOS NIÑOS

Los sociólogos Murray Straus y Richard Gelles, sugieren que la violencia es aprendida por los niños de hogares violentos. Perry enfatiza los factores del neurodesarrollo en el ciclo de violencia. Las experiencias de los niños se relacionan con mayores índices de criminalidad del adulto. Aumento del uso del alcohol y otras drogas, alteraciones en el sueño, irritabilidad y ansiedad. KNAPP, Jane and DOWD, Denise. Family Violence: Implications for the Pediatrician. Pediatrics in Review. Vol 19. No 9 Sept 1998.

Los niños que son abusados y aquellos que observan abusos crónicos, son más propensos a comportarse violentamente, dentro y fuera del hogar. En numerosos estudios se ha observado que sufrir o presenciar comportamientos v podría ser el inicio de utilización de patrones violentos en la vida parra ejercer control social sobre los demás y manejar los conflictos en las relaciones humanas. (American Psychological Association 1993).

Cuanto mayor sea el grado de violencia en l a familia de origen, mayores serán las probabilidades de que un niño se comporte de manera abusiva o violenta. Aunque los niños afectados por la violencia no repiten necesariamente los abusos sufridos cuando llegan a la edad adulta, se ha documentado una fuerte relación entre la victimización durante la infancia y alguna forma de violencia interpersonal en etapas posteriores. Algunos autores creen que el principal factor que permite

predecir el riesgo de que una persona cometa actos de violencia, es el antecedente de comportamiento agresivo en la niñez (Eron y Slaby 1994).

Los niños testigos de violencia conyugal tienen mayor riesgo de sufrir trastornos de conducta, ansiedad, depresión y retraso en su desarrollo cognoscitivo. El impacto es peor si ellos también son el objeto de abuso, lo cual parece ocurrir entre el 18 y el 49% de los casos. KAPLAN, H and SADOCK, B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins, Seventh Edition. Baltimore, 1995.

## 2.11 METODOS PARA MEDIR LA VIOLENCIA CONYUGAL

Uno de los desafíos mayores para el desarrollo de conocimiento con relación al maltratado están en la metodología para definirlo o medirlo. El instrumento mejor conocido para medir la violencia familiar es la Escala Táctica de Conflicto, que fue desarrollado por un grupo de sociólogos para medir la frecuencia y severidad de actos específicos de violencia física y verbal. Esta escala ha demostrado tener alta validez y replicabilidad. ELLSBERG M, PEÑA R, HERRERA A, et al. Confites en el Infierno: prevalecía y características de la Violencia Conyugal hacia las mujeres en Nicaragua.

La escala de tácticas de conflicto (abreviada de Strauss, Gelles)

Ahora, si me permite voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con su (ex) compañero. en el último año, en un momento de discusión o conflicto con él, con que frecuencia hizo las siguientes cosas:

1. ¿ Le grito u ofendió? \_\_\_\_\_
2. ¿Hizo algo para humillarla \_\_\_\_\_
3. ¿Amenaza con pegarle? \_\_\_\_\_
4. ¿La tiró algo? \_\_\_\_\_
5. ¿La empujo o sacudió? \_\_\_\_\_
6. ¿La dio una bofetada \_\_\_\_\_
7. ¿La mordió, la pateo o la golpeo con el puño? \_\_\_\_\_
8. ¿La golpeo intento golpearla? \_\_\_\_\_
9. ¿ Le dio una golpiza (quemaduras, fracturas, heridas)? \_\_\_\_\_
10. ¿ La amenazo con un cuchillo o arma de fuego? \_\_\_\_\_
11. ¿ Utilizo un cuchillo o arma de fuego? \_\_\_\_\_

Sin embargo, este instrumento ha sido criticado por partir de una visión muy parcializada de la violencia, donde los investigadores definen cuales son los actos de mayor impacto, sin tomar en cuenta la experiencia de las mismas mujeres, y el significado que ellas asignan a un determinado acto. Por ejemplo, estudios cualitativos han demostrado que muchas mujeres maltratadas

consideran que los aspectos físicos del abuso son los menos difíciles de manejar, y se refieren a la degradación psicológica, la impotencia, el miedo y la inseguridad que acompaña el abuso, incluso, como mucho más traumática que los golpes. Típicamente, el abuso psicológico es un elemento constante en la relación, mientras los episodios de violencia agudas, son relativamente esporádicos. Tomando en cuenta estos elementos se han desarrollado algún instrumento nuevo para medir la violencia conyugal desde las perspectivas de las mujeres como el Índice de Abuso Conyugal y la Escala de Experiencia de Maltrato hacia las Mujeres. SAUCEDO, I.1997. Violencia doméstica y salud: Avances y limitaciones para la investigación y atención. Monografía. Cocoyoc, México.

Indicadores de violencia contra mujeres y niñas: A continuación se enumeran algunas características que son comunes en la violencia domestica y que han sido mencionada en la revisión publicada en el proyecto promoción de los derechos Humanos y Reproductivos para la atención y la Prevención de la violencia contra la Mujer, Realizado por la presidencia de la república, el instituto de medicina legal, la fiscalía general de la nación, las naciones unidas, policía nacional, oficina de DDHH, PROMUJER y fondo de población de las naciones unidas.

### 2.11.1 violencia física

La violencia física es frecuente y se incrementa tanto en su ocurrencia como en

su severidad. Se debe interrogar a la mujer en la cual se sospecha maltrato:

¿ Su compañero?

- Le pega, le da cachetadas, la muerde, la corta, la pateo, la quema, la escupe.
- La empuja, estruja o zarandea.
- Le lanza cosas.
- La detiene contra su voluntad, la sujeta, la amarra o impide los movimientos. La lastima, amenaza con una arma mortal, sea una pistola, un cuchillo, navaja, una cadena, un martillo o una correa, unas tijeras, un ladrillo y otros objetos pesados.
- La abandona o hecha de la casa
- La descuida cuando esta enferma o embarazada.
- La pone a usted o a sus hijos en peligro por manejar muy mal y sin cuidado.
- No le da dinero para la comida, ropa o los gastos básicos suyos y los de sus hijos.
- Quiebra los muebles o inunda la casa.
- Esculca sus objetos personales, espía sus actos y escucha sus llamadas.
- Corta las llantas de su carro, quiebra ventanas y/o mete mano en su carro para dañarlo.
- Mata sus animales para asustarla o castigarla.

- Destruye su ropa, alhajas, retratos de su familia u otras prendas personales que él sabe que le importan.
- La deja en lugares peligrosos.

### 2.11.2 violencia psíquica:

La violencia psíquica acompaña o precede a la violencia física, se usa como medio de control o de intimidación.

Se interrogará:

- Su compañero dice o hace cosas que la humillan, le dan vergüenza, la insulta o se burla de usted.
- Le niega el derecho al trabajo, la recreación o el estudio.
- Le dice que es una ramera.
- Le dice que nunca hace nada bien
- Le dice que no es una buena madre.
- Le dice que no merece que la quieran.
- Le dice que no merece las cosas buenas.
- Le dice que las mujeres de su familia son rameritas.
- La encierra.
- La ridiculiza.
- Le quita el dinero que ha ganado.
- Se opone que escoja y viste sus amistades.
- Se opone a que se relacione con su familia.

- La insulta con palabras como: fea, floja, fofa, frígida, fregona, fría, frágil, etc.
- Niega darle cariño para castigarla.
- Amenaza con golpearlo o golpear sus artículos personales.
- Le cuenta sus aventuras amorosas para ofenderla.
- La acusa de tener novios o amantes.
- Trata de controlar con mentiras, promesas o amenazas.

### 2.11.3 violencia sexual:

- La obliga a tener relaciones sexuales cuando no quiere.
- La obliga a participar en actos sexuales que le gustan.
- Critica su desempeño sexual.
- La obliga a tener relaciones sexuales cuando está enferma o cuando pone en peligro su salud.
- Tiene actividad sexual cuando no esta completamente consciente, sin su consentimiento o cuando tienen miedo de decir no.
- La hiere físicamente durante el acto sexual, arremete sus genitales, incluyendo el uso de objetos o armas intra vaginales, orales o anales.
- La obliga a tener relaciones con otras personas o la obliga a que vea otras personas tener relaciones sexuales.
- Cuenta de sus relaciones sexuales con otras personas.

- Se niega a participar en las tareas de regulación de la fertilidad, pese a su solicitud: no usa condón y no admite la vasectomía.
- Se opone a que use métodos anticonceptivos.
- No usa los medios adecuados para prevenir la transmisión de las enfermedades sexuales incluso el VIH \_ SIDA.
- La obliga a abortar aunque no lo desee.
- Hostiga a las personas que le colaboran en el servicio doméstico.

Tabla No. 3

### 3. ESTUDIO PILOTO

Se realizó un estudio exploratorio inicial, revisando los dictámenes que por lesiones personales se realizaron en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Regional Nor Oriente (Bucaramanga), entre los meses de enero, febrero y marzo de 1998.

Se recolectaron los datos globales de los dictámenes y la frecuencia para cada una de las etiologías de lesiones personales, posteriormente se recolectaran datos en cuanto las características epidemiológicas. Se utilizó para la recolección de la información el cuestionario del anexo número uno.

Resultados: Se obtuvieron en total 2021 casos. (**Ver Tabla No. 3**).

Dictámenes por lesiones personales según etiología en los meses de enero a marzo de 1998.

En relación con la edad de las víctimas se observó que entre los 20 y los 40 años se encontró el 22% de los casos.

**Tabla No. 3**

| <b>Etiología</b>            | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Maltrato infantil           | 41                | 0.2%              |
| Maltrato conyugal           | 301               | 15%               |
| Maltrato intrafamiliar      | 82                | 4%                |
| Violencia común             | 974               | 48.20%            |
| Accidente de tránsito       | 974               | 27.30%            |
| Lesión accidental           | 27                | 1.40%             |
| Responsabilidad profesional | 13                | 0.60%             |
| Sin lesión evidente         | 5                 | 0.20%             |
| Desconocido                 | 26                | 1.30%             |
| <b>Total</b>                | <b>2021</b>       | <b>100%</b>       |

De esta forma se logró reunir un paquete, de 320 casos de lesiones personales cuya etiología fue violencia conyugal, con predominio de género femenino (93%) con respecto al género masculino (7%).

En relación con la edad de las víctimas se observó que entre los 20 y los 40 años se encontró el 82% de los casos.

La unión libre de la pareja, se encontró en un 45%, casadas 40.8% y el resto separada o que no convivían con el agresor.

El porcentaje de las mujeres amas de casa fue de 38.8%, seguido por las empleadas 29.5% y trabajadoras independientes 25.8%.

La mayoría de las víctimas procedían de Bucaramanga, área urbana, 97%.

La mayor frecuencia del maltrato ocurrió en los fines de semana (sábado y domingo 37.4%) y en horas de la noche 44,6% de las 18 a las 23.59 horas.

El elemento agresor en su mayoría fue de tipo contundente (puño, patada, lanzamiento de objetos romos, trauma contra la pared); lo cual produjo en su mayoría equimosis(92.2%), principalmente en cara (58.5%) y en extremidades (50.6%).

Las lesiones de piel y tejidos blandos, llevaron a incapacidades medicolegales de 4 a 10 días, tiempo promedio para la reparación primaria de las lesiones. Se produjeron secuelas en 4% de la población y en 12% se dejó propuesta una

segunda evaluación, para definir si se encontraban o no secuelas. En 84% se dictaminó sin secuelas.

En el 97% de los casos no se remitieron a psiquiatría, no hay datos sobre información obtenida del estado de salud mental en el dictamen inicial en ninguna de las del 97 % que no fueron remitidas, lo que llevó a preguntarnos si éstas mujeres no necesitaban evaluación de su estado emocional, como parte del conocimiento de las repercusiones emocionales de haber sufrido un trauma psíquico, por lo cual se motivó el presente estudio.

#### 4. JUSTIFICACION

En Bucaramanga, al INML Y CF llegan aproximadamente 107 mujeres cada mes, que han denunciado a su cónyuge por maltrato físico. Durante el año 1999, se evaluaron 2021 víctimas por Lesiones Personales, de los cuales 320 correspondieron a maltrato conyugal, 93% de éstas mujeres que habían denunciado a sus cónyuges.

Los peritos están respondiendo a la solicitud de la autoridad en lo que respecta a examinar, las lesiones físicas pero no, en la evaluación de las consecuencias emocionales que pueden producirse como resultado directo del trauma emocional inherente a la agresión física. (En el estudio piloto, se remitió para evaluación de Psicología o psiquiatría sólo al 3 % de las víctimas de violencia conyugal),

Las consecuencias emocionales del maltrato conyugal han sido reportadas en los distintos estudios del tema.

El dictamen de DAÑO PSÍQUICO, PERTURBACION PSÍQUICA TRANSITORIA Y PERMANENTE, incide en las determinaciones jurídicas en Colombia, ya que corresponden a agravantes penales dentro de la ley de violencia intrafamiliar colombiana. Las consideraciones de las repercusiones emocionales, contribuyen a disminuir impunidad en la Violencia contra la mujer y aportan información valiosa para proteger a éstas víctimas.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, tiene la MISIÓN del conocimiento científico y técnico para el adecuado ejercicio de la justicia a favor de la comunidad. Los conocimientos en ésta área, ayudaran al clínico a diagnosticar entidades emocionales; a la institución a planificar y/o asignar los recursos para realizar una mejor evaluación del sujeto; y a las autoridades a impartir justicia. Por otra parte darán base para información a entidades, instituciones y al público en general en la búsqueda de soluciones.

## 5. PROBLEMA

Los efectos nocivos de la violencia y del estrés sobre la salud mental de las víctimas, son confirmados clínicamente y en investigaciones.

En el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses regional Nor Oriente, solo el 3 % de las mujeres que acuden por ésta causa, son evaluadas en forma integral: física y emocionalmente. La pregunta que debe hacerse: El resto de las mujeres no necesitan ésta evaluación?

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 GENERAL

Determinar la prevalencia de Perturbación psíquica en las mujeres víctimas de violencia conyugal, que consultaron al INML Y CF Bucaramanga durante el año 1999.

### 6.2 ESPECIFICOS

1. Determinar la distribución de frecuencia, por edad, escolaridad, ocupación, religión, y estrato socioeconómico.
2. Explorar la presencia de alteraciones Mentales en éstas mujeres maltratadas (Diagnóstico clínico).
3. Explorar la presencia en ellas, de Daño Psíquico, Perturbación Psíquica Transitoria Y Perturbación Psíquica Permanente (Diagnóstico Forense).
4. Hacer asociaciones entre las variantes propuestas.

## 7. CONCEPTOS- GLOSARIO

**Agresividad:** es un término descriptivo, con el cual se designan conductas, disposiciones afectivas y procesos psicológicos. Se lo emplea para identificar un estado interno de ira u hostilidad. Una conducta es agresiva cuando se dirige a dañar o destruir a un receptor (animado o inanimado). No debe identificarse agresión con violencia, pues hay conductas dañinas no violentas (pasivo-agresivo). Algunas conductas violentas, como los deportes no pueden considerarse agresivos si falta intención de hacer daño.

**Alteración Mental:** Es un síndrome clínicamente significativo en el ámbito psicológico o del comportamiento, asociado a síntomas que producen malestar emocional o dificultades en una o varias áreas de funcionamiento.

**Cónyuge:** determina una convivencia con otra persona.

**Daño psíquico:** Son las manifestaciones emocionales y comportamentales relacionadas respecto a la naturaleza y gravedad del daño físico. Generalmente

la reparación biológica del daño físico, va de la mano con la reparación del daño psíquico, cuando esto no sucede así y la respuesta emocional es particularmente intensa, o asociada a síntomas mentales de cierta severidad, implica que el daño en la integridad psíquica se traducirá en una incapacidad medicolegal mayor que la que se habría fijado al tener en cuenta solamente la duración y la gravedad del daño físico. Si así ocurre se justifica una evaluación psiquiátrica cuidadosa. .

**Incapacidad Medicolegal:** Es el tiempo en días que fija el perito, teniendo en cuenta la duración y la gravedad del daño en el cuerpo o en la salud, entendida ésta última como la integridad orgánica y psíquica del individuo

**Lesión:** Es el daño en el cuerpo o en la salud del sujeto.

**Perturbación psíquica:** Persistencia en el individuo, después de 120 días de haber sufrido un daño en el cuerpo o en la salud, y como consecuencia de dicho daño, de una alteración clínicamente significativa en el ámbito psicológico o del comportamiento, asociado a síntomas que producen malestar emocional o dificultades en una o varias áreas de funcionamiento y con menoscabo importante en la adaptación y en el desempeño global del sujeto respecto al estado premórbido. Esta fundamentado el diagnóstico en la evaluación del funcionamiento global actual del sujeto, en relación con el funcionamiento global

previo (presanidad), e implica la constatación de un menoscabo mayor a 20 puntos según la escala GAF o de Evaluación Global de Adaptación. **(Ver Anexos)**

**Perturbación Psíquica Transitoria:** Es cuando se pronostica o se constata la remisión del cuadro clínico en un lapso menor de 6 meses

**Perturbación Psíquica Permanente:** Si se pronostica o se constata una duración del cuadro clínico emocional que supere los 6 meses.

**Trastorno por estrés agudo:** conjunto de síntomas que la persona desarrolla después de haber sido testigo, haber participado, o haber escuchado un suceso traumático estresante en extremo. La persona reacciona ante esta experiencia con miedo, impotencia, reviviendo de manera persistente el suceso e intentando evitar que se lo recuerden. Los síntomas ocurren durante las 4 semanas siguientes al suceso y duran de 2 días a cuatro semanas.

**Trastorno por estrés postraumático:** Conjunto de síntomas que la persona desarrolla después de haber sido testigo, haber participado, o haber escuchado un suceso traumático estresante en extremo. La persona reacciona ante esta experiencia con miedo, impotencia, reviviendo de manera persistente el suceso e intentando evitar que se lo recuerden. Los síntomas deben durar al menos un mes

y afectar de manera significativa a áreas de su vida tan importantes como su familia y su trabajo.

**Violencia Conyugal:** Ocurre cuando un hombre o una mujer envueltos en una relación íntima, sufre daño a manos de su compañero.

**Violencia contra la mujer:** cualquier acto que resulte (o que tiene posibilidades de generar) daño físico, sexual o psicológico a mujeres.

## 8. MATERIALES Y METODOS

Este es un estudio descriptivo.

Al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional NorOrente, fueron remitidas (de Bucaramanga y área Metropolitana) por las autoridades judiciales, durante el año 1999 un total de, 7813 usuarios que interpusieron denuncias por lesiones personales. De éstas 1290 casos (16.5%) corresponden a Violencia conyugal, lo que se consideró el **universo** a investigar.

Estas 1290 mujeres ingresaron al Instituto y fueron valoradas por los diferentes peritos médicos generales.

Se remitieron a psiquiatría (motivados por el presente estudio) 116 que fueron las mujeres maltratadas físicamente que atendió el perito colaborador. De éstas, 25 se descartaron por no tener sumario, que le diera soporte a su denuncia; quedaron 91 para entrevistar por psiquiatría, pero 21 no asistieron.

La muestra a estudiar, fue conformada entonces, por 70 mujeres maltratadas físicamente.

Los criterios de selección de la muestra, empleados, fueron:

- Mujeres que fueron maltratadas físicamente,
- Confirmación con el sumario de la ocurrencia del delito y del cónyuge como agresor.

Los criterios de exclusión, fueron:

- Mujeres que no hubiesen sido maltratadas físicamente.
- Mujeres en quienes se dudaba de la credibilidad de su denuncia, o no se podían confirmar los hechos con el sumario.

Se evaluaron entonces 70 mujeres en quienes se corroboró por medio del sumario, la violencia física por su cónyuge; tenían en común además, la procedencia de Bucaramanga y zona Metropolitana, y llevar la relación de convivencia con el agresor por más de 6 meses.

Sobre la base de esto las inferencias sobre los datos, solo se hacen sobre el

grupo de las 70 mujeres que fueron examinadas.

Se realizaron evaluaciones de signos y síntomas emocionales con las ESCALAS DE ZUNG DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

También se corroboró estado de desadaptación global, con la ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Se realizó diagnóstico según CRITERIOS DEL DSM IV.

Con la información obtenida, se realizó una base de datos, y se sistematizó en EPI-INFO 6.04 C y se hizo análisis univariado y bivariado de los datos.

## 9. PROCEDIMIENTOS

Los cuestionarios, de Zung, fueron llenados por las examinadas posterior a una entrevista semiestructurada. Se les suministró información sobre las preguntas.

Se utilizó la escala de Zung de depresión (Ver anexos) (escala de autoevaluación de la depresión, EAD) la cual tiene el propósito de estimar la depresión como trastorno, pero no para diferenciar los tipos de depresión: sirve más bien para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tener en cuenta la calificación diagnóstica utilizada. Consta de 20 características, y cada una de ellas se relaciona con una particularidad de la depresión. En el lado opuesto a las características se hallan 4 columnas tituladas: Nunca o muy pocas veces, Algunas veces, Muchas veces y casi siempre o Todas las veces. En cada afirmación del formulario, se solicita al examinado que anote una señal en el círculo en función de sus sentimientos en un periodo de tiempo específico: durante la última semana. Cada ítem tiene un valor de 1 a 4, según la severidad del síntoma, con lo que se obtiene una puntuación bruta de 20 a 80. Esta se convierte a una escala de 25 a 100 (SDS), que muestra una relación directa más no continua.

La escala de auto-evaluación de la ansiedad (EAA) (Ver anexo), mide la "cantidad de ansiedad" como una alteración, como un síntoma, o como un franco trastorno; está basada en 20 criterios diagnósticos de ansiedad, que se responde utilizando uno de los siguientes términos cuantitativos: Ninguna o muy pocas veces, Algunas veces, Buena parte de las veces, La mayoría o todas las veces.

La escala tiene asignado un puntaje de 1, 2, 3, ó 4 según si el punto se había descrito como positivo o negativo. El resultado sumando puntos, se considera puntuación bruta de 20 a 80, que luego debe convertirse a una escala de 25 a 100(al igual que la de depresión).

Las escalas de Zung, han sido validadas en nuestro medio como método de tamizaje, dada su sensibilidad que varia entre el 89 y 93 % y su especificidad entre 25 y 40%.

La escala de Zung de Depresión, tiene una adecuada correlación con la escala de Hamilton para depresión (0.60-0.80) y no es influenciada por género, ingreso económico, estado marital ni nivel de educación. Fue la escala utilizada en el Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.

## 10. VARIABLES - OPERACIONALIZACIÓN

### A SOCIO DEMOGRÁFICAS:

1. Edad: 1: 15-29 años, 2: 30-44 años, 3: >44 años
2. Estrato socioeconómico: 1: I, 2: II, 3: III, 4: IV, 5: V, 6: VI
3. Escolaridad: 1: analfabeto, 2: primaria, 3: bachillerato, 4: universitaria, 5: tecnológica.
4. Estado civil: 1: casada, 2: Union libre.
5. Ocupación: 1: empleada, 2: independiente, 3: hogar.
6. Religión: 1: catolica, 2: protestante, 3: atea, 4: otra
7. Días hechos-evaluación: 1: <30 días, 2: 30-120, 3: >120 días

### B ESTADO MENTAL

1. DEPRESIÓN POR ZUNG: 1: < 50 puntos, 2: 50-59, 3: 60-69, 4: 70 o más,
2. ANSIEDAD POR ZUNG: 1: < 50 puntos, 2: 50-59, 3: 60-69, 4: 70 o más,

3. DIAGNOSTICO DSM IV: 1: Trastorno por estrés agudo, 2: Trastorno por estrés postraumático, 3: Trastorno adaptativo, 4: Reacción normal, 5: otros,

## II. RESULTADOS

4. DIAGNOSTICO FORENSE: 1: sin lesión, 2: daño psíquico, 3: perturbación transitoria, 4: Perturbación psíquica permanente, 5: otro.

La muestra estuvo conformada por 40 mujeres que fueron sometidas a un examen psiquiátrico y forense en el Hospital Psiquiátrico de la Universidad de Chile. El examen psiquiátrico se realizó en un ambiente tranquilo y libre de ruidos, con la presencia de un psicólogo clínico y un psiquiatra forense. El examen forense se realizó en un ambiente tranquilo y libre de ruidos, con la presencia de un psicólogo clínico y un psiquiatra forense.

Los datos demográficos de las mujeres que participaron en el estudio se detallan en el cuadro 1. Se observó que el 61,4% de las mujeres se examinaron en los primeros 30 días, 21 (52,5%) entre 31 y 60 días y 9 (22,5%) después de 60 días.

1. Sus edades oscilaron entre los 16 y 57 años; 24 (60,0%) en el grupo de las de 15-29 años, 38 (51,3%) en el de 30-44 años, y 5 (11,4%) en mujeres de 45 años.

De aquí resulta que la edad media fue de 33,7 años, con desviación estándar de 9,22.

2. En cuanto al estado psicopatológico, el mayor porcentaje se observó en el estado I 35 (87,5%), le sigue el II 17 (42,5%), luego III 13 (32,5%) de los estados IV, V Y VI con 9 (22,5%) mujeres.

## 11. RESULTADOS

Las 70 mujeres evaluadas, tenían en común, vínculo conyugal vigente, lugar de habitación la ciudad de Bucaramanga y área metropolitana, proceso legal por violencia intrafamiliar en contra de sus cónyuges, denunciado por ellas, por maltrato físico.

Los tiempos transcurridos entre el día de los hechos denunciados, y el examen psiquiátrico fueron: 43 (61.4 %) mujeres se atendieron en los primeros 30 días, 21 (30%) entre 30-120 días y 6 (8.6%) después de 120 días.

1. Sus **edades** oscilaron entre los 16 y 57 año; 24 (34.3%) en el grupo de las de 15-29 años, 38 (54.3 %) en el de 30-44 años, y 8 (11.4%) en mayores de 44 años.

De esto resulta que la edad media fue de 33.7 años, con desviación estándar de 9.22.

2. En cuanto al **estrato socioeconómico**; el mayor porcentaje se encontró en el estrato II 36 (51.4%), le sigue el III 17 (24.3%), luego I 8 (11.4%), de los estratos IV; V Y VI son 9 (12.8%) mujeres.

3. Respecto a la **escolaridad** se dividieron en 4 grupos: Analfabetos que corresponden al 2.9 %, escolaridad primaria (incompleta y completa) que son el 37.1%, secundaria (incompleta y completa) que son el 40.0 %, y otros (universitaria y tecnológica) que es el 20.0 %.
4. En el **estado civil** el porcentaje de mujeres casadas fue del 45.7%, y el de uniones libres 54.3%.
5. En cuanto a la **ocupación** de las víctimas 24 (34.3 %) de ellas, son empleadas dependientes; 24 (34.3%) trabajadoras independiente y 22 de ellas (31.4%) se dedican exclusivamente a las labores del hogar, lo que nos dice que el 68.6 % de estas mujeres están desempeñando sus labores fuera de casa.
6. Según la **religión** se autodenominan católicas 56 mujeres (80%), 7 (10%) son protestantes, 4(5.7 %) son ateas, y 3 (4.3 %) de estas mujeres profesan otras religiones.
7. En el **test de ZUNG, de depresión** se encontró 14 sin patología (puntaje menor de 50 puntos), y 56 mujeres con diferente grado de depresión, así: 13 (18.6%) depresión leve (50-59 puntos), en 28 (40%) depresión

moderada (60-69 puntos), en 15 (21.4%) depresión severa (mas de 70 puntos).

8. En el **test de ZUNG de ansiedad** 26 mujeres (37.1%) puntuaron como asintomáticas (menos de 50 puntos), y 44 mujeres con diferente grado de ansiedad, así: 22 (31.4%) con ansiedad leve (50-59 puntos), 16 (22.9%) con ansiedad moderada (60-69 puntos), y 6 (8.6%) con ansiedad severa (70 o más puntos).

9. Teniendo la evaluación de **ZUNG y con los criterios del DSM IV** se establecieron los siguientes diagnósticos en el momento de la entrevista: 36 mujeres (51.4%) refirieron sentimientos de tristeza, rabia indignación y enojo para con sus cónyuges pero que no alteraron su funcionamiento laboral social ni familiar y fueron consideradas sus respuestas como normales a la situación estresante vivida. En 34 mujeres se encontraron criterios de inadaptación social, familiar, laboral o académica: 12 de ellas (17.1 %) cumplen criterios para Trastorno por estrés agudo, en 11 (15.7%) se diagnostico Trastorno por Estrés postraumático en 9 (12.9 %) Trastornos adaptativos, y en 2 (2.9 %) otros diagnósticos.

10. En cuanto al **diagnostico forense** se diagnosticaron 8 mujeres (11.4%) sin lesión psíquica, 48 (68.6%) con Daño psíquico, en 12 (17.1%) con

10. En cuanto al **diagnostico forense** se diagnosticaron 8 mujeres (11.4%) sin lesión psíquica, 48 (68.6%) con Daño psíquico, en 12 (17.1%) con Perturbación psíquica de tipo Transitorio, 1 (1.4%) con perturbación Psíquica permanente, 1 (1.4%) otra enfermedad mental no relacionada con la lesión física.

11. Al correlacionar la **edad con el Diagnóstico clínico**: En la puntuación del Zung de depresión y ansiedad no se encontraron datos significativos, sin embargo es notorio que las 8 mujeres de mas edad, todas presentaban algún grado de depresión y mayor grado de ansiedad que los otros grupos.

12. Con respecto de **la edad, y al Diagnostico forense** (sin lesión, daño psíquico, perturbación psíquica transitoria, perturbación psíquica permanente y otras), no se encontró significancia estadística.

**(Ver Gráficas. Anexo N° 9.)**

## 12. ANÁLISIS

Las características de las mujeres estudiadas, en cuanto a la edad, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación y religión, son semejantes a las citadas en estudios nacionales e internacionales.

El estudio no establece una relación causal directa entre el Maltrato y la Enfermedad Mental; pero sí permite hacer algunas consideraciones para el dictamen Forense. En éste sentido hubiese sido importante la evaluación posterior de las usuarias (meses de transcurrido el evento traumático).

Los resultados muestran una alta asociación entre Ansiedad y Depresión en la muestra estudiada; asociación que seguiría siendo alta, aún si todas las 21 mujeres que no asistieron a evaluación psiquiátrica, hubiesen sido Normales o Sanas Emocionalmente.

Los resultados de éste estudio, no se pueden generalizar para todas las mujeres víctimas de maltrato conyugal, porque no se realizó con una muestra poblacional, ni se pudo garantizar el azar, en la selección de las personas. Si, es una aproximación al problema, de la violencia intrafamiliar

No es posible con éste tipo de estudio concluir si es la violencia conyugal, la que lleva a producir los diferentes trastornos mentales, o son los trastornos mentales los que predisponen a éste tipo de violencia.

Los resultados del estudio ilustran las características particulares de éste grupo de mujeres maltratadas por sus cónyuges, en relación a la presencia de signos y síntomas de patología mental asociada.

El porcentaje de las patologías encontradas es lo suficientemente alto, como para llamar la atención sobre un problema no abordado.

Futuros estudios basados en éstos hallazgos podrían encontrar factores específicos que inciden en la aparición de perturbación psíquica en éste grupo de usuarios de la institución.

### 13. RECOMENDACIONES

Realizar un estudio que establezca relación causal entre el Maltrato Conyugal y la Enfermedad Mental, y que además determine si éstas observaciones pueden extrapolarse para todo el país.

Dada la Alta Prevalencia de Enfermedad Mental en la muestra estudiada, **TODAS LAS MUJERES MALTRATADAS POR SUS CONYUGES DEBEN SER EVALUADAS EN SUS ASPECTOS EMOCIONALES.**

#### **14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

- **REVISIÓN DE MATERIAL. MARCO TEORICO :** 1998 — 2000.
- **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN :** Marzo ----Junio 1998.
- **ESTUDIO PILOTO :** Octubre ---- Marzo 1999.
- **ENTREVISTAS CON LA POBLACIÓN O ESTUDIO.** Enero ---- Diciembre 1999.
- **DISEÑO DEFINITIVO DEL ESTUDIO PRINCIPAL.** Abril ---- Agosto 1999.
- **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.** Febrero ---- Marzo ----Abril de 2000.
- **REDACIÓN DEL INFORME FINAL .** Segundo semestre de 2000.
- **PRESENTACIÓN EN EL X CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.** Noviembre de 2000.

## 15. BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) 153<sup>rd</sup> Annual Meeting. Various perspectives on violence. Mayo 16, 2000.
- ARIAS, Melba. Cinco formas de Violencia contra la mujer. Santa Fé de Bogotá: ECOE, 1991.
- ARIAS, N , MONCAYO C. Mecanismos de Protección de la Mujer Víctima de la Violencia Intrafamiliar y sexual. Ministerio Publico, Defensoría del Pueblo, República de Colombia.1995: 7-18.
- BUVINIC, M MORRINSON, A. Y SHIFER, M. La violencia en las Américas: marco de acción. BID, 1999.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. BID, 1999.

- COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Política Nacional de Salud Mental. Dirección General de Promoción y prevención, programa de Comportamiento Humano. Diario oficial. 1998.

- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de Sustancias Psicoactivas. 1993.

- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de Sustancias Psicoactivas. 1997.

- COLOMBIA. MINISTERIO PUBLICO, DEFENSORIA DEL PUEBLO. Folleto Septiembre de 1995. Pags 7 a 18

- \_\_\_\_\_ UNIFEM campaña por el derecho a vivir sin violencia, llamado a la acción: 25 de noviembre de 1.997. Folleto

- \_\_\_\_\_ Proyectos de promoción de los derechos humanos y reproductivos para la atención y prevención de la violencia contra las mujeres. Mujer tu mereces lo mejor. Ninguna mujer merece ser víctima de la violencia. Folleto.

- COLOMBIA MINISTERIO DE JUSTICIA. Código Penal. Delitos a la Familia.

C.R.N.V. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Comportamiento de las lesiones de causa externa evaluadas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia 1995.

- \_\_\_\_\_ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses: Centro de referencia Nacional sobre violencia, Boletines informativos

- CORSI, Rubio. Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidos, 1998.

- DUTTON Donald y GOLANT Susan. El golpeador. Un perfil psicológico. Editorial Paidos. Buenos Aires 1 edición 1997.

- DANE. Departamento Administrativo Nacional Estadístico. Las estadísticas sociales en Colombia. 1993.

- ELLSBERG M, PEÑA R, HERRERA A, et al. Confites en el Infierno: prevalencia y características de la Violencia Conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Departamento de Medicina Preventiva (UNAM) y asociación de

mujeres profesionales por la Democracia y Desarrollo Producciones Punto de Encuentro. Managua, 1996.

- FRANCO, Saúl. La Violencia y la Promoción de la salud. Ministerio de Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la salud. Santa Fé de Bogotá. 1992.

- FERREIRA, Graciela. La mujer maltratada. Buenos Aires. Editorial Suramericana, 1994.

- GONZALEZ DE OLARTE, E. Y GAVILANO LLOSA, P. ¿ Es la Pobreza una causa de violencia domestica?. En: El costo del Silencio. Banco Interamericano de desarrollo 1999.

- HEISE, Lori. 11194. Violencia contra la mujer: La cara oculta sobre la salud. En Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D:C:PAHO:

- IGLESIAS E. Las agresiones contra las mujeres tienen un alto costo. Violencia Doméstica. (serial on line).1999:1-2.

- KAPLAN, H and SADOCK, B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins, Seventh Edition. Baltimore, 1995.

- KORN, Martin. Various Perspectives on Violence. American Psychiatric Association 153<sup>rd</sup> Annual Meeting. May 2000.

- KNAPP, Jane and DOWD, Denise. Family Violence: Implications for the Pediatrician. Pediatrics in Review. Vol 19. No 9 Sept 1998.

- KLEVENS, Joanne. Violencia contra la mujer: Factores de riesgo y medidas de prevención, Lesiones de causa externa, factores de riesgo, medidas de prevención: Centro Nacional de referencia sobre violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Santa Fe de Bogotá D.C. 1998:59.

- LARRAIN, Soledad. Dos décadas de acción para frenar la Violencia Domestica. En: El costo del Silencio. Banco Interamericano de desarrollo 1999.

- LOZANO, Rafael. Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México. BID 1999.

- MORENO ROJAS, Alberto. Mujer, embarazo y violencia: Síndrome de maltrato en la mujer embarazada. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol 47 N 2 1996.
  
- MOLINA B. Violencia Conyugal. Revista Hospital Mental de Antioquía. Enero-Abril 1985.3-9.
  
- PETTIT, Gregory. The Developmental course of violence and aggression: Mechanisms of family and peer influence. Psychiatric Clinics of North America. Vol 20 No 2 June 1997.
  
- PRATHIKANTI, Sudha. Aspectos relacionados con la mujer en la salud mental. En Psiquiatría Clínica , Elkin David. Mc Graw Hill. 1999. Pag 303, 304.
  
- PROFAMILIA (Asociación pro Bienestar de la Familia). La violencia y los derechos de la mujer. Bogotá: PROFAMILIA.1992.
  
- PROFAMILIA (Asociación pro Bienestar de la Familia). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1995.
  
- PSYCHOSOMATICS, Vol XII, Num 6, Noviembre –diciembre 1971.

- SAUCEDA J M. Violencia en la Familia: el maltrato a la mujer. Rev Medica IMSS (Mex).1995; 33:283-287.

- SAUCEDO, I.1997. Violencia doméstica y salud: Avances y limitaciones para la investigación y atención. Monografía. Cocoyoc, México.

- ROMERO, María del Rosario. La Paz Empieza por Casa. Bucaramanga Alcaldía de Bucaramanga.1996.

- SONKIN D J, WALKER L E. The MALE Batterer: A treatment approach. Springer publishing company.1985.33-46 y 90-94.

- US. Preventive Services Task Force, Guidelines from Guide to clinical preventive Services: Part Iscreening for family Violence. Second edición 1996.

- VALDES S., Rosario. Donde más duele: Violencia durante el embarazo. Centro de Investigaciones en sistemas de Salud / INSP. [www.insp.mx/salvia/9713/sal197131.html](http://www.insp.mx/salvia/9713/sal197131.html)

- ZUNG, William W, K. Una escala de auto valoración de la depresión. Arch Gen Psychiatry. 1965; 12:63-70.

- ZUNG, William W.K. Un instrumento para evaluar la ansiedad.

Alguno

Horacio Alberto Roldán

A las nar

se compenaron a la porza

A través

entender y finalmente utilizar el tiempo que

indiscutible

ellas

A. Fide Mena

La obra por sí misma desarrollada en un nivel y en un

estados epidemiológicos de la investigación

## 16. AGRADECIMIENTOS

Al perito colaborador Doctor Mario Alberto Rondón

A las mujeres maltratadas, que compartieron sus penas

A nuestras familias por entender y permitirnos utilizar el tiempo que indiscutiblemente es para ellos.

A Flor Maria Caceres por su apoyo desinteresado, en enseñar y revisar los aspectos epidemiológicos de la investigación.

## ANEXO 1

### INDICADORES DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

## 17. ANEXOS

ANEXO 1. Formulario número 1: recolección de Información del estudio piloto

ANEXO 2. Formulario numero 2: entrevista de mujeres maltratadas, recolección de información definitiva.

ANEXO 3. Instrumento de Zung de depresión.

ANEXO 4. Instrumento de Zung de ansiedad.

ANEXO 5. Criterios del DSM IV para Trastorno por estrés agudo.

ANEXO 6. Criterio del DSM IV para Trastorno por estrés postraumático.

ANEXO 7. Criterio del DSM IV para Trastorno adaptativo.

ANEXO 8. Escala de adaptación global del sujeto (GAF ): DSM IV.

ANEXO 9. Graficas. Prevalencia de perturbación psíquica.

# ANEXO 1

## CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

Instrumento para la recolección de información. Estudio Piloto

### I IDENTIFICACIÓN

1. Edad \_\_\_\_\_ (años cumplidos)
2. Sexo: hombre 1, mujer 2,
3. Estado civil : casado 1, libre 2, separado 3, soltero 4, otro 5,
4. Escolaridad: ninguna 1, primaria 2, secundarios 3, universitario 4, técnico 5, otro 6.
5. Ocupación: hogar 1, empleado 2, independiente 3, otra 4
6. Natural de (municipio): Bucaramanga 1, otros 2,
7. Procedencia: zona Urbana 1, rural 2,
8. Barrio \_\_\_\_\_
9. Estrato : I 1, II 2, III 3, IV 4, V 5, VI 6,
10. Años de unión \_\_\_\_\_ (cumplidos) No. De hijos \_\_\_\_\_

### II Evento

11. Fecha de lesión \_\_\_\_\_
12. Día de la semana \_\_\_\_\_
13. Hora en que ocurrió \_\_\_\_\_ (am/pm)
14. Lugar : casa 1, trabajo 2, sitio público 3 otra 4
15. Sitio de la casa : alcoba 1, sala-comedor 2, cocina 3, otra 4
16. Tipo de agresión: física 1, psíquica 2, sexual 3
17. Elemento agresor: contundente 1, cortante 2, punzante 3, cortopunzante 4, cortocontundente 5, otro 6
18. Tipo de lesión: equimosis1, laceración2, fractura3, otra 4,
19. Ubicación de la lesión principal : cara 1, cabeza 2, tórax 3, abdomen 4, extremidades 5,
20. Incapacidad dada (días) \_\_\_\_\_
21. Secuelas : si 1, no 2
22. REMISIÓN PSIQUIATRICA : si 1, no 2
23. Asistió : si 1, no 2

**ANEXO # 2**

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA A MUJERES MALTRATADAS**

NUMERO INCLUSION: \_\_\_\_\_

NUMERO DICTAMEN: \_\_\_\_\_

BUCARAMANGA, DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_.

Asunto: EVALUACION PSIQUIATRICA (Víctima)

Delito: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Conyugal).

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: 1. (15-29) 2. (30-44). 3. (45 O mas).

NATURAL: 1. (Urb) 2. (Rural).

PROCED: 1. (Urb) 2. (Rural). 3. Barrios Estrato: \_\_\_\_\_

ESCOLAR: 1. ( Analfabeta). 2. (primaria). 3.( secundaria). 4. (otros)

E. CIVIL: 1. ( Casada ). 2. ( Unión libre )

OCUPACION: 1. ( Dependiente). 2. (Independiente). 3 (Hogar).

RELIGION: 1. (Catolica) 2. (Protestante). 3. (Ateo). 4. (Otra).

INFORMANTE: ELLA MISMA.

° CREDIBILIDAD: BUENO.

**TECNICAS EMPLEADAS**

1. Revisión del reconocimiento médico legal No.
2. Entrevista psiquiátrica a:
3. Elaboración de historia clínica psiquiátrica
4. Examen mental.
5. Análisis Clínico.

**MOTIVO DEL EXPERTICIO :** A solicitud del Perito Forense código 203-34, por violencia conyugal.

**RELATO DE LOS HECHOS POR LA EXAMINADA.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Refiere agresión :** 1. (Psíq). 2. (Fís). 3. (Sex).

**Lugar:** 1. (casa). 2. (trab). 3. (Sitio púb). 4. (Otros.).

**Elemento:** 1. (P.P). 2. (AB). 3. (AF). 4. (Objeto). 5. (Otos).

**Tipo de lesión:** 1. (Equ) 2. (Herida). 3. (Quemada). 4. (Otros).

**Área lesionada:** 1. (Cara). 2. (Extremidades). 3. (Todo el cuerpo).

**Días de incapacidad legal:** \_\_\_\_\_

**Testigos:** 1. (Hijos). 2. (Familiares). 3. (Otros).

Lesiones físicas previas: 1 (<5). 2 (5-20) 3 (INCONT).

**Agresor Previo :** SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_,

**Fecha de la lesión denunciada:** \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR

- Proviene de familia formada por: \_\_\_\_\_ y hijos ( \_\_\_\_\_ Hombres, \_\_\_\_\_ Mujeres).
- Relación familiar referida como: 1. (armón.) 2. (conflict).
- Por problemas familiares ( ), sociales ( ). económicos ( ).
- Padre referido: 1 (decuad). 2 (Abusa alcohol). 3 (Psicofárm). 4 (maltrata madre). 5 (maltrata hijos).
- Madre referida: 1 (decuad). 2 (Abusa alcohol). 3 (Psicofárm) . 4 (maltrata madre). 5 (maltrata hijos).
- La familia Sí \_\_\_\_\_, No \_\_\_\_\_ la apoya en la situación actual.

### HISTORIA PERSONAL

Refiere su vida como: \_\_\_\_\_ cubrimiento de las necesidades básicas de vida.

Grupo familiar secundario por: Ella \_\_\_\_\_ hijos (—hombres, —mujeres).

Su unión actual es de \_\_\_\_\_ años. Desea separarse: ( ) sí , ( ) no.

Con respecto al agresor refiere ser: [ ] celoso, [ ] posesivo; quien tiene [ ] años; estudió hasta 1(P) 2(B) 3(U) 4(T). Labora como 1(empleador) 2 (indep.) 3 (cesante). Sus ingresos son 1 (1 min) 2 (2 min) 3 (+ 3), de los cuales aporta al hogar: 1.(él todo) 2.(c/u 50%). 3 (él la mayoría) 4.(Ella la mayoría). [ ] Consume alcohol y/o psicofármacos.[ ]. Tiene antecedentes de enfermedad mental. [ ]. Generalmente agrade en sano juicio.[ ]. Fue víctima de maltrato infantil y/o testigo de violencia intra familiar. [ ]. Agrade a sus hijos y como argumento para agredir expresa:

La examinada, expresa que su estado mental antes de los hechos denunciados era 1.(normal). 2.(Tr.Adapt.) Distimia. 4(depresión mayor).

Posterior a los hechos expresa síntomas: \_\_\_\_\_, de gravedad \_\_\_\_\_ lo que indica daño psíquico que amerita una incapacidad médico legal de \_\_\_\_\_ días; que es el tiempo necesario para restablecer el estado emocional anterior a los hechos denunciados.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

\_\_\_\_\_ Médico, reumáticos, transfusionales, alérgicos. Quirúrgicos. Tóxicos Venéreos.  
\_\_\_\_\_ Judiciales, mentales. \_\_\_\_\_ Antecedentes familiares de enfermedad mental \_\_\_\_\_ intento de suicidio.

Revisión por sistema: Quejas Somáticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**EXAMEN MENTAL:**

Examinada Mujer en aparente \_\_\_\_\_ estado de salud, ingresa al consultorio por sus propios medios, su actitud con el entrevistador es de

Conciente, atenta, orientada. Pensamiento

Lenguaje:

Inteligencia:

Afecto:

Juicio y crítica:

Prospección:

Conación y volición:

Sueño y apetito:

Memoria:

**ANALISIS CLINICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Presenta daño psíquico que amerita incapacidad médico legal de \_\_\_\_\_ días. \_\_\_\_\_ hay perturbación psíquica como consecuencia de la agresión emocional sufrida; ésta es de carácter \_\_\_\_\_.

El diagnóstico psiquiátrico clínico corresponde a: 1. \_\_\_\_\_ Trauma estrés agudo 2. \_\_\_\_\_ Trauma estrés postraumático. 3. \_\_\_\_\_ Traumas adaptativos.

El tratamiento recomendado es: \_\_\_\_\_

**CONCLUSIONES:**

### ANEXO 3

## ESCALA DE ZUNG: AUTO EVALUACIÓN DE LA DEPRESION

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

| Por favor señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos:          | Nada o Pocas Veces | Algunas Veces | Muchas Veces | La mayoría de las Veces o Siempre |
|--|--------------------|---------------|--------------|-----------------------------------|
| 1. Me siento abatido, desanimado y triste.                               |                    |               |              |                                   |
| 2. Por la mañana es cuando mejor me siento.                              |                    |               |              |                                   |
| 3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar.                           |                    |               |              |                                   |
| 4. Tengo problemas de sueño durante la noche.                            |                    |               |              |                                   |
| 5. Como igual que antes.   |                    |               |              |                                   |
| 6. Disfruto al mirar, conversar y estar con hombres – mujeres atractivos |                    |               |              |                                   |
| 7. Noto que estoy perdiendo peso.  |                    |               |              |                                   |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento.                                     |                    |               |              |                                   |
| 9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.                        |                    |               |              |                                   |
| 10. Me canso sin motivo.   |                    |               |              |                                   |
| 11. Mi mente esta tan despejada como siempre.                            |                    |               |              |                                   |
| 12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.                      |                    |               |              |                                   |
| 13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto.                  |                    |               |              |                                   |
| 14. Tengo esperanzas en el futuro.                                       |                    |               |              |                                   |
| 15. Soy más irritable que de costumbre.                                  |                    |               |              |                                   |
| 16. Tomo las decisiones fácilmente.                                      |                    |               |              |                                   |
| 17. Siento que soy útil y necesario.                                     |                    |               |              |                                   |
| 18. Siento que mi vida esta llena.                                       |                    |               |              |                                   |
| 19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto.     |                    |               |              |                                   |
| 20. Sigo disfrutando con lo que hacía.                                   |                    |               |              |                                   |

## ANEXO 4

### ESCALA DE ZUNG: AUTO EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

|   | Nunca o muy pocas veces | Algunas veces | Buena parte del tiempo | La mayoría o todo el tiempo |
|---|-------------------------|---------------|------------------------|-----------------------------|
| Me siento más nervioso (a) y ansioso (a) de lo normal                             |                         |               |                        |                             |
| Siento miedo sin razón alguna   |                         |               |                        |                             |
| Me inquieto o aterrorizo fácilmente   |                         |               |                        |                             |
| Siento que me desintegro y rompo en pedazos                                       |                         |               |                        |                             |
| Siento que todo marcha bien y que nada malo puede ocurrir.                        |                         |               |                        |                             |
| Mis brazos y piernas se debilitan y tiemblan.                                     |                         |               |                        |                             |
| Me molestan dolores de cabeza, cuello y espalda                                   |                         |               |                        |                             |
| Me siento débil y me canso fácilmente.  |                         |               |                        |                             |
| Me siento relajado (a) y puedo quedarme tranquilamente sentado (a) con facilidad. |                         |               |                        |                             |
| Siento que mi corazón late apresuradamente  |                         |               |                        |                             |
| Tengo sensación de vértigo.   |                         |               |                        |                             |
| Tengo sensación de desmayo o siento como si me fuera a desmayar.                  |                         |               |                        |                             |
| Puedo respirar fácilmente.  |                         |               |                        |                             |
| Tengo sensación de adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies.   |                         |               |                        |                             |
| Me siento con dolor de estomago o con indigestión.                                |                         |               |                        |                             |
| Tengo que ir a orinar con frecuencia  |                         |               |                        |                             |
| Mis manos permanecen secas y calientes.   |                         |               |                        |                             |
| Mi cara se calienta y siento que me sofoco.                                       |                         |               |                        |                             |
| Me duermo fácilmente y reposo muy bien durante el sueño.                          |                         |               |                        |                             |
| Tengo pesadillas.   |                         |               |                        |                             |

## ANEXO 5

### CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO DE F43.0 TRASTORNOS POR ESTRÉS AGUDO [308.3]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más ) de los siguientes síntomas disociativos:
1. sensación subjetiva de embotamiento , desapego o ausencia de reactividad emocional.
  2. reducción del conocimiento de su entorno (p.ej., estar aturdido)
  3. desrealización
  4. despersonalización
  5. amnesia disociativa (p.ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos , sueños , ilusiones, episodios de Flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia , y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulo que recuerdan el trauma (p.ej., pensamiento , sentimientos, conversaciones, actividades, lugares ,personas ).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p.ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo , o interfieren de forma notable con sus capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda a los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej.,drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

## ANEXO 6

### CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO DE F43.1 trastornos por estrés postraumático [ 309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) (2):
- 1 la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o mas) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su actividad física o la de los demás.
  - 2 la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamiento desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado actividad a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que incluyen actividad, pensamientos o percepciones. **Nota:** en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
  2. sueños de actividad recurrente sobre el acontecimiento, que conducen malestar. **NOTA:** En niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
  3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
  4. malestar psicológicos intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
  5. respuesta fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o mas) de los siguientes síntomas;

- 1 esfuerzos para evitar pensamientos , sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2 esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3 incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- 4 reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- 5 sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- 6 restricciones de la vida afectiva (p.ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- 7 sensación de un futuro desolador (p.ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos(o más) de los siguientes síntomas:

- 1 dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2 irritabilidad o ataques de ira
- 3 dificultades para concentrarse
- 4 hipervigilancia
- 5 respuesta exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- **Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses
- **Crónico :** si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

## ANEXO 7

### CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamientos mentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  - 1. malestar mayor de lo esperable en respuestas al estresante
  - 2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistentes del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persistentes más de 6 meses.

Especificar si:

**Agudo:** si la alteración dura menos de 6 meses

**Crónico:** si la alteración dura 6 meses o más

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

**F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]**

**F43.28 Con ansiedad [309.24]**

**F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]**

**F43.24 Con trastornos de comportamiento [309.3]**

**F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]**

**F43.9 No especificado [309.9]**

## ANEXO 8

### ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a la largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

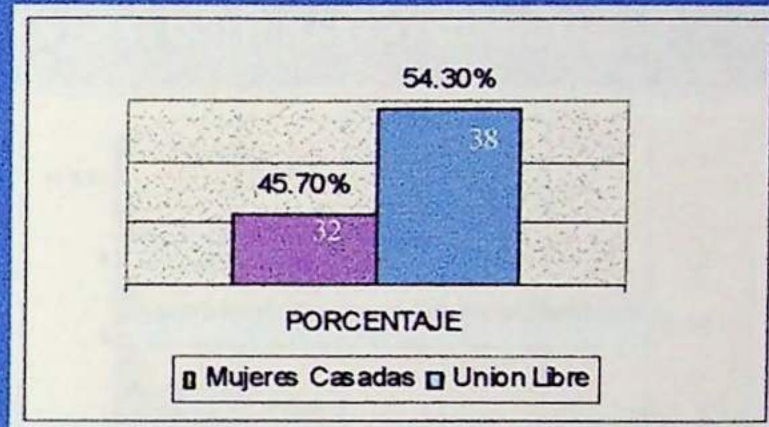
**Código (Nota:** utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p.ej.,45,68,72.)

- 100 **Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades**  
91 **positivas. Sin síntomas.**
- 90 **Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen ), **Buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida , sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos**  
81 (p.ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 **Si existen síntomas , son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales** (p.ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar ); **sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar** (p.ej., descenso temporal  
71 del rendimiento escolar).
- 70 **Algunos síntomas leves(p.eje., humor depresivo e insomnio ligero )o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar** (p.,ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), **pero en general funciona bastante bien, si tiene algunas relaciones interpersonales**  
61 **significativas.**
- 60 **Síntomas moderados (p.ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral escolar**  
51 (p.ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50 **Síntomas Graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar** (p.ej., sin amigos,  
41 incapaz de mantenerse en un empleo)
- 40 **Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunidad**(p.ej.,el lenguaje es a veces ilógico, oscuro e irrelevante ) **o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo**(p.ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea  
31 frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 **La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio** (p.ej., a veces es incoherente , actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) **o incapacidad para funcionar en casi todas**  
21 **las áreas** (p.ej., permanece en la cama todo el día, sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 **Algún peligro de causar lesiones a otros o así mismo** (p.ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, frecuentemente violento, excitación maníaca) **u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima ( p. Ej., con manchas de excremento) o**  
11 **Alteración importante de la comunicación** (p.ej., muy incoherente o mudo).
- 10 **Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o así mismo** (p.Ej., violencia recurrente) **o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o actos suicida grave con**  
1 **expectativa manifiesta de muerte.**
- 0 Información inadecuada.

## ANEXO 9

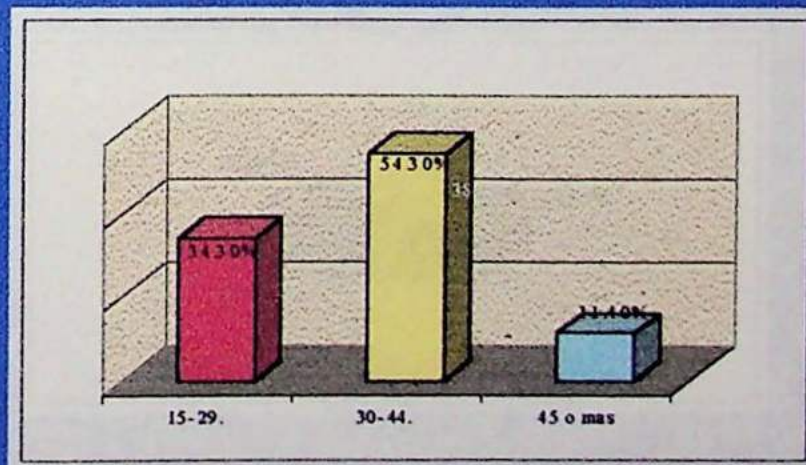
### MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL

(Resultados).  
ESTADO CIVIL



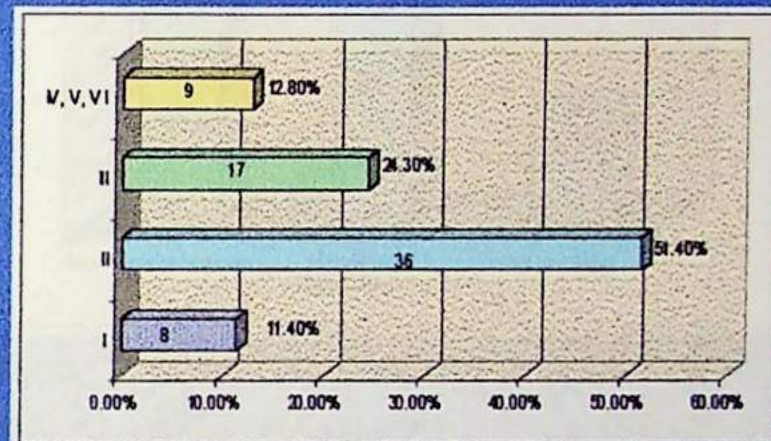
### MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

EDAD



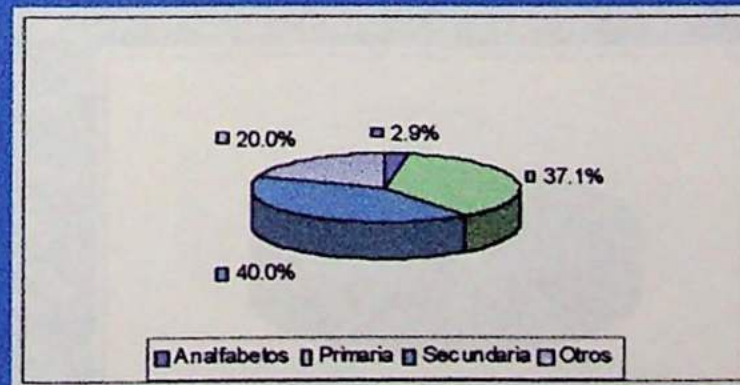
## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### ESTRATO SOCIO-ECONOMICO



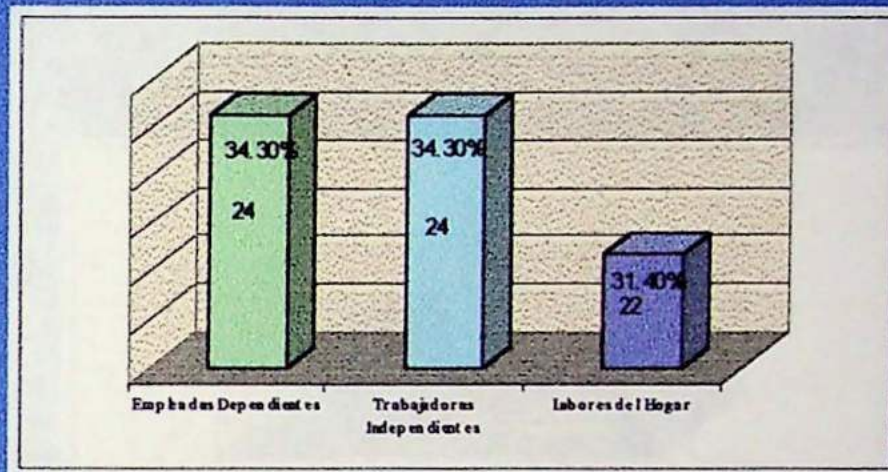
## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### ESCOLARIDAD



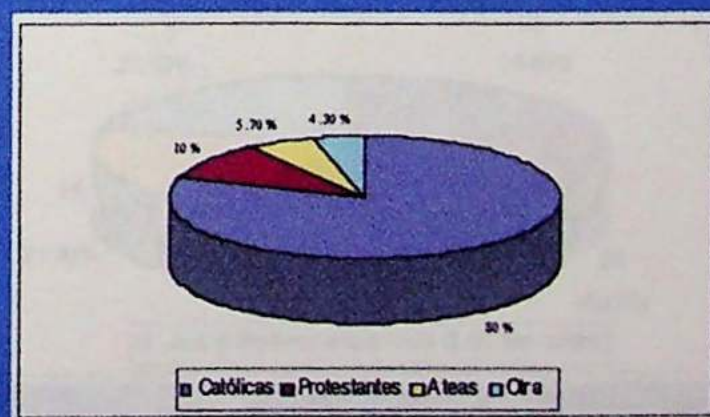
## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### OCUPACION



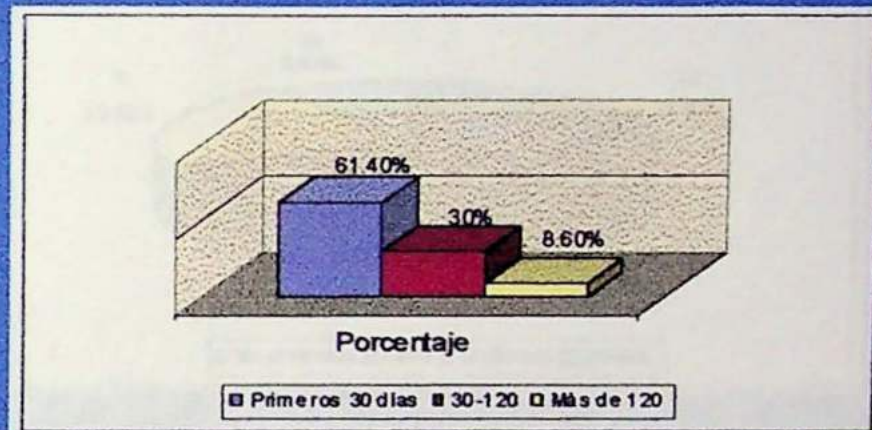
## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### RELIGION



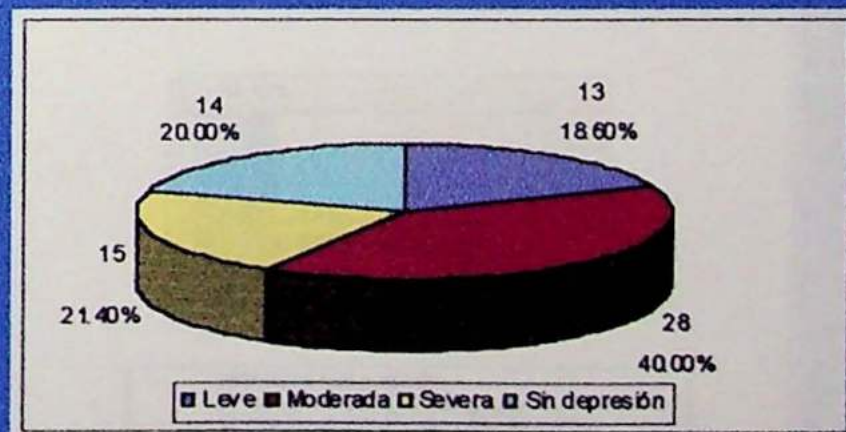
## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### TIEMPO PERITAJE PSIQUIATRICO



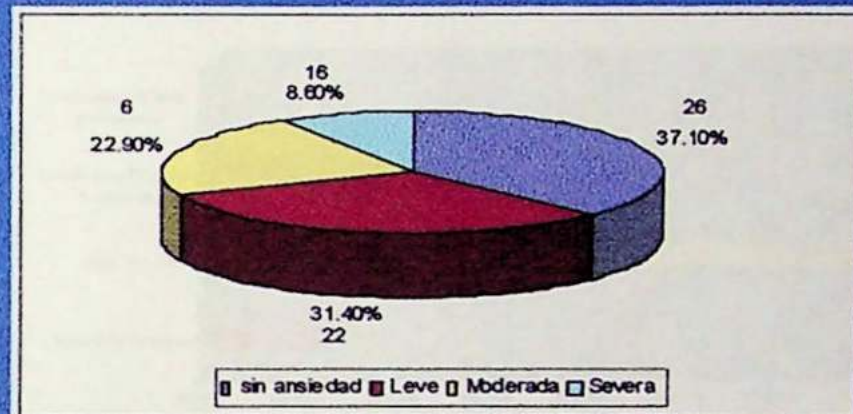
## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### ZUNG DEPRESIÓN



## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### ZUNG ANSIEDAD



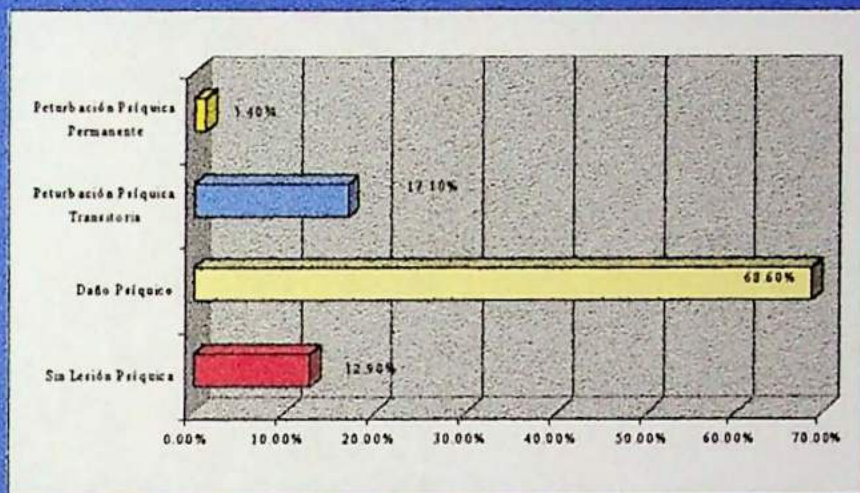
## MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

### CRITERIOS DSM IV



# MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL (Resultados).

## DICTAMEN FORENSE





MEDICINA  
LEGAL Y  
CIENCIAS  
FORENSES



001112

7116 / C764P

AUTOR

Ledy Contreras

TITULO

prevalencia de  
perturbacion psiquica...

| FECHA | PRESTADO: |
|-------|-----------|
|       |           |
|       |           |
|       |           |
|       |           |
|       |           |
|       |           |
|       |           |
|       |           |
|       |           |
|       |           |

PROBIUOTORA LTDA