

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS**

**DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS**

**COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA LEGAL**

**DEPARTAMENTO DE EVALUCION PROFESIONAL**



## **TESIS**

**“FRECUENCIA DE LESIONES EN MUJERES ADULTAS CON  
VIOLENCIA FÍSICA, REGISTRADO EN LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE  
MEDICINA LEGAL. DELEGACIÓN IZTAPALAPA , D.F; 2010.”**

**INSTITUTO DE SERVICIOS PERICIALES**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN:**

**MEDICINA LEGAL**

**PRESENTA:**

**M.C. ANA LILIA SEVILLA TREJO**

**DIRECTORA DE TESIS: E.EN M.L. MARÍA DE LA LUZ PIEDRA PICHARDO**

**REVISORES: E.EN M.L. LINEETT HERNÁNDEZ GAMA  
E.EN M.L. LUZ MARIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
E.EN S.P. JESUS LUIS RUBÍ SALAZAR**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013.**

**“FRECUENCIA DE LESIONES EN MUJERES ADULTAS CON  
VIOLENCIA FÍSICA, REGISTRADO EN LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE  
MEDICINA LEGAL. DELEGACIÓN IZTAPALAPA , D.F; 2010.”**

## DEDICATORIA

Gracias a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante y lograr  
una meta más en mi vida.

A mi esposo, Mar, por su apoyo y confianza incondicional.

A mis hijos, Uri y Alex, por su comprensión, son mi inspiración.

A mi mami por su tiempo y por su esfuerzo .

A mis maestros por su profesionalismo y sus experiencias.

A todos ellos, mi gratitud.

## RESUMEN

### SEVILLA T.A.L, PIEDRA P.M.L. “FRECUENCIA DE LESIONES EN MUJERES ADULTAS CON VIOLENCIA FÍSICA REGISTRADAS EN LA UNIDAD DEPARTAMENTAL DE MEDICINA LEGAL, DELEGACIÓN IZTAPALAPA, D.F, 2010”

**Introducción:** En el territorio nacional, la violencia de cualquier modalidad que viven las mujeres de 15 años y más, ya sea de pareja, comunitaria, laboral, familiar o escolar, alcanza un porcentaje de 67.0%. En el D.F las mujeres casadas o unidas (27.1%) reportaron mayores niveles de violencia conyugal que las alguna vez unidas (divorciadas, separadas y viudas) (6.9%) , y que las solteras (16.4%), lo que sugiere que la violencia en el seno de la pareja puede ser un factor condicionante de la disolución de parejas. Las mujeres de 15 años o mas casadas o unidas, presentan las siguientes frecuencias de las distintas violencias: emocional 43.2%, física 19.3% y sexual 11.6%. El grupo de mujeres de 30 a 34 años es el de mas frecuencia de violencia (11.9%). De las mujeres de 15 años o mas y casadas o unidas con mas violencia fueron las que reportaron primaria o secundaria completa: 33.2%.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de lesiones en mujeres adultas con violencia física, registradas en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa, D.F, 2010.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se utilizaron las hojas de registros de las mujeres adultas con violencia física de la Unidad Departamental de Medicina Legal de la Delegación Iztapalapa durante el 1º de enero al 31 de diciembre del 2010. Se utilizó un formato diseñado para este proyecto. Para su análisis se utilizo estadística descriptiva.

**Resultados:** - En el presente estudio se revisaron un total de 2553, Hojas de Registro de Atención por Lesiones y Violencia en las Unidades Medicas SIS17 de la Unidad Departamental de Medicina Legal de estos solo 92 fueron en mujeres adultas y por violencia física lo que representa el 3.6% de los casos registrados en esta Unidad. El día de la semana que presentó el mayor número de casos fue el domingo con 19, lo que representa el 20%. El mes del año con mayor frecuencia fue Julio con 19 casos que representa el 20%. La región anatómica que mayormente se vio afectada en este estudio fue la cara con 28 casos 28%. El grupo etario más afectado es de 31-35 años con 43 casos que representa el 43.9%. La Coordinación territorial con mayor registro de mujeres con violencia física fue IZP-9 con 36 casos que representa el 39%.

**Conclusiones:** Dentro de la frecuencia que se registró en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa, D.F, durante el año 2010 fue del 3.6%, con 92 casos

**Sugerencias:** Se sugiere que se realicen más estudios de este tipo pero usando otra fuente de información por que los profesionales encargados del llenado de las Hojas de Registro dejan rubros sin llenar y aun no aceptan que su llenado forma parte de su trabajo por lo que la mayoría no las llena lo cual no permite tener una prevalencia confiable.

## ABSTRACT

### SEVILLA T.A.L, PIEDRA P.M.L. "FREQUENCY OF INJURY IN ADULT WOMEN WITH REGISTERED PHYSICAL VIOLENCE IN LEGAL MEDICINE DEPARTMENTAL UNIT, IZTAPALAPA, DF, 2010."

**Introduction:** In the country, any form of violence experienced by women aged 15 and over, whether family, community, work, family or school, reaches a percentage of 67.0%. In Mexico City the married women (27.1%) reported higher levels of spousal violence than ever in union (divorced, separated and widowed) (6.9%), and unmarried (16.4%), suggesting that violence within the family can be a determinant of the dissolution of couples. Women aged 15 or more married or have the following frequencies of different violence: emotional 43.2%, 19.3% and physical sexual 11.6%. The group of women aged 30 to 34 years is more violence frequency ( 11.9%). Among women 15 years or older and married or with more violence were those who reported complete primary or secondary: 33.2%.

**Objective:** To determine the frequency of injuries in adult women with physical violence, registered in the Department of Forensic Medicine Unit, Iztapalapa, DF, 2010.

**Material and Methods:** A retrospective, descriptive, cross-sectional observational. Leaves were used records of adult women with physical violence Departmental Unit of Legal Medicine of the Iztapalapa during January 1 to December 31, 2010. We used a format designed for this project .For analysis used descriptive statistics.

**Results:** - In the present study we reviewed a total of 2553, Record Sheets Care for Injuries and Violence in the medical units SIS17 Departmental Unit of Legal Medicine of these only 92 were adult women and physical violence which represents 3.6% of the cases in this Unit . The day of the week that had the highest number of cases was on Sunday with 19, which represents 20%. The month of July was the most frequent with 19 cases representing 20%. Anatomical region mostly affected in this study was the face with 28 cases 28%. The most affected age group is 31-35 years and 43 cases representing 43.9%. Territorial coordination more women register with physical violence was IZP-9 with 36 cases representing 39%

**Conclusion:** Within the frequency recorded in the Department of Forensic Medicine Unit, Iztapalapa, DF, during 2010 was 3.6%, with 92 cases

**Suggestion:** It is suggested that further studies of this type but using another source of information that professionals responsible for filling the record sheets left unfilled areas and do not accept that even the filling is part of his job so the Most do not fill them which does not allow a reliable prevalence.

## INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es un problema que repercute no solo a la salud de quien la padece también a toda la familia y generaciones tras generaciones, además es mas frecuente de lo que los registros lo dicen, convirtiéndose en un problema de salud publica.

En nuestro país y especialmente en la Ciudad de México no se tiene un registro real del número de casos ni del grado de participación de cada uno de los factores asociados a este problema como: escolaridad, edad y época del año.

La violencia contra las mujeres esta recibiendo un gran interés de la Medicina Legal, pues es gracias a la exposición detallada de sus repercusiones que se han logrado acciones y medidas legales para poder reducirse o incluso eliminarse este problema.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de lesiones en mujeres adultas con violencia física, registradas en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa, D.F, 2010, a través de medidas de tendencia central se obtuvo la escolaridad mas afectada, el día y mes mas frecuente, la región anatómica más afectada, la edad más afectada en este tipo de violencia y la Coordinación Territorial de la Delegación Iztapalapa mas afectada.

## ÍNDICE

	<b>PAG.</b>
<b>1. Marco Teórico .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Justificaciones.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Planteamiento del problema.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Hipótesis.....</b>	<b>20</b>
<b>5. Objetivos.....</b>	<b>21</b>
<b>6. Material y Métodos.....</b>	<b>22</b>
<b>7. Implicaciones éticas.....</b>	<b>25</b>
<b>8. Organización.....</b>	<b>26</b>
<b>9. Presupuesto y financiamiento.....</b>	<b>27</b>
<b>10. Resultados.....</b>	<b>28</b>
<b>11. Análisis.....</b>	<b>36</b>
<b>12. Conclusiones.....</b>	<b>37</b>
<b>13. Sugerencias.....</b>	<b>38</b>
<b>14. Bibliografía.....</b>	<b>39</b>

## I.- MARCO TEÓRICO.

### I.1.1.- LA VIOLENCIA A NIVEL INTERNACIONAL

La violencia contra la mujer es un problema muy antiguo sin embargo el registro de su estadística aparece a finales del siglo pasado.

No es sino hasta los años noventa que los estudios de prevalencia tienen su auge a escala mundial, lo que puede apreciarse en una selección de la literatura que realizó la Organización Mundial de la Salud para su informe mundial sobre la violencia y en el trabajo publicado por Heise en 1994. Por su parte, en América Latina se empezaron a realizar en ese mismo periodo los primeros estudios en el campo. En México, la revista *Salud Pública de México* publicó el primer estudio sobre el tema en 1993; en 1994 lo hizo *Cadernos de Saúde Publica* de Brasil, mientras que en la *Revista de Saúde Publica* de Brasil esto ocurrió en 1998. <sup>(1)</sup>

La violencia doméstica es una situación frecuente que repercute gravemente sobre la salud de las personas afectadas y es un importante problema de salud pública. Aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padece esta situación aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación subaguda o encubierta y, en muchas ocasiones, no es más que una vía involuntaria de pedir auxilio. A pesar de que los servicios sanitarios son un punto clave para el abordaje de este tipo de violencia, rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación y sólo se identifica un 1% del total estimado de casos de mujeres maltratadas. A pesar de que se recomienda la detección sistemática hay dificultades para que esto sea así. Al preguntar si se había detectado algún caso alguna vez, e igualmente el resultado fue bajo, quizá porque no se reconoce como parte del trabajo habitual. Los resultados muestran un gran desconocimiento del tema por parte de los profesionales de la salud. Los ítems específicos para valorar el conocimiento y el grado de formación también muestran unos resultados muy escasos. Es esperanzador que los profesionales consideren este un problema mayor y que el sector sanitario tiene que intervenir en el mismo, dado que la valoración de la labor que los servicios médicos realizan es positiva. Es necesario aumentar la formación del personal médico y de enfermería sobre cómo identificar y tratar los casos de violencia doméstica. Es responsabilidad de todos mejorar la salud de quien está padeciendo malos tratos, actuando tanto desde el punto de vista preventivo como curativo. <sup>(2)</sup>

En 1998, la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. Hoy en día, la prevalencia de la violencia doméstica en todo el mundo, su impacto a corto y largo plazo en la salud mental y física de las mujeres y las consecuencias negativas que tiene para las familias, las comunidades y la sociedad en general, convierten

a la violencia doméstica en una prioridad de salud pública. La violencia contra las mujeres está presente en cada país, independientemente de culturas, clase social, nivel educativo, etnia y edad. La dimensión global de la violencia contra la mujer hace que ninguna sociedad pueda reclamar para sí el privilegio de estar libre de esa violencia.<sup>(3)</sup>

El “descubrimiento” de la violencia de género como problema social es un hecho relativamente reciente (Gracia, 2002). Hay que esperar más de 20 años desde que se inicia el interés científico por este fenómeno para que sea considerado un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos, así como un abuso de los derechos humanos, con una elevada prevalencia en todo el mundo (American Medical Association, 1994; Bachman y Saltzman, 1995; Consejo Europeo, 2002; Hagemann-White, 2001; Kury, Oberfell-Fuchs y Woessner, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2002). Es en 1995 cuando la Organización de Naciones Unidas plantea como uno de sus objetivos prioritarios la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres y en 1998 la Organización Mundial de la Salud declara la violencia de género como una prioridad internacional para los servicios de salud.<sup>(4)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada día fallecen en el mundo 15.000 personas como consecuencia de lesiones causadas por la violencia ejercida por otras personas (causante del 11% de todas las muertes por lesiones) o por las propias víctimas contra sí mismas (15%), colisiones de tráfico (23%), quemaduras (6%), ahogamientos (7%), caídas (8%), intoxicaciones (6%) y otros mecanismos (24%). En total, las lesiones causan mundialmente 5,8 millones de fallecimientos al año, suponen el 10% de todas las muertes y son un 32% más que las defunciones causadas conjuntamente por la malaria, la tuberculosis y el VIH/ sida.<sup>(5)</sup>

La violencia del compañero íntimo (VCI) es una epidemia generalizada en todo el mundo. El acceso con equidad a los servicios sanitarios por parte de las mujeres inmigrantes es un aspecto crucial para evitar los posibles efectos discriminatorios, principalmente cuando se trata de inmigrantes por motivos económicos.<sup>(6)</sup>

Diversos organismos internacionales vienen haciendo recomendaciones sobre la necesidad de obtener datos relativos a la violencia contra las mujeres en general, y en la pareja en particular, y sobre la forma más adecuada de hacerlo. Así, por ejemplo, la Plataforma para la Acción de la Declaración de Beijing, aprobada tras la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (ONU, 1995) establecía en su objetivo estratégico D.2 la necesidad de estudiar las causas y consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas preventivas que se adopten. Para ello, y como acciones específicas, sugería recoger datos y elaborar estadísticas sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres, sus causas, naturaleza y consecuencias, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas, y divulgar ampliamente los resultados de dichas investigaciones al conjunto de la población. En 1997 la Unión Europea estableció un mandato para que cada uno de sus países miembros recoja, elabore y publique anualmente datos sobre las diferentes formas de violencia contra las mujeres que ocurren en su territorio. Sin embargo, como ya remarcaron Alberdi y Matas (2002), este mandato se sigue sólo a medias y la recogida de datos no se está haciendo con criterios unificados,

como se verá a continuación. Posteriormente, los/as expertos/as del Consejo de Europa en las conferencias desarrolladas en 1999 y 2000 realizaron diversas propuestas para la recogida de información sobre el tema (Díaz- Aguado, 2002, pp. 143-145): Realizar estadísticas desagregadas por género y desarrollar indicadores comunes para mejorar la valoración de la violencia contra las mujeres y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas para prevenirla y paliar sus efectos; considerar ciertas influencias, frecuentemente olvidadas, que pueden alterar los resultados de encuestas e investigaciones como la posible variabilidad en función del contexto, del origen sociocultural o lingüístico o de los cambios que se están produciendo en los esquemas a partir de los cuales se conceptualiza el problema; avanzar en la estandarización y rigor de las encuestas tomando medidas como extraer muestras representativas de la población o controlar mejor los posibles errores de muestreo, establecer escalas con descripciones muy detalladas de los actos de violencia a partir de información directa de las víctimas, entrenar adecuadamente a los/as entrevistadores/ as o recurrir a especialistas en lenguaje para evitar problemas de traducción; llevar a cabo encuestas e investigaciones sobre temas de interés prioritario incluyendo costos, causas y consecuencias de la violencia contra las mujeres; favorecer la cooperación entre las diferentes instancias públicas y privadas que trabajan el tema y promover la investigación tanto en redes nacionales como internacionales; establecer instituciones gubernamentales que coordinen la evaluación eficaz en la lucha contra el tema y consulten con los agentes sociales implicados; compilar y elaborar los resultados de las investigaciones para facilitar su divulgación al conjunto de la población. En esta línea, se sitúan las Recomendaciones aprobadas por la asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, que ratificó el informe sobre violencia contra las mujeres en la pareja presentado por Olga Keltsova (2002).

Por su parte, el Observatorio de la Violencia del Lobby Europeo de Mujeres se constituyó con la idea de evaluar las políticas (tanto públicas, propuestas por los gobiernos y concretadas en planes de acción, como aquellas que llevan a cabo las ONGs) desarrolladas contra la violencia de género. Para lograr este objetivo se ha desarrollado una propuesta de indicadores relativos a diferentes cuestiones implicadas en el problema (actuaciones políticas, legislativas, educativas), basadas en los indicadores propuestos por la Convención para la Eliminación de todas las formas de Violencia contra las Mujeres (CEDAW, n.d./2004). Por lo que se refiere a la recogida de datos, se recomienda elaborar: Estadísticas generales desagregadas por sexo; registros sistemáticos de todos los casos de violencia contra las mujeres; estadísticas anuales a este respecto y de evolución de los últimos 5 años; registros obligatorios por parte de la policía de todas las intervenciones relativas a casos de violencia; estadísticas integradas relativas al sistema de justicia penal; y, además, facilitar la participación de las estadísticas nacionales en la recogida de datos internacional; la colaboración con las ONGs; y la difusión de estadísticas y datos sobre la violencia a la sociedad en general. El informe de Amnistía Internacional (2002) sobre la situación de la violencia de género en España se refiere también a esta cuestión cuando recomienda: Las

autoridades deben recabar información estadística actualizada sobre el grado de extensión de la violencia de género en el ámbito familiar. Estos datos deben hacerse públicos y difundirse ampliamente. Se deben suministrar estadísticas desagregadas que permitan diferenciar los actos de violencia de género cometidos contra las mujeres por parte de sus parejas o exparejas de otras formas de violencia. Vemos pues que todas estas recomendaciones, y tanto las de organismos públicos como las de las ONGs, coinciden en señalar la necesidad de desarrollar mecanismos confiables y válidos para evaluar adecuadamente la magnitud de la violencia contra las mujeres en la pareja. Algunas de estas recomendaciones son muy recientes, pero otras, como las emanadas de la Conferencia de Beijing, tienen ya más de 10 años. En estos años y, al menos en el caso de España, la situación parece haber mejorado, pero aún quedan muchos pasos por dar.

Entre un 10% y un 60% de las mujeres habrían padecido al menos un episodio de violencia en la pareja a lo largo de su vida y entre un 3% y un 54% habrían padecido violencia en la pareja a lo largo del año anterior a ser encuestadas, variando según países y tipos de violencia (física, psicológico y/o sexual). Para interpretar adecuadamente estos datos es importante remarcar que, aunque todos proceden de encuestas, no son estrictamente comparables entre sí ya que, tal y como se comentó anteriormente, las encuestas pueden haber sido realizadas con metodologías diversas. Así, los trabajos que se reseñan han sido recogidos a partir de muestras seleccionadas con criterios distintos, con distintas coberturas geográficas, con diferentes límites de edad y estado civil (casadas, viviendo en pareja) y, sobre todo, a partir de definiciones y categorías disímiles para la medición y consideración de los diversos tipos de violencia, al tipo de preguntas realizadas, etc. (Heise y García-Moreno, 2003; UNICEF, 2000). En definitiva, a pesar de la disparidad de datos procedentes de las diferentes fuentes comentadas, lo que sí puede afirmarse, como ya apuntaron Heise y cols. (1999) o Walker (1999), es que ningún país del mundo está libre de esta forma de violencia.<sup>(7)</sup>

Las estimaciones varían según las regiones y países: en regiones desarrolladas las tasas son de una cada cuatro mujeres, pero en países de África o Asia se han estimado índices que superan el 50%. Sin embargo, el sector salud no se ha mostrado siempre preparado para la detección y atención de estos casos.<sup>(8)</sup>

Los tipos de lesiones físicas más frecuentemente observadas fueron los hematomas y las erosiones, describiéndose correctamente su evolución en un 24,6% para los primeros y un 21,4% para las segundas.<sup>(9)</sup>

Las mujeres maltratadas suelen presentar traumatismos agudos como las fracturas, las equimosis, la rotura parcial o total de piezas dentales y laceraciones. Los datos habituales a la exploración física consisten en equimosis en ambos brazos como consecuencia de agarres y sacudidas violentas. Se ven líneas paralelas como consecuencia del golpe con un bate o laceraciones semilunares si el agresor da puñetazo y lleva un anillo. Las lesiones bucales ocurren con frecuencia. Petequias en techo de la boca. Laceraciones o hematomas en el cuero cabelludo en ocasiones se oculta con el pelo. Las tentativas de estrangulación pasan inadvertidas, es una tentativa de homicidio y

requiere la aplicación de la ley. Sus signos de presentación son ronquera, petequias en cara (alrededor de ojos), hemorragias conjuntivales y hematomas periorbitales, equimosis o tumefacción alrededor de garganta. Descartar fractura de hioides.<sup>(10)</sup>

Se hallaron 2 niveles de gravedad lesional: leve y moderado, tanto en las lesiones únicas como múltiples (en las primeras predominó el puñetazo y en la segunda el golpe con objetos contundentes); ambas categorías primaron en la región de tercio medio. Las categorías lesionales más frecuentes en tejidos blandos, ocasionadas por traumatismo en el componente bocofacial, resultaron ser los hematomas (40,8 %), seguidos por las heridas (31,9 %) y en menor medida por las excoriaciones (24,8 %); entre las heridas prevalecieron las que afectaron la región de la cara (21,8 % del total).

La puntuación promedio de las 784 lesiones en tejidos blandos fue de 1,13 puntos. La mayor de esta correspondió a las heridas (1,20), especialmente a las que afectaron la cara (1,36), seguidas por las excoriaciones (1,14).

Estos valores promedios revelan, según la ELA-90, que las lesiones en tejidos blandos se caracterizaron por ser poco extensas: menos de 25 cm<sup>2</sup> las cerradas, menos de 10 cm de longitud las abiertas y menos de 4 cm<sup>2</sup> de pérdida de tejidos (sin dañar las principales unidades estéticas de la cara), por lo cual no fue necesario realizar procedimientos plásticos o reconstructivos complejos, o ambos, de la inmensa mayoría de estas. Se refleja la frecuencia de lesiones en tejidos duros y su puntuación promedio según la ELA-90, donde se destaca una mayor incidencia de las fracturas nasales (33,3 %) y dentoalveolares (22,8 %), seguidas por las mandibulares y la laxación dentaria (9,7 %, respectivamente). Los patrones de lesiones del esqueleto facial en las integrantes de la casuística resultaron ser: fracturas nasales, dentoalveolares, mandibulares y cigomáticas; mientras que las lesiones de estructuras dentarias fueron del tipo de la luxación y fracturas coronarias. Al analizar la puntuación promedio según ELA-90 de las lesiones de tejidos duros, se halló primacía de las fracturas cigomáticas (1,88 puntos), seguidas por las mandibulares (1,80 puntos) y en menor número por las orbitarias puras y de cóndilo, ambas con 1,66 puntos.<sup>(11)</sup>

### **I.1.2 .- VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

Según los diferentes estudios realizados la violencia contra la mujer tiene un comportamiento en especial pues se presenta con mayor frecuencia en ciertos meses, a determinadas edades y ciertos tipos de lesiones se presentan más.

Estadística

Mayor incidencia: agosto y período navideño

Edad de las víctimas: 31-40 años, aumento progresivo de más de 64 años.

Mecanismos de muerte: arma blanca, contusiones, asfixia mecánica por estrangulación, arma de fuego, precipitación, atropello, mixto, fuego (quemaduras).<sup>(12)</sup>

### **I.1.3- TIPOS DE VIOLENCIA:**

Física examen externo: lesiones cutáneomucosas 90% (equimosis, hematomas, erosiones, heridas contusas, heridas incisas, quemaduras, alopecias por arrancamiento), lesiones esqueléticas,<sup>(12)</sup>

### **I.1.4.- LA VIOLENCIA EN MÉXICO**

En México al igual que otros países, este asunto empezó a salir a la luz en los setenta, gracias al feminismo, pero no fue sino hasta los años noventa cuando empezó a cobrar prioridad. A lo largo de dos décadas, hubo una ardua y constante lucha desde diversos ámbitos para llamar la atención sobre la necesidad de incluir la violencia en la agenda nacional, la cual tuvo su fruto en los noventa, cuando se dio la que Valdez (2004) llama el apogeo de participación de diferentes dependencias en el desarrollo de acciones para la aplicación de programas de prevención y asistencia a víctimas.

En México las primeras pesquisas fueron principalmente de naturaleza cuantitativa y su finalidad era la medición de la prevalencia del fenómeno; asimismo, se llevaron a cabo encuestas a nivel local en diversos puntos del país. Destacan los realizados en la ciudad de México (INEGI, 200), Ciudad Netzahualcóyotl (Valdez y Shrader-Cox, 1992), Cuernavaca (Rivera-Rivera et al, 2004); Durango (Alvarado-Zaldívar et al, 1998), Guadalajara (Ramírez y Uribe, 1993), Monterrey (Granados-Shiroma y Madrigal, 1998).

El problema de la violencia intrafamiliar no es correctamente identificado por toda la población, y su reconocimiento es el primer paso para enfrentarla. Estos trabajos permitieron constatar que la violencia doméstica alcanza prevalencias muy altas en México. Recientemente, diversos organismos se propusieron generar información cuantitativa sobre violencia doméstica, con representatividad estadística a larga escala. Dentro de estos esfuerzos destacan la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud en el 2003 y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) dirigida por el INEGI, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM) también en el mismo año.

En estas encuestas se ha podido confirmar que la violencia doméstica en México es un problema grave que alcanza magnitudes altas se estima que al menos tres de cada diez mujeres en el país han sufrido al menos una vez violencia física por parte de sus parejas.

La mayoría de las investigaciones realizadas coinciden en que en México la violencia en contra de la mujer por parte de su pareja tiene gran parte de su raíz explicativa en las relaciones de género imperantes en la sociedad, en la que existe una notable desigualdad de poder entre mujeres y hombres lo que conlleva a reproducir y legitimar la violencia.<sup>(13)</sup>

Inmediatamente tras su creación en 1945, la Organización de la Naciones Unidas anunció su compromiso de trabajar a favor de la igualdad entre mujeres y hombres. Treinta años después, ante una creciente desigualdad de género, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el Año Internacional de la Mujer, realizándose en nuestro país la Primera Conferencia Mundial de la Mujer (Ciudad de México, 1975), con el objeto de formular recomendaciones sobre acciones y medidas a ser implementadas por los gobiernos, organizaciones y la comunidad internacional para lograr la plena igualdad y participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida pública. Luego de estas acciones, la Asamblea General de Naciones Unidas declaró los siguientes años el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. En México, el reconocimiento pleno de la igualdad jurídica de las mujeres alcanzó rango constitucional apenas en 1974 (pocos meses antes de la Conferencia de que se trata), cuando el Constituyente Permanente reconoció en el artículo 4o. de la ley fundamental que el varón y la mujer son iguales ante la Ley. Desde entonces, distintas agencias de las Naciones Unidas han exhortado a los gobiernos a promover la igualdad de derechos en todas las esferas de la vida social, así como el derecho de las mujeres a un acceso no discriminatorio al empleo, la educación y las actividades económicas. De este modo, el año 1979 se promulgó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), suscrita por México en 1980. A fin de evaluar los logros obtenidos en el Decenio de la Mujer, se llevó a cabo la Conferencia de Nairobi (1985) donde se puso de manifiesto que la situación de las mujeres, si bien había registrado progresos, se mantenía sin cambios fundamentales. Adicionalmente, se planteó la creación de nuevos mecanismos institucionales para la mujer. En México se crea la Comisión Nacional de la Mujer. A pesar de los esfuerzos realizados, la violencia hacia las mujeres seguía siendo una limitante para el pleno ejercicio de sus derechos, por lo que en 1994 se promulgó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, mejor conocida como la "Convención de Belém Do Pará". Dicho documento es un instrumento jurídico de la mayor relevancia en la defensa de los derechos humanos de las mujeres en las América. En el caso de México, los procesos de transversalidad de género se institucionalizaron el año 2001 como un mandato para la Administración Pública Federal y Estatal plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Como consecuencia de este compromiso, el año 2001 se creó el Instituto Nacional de las Mujeres, mismo que potenció la creación de los mecanismos estatales de atención al sector.<sup>(14)</sup>

Las últimas dos décadas se han caracterizado por un interés creciente por la violencia doméstica, debido quizás a su alta incidencia y al daño que puede ocasionar en sus víctimas. Sin embargo, las cifras no son contundentes, pues se sigue calculando que solamente un 10% a 30% de las víctimas denuncian, y muchas de ellas ni siquiera acuden a centros o asociaciones de ayuda. Por otro lado, un común denominador es que, a pesar de lo grave que puede ser, muchas víctimas permanecen con esa pareja durante periodos prolongados de tiempo, más de 10 años por término medio. Incluso, en muchos casos, y tras la intervención terapéutica, se regresa a la relación anterior. Además, el maltrato

suele iniciar desde el comienzo de la relación (antes de formalizarla) e ir en aumento tanto en frecuencia como en intensidad. Desafortunadamente, cuanto más tiempo se permanezca dentro de una relación abusiva, la probabilidad de que las consecuencias psicológicas se cronifiquen es mayor, y en consecuencia, el pronóstico de recuperación es más desfavorable (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, De Corral, Sauca y Emparanza, 1994). Al respecto, en México, datos revelados por el CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar) de la Procuraduría General de Justicia del DF apuntan a que en el 72% de los casos atendidos en los últimos años, se pudo detectar que la violencia se inició desde el noviazgo (Calderón, 1994; Trujano y Mata, 2002). Un problema adicional es que las cifras muestran una lenta y paulatina reversión entre sus protagonistas. También se empieza a observar una mayor tendencia a los combates mutuos (un 23% aproximadamente), aunque la mayor parte de las denuncias (más o menos un 75%) siguen siendo de mujeres victimizadas. La falta de interés y la difusión distorsionada acerca de la violencia doméstica favorecen que las creencias preconcebidas y los estereotipos sociales sean considerados realidades sin pasar por el cuestionamiento de las implicaciones ideológicas y prácticas que conllevan, siendo una de las más graves la aceptación de la violencia en cualesquiera de sus manifestaciones, y señalamos la necesidad de considerar las características como la edad, la escolaridad, el contexto psicosocial, las prácticas de crianza, el apego a la religión, y muchos otros factores.<sup>(15)</sup>

En México en 2006, el 78.2% de mujeres de 15 y más años habían experimentado al menos un acto de violencia a lo largo de su vida. Seis de cada diez mujeres han sido violentadas en espacios comunitarios o públicos. En la violencia familiar los incidentes más frecuentes son los de índole emocional (17.5%), mientras que 4.0% declaró haber sido objeto de violencia física y 1.3% económica. En el territorio nacional, la violencia de cualquier modalidad que viven las mujeres de 15 años y más, ya sea de pareja, comunitaria, laboral, familiar o escolar, alcanza un porcentaje de 67.0%, y en 10 entidades, incluido el estado de México, se encuentra por encima del promedio nacional, ocupando el segundo lugar, después de Jalisco, con una prevalencia de 78.2 por ciento. La encuesta da a conocer que de cada 100 mujeres de 15 y más años que tienen o tuvieron una relación de pareja: : 47 han padecido violencia emocional (menosprecios, amenazas, prohibiciones, las ignoran, etc.) y 25 violencia física (empujones, patadas, golpes, agresiones con armas, etc.)<sup>(14)</sup>

### **I.1.5 LA VIOLENCIA EN EL D.F**

El reconocimiento social de este problema ha impactado los códigos civil y penal en la República Mexicana, y dio la pauta para que la Secretaría de Salud normara la atención de los casos de violencia familiar, a raíz de la publicación de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la violencia familiar. El 3 de abril de 2007 se suscribió el acuerdo de instalación del Sistema Nacional para

Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, asumiendo el INMUJERES la Secretaría Ejecutiva; y el 24 de abril se realizó la Primera Sesión Ordinaria en la que se efectuó la instalación oficial del Sistema. En el Sistema participan nueve dependencias públicas federales (las secretarías de Gobernación, de Desarrollo Social, de Educación Pública, de Seguridad Pública y de Salud, así como la Procuraduría General de la República, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el INMUJERES), y las instancias estatales de la mujer de las 32 entidades federativas. En el mes de julio, se concluyó el anteproyecto del Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el cual se encuentra en proceso de revisión de anteproyectos de disposiciones normativas en la Comisión Federal de Mejora Regulatoria. Entre diciembre de 2006 y agosto de 2007, a través de la línea telefónica "Vida sin Violencia" se brindó atención, orientación e información a 20 mil llamadas, efectuadas por personas víctimas de violencia o aquellas que desean denunciar actos de violencia, de las cuales 95% correspondió a mujeres y 5% a hombres, con un tiempo promedio de duración de 21 minutos por llamada<sup>(5)</sup>. Tras la creación del Instituto Nacional de las Mujeres, entre los años 2001 y 2006 se impulsó el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No discriminación contra las Mujeres (Proequidad), entre cuyos objetivos figuran la incorporación de la perspectiva de género en las dependencias y entidades del Gobierno Federal con el fin de construir sus propios programas sociales de trabajo, además de lograr nuevos espacios y mecanismos de participación de las mujeres en las diferentes esferas de la economía, la política y la sociedad (Proequidad, 2001. Se creó el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2007-2012 (Proigualdad 2007- 2012); su objetivo primario es normar que las directrices para que la Administración Pública Federal tengan elementos para reducir las brechas de género y se establezcan lineamientos que orienten a los institutos estatales y municipales de las mujeres (o en su caso, mecanismos de representación para el adelanto de las mujeres), para generar políticas públicas congruentes con la igualdad de oportunidades.<sup>(14)</sup>

En el D.F las mujeres casadas o unidas (27.1%) reportaron mayores niveles de violencia conyugal que las alguna vez unidas (divorciadas, separadas y viudas) (6.9%) , y que las solteras (16.4%), lo que sugiere que la violencia en el seno de la pareja puede ser un factor condicionante de la disolución de parejas.

Las mujeres de 15 años o mas casadas o unidas, presentan las siguientes frecuencias de las distintas violencias: emocional 43.2%, física 19.3% y sexual 11.6%.

El grupo de mujeres de 30 a 34 años es el de mas frecuencia de violencia (11.9%).

De las mujeres de 15 años o mas y casadas o unidas con mas violencia fueron las que reportaron primaria o secundaria completa: 33.2%.

### **I.1.6.- DEFINICIONES:**

Es importante identificar a que se refiere el género por que incluye una combinación de factores sociales y legales.

#### **I.1.6.1.- GÉNERO**

La categoría “género”, acuñada por el feminismo, remite precisamente al carácter social y cultural del proceso por el que se atribuyen características y significados diferenciados y jerarquizados a mujeres y hombres, constituyendo estereotipos que varían geográfica y temporalmente, sobre lo que es y debe representar nacer varón o mujer.<sup>(16)</sup>

El término *género* encierra un concepto que comienza a ser utilizado como categoría científica a partir de la década 70 del siglo XX. El género forma parte de la realidad subjetiva social e individual, y condiciona el comportamiento del hombre, lo cual se expresa en su autoconcepto, sentido de sí mismo, expectativas, deseos, normas, valores, incluyéndose también aquí la definición de posición social, jerarquía, estatus y oportunidades, a partir de la visión de lo femenino o masculino, para influir en cuestiones básicas de la vida cotidiana como las relaciones de pareja, amistosas, familiares, laborales, entre otras.<sup>(17)</sup>

Otro concepto que es importante comprender es “Violencia” por que se trata de un concepto complejo que admite diferentes clasificaciones.

#### **I.1.6.2.- VIOLENCIA**

La palabra violencia proviene del latín *vis* que significa fuerza, esta última puede ser usada de forma física o emocional. El escenario más frecuente en que aparece este trastorno de la vida social es la casa.<sup>(18)</sup>

La violencia es un fenómeno que día a día se está incrementando en nuestra sociedad, en diferentes ámbitos, ya sea dentro o fuera del contexto familiar. Las manifestaciones de la violencia son diversas y tienen múltiples causas. Henao (2005) describe dos modalidades de la violencia cotidiana: la que es fruto de la actividad del crimen organizado y la denominada violencia común, dentro de la cual se encuentran la violencia verbal, la violencia física sin arma y con arma, el homicidio, el suicidio, la violencia doméstica o intrafamiliar (VIF) y la violencia sexual. Algunos autores expresan que los comportamientos violentos tienen su origen en la niñez, en el seno de la familia. Henao (2005) destaca el nivel socioeconómico, los estilos y prácticas de crianza, la exposición a la violencia familiar, las familias disfuncionales y el conflicto entre los padres.<sup>(19)</sup>

La violencia intrafamiliar se define como agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, producidas por personas del medio familiar y dirigido a los miembros vulnerables de la misma. Tipos de violencia intrafamiliar:

Violencia psicológica

Violencia física: golpes con puño y/o objetos contundentes, patadas, empujones etc..<sup>(20)</sup>

### **I.1.7.- TIPOS DE VIOLENCIA**

**Física:** La violencia física es toda lesión física o corporal no accidental, por parte de un miembro de la familia que provoque daño físico, lesiones o enfermedades en otro miembro. Se incluyen bofetadas, empujones, golpes.

**Sexual:** Se considera violencia sexual a la imposición de actos de orden sexual por parte de un miembro contra la voluntad de otro. Este tipo de violencia incluye la violencia marital.

**Psicológica:** La violencia psicológica se refiere al hostigamiento verbal entre los miembros de la familia a través de insultos, críticas permanentes, descréditos, ridiculizaciones, humillaciones, silencios, entre otros; es la capacidad de destrucción con el gesto, la palabra y el acto. Ésta no deja huellas visibles inmediatas, pero sus implicaciones son más trascendentes.

**Abandono y negligencia:** Está dada por la falta de protección y cuidados físicos de los miembros de la familia que lo requieran, la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva, falta de atención, descuido en la alimentación y vestuario necesario. <sup>(21)</sup>

### **I.1.8.- DIFERENCIA ENTRE AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA,**

J.Sanmartin (2000) opina que “considerar que la agresividad es innata en el ser humano no conlleva reconocer que, para el ser humano, es inevitable comportarse agresivamente”. Es decir, el ser humano es agresivo por naturaleza, pero pacífico o violento según la cultura en la que se desarrolle. Es la cultura la que convertiría la agresividad en violencia, pues hasta los instintos pueden ser modelados por la cultura. Podemos definir como violencia “cualquier acción (o inacción) que tiene la finalidad de causar un daño (físico o no) a otro ser humano, sin que haya beneficio para la eficacia biológica propia” (J. Sanmartin, 2000). La violencia sería, pues, gratuita desde el punto de vista biológico, y resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura. <sup>(22)</sup>

### **1.1.9.- DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR:**

Es todo acto u omisión sobrevenido en el marco familiar por obra de uno de sus componentes que atente contra la vida, la integridad corporal o psíquica, o la libertad de otro componente de la misma familia, o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad” (Consejo de Europa, 1986). No tiene cultura, raza, sexo, clase social ni edad. Se basa en el excesivo “respeto” hacia la vida privada: la sociedad se resiste a intervenir. Es un estilo de vida: por frecuente se la considera normal. Se la ha de hacer visible e inadmisibles. Silenciarla es generarla: consentir modelos inadecuados. Violencia doméstica. Este concepto nos remite al espacio físico, no sugiere relaciones, y no tiene en cuenta por tanto los casos en que no hay convivencia o cuando la pareja está separada o divorciada. La violencia en la pareja no acaba en el matrimonio ya que incluye la violencia contra la mujer en las parejas que conviven sin estar casadas, en las parejas que aun no conviven y en las parejas que ya se han separado. Además en este espacio

doméstico se dan otros tipos e malos tratos además de contra las mujeres. Violencia de género o machista. Este concepto incluye toda la violencia contra las mujeres no solo la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, una de las expresiones más frecuentes de la violencia de género. En la pareja no solo se produce violencia contra las mujeres sino también violencia contra la pareja masculina y también podemos encontrar violencia entre las parejas del mismo sexo. Así pues, la violencia hacia la mujer en la pareja es uno de los subtipos de violencia de género.<sup>(23)</sup> Violencia contra la mujer. El Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres la define como: la Violencia de Género: se entiende cualquier acción u omisión intencional y dañina que se perpetra contra alguien porque no cumple el rol que se considera que le corresponde por su sexo. El rol que construye a partir del sexo es lo que se llama, en sentido estricto “género”. Ya que hay dos géneros habrá dos géneros: el femenino y el masculino. Algunos sectores niegan por razones ideológicas que haya violencia del género masculino. La violencia del género masculino es una violencia mucho menor desde el punto de vista cuantitativo por eso violencia de género y violencia de género femenino suelen usarse como sinónimos.<sup>(24)</sup>

## **I.1.10.- LESIONES**

Las lesiones constituyen fenómenos complejos, por lo que abordar este tema requiere primero que nada definir todas sus definiciones y sus tipos.

### **I.1.10.1.- DEFINICIÓN**

Desde el punto de vista médico, lesión es toda alteración anatómica o funcional producida como consecuencia de la actuación sobre el organismo de un agente externo de diversa índole.

Desde el punto de vista legal se define como toda alteración anatómica o funcional que menoscabe la integridad corporal o la salud física o mental del individuo.<sup>(25)</sup>

Desde el punto de vista médico, se define lesión como toda alteración anatómica o funcional causada por agentes externos o internos.

Desde el punto de vista medico legal se defina como toda alteración física o psíquica causada por agentes mecánicos, físicos, químicos o biológicos, derivados de una acción exógena de carácter doloso o no.<sup>(12)</sup>

### **I.1.10.2.- EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES**

Las alteraciones histológicas en una lesión aparecen según una secuencia ordenada:

a) En la zona central, a las 8 horas de producida la lesión hay cariorrexis, cariolisis y necrosis, que alcanza su máximo a las 16 horas. Hay pérdida progresiva de las características tintoriales del glucógeno, los ácidos nucleicos y los mucopolisacáridos ácidos, proceso que alcanza su máximo a las 32 horas.

b) En la zona periférica, los leucocitos porlimorfonucleares se hacen más numerosas a las 8 horas, y constituyen una zona periférica bien definida a las 16 horas, momento en que se agregan mononucleares. A la inversa de la zona central, después de una hora de producida la lesión empiezan a aumentar las características tintoriales del glucógeno, ácidos nucleicos y mucopolisacáridos ácidos.

En las heridas, durante las primeras 24 horas los bordes están adheridos por sangre coagulada, y microscópicamente muestran congestión vascular e infiltración de leucocitos porlimorfonucleares.

A las 36 horas empieza la formación de nuevos capilares.

Entre las 48 y 72 horas aparecen células fusiformes de disposición perpendicular a los vasos sanguíneos.

Entre las 48 y 72 horas, en las heridas sépticas hay formación de pus.

A los 5 o 6 días aparecen fibrillas de trayecto paralelo a los vasos sanguíneos.

En las lesiones con pérdida de sustancia, la reparación se hace por medio de tejido de granulación.<sup>(24)</sup>

### **I.1.10.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES**

Clasificaciones según el tipo de lesiones (contusas, incisas, punzantes, etc.), según el tipo de instrumento (por armas blancas, armas de fuego, agentes físicos, químicos, biológicos), según algunos mecanismos (ahorcamiento, sumersión, precipitación), según la región anatómica afectada (craneales, torácicas, abdominales), según las consecuencias (mortales, mutilantes) y según la intencionalidad (homicidas, accidentales, suicidas).<sup>(26)</sup>

### **I.1.10.4 LEGISLACIÓN DE LAS LESIONES EN EL D.F**

Los delitos contra el cuerpo y la salud ocupan en nuestro código penal el segundo libro esto demuestra que los delitos de lesiones constituyen conductas desvaloradas además no menciona las diferentes modalidades que alcanzan cada una de las fracciones ni enfatiza en aquellos casos que la víctima se tratara de una mujer.

CODIGO PENAL DEL D.F  
LESIONES  
ARTÍCULO 130  
CAPÍTULO II

Al que cause a otro un daño o alteración en su salud, se le impondrán:

De treinta a noventa días de multa, si las lesiones tardan en sanar menos de quince días.

De seis meses a dos años de prisión, cuando tarden en sanar más de quince días y menos de sesenta.

De dos a tres años seis meses de prisión, si tardan en sanar más de sesenta días.

De dos a cinco años de prisión, cuando dejen cicatriz permanentemente notable en cara.

De tres a cinco años de prisión, cuando disminuyan alguna facultad o el normal funcionamiento de un órgano o de un miembro.

De tres a ocho años de prisión, si producen la pérdida de cualquier función orgánica, de un miembro, de un órgano o de una facultad, o causen una enfermedad incurable o deformidad incorregible.

De tres a ocho años de prisión, cuando pongan en peligro la vida.

Las lesiones que se refieren en la fracción I serán sancionadas por este Código únicamente cuando se produzcan de manera dolosa.<sup>(27)</sup>

### **I.1.11.- ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO**

Los cuatro tramos del ciclo vital son: la adolescencia (12-18 años), juventud (19-30 años), edad adulta (31-49 años) y personas mayores de 55 años.<sup>(28)</sup>

### **I.1.12.- ESCALA DE TANNER**

Describe los cambios físicos que se observan en genitales, pecho y vello púbico, a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Esta escala, que está aceptada internacionalmente, clasifica y divide el continuo de cambios puberales en 5 etapas sucesivas que van de niño (I) a adulto (V) La pubertad es el período final del crecimiento y maduración del niño en el que se alcanza la capacidad reproductiva, es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Comienza cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y aumenta la velocidad de crecimiento, más adelante el niño va experimentando cambios somáticos y psicológicos que progresan ordenadamente, hasta que al final alcanza la talla adulta, la madurez psicosocial y la fertilidad. La aparición del botón mamario es el primer signo puberal de las niñas, mientras que los niños comienzan con aumento del tamaño testicular, ambos consecuencia de la secreción de gonadotropinas y esteroides sexuales. La aceleración del crecimiento se produce al principio de la pubertad de las niñas y en el período intermedio en los niños.<sup>(29)</sup>

### **I.1.13.- SERVICIOS MEDICO LEGALES EN EL D.F**

Los servicios medico legales del D.F pertenecen a la Secretaria de Salud y sus oficinas centrales se localizan en Calle Altadena No.23 Colonia Nápoles Del. Benito Juárez. Es en este lugar donde asignan un medico legista para cada una de las Coordinaciones Territoriales del D.F (antes llamados Ministerios Públicos).

### **I.1.14.- COORDINACIONES TERRITORIALES**

ACUERDO POR EL QUE SE CREAN LAS COORDINACIONES TERRITORIALES DE SEGURIDAD PÚBLICA Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

Se crean las Coordinaciones Territoriales de Seguridad Pública y Procuración de Justicia del Distrito Federal con el objeto de planear, coordinar, ejecutar y evaluar acciones tendientes a la erradicación de actividades delictivas, preservación del orden en los lugares públicos, prevención del delito y procuración de justicia en el Distrito Federal.

Las Coordinaciones Territoriales de Seguridad Pública y Procuración de Justicia del Distrito Federal tendrán el número y las circunscripciones territoriales (ejemplo IZP1-4, IZC 2-3, etc) que señalan los Acuerdos A/009/2001, A/007/2002, A/001/2003 y A/011/2003, publicados en la Gaceta Oficial, los días once de diciembre de dos mil uno, ocho de octubre de dos mil dos, treinta de enero de dos mil tres y siete de agosto de dos mil tres, así como todos los demás relativos y subsiguientes que se hayan dictado y se dicten al respecto.

Cada Coordinación Territorial estará integrada por un representante de las siguientes autoridades:

Jefatura de Gobierno del Distrito Federal;

Órgano Político-Administrativo correspondiente;

Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, a través del mando en la circunscripción;

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, a través del Responsable de Agencia del Ministerio Público y del mando de la Policía Judicial en la circunscripción;

Subsecretaría de Participación Ciudadana, de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal;

Consejería Jurídica y de Servicios Legales, a través del Juez Cívico correspondiente;

Secretaría de Salud, por conducto del Médico Legista adscrito a la circunscripción territorial.<sup>(30)</sup>

## COORDINACIONES TERRITORIALES DE SEGURIDAD PÚBLICA Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA EN IZTAPALAPA

COORDINACIÓN /CLAVE
IZP-1-4 (Antes MP 19)
IZP-2 (Antes MP 20-Bis)
IZP-5 (Antes MP 20) , IZP-8
IZP-3 (Antes MP 60) IZP-6 (Antes MP 44)
IZP-7
IZP-9 (Antes MP 70)

Fuente: Gaceta Oficial

### I.1.15.- MARCO JURÍDICO

El primer cambio importante que se realizó y que marcó el inicio de la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres, fue en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1974, cuando se integró al artículo el principio de igualdad jurídica entre hombres y mujeres.

Otro hecho de gran trascendencia ocurrido también en la década de los 70, no sólo fue la participación de México en la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, sino que además fue anfitrión de 133 delegaciones de estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas.

Entre los acuerdos más importantes adoptados por México se encuentra la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y el Protocolo Facultativo que emana de ella,

Hacia 1980, el Consejo Nacional de Población crea el Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo.

A principios de los 90 se creó el Comité Nacional Coordinador, con la intención de realizar un diagnóstico de la situación de las mujeres en México.

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 fue de gran trascendencia para México por las medidas que adoptó, una de las más importantes fue celebrar el 8 de marzo de 1996 el establecimiento del Programa

Nacional de la Mujer 1995-2000, Alianza para la Igualdad, mejor conocido como PRONAM<sup>31</sup>

En 1998 la Secretaría de Gobernación crea la Coordinación General de la Comisión Nacional de la Mujer (CONMUJER), órgano administrativo desconcentrado responsable de la instrumentación del PRONAM.

Por su parte, en 1999 se crea el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI) para el periodo 1999-2000, programa que impulsa la Comisión Nacional de la Mujer y que se constituye como una línea de acción prioritaria dentro del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades en México.

.Uno de los grandes aciertos en nuestro país en materia jurídica, ha sido la creación en el año 2000, de la Comisión de Equidad y Género del H. Congreso de la Unión <sup>(14)</sup> y la LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL DISTRITO FEDERAL. Esta formada por ocho capítulos donde trata temas como: las disposiciones generales, tipos de violencia contra las mujeres, de las modalidades de la violencia, la prevención y atención, del acceso a la justicia, medidas de protección.<sup>(31)</sup>

## II.-JUSTIFICACIONES

Diversos organismos mencionan la necesidad de estudiar las causas y consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas preventivas que se adopten. Para ello, y como acciones específicas, sugería recoger datos y elaborar estadísticas sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres, sus causas, naturaleza y consecuencias, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas, y divulgar ampliamente los resultados de dichas investigaciones al conjunto de la población.<sup>(7)</sup>

Razón por la cual la población de la Delegación Iztapalapa merece conocer el incremento de este fenómeno en su población.

Las estimaciones varían según las regiones y países: en regiones desarrolladas las tasas son de una cada cuatro mujeres, pero en países de África o Asia se han estimado índices que superan el 50%.<sup>(9)</sup> Se ha podido confirmar que la violencia doméstica en México es un problema grave que alcanza magnitudes altas se estima que al menos tres de cada diez mujeres en el país han sufrido al menos una vez violencia física por parte de sus parejas.<sup>(13)</sup>

No se conoce la realidad de la violencia contra la mujer, ya que se sigue considerando un problema privado y no se ha prestado la atención quedando sin registro, y en especial la Delegación Iztapalapa de la Ciudad de México

Este tema es importante por que representa un Problema de Salud Publica por sus repercusiones que tienen en el uso de recursos y el alto numero de personas que lo padecen.

Las mujeres en edad reproductiva, pierden días de vida saludable y laboral como consecuencia de los malos tratos.

La violencia contra la mujer repercute de forma importante a la sociedad: desestructura las familias, ocasiona dificultades en la integración de la mujer en el mundo laboral por ausentismos reiterados, frecuentes cambios de empleo, disminución de la capacidad física y psíquica y, como consecuencia, del rendimiento laboral; causa fracaso escolar en los niños que son testigos de la violencia.

Conlleva muchas consecuencias negativas para la salud entre ellas; lesiones (como las fracturas, las equimosis, la rotura parcial o total de piezas dentales y laceraciones.), enfermedades de trasmisión sexual y diversas manifestaciones psicosomáticas.<sup>(10)</sup>

Por tales motivos, el conocer estadísticamente la frecuencia es de gran importancia para poder prevenirlo, y de esta forma poder emitir hipótesis etiológicas, ya que actualmente no se conoce con certeza las características y las formas en que se presentan, lo cual justifica la realización de la presente Investigación.

### **III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de lesiones en mujeres adultas con violencia física registradas en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa, D.F, 2010?

#### **IV.- HIPÓTESIS**

Es alta la frecuencia de lesiones en mujeres adultas con violencia física registradas en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa, D.F, 2010.

## **V.- OBJETIVOS**

### **V.1.- OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia de lesiones en mujeres adultas con violencia física, registradas en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa, D.F, 2010.

.

### **V.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

V.2.1 Identificar la escolaridad de las mujeres violentadas.

V.2.2 Determinar que día de la semana y el mes se presenta mas frecuentemente mujeres lesionadas con violencia física.

V.2.3 Registrar la región anatómica es más afectada en mujeres con violencia física.

V.2.4 Enlistar en que edad se presenta más la violencia física en mujeres adultas.

V.2.5 Definir que coordinación territorial de la Delegación Iztapalapa es la más afectada con mujeres lesionadas con violencia física.

## VI.- MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Retrospectivo: por que se realizara con registros del 1º al 31 de diciembre del 2010.

Descriptivo: comprende el registro y clasificación de los datos desde 1º de enero al 31 de diciembre del 2010.

Transversal: solo una vez se mide el fenómeno.

Observacional: el investigador no influye sobre el valor de las variables

### VI.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES OBSERVACIONALES

#### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores	ITEM
<b>VARIABLE : LESION</b>				
Es toda alteración anatómica o funcional producida como consecuencia de la actuación sobre el organismo de un agente externo de diversa índole.	Laceración /abrasión Contusión/magulladura Quemadura Herida Luxación/esguince Fractura Amputación/avulsión Picadura/mordedura	Nominal	Laceración /abrasión Contusión/magulladura Quemadura Herida Luxación/esguince Fractura Amputación/avulsión Picadura/mordedura	Hoja de recopilación de datos (anexo 1)
<b>VARIABLE DEPENDIENTE: EDAD ADULTA</b>				
Etapa que transcurre al terminar la adolescencia y termina al iniciar la vejez.	31-49 años	escala	31-49 años	Hoja de recopilación de datos (anexo 1)

VARIABLE : VIOLENCIA FISICA				
Se refiere cualquier acción no accidental ni inevitable que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad	Laceración /abrasión Contusión/magulladura Quemadura Herida Luxación/esguince Fractura Amputación/avulsión Picadura/mordedura	Nominal	Laceración /abrasión Contusión/magulladura Quemadura Herida Luxación/esguince Fractura Amputación/avulsión Picadura/mordedura	Hoja de recopilación de datos (anexo 1)

### **VI.3.- UNIVERSO DE TRABAJO**

Hojas de registro de mujeres adultas con violencia física de la Unidad Departamental de Medicina Legal de la Delegación Iztapalapa, D.F, 2011.

#### **VI.3.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se utilizaron las hojas de registros de las mujeres adultas con violencia física de la Unidad Departamental de Medicina Legal de la Delegación Iztapalapa durante el 1º de enero al 31 de diciembre del 2010.

#### **VI.3.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron todas las hojas de registros que no sean de mujeres adultas, que no tengan violencia física y que no estén registradas en la Unidad Departamental de Medicina Legal de la Delegación Iztapalapa durante el 1º de enero al 31 de diciembre del 2010

#### **VI.3.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Todas aquellas mujeres que fueron registradas pero que no especifiquen su edad, el tipo de violencia y que no tengan fecha de registro.

### **VI.4.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Se utilizó un formato diseñado para este proyecto que lleva como título ANEXO 1 y que se puede encontrar en el apartado de anexos:

ANEXO 1 se basó en los datos de las Hojas de Registro de Atención por Lesiones y Violencia en las Unidades Medicas SIS-17-P del año 2010 existente en la Unidad Departamental de Medicina Legal.

## **VI.5.- DESARROLLO DEL PROYECTO**

Para la realización del estudio se asistió a la Unidad Departamental de Medicina Legal y se solicitó siguiendo la reglamentación específica las Hojas de Registro de Atención por Lesiones y Violencia en las Unidades Médicas SIS17, se individualizó cada hoja y posterior a su estudio se utilizó material básico como hojas de papel, lápiz, borradores, calculadora, así como una computadora portátil y un software para la realización de tablas y gráficas.

## **VI.6.- LÍMITE DE TIEMPO**

El estudio se realizó en un periodo de tiempo que comprendió 1 año abarcando del 1° de enero al 31 de diciembre de 2010.

Se recabó la información de Febrero a Abril de 2012, se procesó y analizó de Mayo a Agosto de 2012, se presentó en Octubre de 2012.

## **VI.7.- LÍMITE DE ESPACIO**

La investigación se realizó en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa.

## **VI.8.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los resultados se ordenaron y analizaron a través de Estadística descriptiva y tablas de frecuencia.

Para el procesamiento de datos se empleó software STATS

## **VII.-IMPLICACIONES ÉTICAS**

En el presente estudio no existen implicaciones éticas por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, se mantuvo la confidencialidad de los datos individuales, y el procesamiento de la información será grupal.

Pero si existieran serian las siguientes:

Respeto: se valorara los intereses y necesidades de los demás.

Beneficencia: se realizara la investigación siempre en virtud de hacer bien.

No Maleficencia: no se provocaran daños durante la investigación.

Justicia: se respetaran los derechos de los demás.

## VIII.-ORGANIZACIÓN

La investigación fue realizada por:

Director de tesis: Especialista en Medicina Legal María de la Luz Piedra Pichardo.  
Profesor de la Especialidad de Medicina Legal de la Facultad de Medicina UAEMéx.

Tesista: M.C. Ana Lilia Sevilla Trejo, residente del segundo año de la especialidad de Medicina Legal con sede en la Procuraduría General de Justicia del Estado de México.

Revisores de tesis:

Primer revisor: E. en M.L. Linnet Hernández Gama

Profesor de la Especialidad de Medicina Legal de la Facultad de Medicina UAEMéx

Segundo revisor: E. en M.L. Luz María González González

Profesor de la Especialidad de Medicina Legal de la Facultad de Medicina UAEMéx.

Tercer revisor: .E. en S.P Jesús Luis Rubi Salazar

Catedrático de la Facultad de Medicina UAEMéx

## IX.-PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Para la realización del presente trabajo, el costo total corrió a cargo del tesista.

Tendra un costo aproximado de \$10000 que se, usaron de la siguiente manera:

- ✚ Material bibliográfico (revistas, libros): \$500
- ✚ Material de escritorio (hojas, tinta de impresión, plumas); \$500
- ✚ Impresión de trabajo de investigación, engargolados y empastado: \$7000
- ✚ Pasajes y viáticos: \$600
- ✚ Imprevistos: \$1000

## X.-RESULTADOS

Durante los 2 años se revisaron un total de 2553 Hojas de Registro de Atención por Lesiones y Violencia en las Unidades Medicas SIS17, de los cuales solo 92 contaron con los criterios de inclusión en el periodo comprendido de primero de enero al 31 de diciembre 2010 que arrojaron los siguientes resultados.

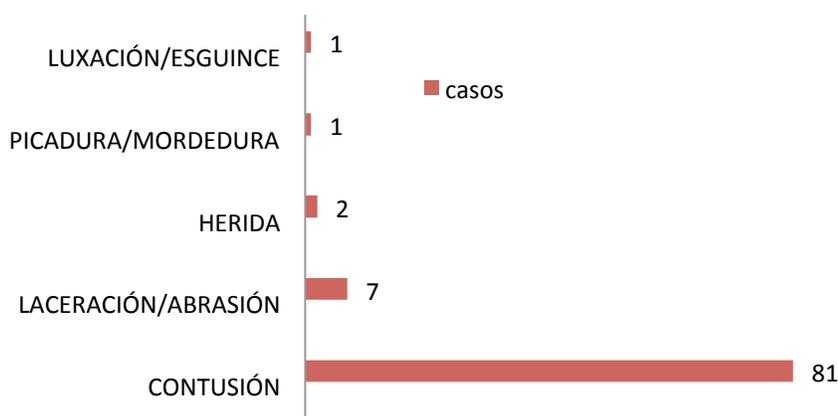
El tipo de lesión más frecuentemente encontrada fue la contusión con 81 casos que representa el 88% seguida de la laceración/abrasión con 7 casos que representa el 7%. Ver tabla y gráfica 1.

Tabla 1. Mujeres adultas con violencia física, según tipo de lesión en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D:F, 2010.

Tipo de lesión	Casos	Frecuencia
Contusión	81	88%
Laceración/abrasión	7	7%
Herida	2	2%
Picadura/mordedura	1	1%
Luxación/esguince	1	1%
Total	92	100%

Fuente: Archivo UDML, Iztapalapa, D:F, 2010.

Gráfica 1. Mujeres adultas con violencia física, según tipo de lesión en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D:F, 2010.



Fuente: Tabla 1

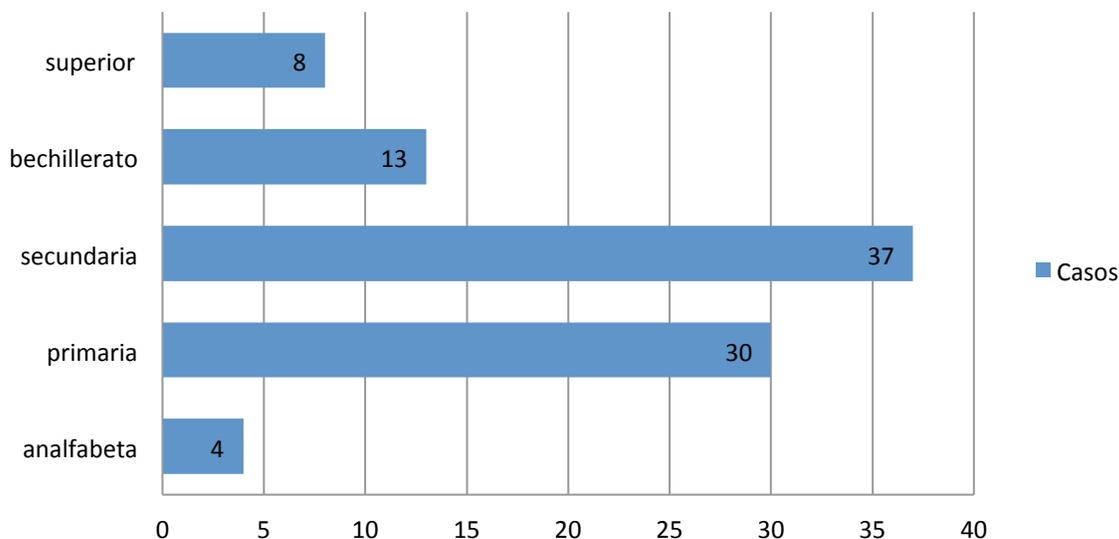
El nivel de escolaridad mas frecuente es secundaria con 37 casos que representa el 40.9%, seguido de nivel primaria con 30 casos que representa el 32.9%, después nivel bachillerato con 13 casos que representa el 14.2%, después nivel superior con 8 casos que representa el 8%, y el nivel menos frecuente es analfabeta con solo 4 casos que representa el 4%. Ver tabla y gráfica 2.

Tabla 2. Mujeres adultas con violencia física, según tipo de Escolaridad en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D:F, 2010.

Escolaridad	Casos	Frecuencia
Analfabeta	4	4%
Primaria	30	32.9%
Secundaria	37	40.9%
Bachillerato	13	14.2%
Superior	8	8%
Total	92	100%

Fuente: Archivo UDML, Iztapalapa, D:F, 2010.

Gráfica 2. Mujeres adultas con violencia física, según tipo de Escolaridad en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D:F, 2010



Fuente: Tabla 2

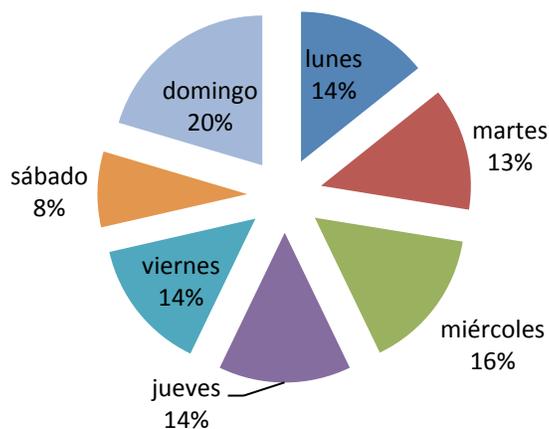
De acuerdo a los días de la semana donde se presentaron mujeres adultas con violencia física en este estudio se presentó de la siguiente forma: lunes 13 casos, lo que representa el 14%, martes 12 casos lo que representa el 13%, miércoles 14 casos lo que representa el 15%, jueves 13 casos, lo que representa el 14%, viernes 13 casos, lo que representa el 14%, sábado 8 casos, lo que representa el 8%, domingo 19 casos lo que representa el 20%. Ver tabla y gráfica 3.

Tabla 3. Mujeres adultas con violencia física, según día de la semana en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D:F, 2010.

Día de la semana	Casos	Porcentaje
Lunes	13	14%
Martes	12	13%
Miércoles	14	15%
Jueves	13	14%
Viernes	13	14%
Sábado	8	8.9%
Domingo	19	20%
Total	92	100%

Fuente: Archivo UDML, Iztapalapa, D:F, 2010.

Gráfica 3. Mujeres adultas con violencia física, según día de la semana en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D:F, 2010



Fuente: Tabla 3

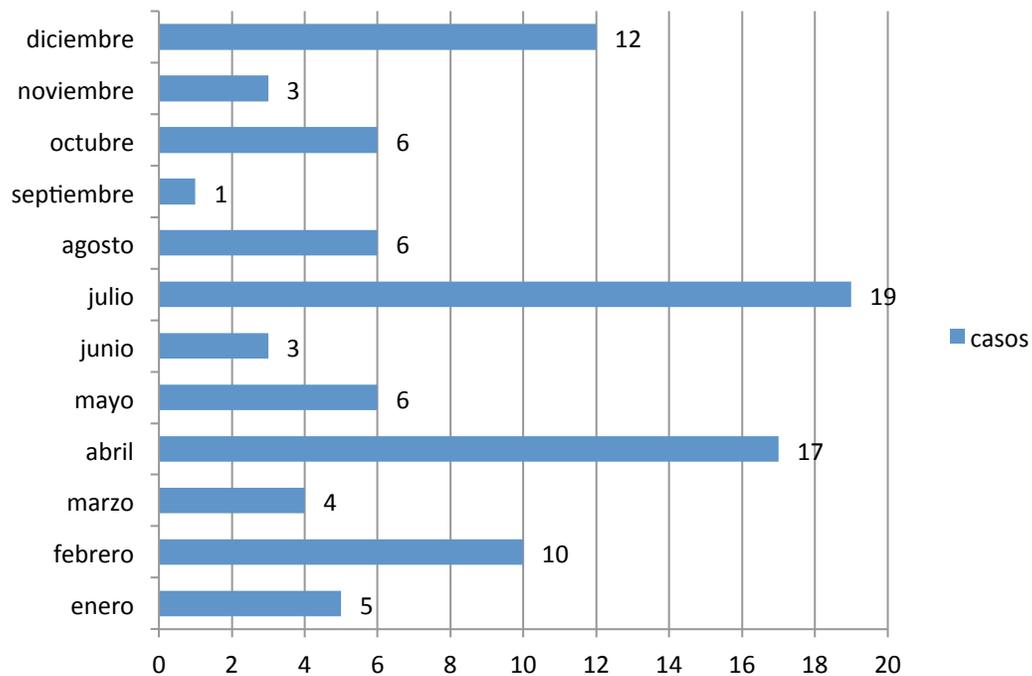
Con lo que respecta al mes del año en que se presentan con mayor frecuencias las mujeres con violencia física este fue en Julio con 19 casos y que representa el 20 % en nuestra casuística, el segundo lugar lo ocupó el mes de Abril con 17 casos lo que representa el 18 %, los meses en los que menos muertes hubo mujeres con violencia física fueron los meses de Junio y Noviembre con 3 casos cada mes lo que represento el 3%. Ver tabla y gráfica 4.

Tabla 4. Mujeres adultas con violencia física, según mes del año en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D:F, 2010.

Mes	Casos	Porcentaje
Enero	5	5.9%
Febrero	10	10%
Marzo	4	4.9%
Abril	17	18%
Mayo	6	6%
Junio	3	3.9%
Julio	19	20%
Agosto	6	6%
Septiembre	1	1.9%
Octubre	6	6.5%
Noviembre	3	3.9%
Diciembre	12	13%
Total	92	100%

Fuente: Archivo UDML, Iztapalapa, D:F, 2010.

Gráfica 4. Mujeres adultas con violencia física, según mes del año, en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D.F, 2010.



Fuente: Tabla 4

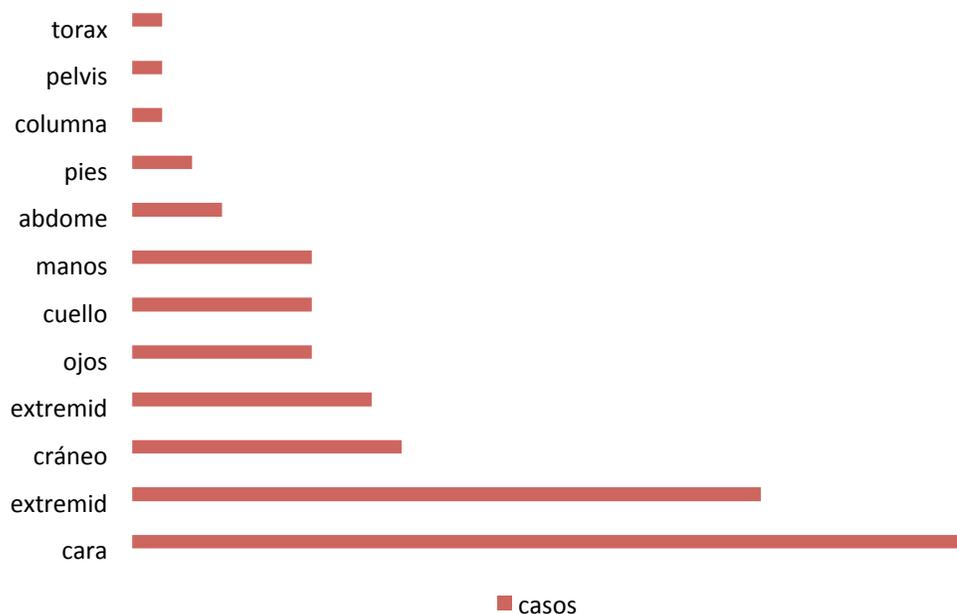
En cuanto a las regiones anatómicas más frecuentemente afectadas fueron: la cara con 28 casos que representa el 28% y las extremidades superiores con 21 casos que representa 21%. Ver tabla y gráfica 5.

Tabla 5. Mujeres adultas con violencia física, según región anatómica, en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D.F.

Región anatómica	Casos	Porcentaje
Cara	28	28%
Extremidades superiores	21	21%
cráneo	9	9. %
Extremidades inferiores	8	8.8%
Ojos	6	6.9%
Cuello	6	6.9%
manos	6	6.9%
Abdomen	3	3.9%
Pies	2	2.9%
Columna vertebral	1	1.9%
pelvis	1	1.9%
tórax	1	1.9%
Total	92	100%

Fuente: Archivo UDML, Iztapalapa, D.F, 2010

Grafica 5. Mujeres adultas con violencia física, según región anatómica, en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D.F,



Fuente: Tabla

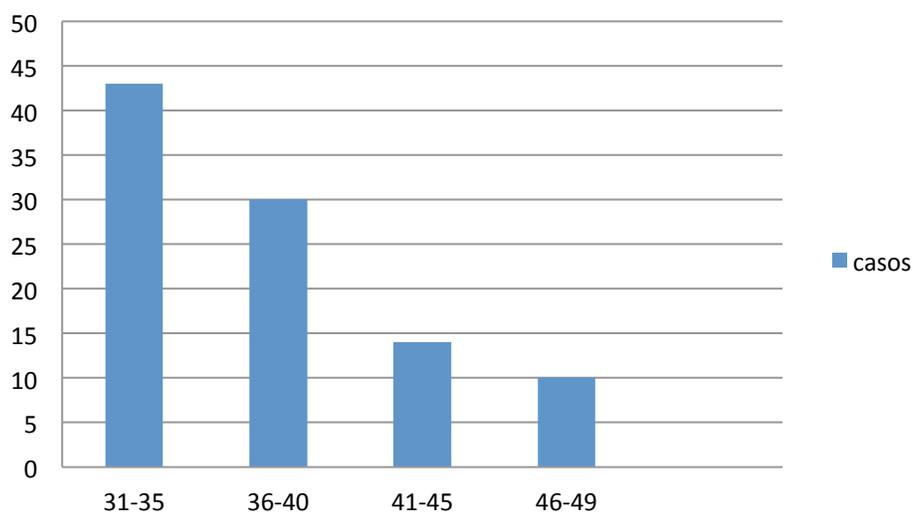
El grupo de etario más afectado es de 31-35 años con 43 casos que representa el 36.9%, seguido de la edad de 36-40 años con 30 casos que representa el 30.9%, ubicándose en tercer lugar la edad de 41-45 años con un total de 14 casos lo que represento el 14.9%. Ver tabla y gráfica 6.

Tabla 6. Mujeres adultas con violencia física, según grupo etario, en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D.F,

Grupo etario	No. de casos	Porcentaje
31-35	43	43.9%
36-40	30	30.9%
41-45	14	14.9%
46-49	10	10%
TOTAL	92	100.0 %

Fuente: Archivo UDML, Iztapalapa, D.F, 2010

Gráfica 6: Mujeres adultas con violencia física, según grupo etareo, en Unidad departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D.F



Fuente: Tabla 6

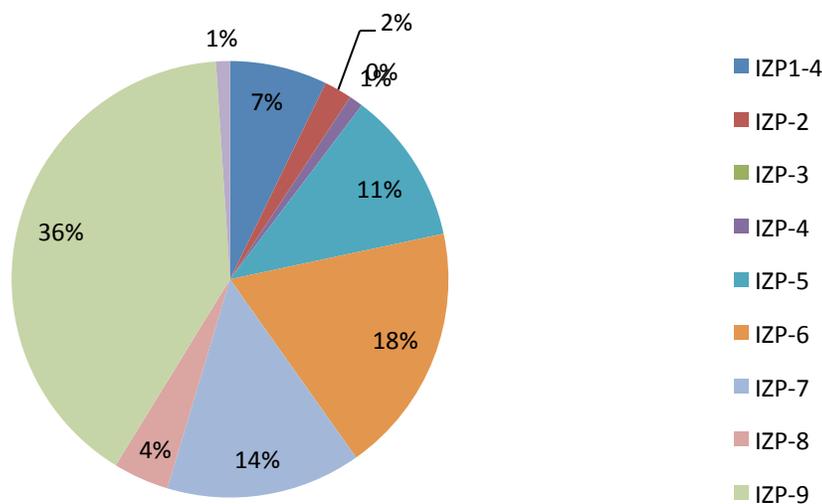
De las 10 coordinaciones que se encuentran en la Delegación Iztapalapa del D.F la que mayor frecuencia recibe mujeres adultas con violencia física es la IZP-9 con 36 casos. Ver tabla y gráfica 7.

Tabla 7. Mujeres adultas con violencia física, según Coordinaciones, en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D.F,

Coordinaciones	Casos	Porcentaje
IZP-1-4	7	7.9%
IZP-2	2	2.9%
IZP-3	0	0%
IZP-4	1	1.9%
IZP-5	11	11.9%
IZP-6	17	17.9%
IZP-7	13	14.9%
IZP-8	4	4.9%
IZP-9	36	36.9%
IZP-10	1	1.8%
Total	92	100%

Fuente: Archivo UDML, Iztapalapa, D.F, 2010

Gráfica 7: Mujeres adultas con violencia física, según Coordinaciones, en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Del. Iztapalapa, D.F,



IZP= IZTAPALAPA

Fuente: Tabla 7

## XI.-ANÁLISIS

En el presente estudio se revisaron un total de 2553, Hojas de Registro de Atención por Lesiones y Violencia en las Unidades Medicas SIS17 de la Unidad Departamental de Medicina Legal, del periodo comprendido del primero de enero al 31 de diciembre del año 2010 de estos solo 92 fueron en mujeres adultas y por violencia física lo que representa el 3.6% de los casos registrados en esta Unidad durante este año. En cuanto a la frecuencia de lesiones, la lesión más frecuente fue la Contusión con 81 casos, en segundo lugar la laceración/abrasión con 7 casos, tercer lugar la herida con 2 casos y en cuarto lugar se encuentra la luxación/esguince con 1 caso y Picadura/mordedura con 1 caso. En cuanto al nivel de escolaridad mas frecuente es secundaria con 37 casos que representa el 40.9%, seguido de nivel primaria con 30 casos que representa el 32.9%, después nivel bachillerato con 13 casos que representa el 14.2%. De acuerdo al días de la semana donde se presentaron mujeres adultas con violencia física en este estudio se presentó de la siguiente forma: lunes 13 casos, lo que representa el 14%, martes 12 casos lo que representa el 13%, miércoles 14 casos lo que representa el 15%, jueves 13 casos, lo que representa el 14%, viernes 13 casos, lo que representa el 14%, sábado 8 casos, lo que representa el 8%, domingo 19 casos lo que representa el 20%.

Con lo que respecta al mes del año en que se presentaron mujeres con violencia física fue el siguiente: Enero 5 casos lo que representa en 5%, Febrero 10 casos lo que representa el 10%, Marzo 4 casos lo que representa en 4%, Abril 17 casos lo que representa 18%, Mayo 6 casos lo que representa 6%, Junio 3 casos que representa 3%, Julio 19 casos lo que representa 20%, Agosto 6 casos que representa 6%, Septiembre 1 caso que representa 1%, Octubre 6 casos que representa el 6%, Noviembre 3 casos representa 3% y Diciembre 12 casos que representa 13%. En cuanto a las regiones anatómicas más frecuentemente afectadas fueron: en primer lugar la cara con 28 casos que representa el 28%, segundo lugar las extremidades superiores con 21 casos que representa 21% y en tercer lugar cráneo con 9 casos que representa 9%.

El grupo de etario más afectado es de 31-35 años con 43 casos que representa el 43.9%, seguido de la edad de 36-40 años con 30 casos que representa el 30.9%, ubicándose en tercer lugar la edad de 41-45 años con un total de 14 casos lo que represento el 14.9%.

De las 10 coordinaciones que se encuentran en la Delegación Iztapalapa del D.F su frecuencia encontrada en el presente estudio fue la siguiente: IZP1-4 con 7 casos que representa el 7%, IZP-2 con 2 casos que representa el 2%, IZP-3 no se registraron casos, IZP-4 con 1 caso que representa 1%, IZP-6 con 17 casos que representa el 18%, IZP-7 con 13 casos que representa el 14%, IZP-9 con 36 casos que representa el 39% y en IZP-10 1 caso que representa el 1%.

## **XII.-CONCLUSIONES**

1.- Dentro de la frecuencia que se registró en la Unidad Departamental de Medicina Legal, Delegación Iztapalapa, D.F, durante el año 2010 fue del 3.6%, con 92 casos.

2.- La lesión mas frecuente fue la Contusión con 81 casos.

3.- El nivel de escolaridad mas frecuente es secundaria con 37 casos que representa el 40.9%.

4.- El día de la semana que presentó el mayor número de casos fue el domingo con 19, lo que representa el 20%.

5.- El mes del año con mayor frecuencia fue Julio con 19 casos que representa el 20%.

6.- La región anatómica que mayormente se vio afectada en este estudio fue la cara con 28 casos 28%.

7.- El grupo de etario más afectado es de 31-35 años con 43 casos que representa el 43.9%.

8.- La Coordinación territorial con mayor registro de mujeres con violencia física fue IZP-9 con 36 casos que representa el 39%.

### **XIII.-SUGERENCIAS**

Se sugiere que se realicen más estudios de este tipo pero usando otra fuente de información por que los profesionales encargados del llenado de las Hojas de Registro dejan rubros sin llenar y aun no aceptan que su llenado forma parte de su trabajo por lo que la mayoría no las llena lo cual no permite tener una prevalencia confiable.

Difundir los programas ya existentes por que muchas usuarias los desconocen.

La violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una expresión de desigualdad entre mujeres y hombres. Es importante la creación de sistemas de seguridad que ayuden a erradicar este problema.

No existen estadísticas reales que reflejen la trascendencia de este problema de salud pública por ello es importante promover su realización.

El problema de la violencia intrafamiliar no es correctamente identificado por toda la población, y su reconocimiento en las escuelas es el primer paso para identificarla, por ello propongo su difusión en estos lugares.

A pesar de que con frecuencia las mujeres no reportan este delito al sistema de salud o de justicia por vergüenza o miedo, sugiero implementando acciones para su mejor atención en estos lugares públicos.

#### **XIV.-BIBLIOGRAFÍA.**

1. Valdez R, Ruiz M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública?. Salud pública Méx:2009;51(6)
2. Coll-Vinet B, Echeverría T, Farras U, Rodríguez D, Millá J, Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como problema de salud. Gac Sanit.2008;22(1):7-10.
3. García E, Lila M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. Rev Méd Chile:2008; 136: 394-400.
4. Lila M. Investigación e Intervención en Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Intervención Psicosocial: 2010; 19(2):
5. Suelves J, Jane M, Plasencia A. Violencia del compañero íntimo contra la mujer: una mirada desde la Salud Pública. Rev Esp Mes Legal:2010; 36(3): 98-103.
6. Castr Vives-Cases C, Álvarez - Dardet C, Torrubiano - Domínguez J, Gil-González D. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). Gac Sanit: 2008; 22(3)
7. Ferrer- Pérez VA, Bosch-Fiol E, Riera-Madurell T. Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja: análisis psicosocial. Intervención Psicosocial:2006;15(2)
8. Colombo G, Ynoub R, Veneranda L, Iglesias M, Viglizzo M. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia:2006;4(79)
9. García -Minguito L, Casas-Sánchez JD, Rodríguez -Albarran MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de las partes de lesiones en casos de violencia de género. Gac Sanit:2011; 10: 1-5
10. Toohy J. Violencia doméstica y violación. Med Clin N Am;2008; 92: 1239-1252
11. Díaz-Fernández JM, Jardón-Caballero J. Perfil lesional bucocervicofacial por agresión contra la mujer. MEDISAN: 2011; 15(1): 1029-3019.
12. Rubio L. Victimología forense y derecho penal. Valencia: Editorial tirant;2010.

13. Castro R, Casique I. Estado sobre cultura, género y violencia contra las mujeres. Morelos, México: UNAM, 2008.
14. Instituto Nacional de las Mujeres. Diciembre 2008, Méx.
15. Trujano P, Nava C, Tejeda E, Gutiérrez S. Estudio confirmatorio acerca de la frecuencia y percepción de la violencia: El VIDOFyP como instrumento de evaluación y algunas reflexiones psicológicas. *Intervención Psicosocial*. 2006; 15(1)
16. Montero J. Feminismo: un movimiento crítico. *Intervención Psicosocial*: 2006; 15 (2)
17. Pérez M, Hernández M. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009; 25(2)
18. Montero E, Delis M, Ramírez R, et al. Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo. *MEDISAN*: 2011; 15(4)
19. Piedrahita LE, Martínez DA, Vinazco EL. Significado de la violencia en niños de 6-12 años de una institución educativa perteneciente al sector oficial. *Univ. Psychol*. 2007; 6(3).
20. Houston P, Muñoz A, Heberlein E, Alvarado N. Violencia intrafamiliar (VIF) Quinchao, Chiloé (Chile). *Cuad Méd Soc. (Chile)*: 2010; 50(4): 315-321.
21. Gallardo SY, Gallardo AR, Núñez RM, Varela VM. Caracterización de la violencia intrafamiliar en la mujer. *Media Luna*: 2009; 8(5):
22. Sanmartín EJ. *Enemigo en casa. Violencia familiar*. España: Nabla, 2008.
23. Alonso-Varea JM, Delgado-Castellanos JL. Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*: 2006; 15(3)
24. Méndez HP, Valdez SR, Viniegra VL. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud pública. Méx.* 2003.2 (45).

25. Fuertes R, Cabrera F, Fuertes I. Manual de Ciencias Forenses. Madrid. Editorial Arán;2007.
26. Lorente A. Medicina legal y forense y violencia de género. Rev Esp Med Legal: 2010; 36(3): 91-92.
27. Código Penal del Distrito Federal del 2010.
28. Esnaola E. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. Anales de psicología:2008; 24(1): 1-8.
29. Molina T. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Rev Pediatr Aten Primaria: 2009;XI (16): 127-142.
30. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 14 de septiembre 2011.
31. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 29 de enero del 2008

