



Ra Ximhai

ISSN: 1665-0441

raximhai@uaim.edu.mx

Universidad Autónoma Indígena de

México

México

Caudillo-Ortega, Lucía; Hernández-Ramos, María Teresa; Flores-Arias, María Luisa
ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Ra Ximhai, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2017, pp. 87-96

Universidad Autónoma Indígena de México

El Fuerte, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



uaís

RA XIMHAI **ISSN 1665-0441**

Volumen 13 Número 2
julio – diciembre 2017
87-96

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

ANALYSIS OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF GENDER VIOLENCE

Lucía Caudillo-Ortega¹; María Teresa Hernández-Ramos² y María Luisa Flores-Arias³

¹Profesora e Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato. Fraccionamiento 1 s/n Col. El Establo, Guanajuato, Gto.

²Profesora e Investigadora de Universidad de Guanajuato, Directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: tita@ugto.mx. ³Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: luisanayo@hotmail.com

RESUMEN

La violencia de género es un problema de salud pública, social y de derechos humanos, que está presente a nivel mundial y se permea en todas las clases sociales, todos los niveles socioeconómicos, las edades. Aunque la violencia de género tiene serias consecuencias en la salud de las víctimas, pudiendo llegar hasta el homicidio o suicidio, sigue considerándose como un problema de espacios privados, sin embargo, deben generarse políticas que erradiquen el problema. La violencia de género tiene sus raíces en las desigualdades de género construidas a través del tiempo por la sociedad y perpetuadas por diversas estructuras de la misma. Es preciso analizar los determinantes sociales que influyen en la violencia de género para identificar las partes modificables de este problema. Se describe la violencia de género como salud pública y posteriormente cada uno de los determinantes sociales que influyen en el fenómeno de estudio y finalmente se dan algunas consideraciones finales del análisis.

Palabras clave: violencia, género, determinantes sociales, análisis.

SUMMARY

Gender violence is a public health, social and human right problem, which is present at the globally and is permeated in all social classes, all socioeconomic levels and ages. Although gender-based violence has serious consequences for the health of the victims, and may even lead to murder or suicide, it is still considered a problem of private spaces, however, policies must be generated to eradicate the problem. Gender violence has its roots in gender inequalities built over time by society and perpetuated by various structures of the same. It is necessary to analyze the social determinants that influence gender violence to identify the modifiable parts of this problem.

Gender violence is described as public health and then each of the social determinants that influence the phenomenon of study and finally give some final considerations of the analysis

Key words: violence, gender, social determinants, analysis.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género como problema de salud pública

La violencia de género es un problema de salud pública, que afecta a todas las poblaciones del mundo, todas las clases sociales, edades, ideologías políticas y religiosas, además tiene consecuencias negativas en la salud de las víctimas, así mismo constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres (Zamudio, Ayala & Arana, 2014). La violencia de género es un problema grave que afecta al individuo, la familia, la comunidad, los sistemas de salud (por los altos costos) y al Estado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Entre los problemas de salud que se derivan de la violencia de género se encuentran los de tipo físico, trastornos psicológicos y psicosomáticos, trastornos ginecológicos y daños a la salud reproductiva y riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida VIH (Heise, 1999).

La violencia de género tiene sus raíces en la desigualdad entre los géneros, es decir, en la construcción de los modelos de masculinidad y feminidad, así como en las relaciones sociales entre hombres y mujeres que implican la subordinación de estas últimas (Cuevas, Blanco, Juárez, Palma & Valdez, 2006). En la historia de la humanidad ha existido la desigualdad entre géneros y la violencia de género es vista como parte de la "normalidad" de las relaciones entre hombres y mujeres (Heisse, 1994).

Fue hasta el año 1967 que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que definió a la violencia como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". Existen diferentes tipos de violencia, como la violencia física, sexual y psicológica, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, incluidos el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.

Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. A nivel mundial la zona geográfica con un mayor porcentaje de violencia es Asia Sudoriental (37.7%), Mediterráneo Oriental (37%), África (36.6%), Américas (29.8%), Europa (25.4%), Pacífico Occidental (24.6%). Además de la violencia de pareja, el 7% de las mujeres refieren haber sufrido agresiones sexuales por parte de personas distintas de su pareja, aunque los datos al respecto son más limitados (OMS, 2016).

La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas en su mayoría por hombres contra mujeres y niñas. El abuso sexual infantil afecta a niños y niñas. En los estudios internacionales realizados, aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%-10% de los hombres refieren haber sido víctimas de violencia sexual en la infancia. La violencia entre los jóvenes, que incluye también la violencia de pareja, es otro gran problema (OMS, 2016).

Es preciso señalar que el desarrollo y mantenimiento de la violencia de género en la sociedad es el origen sociocultural dado que los comportamientos agresivos se encuentran institucionalizados, es decir, asentados en valores y prácticas que los dotan de justificación y aceptación; y normalizados de tal forma que se sabe quién, cómo y cuándo pueden o deben poner en acto formas de violencia, de suerte que se concretan en actuaciones o comportamientos que se imponen a los individuos dependiendo del rol y del lugar que asuman u ocupen, y por los que se ven impelidos a actuar de forma agresiva o aun a tolerar la propia victimización, al asumir que la violencia es una conducta ajustada a la posición o situación social en que se encuentre cada persona. Los factores sociales muestran como este problema de salud pública tiene sus raíces en una construcción social, en la organización social, cultural y económica de una sociedad, así como las normas y valores legales, religiosos y éticos vigentes (OMS, 2016).

El género aparece como una construcción cultural, el conjunto de propiedades y funciones que una sociedad atribuye a los individuos en virtud del sexo al que pertenecen, así el género es una categoría construida social, cultural e históricamente (Melero, 2010). Para comprender la violencia de género desde una perspectiva social, es necesario analizar los determinantes sociales que influyen, por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar los determinantes sociales en el nivel macro (raza, etnia, clase social, ocupación, educación, religión, cultura y sistemas de salud), intermedio (red social) y micro (estilos de vida, curso de vida, estrés y migración) en la violencia de género y la construcción social.

En conclusión, la violencia de género tiene sus raíces en la cultura y la sociedad, quien construye los roles de género de lo femenino y lo masculino y permite bajo diferentes estructuras sociales como la cultura, el estado, la iglesia, entre otras, la normalización de la violencia de género en sus diferentes formas, de esta forma las víctimas tienen poco acceso a las instancias legales por considerarla como parte de la dinámica familiar. La violencia de género produce consecuencias de naturaleza aguda y crónica que merman la calidad de vida de quienes la padece, desde palabras ofensivas, hasta situaciones graves como el homicidio o el suicidio, sin embargo, las víctimas son incapaces de reconocer la situación de alta vulnerabilidad en la que se encuentran. Es importante reconocer la gravedad de la violencia de género en la sociedad, dado que se presenta en todas las culturas, todas las clases sociales, niveles educativos y puede presentarse en espacio públicos como privados.

Determinantes sociales de la violencia de género

Nivel macro

La raza/etnia es necesario abordar la violencia de género en los grupos indígenas. Los grupos étnicos a nivel mundial son grupos vulnerables, marginados, excluidos cultural y socialmente, pero dentro de los grupos étnicos la condición de las mujeres indígenas es una situación especial, dado que las mujeres indígenas son las más pobres de los pobres, esto limita su acceso a la educación y a empleos bien remunerados, generalmente deben emplearse en el servicio doméstico, donde tienen una alta probabilidad de ser víctimas de violencia, física, psicológica, sexual y discriminación (Muñoz & Vázquez, 2010).

La violencia contra las mujeres indígenas se encuentra inmersa en una red de valores y poderes que se entrelazan para reforzar las estructuras tradicionales que la permiten, y que se reproduce debido al apego a una serie de tradiciones y costumbres, el seguimiento de preceptos morales y religiosos, así como por el desconocimiento de derechos (Mejía, 2010).

En el ámbito familiar y comunitario, es preciso reconocer que la violencia contra las mujeres indígenas tiende a justificarse por el respeto a los usos y costumbres, lo que conlleva a no denunciar y a atestiguar silenciosamente las violencias que sufren. Las propias mujeres indígenas han identificado que a nivel comunitario la expresión más clara de violencia es que las autoridades aún no reconocen la violencia contra ellas como problema público, o al menos no en todas sus modalidades (Sierra & Sieder, 2010).

En el ámbito institucional, se conjugan una serie de factores que obstaculizan el acceso de las mujeres a la justicia: la diferencia cultural, el monolingüismo, el desconocimiento de los procesos administrativos y legales, la falta de apoyo para el cuidado familiar, la escasez de recursos económicos y la lejanía (Mora, 2010).

Con respecto a la etnia las mujeres indígenas tienen una desventaja frente a las mujeres que no pertenecen a alguna etnia, llegan a recibir una triple discriminación por su condición de género, ser indígenas y además agregar que en muchas ocasiones son las más pobres entre los pobres, esto dificulta el denunciar algún tipo de agresión o violencia en cualquiera de sus formas; es preciso señalar que muchas de las mujeres indígenas solo hablan su lengua materna y al momento de hacer una denuncia esta es la principal barrera para solicitar apoyo legal.

Con respecto a la educación en la actualidad el 60% de la población considerada analfabeta está formada por mujeres. A nivel mundial, las niñas tienen menor acceso a la educación escolar que los niños (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2015). Esta situación coloca a las mujeres en desventaja

y es un factor para que las mujeres no busquen ayuda legal, en este sentido estudios han reportado que las mujeres sin instrucción educativa tenían dos veces más probabilidad de ser violentadas en comparación con aquellas que tenían estudios de nivel medio superior (González & Mora, 2014; Gómez, 2006), así mismo el incremento en el nivel educativo de la mujer influye en la reducción de la violencia intrafamiliar (Flake, 2005; Ghahari, Jafar, Mohammad, Atef, Hamidreza, Panaghi, *et al.*, 2009; Koenig, 2006; Morrison, Ellsberg & Bott, 2005).

En relación con la ocupación, la incorporación formal de la mujer al mercado laboral ha permitido flexibilizar la división social del trabajo, pero la responsabilidad de los quehaceres domésticos sigue recayendo principalmente en las mujeres, independientemente de su participación en el mercado laboral generando una doble carga laboral (Ortega, 2007). Esta situación genera tensión en las relaciones de la mujer por considerar que realiza actividades fuera de su rol tradicional como el cuidado de la casa y la crianza de los hijos, por actividades exclusivas de los hombres.

Es preciso señalar que las mujeres que laboran tienen un 32% de riesgo para sufrir violencia emocional en relación de quienes se dedican sólo a los quehaceres del hogar. Similar patrón se presenta para la violencia sexual, física y económica, con 29, 25 y 6 %, respectivamente (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2014). En muchas ocasiones las mujeres reciben menos porcentaje de salario que los hombres, aunque realicen el mismo trabajo, pudiendo ser hasta un 30% menos del monto o no se les permite acceder a los puestos directivos por estar reservados a los varones, aunque las mujeres tengan mayores habilidades (Lovera, 1995).

La ocupación es un determinante que influye en la violencia de género, dado que las mujeres tienden a trabajar una doble jornada laboral, en las labores domésticas y en el trabajo remunerado, generando situaciones estresantes dentro de la familia, por sentir que se descuida las actividades primarias del hogar; también las mujeres son discriminadas en los lugares de trabajo al considerar que no pueden realizar las mismas actividades que los hombres, por lo que llegan a recibir una remuneración menor en comparación a los hombres.

La religión es una estructura social que ha normalizado la violencia de género hacia la mujer (Tamayo, 2004). En América Latina la religión predominante es la católica, esta impone pureza, virginidad en las mujeres no permite las relaciones sexuales prematrimoniales en las mujeres, el sexo es solo para la procreación y se debe de tener a todos los hijos que Dios les dé, no permitiendo el placer sexual, esto provoca problemas sexuales y reproductivos en las mujeres, tales como embarazos con espacios intergenésicos cortos. Así mismo respalda la idea del “machismo”, donde las mujeres deben de ser sumisas y obedecer al patriarca de la familia sin cuestionar sus decisiones, mientras que los hombres son quienes deciden.

La religión mantiene la idea de la sumisión de las mujeres y dominio de los hombres, existen diversas religiones, donde no se permite que las mujeres muestren su rostro por respeto al patriarca de la familia. También a la mujer se le exige pureza y virginidad hasta el matrimonio, mientras que a los hombres se les permite tener una vida sexual libre y sin restricciones.

La cultura es el conjunto aprendido de tradiciones, creencias y estilos de vida socialmente adquiridos de los miembros de una sociedad, incluyendo los modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (Harris, Edlund & Larson, 2004). En este aspecto Johan Galtung distingue tres formas de violencia de género: estructural, cultural y directa. La violencia cultural es la que permite y justifica las distintas formas de violencia directa y estructural (Galtung, 1990).

La sociedad sustenta y reproduce la violencia de género, en relaciones de poder desiguales, es decir, poder económico, político, simbólico y social desigual entre hombres y mujeres. Y genera definiciones y roles aceptados por la sociedad, influenciados por los estereotipos, las identidades y expectativas sobre lo que se supone ser hombre y mujer (Lypovetski, 1999). La violencia de género implica las normas y las prohibiciones en cada sociedad respecto a sus integrantes, esto se traduce en la cultura patriarcal y la subjetividad social, generalizándolo a través de la familia, la escuela, las instituciones laborales y las religiosas (Vasallo, 1996).

La sociedad otorga ciertas etiquetas a las mujeres violentadas como “la dejada”, “la tonta”, “es débil”, “indefensa”, “dependiente”, “ella se lo busca”, “debe ser obediente”, en caso de una violación, “andaba de fácil”, “seguro ella lo provocó”, “ella se lo busco por ramera”. La sociedad es la principal estructura que perpetúa la violencia de género al mantener marcados estereotipos de género entre lo femenino y lo masculino y creando situaciones donde se justifica la violencia, por ejemplo, las mujeres que son víctimas de una violación sexual, tienden a ser revictimizadas y culpadas por la situación que vivieron.

El Sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud (OMS, 2005). Desde la perspectiva de salud pública, la violencia de pareja es un problema que ocasiona daño psicológico además del daño físico, así como discapacidad, secuelas y disminución de la calidad de vida (Campero, 1996). La demanda femenina de servicios médicos para la atención de lesiones o secuelas físicas, ocasionadas por violencia de la pareja masculina, es mínima, además se subestima el problema al existir registros insuficientes para conocer la magnitud del mismo (Hijar, 1997). Muchos de los estereotipos de género permean en los servicios de salud que reproducen las relaciones de poder y discriminación por género y refuerzan las normas sociales y morales, así como la doble moral sexual que da lugar al maltrato institucional que sufren muchas mujeres, o la minimización de la violencia de género.

Las barreras más comunes entre los prestadores de servicio de salud en relación a la violencia de género son las actitudes, las conductas de total indiferencia. Al respecto Sugg y colaboradores en 1996, refieren que algunas barreras para una adecuada atención a la violencia son la identificación cercana con las pacientes, el miedo a ofender, la falta de entrenamiento y la falta de tiempo. También es importante destacar de nuevo los aspectos culturales y sociales derivados del sistema de sexo-género dominante y de las representaciones sociales a él vinculadas y los factores de tipo político e institucional relacionados con la manera en que el problema es definido en el espacio público y tratado en el proceso del diseño de programas y políticas (Sagot & Carcedo, 2000). En muchas ocasiones las mujeres son doblemente victimizadas: por parte del abusador, y también por parte del personal de salud que las responsabiliza del maltrato sufrido.

En el sistema de salud permean deficiencias para la atención de las víctimas de violencia de género, las actitudes y creencias del personal de salud, la poca sensibilidad a temas de género de los servidores públicos, la falta de protocolos de atención especializados e instancias de atención. En conclusión, el nivel macro contiene las estructuras sociales permiten, perpetúan y mantienen la violencia de género como un aspecto normal de las relaciones de la pareja, la familia, incluso de la comunidad.

Nivel intermedio

La red social implica a la familia, pero las mujeres también reconfiguran su red de apoyo a personas ajenas a la familia quien proporciona entre otras cosas apoyo emocional (Lauritsen & Schauman, 2004). Las

mujeres tienden a recibir más las figuras femeninas madre, hermanas, primas y amigas (Estrada, Herrero & Rodríguez, 2012).

Es preciso señalar que las mujeres quienes no cuentan con apoyo social tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia de género (Coker, 2002; Coker, 2003). Así mismo las mujeres receptoras de violencia tienden a aislarse de la sociedad, de su familia, sus amigos, por vergüenza o por temor a hablar de la situación. Tal como lo refiere Agoff en el 2006, las mujeres víctimas de violencia suelen aislarse cada vez más del entorno social, especialmente para evitar explosiones de violencia causadas por los “celos” de la pareja y sufrir la violencia en un ámbito privado.

Se puede concluir que las mujeres que cuentan con una red social amplia, tienen menos probabilidad de ser violentadas. Así mismo las mujeres violentas llegan a reducir su red social debido a la dominación y el aislamiento ejercido por su agresor. La familia debe ser la principal fuente de apoyo social, sin embargo, en algunas ocasiones se recibe más apoyo de otras personas como los amigos. Para prevenir situaciones de violencia de género es importante fortalecer la red social de las víctimas.

Nivel micro

El curso de vida de una persona es determinante para su desarrollo a través del tiempo, respecto a la violencia de género, desde el embarazo la violencia tendrá influencia negativa en los niños, considerando que dependen emocional y afectivamente de sus padres, y que tienden a imitar los roles y las conductas que observan, debido a lo cual en el futuro pueden tener dificultades para establecer relaciones afectivas diferentes a las conocidas en su infancia (Cuevas & Castro, 2009), también es conocido que las personas responden de manera agresiva, dado que han sido víctimas desde la niñez de hechos concretos de violencia aprendiendo a responder de manera violenta ante eventos estresantes (Buvinic, Morrison, & Orlando, 2005; Esté-vez, Martínez, Moreno, & Musitu, 2006; Backett, 1995).

En su vida adulta los varones tienden a ser violentos y las niñas a ser mujeres golpeadas al crear conformismo, inseguridad, no percepción de las amenazas, estrés, afectación en la salud mental, permitiendo la perpetuación de la violencia (Jaffe, 1986). El ser testigos o víctimas de violencia es un predictor importante para ser agresor o víctima de violencia de género, además tal y como se ha mencionado anteriormente se reproduce de generación en generación como patrones de conducta aceptados y tolerados por la sociedad.

En conclusión, el curso de vida que tenga una persona puede predisponerlo a ser agresor o víctima de violencia de género, en este sentido desde el embarazo un ser humano puede convertirse en víctima de violencia, existe un alto porcentaje de mujeres violentadas durante el período de la gestación predisponiendo al producto a consecuencias adversas para su integridad. En la etapa de la niñez, un ambiente de violencia incrementa la probabilidad de repetir los patrones de comportamiento en la edad adulta, como agresor o como receptor de violencia.

Los estilos de vida son “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986). En relación a la violencia de género y los estilos de vida no saludables, estos potencializan el riesgo de violencia, como el consumo de alcohol y drogas asociado con conductas violentas. En las mujeres víctimas de violencia pueden generarse estilos de vida no saludables como comer en exceso, consumo de alcohol o tabaco, entre otros.

El estrés una condición biológica que permite la adaptación del organismo en situaciones de riesgo y de peligro al medio ambiente. Las víctimas de violencia de género tienden a presentar síntomas de estrés postraumático, como el temor, ansiedad, desvalorización, miedo, la ansiedad, van en aumento, aparecen sentimientos de incapacidad, dependencia al agresor, a su vez disminuye los mecanismos para enfrentar situaciones estresantes (Pinto, 2006), el estrés puede llevar a las mujeres a desarrollar enfermedades mentales como depresión y a intentos de suicidio. Por otro lado, los hombres con imposibilidad de afrontamiento a niveles de estrés tienen un mayor porcentaje de ejercer violencia (Echeburúa, Corral, Amor & Sarasúa, 1997).

La migración de la población femenina cada vez es más frecuente ya sea por acompañamiento de los varones, unificación familiar o por motivos económicos, sociales o en búsqueda de un mejor futuro (kauffer, 2012). Es importante destacar también que las mujeres migrantes generalmente sufren violencia sexual, consecuencia de esta violencia se encuentran las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o el VIH. También las mujeres migrantes pueden ser víctimas de explotación (violencia económica), trata de blancas o trabajo en condiciones de esclavitud (Suárez & Durand, 2014; Reina, & Ulloa, 2006).

La violencia de género como construcción social tiene sus raíces en la cultura, en cómo la sociedad ha desarrollado el concepto de género, en contraposición al de sexo. Las características relacionadas a lo femenino y lo masculino, no son fruto de la naturaleza, sino que son adquiridas a través de un complejo proceso de aprendizaje social e individual, es decir en el carácter cultural y no natural y biológico que toda sociedad establece entre hombres y mujeres (González, 2009). La diferenciación de género tiene una jerarquización social, así los roles, funciones y rasgos asociados a las mujeres son socialmente inferiorizados (Alberdi, 1999). Estas diferencias construidas por la sociedad han generado una brecha importante entre hombres y mujeres, produciendo que la violencia de género sea perpetuada a través del tiempo, sin embargo, es necesario destacar que muchos factores sociales influyen en el mantenimiento de la misma.

CONSIDERACIONES FINALES

La violencia de género es un problema de salud pública que tiene que ver con las relaciones de poder entre hombres y mujeres, donde se mantiene el patriarcado son las estrategias usadas por los hombres destinadas a obtener control, son similares a las usadas en la sociedad. Lo masculino es visto como lo más valioso, tanto en el ámbito privado como en el público, lo que le otorga a la masculinidad privilegios y beneficios sociales. Es por ello que las mujeres son vulnerables a ser receptoras de violencia de género, es importante conocer la construcción social de la violencia de género para generar intervenciones o programas sociales, incluyendo políticas aplicables para erradicarla, sin embargo, es necesario contextualizar el problema a nivel cultural y social.

LITERATURA CITADA

Agoff, C., Rajsbaum, A. & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública México*, 48 (2):307-314.

Alberdi, I. (1999). El significado del género en las ciencias sociales. *Política y Sociedad*, 32: 9- 21.

Beckett, K. (1995). Media Depictions of Drug Abuse: The Impact of Official Sources. *Research in Political Sociology*, 7:161-82

Buvinic, M; Orlando, M B; Morrison, A. (2005). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de Población*, 11: 167-214.

Campero, L. (1996). Educación y salud de la mujer: Reflexiones desde una perspectiva de género. *Salud Pública México*, 38: 217-222

Coker, A., L., Smith, P., Thompson, M., McKeown, R., Bethea, L. & Davis, K. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Womens Health and Gender Based Medicine*. 2002; 11:465-76.

Coker, A., L., Watkins, K., W., Smith, P. & Brandt, H. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Prevention Medicine*, 3:259-67.

Cuevas, M. & Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Behavioral Psychology*, 17 (2): 277-297.

Cuevas, S., Blanco, J., Juárez, C., Palma, O. y Valdez S., R. (2006). Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México*, 48.

Echeburúa, E., Corral, P, Amor, P., Sarasúa, B., & Zubizarreta, I. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23: 503-526.

Estévez E, Herrero J, Martínez B y Musitu G (2006). Aggressive and non-aggressive 22 rejected students: An analysis of their differences. *Psychology in the Schools*, 43: 387-400.

Estrada, C., Herrero, J. & Rodríguez, F. (2012). La red de apoyo en mujeres víctimas de violencia contra la pareja en el estado de Jalisco (México). *Universitas Psychologica*, 11(2), 523-534.

Flake, D. (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women*, 11(3): 353-373.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lograr la enseñanza primaria universal.

Galtung, J. (1990). Cultural Violence, *Journal of Peace Research*, 27 (3): 291-305.

Ghahari, S., Jafar, B., Mohammad, K., Atef, V., Hamidreza, A., Panaghi, L., et al. (2009). Prevalence of spouse abuse, and evaluation of mental health status in female victims of spousal violence in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1), 50-56.

Gómez, D., Vázquez, J., L., & Fernández, S. (2006). La violencia en las mujeres usuarias de los servicios en el IMSS y la SSA. *Salud Pública de México*, 48 (2).

González, F. & Mora, B. (2014). Características de la violencia de género en la Universidad de Valencia, *Escritos de Psicología*, 7 (2).

González, R., M. (2009). Estudios de Género en educación: una rápida mirada. *Revista mexicana de investigación educativa*, 14(42), 681-699.

Harris, K., Edlund, M., & Larson, S. (2006). Religious Involvement and the Use of Mental Health Care. *Health Research and Educational Trust*, 41 (2).

Heise, Lori (1994). Violencia contra la mujer. La cara oculta de la salud, Washington,

Hijar, M., López, M., V. & Blanco, J. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública de México*, 39: 565-572.

Instituto Nacional de las Mujeres (2014). Estadísticas de violencia contra las mujeres en México. Disponible en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota.pdf>

Jaffe, P., Wolfe, D. & Wilson, S. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56: 142-146.

Kauffer, E. (2012). Entre vulnerabilidad, reproducción de la subordinación y cambios alentadores: género y migración de tres flujos de la frontera sur de México. *Género y migración. El Colegio de la Frontera Sur*, 67-92.

Koenig, M., A. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in north India. *American Journal of Public Health*, 96(1):132–138.

Lauritsen, J. & Schauman, R. (2004). The social ecology violence against woman. *Criminology*, 42(2): 323-357.

Lipovetski, G. (1999). La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino, Barcelona, Anagrama.

Lovera, S. (1995). Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Carpeta para periodistas. CIMAC, México.

Melero, N. (2010). Reivindicar la igualdad de mujeres y hombres en la sociedad: una aproximación al concepto de género. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 11: 73-83.

Mora, A., R. (2010), Violencia y desigualdad de género en el aula. Del contrato sexual al contrato escolar. *Decisio*, 37-41.

Morrison, A., Ellsberg, M., & Bott, S. (2005). Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones. Banco Mundial, PATH.

Muñoz, C. & Vázquez, V. (2013). Género, etnia y violencia en Ayutla, Oaxaca. Convergencia, *Revista de Ciencias Sociales*, 20, 62.

Mejía, S. (2010). Mujer indígena y violencia: entre esencialismos y racismos. *Revista México Indígena*, 5.

Organización Mundial de la Salud (1986) Capítulo Promoción para la Salud. Geneva, 1986.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2005). Informe sobre la Salud en el Mundo: Sistemas de Salud. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). Violencia contra la mujer. Centro de Prensa.

Ortega, P., A. (2007). Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud Pública de México*, 49 (5).

Pinto, N. (2006). Repercusiones de la Violencia Basada en Género sobre la Salud de las Mujeres. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52 (1): 8-14.

Programa Mujer, Salud y Desarrollo-Organización Panamericana de la Salud (OPM).

Reina, R., & Ulloa, J. (2006). Algunos aspectos socioculturales de la inmigración haitiana hacia la República Dominicana. *Ciencia y Sociedad*, 31(1): 64-124.

Sagot, M. & Carcedo, A. (2000). Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud.

Sierra, T., & Sieder, R. (2010), Acceso a la Justicia para las mujeres indígenas en América Latina. Bergen, Noruega: Chr. Michelsen Institute.

Suárez, M. & Durand, C. (2014). Migración femenina indígena y la violencia de género (Algunos estudios de caso en Oaxaca, México). *Revista Jurídica de los Derechos Sociales*, 4 (2).

Sugg, N., K., Thompson, R., S., Thompson, D., Maiuro, R., Rivara, F. (1999). Domestic violence and primary care: Attitudes, practices, and beliefs. *Archives Family Medicine*, 8:301-306.

Tamayo, J., J. (2004). Nuevo paradigma teológico, Trotta, Madrid.

Vasallo, N. (1996). El género un análisis de la naturalización de las desigualdades. Cátedra de la Mujer. Universidad de la Habana.

Zamudio Sánchez, F.J, Ayala Carrillo, M del R. & Arana Ovalle, R.I. (2014). Mujeres y hombres: Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios sociales*, 22 (44): 251-279.

SÍNTESIS CURRICULAR

Lucía Caudillo Ortega

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: lucia.caudillo@ugto.mx

María Teresa Hernández-Ramos

Doctora en Ciencias Médicas, Profesora e Investigadora de Universidad de Guanajuato, Directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: tita@ugto.mx

María Luisa Flores-Arias

Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: luisanayo@hotmail.com