



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

11228 10



CIUDAD DE MÉXICO

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA LEGAL

“LA ACTUACIÓN DEL MÉDICO LEGISTA
ANTE LA VIOLENCIA FAMILIAR”
PANDEMIA DEL SIGLO XX

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN HISTORICO DOCUMENTAL
PRESENTADO POR:

292026

DR. JORGE CASTELLANOS SAINZ

DR. GUILLERMO MONTES DE OCA RIVERA

DRA. VICTORIA MARISELA VILORIA VARELA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

DIRECTOR EXTERNO DE TESIS: DR. GREGORIO ALBERTO PÉREZ PALACIOS

DIRECTOR INTERNO DE TESIS: DRA. HORTENSIA DE LA ROSA

2001

OCTUBRE DE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Vo. Bo.

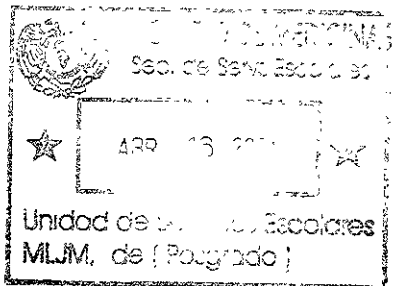


DR. CECILIO CAMARILLO ROSAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA LEGAL

Vo. Bo.



DRA. CECILIA GARCÍA BARRIOS
DIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



VIOLENCIA



Aportación: Dra. Victoria Villota Varela
el arte y el hombre. Hurghe
cavidad rupestre, Feteani Glen, Drakensberg,
Rep. Sudafricana

INDICE

- I. Introducción.**
 - I. A. Antecedentes.
 - I. B. Definición del problema.
 - I. C. Justificación.
- II. Objetivos.**
 - II.1. General.
 - II.2. Específicos.
- III. Especificaciones.**
 - III.1. Campo de aplicación.
 - III.2. Notificación.
 - III.3. Definiciones.
 - III.4. Estadística
 - III.5. Análisis conceptual.
 - III.5.A.- Violencia.
 - III.5.B.- Maltrato.
- IV. Clasificaciones.**
 - IV. 1. Tipos de maltrato.
 - IV.2. Grados de afectación.
 - IV.3. Prevención de la violencia
- V. Aspectos generales.**
 - V.1. Violencia familiar en mujeres.
 - V.2. Violencia familiar en niños.
 - V.3. Violencia familiar en el adulto mayor.
 - V.4. Violencia familiar en minusválidos.
 - V.5. Exploración física del hombre agresor.
- VI. Aspectos específicos.**
 - VI.1. Criminología.
 - VI.2. Victimología.
 - VI.3. Lesionología.
 - VI.4. Delitos sexuales.
 - VI.5. Propuesta de formato para la localización de lesiones.
 - VI.6. Hallazgos en necropsias.
- VII. Prestación de servicios.**
 - VII.1. Ruta crítica de las víctimas de violencia familiar.
 - VII.2. Instituciones en apoyo a casos de violencia familiar.
- VIII. Registro e información.**
 - VIII.1. Propuesta de registro general. (aplicable en cualquier centro de atención médica y social).
 - VIII.2. Propuesta de registro de los casos de Violencia Familiar en los consultorios del Servicio de Medicina Legal adscritos a las agencias del Ministerio Público.
 - VIII.3 Ejemplo de formatos internacionales
- IX. Convenios internacionales.**
- X. Legislación nacional.**
- XI. Anexos.**
- XII. Referencias bibliográficas.**

I. INTRODUCCIÓN

La violencia ha existido desde el principio de la humanidad. El hombre desarrolla diferentes niveles de agresión dependiendo en gran medida de las condiciones del medio ambiente y de su propia naturaleza, asegurándose supervivencia y dominio sobre los demás. Paulatinamente va formando grupos, comunidades, sociedades, etc. dando principio a naciones, las cuales configuran tipos y formas de vida particulares, con identidades, roles, modelos, parámetros de convivencia, colaboración, organización, estructuración de límites, normas y leyes, que garantizaran seguridad y progreso de las mismas, rigiéndolas evolutivamente hasta nuestros días, dándoles sus propias características ideológicas, culturales transgeneracionales haciéndolas diferentes entre sí y modificándose evolutivamente a través del tiempo y de las épocas.

Sin embargo la violencia que en éste inicio pareciera justificada, lamentablemente continua hasta nuestros días; tal vez ampliada y perfeccionada, no-solo por instinto de conservación, sino en el mayor de los casos por el deseo de poder, entre otras, con la obtención de beneficios secundarios, por medio de muy diversas y amplias variedades como grados de expresión. Una de las formas más aberrantes, frecuentes de múltiples y graves repercusiones, tanto en el ámbito individual, nacional y mundial es... "La violencia familiar".

La violencia familiar es una enfermedad social que amenaza a todos. Se ha convertido en una verdadera epidemia, tan contagiosa y destructiva como el más virulento de los micro-organismos y representa un verdadero reto para la Salud Pública ^(48, 225)

El fenómeno es muy complejo, multicausal y multifactorial, en los que intervienen desde aspectos individuales hasta construcciones histórico-sociales.

Es en la familia donde se aprende la socialización que incluye la expresión de los sentimientos y emociones, el trato cotidiano, la comunicación y la negociación, el respeto y la comprensión o bien la competencia y el dominio de los otros, incluso, usando la violencia como alternativa para someterlos.

Por tanto, es la familia el grupo social primario, donde pasamos de ser, seres asociales a seres sociales, donde aprendemos a ser humanos y las reglas de comportamiento válidos para esa cultura ⁽³⁾

En el último siglo mundialmente se han suscitado cambios acelerados tendientes hacia la industrialización, con enfoque de mega-productividad de alta competitividad y especialización; en donde la mujer ha tenido una participación importante; también se dan grandes cambios sociales en los que se puede considerar al siglo XX como el inicio de la difusión y promoción de los derechos de la mujer. El acceso a la educación, a la salud, a mayor participación social de la mujer (derecho al voto, posiciones políticas de elección popular, etc.), laboral,

en el área técnica, científica, académica, etc. antes prohibitivos al género femenino así como a la seguridad social establecidas en la legislación sobre los derechos humanos universales.

Los retos que ahora se enfrentan en la antesala del tercer milenio son: Modificar patrones transgeneracionales de conducta con una carga cultural permisible a la violencia como ha sido la nuestra, poder llegar al núcleo de la sociedad como es la familia, a líderes de opinión en el ámbito comunitario en la concientización del problema para su participación hacia la no-violencia en su área de influencia, sensibilizar a los académicos formadores de futuras generaciones, a los servidores en la impartición de justicia y legisladores en la obtención de mejores leyes y procedimientos apegados a los derechos humanos; todos con un mismo objetivo en lograr el cambio hacia una sociedad más equitativa que promueva lo mejor en cada ser humano que la habita.

Buscar los mecanismos a través de los cuales se realice la transformación de una cultura del silencio a una cultura con pleno conocimiento de derechos y responsabilidades, en la que no se ponga en mayor riesgo a la mujer que denuncia, al niño que pide ayuda o al adulto mayor que demanda cuidado, será apéndice primordial en la atención a la salud de las víctimas de violencia familiar.

Responder a la demanda social de atención obliga a las instituciones a ejecutar acciones resolutivas a corto y mediano plazo para proporcionar respuesta adecuada, profesional, responsable, sensible y especializada.

Para ello la capacitación será piedra angular. Todo aquel personal en las instituciones que tengan la responsabilidad de brindar atención a éstos pacientes a nivel público o privado, deberá recibir la capacitación optima con el propósito de proporcionar una intervención adecuada.

Gracias al arduo trabajo de la sociedad civil y de los gobiernos en todo el mundo en pro de los derechos de la mujer, se ha logrado en corto tiempo y a pasos agigantados lo que permaneció intocable en siglos pasados: Visualizar a la mujer como un ser humano, con los mismos derechos, responsabilidades y posibilidades de desarrollo que el varón.

Considerar a la violencia familiar como delito, la reparación del bien afectado, pasar de ser un problema de intramuros familiares, a un espacio público, debido al análisis del impacto de sus repercusiones, ya que vulnera bienes individuales y sociales, tales como la libertad, la integridad y la salud, que han frenado el desarrollo y el progreso familiar, social, nacional y mundial; ha sido de gran trascendencia.

Actualmente, gobiernos de diferentes países del mundo, se han reunido en múltiples ocasiones para plantear tan grave problemática, analizar sus causas y proponer alternativas de resolución llevándolos a foros internacionales tales como: La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación

Contra la Mujer ⁽⁴⁴⁾, La Convención Sobre los Derechos del Niño ⁽⁴⁶⁾, La Conferencia Mundial de Derechos Humanos ⁽⁴²⁾, La Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer ⁽¹⁵³⁾, La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer; La Convención de Belem Do Pará ⁽¹³⁷⁾, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo ⁽⁴¹⁾, La Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social ⁽⁵³⁾ y La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer ⁽⁵²⁾ entre otros.

En la República Mexicana, en el momento actual algunos estados como Baja California, Coahuila, Distrito Federal, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí y Tamaulipas han iniciado propuestas de ley para la tipificación penal de violencia familiar; (ver anexo) así como en la Ciudad de México el 20 de octubre del año en curso se publicó en el Diario Oficial de la Federación "El Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prestación de los Servicios de Salud. Criterios para Atención Médica de la Violencia Familiar". Sin embargo, en un contexto genérico estamos en etapas iniciales en el estudio del fenómeno de Violencia Familiar; y de la normatización por lo que aún faltaría precisar los parámetros de actuación dentro de las diferentes instancias, sean éstas gubernamentales, sociales o privadas, que señalen el mecanismo idóneo de enlace en la mejor y más integral atención de las personas en situación de violencia.

En el marco jurídico nacional, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal ha dado un gran paso con la propuesta de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar y Marco Jurídico Internacional, emitida el 30 de diciembre de 1997 publicada en el Diario Oficial de la Federación, en el que se modifican, derogan y adicionan diversas disposiciones del Código Civil para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal, del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, del Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal y del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, en el que se tipifica como delito a la **Violencia Familiar**, con gran importancia jurídica ya que podrá ser sancionada con mayor equidad y justicia, tanto en la reparación del bien afectado, como siendo causal de divorcio, limitación y pérdida del ejercicio de la patria potestad etcétera. ^(35, 36, 37, 38)

Organizar un sistema de registro nacional de los casos de violencia familiar, con la afluencia de todas las instituciones que colaboran en ello, significará la obtención de una base de datos que proporcionará el conocimiento y la magnitud real del problema, así como la posibilidad de estructurar estrategias más adecuadas con enfoque preventivo.

Por lo tanto la búsqueda de estrategias para desarticular la violencia familiar, es una vez más, un paso hacia la futura dignificación de la mujer y de sus derechos, que conjuntamente redoblarán grandes beneficios familiares, sociales y progreso para las naciones.

El médico legista, tiene la fortuna de conjuntar en una misma especialidad dos áreas de suma importancia eminentemente humanas, como son la Medicina y el Derecho, proporcionándole un marco profesional conceptual más amplio y complejo; ya que incorpora el conocimiento de las leyes al acerbo de conocimientos médico-técnicos de tal forma que el panorama se magnifica, así como la posibilidad de su actuación profesional, no obstante también adquiere por lo tanto, un mayor compromiso social *per se*; siendo así como lo contempla la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia⁽¹⁰²⁾ que en forma clara y precisa establece el desempeño del médico para el auxilio en la procuración y administración de justicia señalado en el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal⁽³⁸⁾

Por consiguiente en los consultorios médico legales; adscritos a las Agencias Investigadoras del Ministerio Público; se pretende sea éste un documento de consulta para el médico legista, así como para todo aquel personal o institución, que se vincule con la atención y conocimiento sobre la violencia familiar, como parte de sus herramientas de apoyo en el mejor desempeño de atención a las víctimas de violencia familiar.

I. A. Antecedentes

La violencia es un problema cada vez más serio en la Región de las Américas y en todo el mundo aunque todas las personas pueden ser afectadas por ella, sin embargo los niños, adolescentes, las mujeres, los adultos mayores y los inválidos son las víctimas principales. La violencia está presente en todo el continente, y en algunos países hay indicios que se desarrolla una cultura de violencia, contrariamente a lo esperado con la evolución del hombre.

Aun cuando la violencia socio-política ha sido un problema en Latinoamérica, los cambios económicos, políticos y sociales de la última década han exacerbado aún más su incremento. En 1993 se registraron 456,000 muertes en actos de violencia, lo que representa un promedio diario de 1,250; se calcula que tan solo en Estados Unidos de Norte América, 65 personas mueren por día y más de 6,000 quedan heridas como resultado de episodios de violencia interpersonal. Asimismo, las luchas entre pandillas en las ciudades, ocasionan estragos en la población. Si bien es cierto, que no todas estas muertes han sido producidas por violencia familiar, también se ha observado que un gran número de éstos casos se detectaron importantes antecedentes de violencia familiar en sus núcleos y un gran número de ellos provenientes de familias disfuncionales o disgregadas con un patrón de conducta de violencia crónica dentro de las mismas que se traspolan a la calle y sociedad.

Año con año en el ámbito continental, debido a mejor identificación y mayor notificación de los casos de violencia familiar, ocupan por ésta causa lamentablemente uno de los primeros lugares en las cifras de las tasas de morbilidad y mortalidad general.

En el Distrito Federal en los consultorios de medicina legal adscritos a las Agencias de Ministerio Público, actualmente se atienden diariamente en todos los turnos casos de agresión por violencia familiar, con mayor predominio en zonas marginadas de alta densidad poblacional y de escasos recursos económicos o culturales, con todo tipo de lesiones y niveles de agresión, que van desde las amenazas -maltrato psicológico-, hasta aquellos en los que se pone en peligro la vida, o en los casos más graves, en calidad de cadáver^(228, 239).

I. B. Definición del problema

Si bien es cierto que en nuestro país aún no existe un sistema de registro nacional que pudiera proporcionar cifras globales fidedignas que informaran de la magnitud real del problema; se cuenta con datos proporcionados en las Agencias del Ministerio Público y por organismos gubernamentales y no gubernamentales que brindan apoyo a víctimas de violencia familiar que día a día se incrementan el número de casos denunciados.

Por ejemplo, antecedentes de suma importancia registrados por el Sistema del Desarrollo Integral de la Familia reportó entre 1996 y 1997 a 28,494 niños maltratados ⁽²²¹⁾, El Centro de Atención a las Víctimas (CAVI) atendió durante 1996 a un total de 10,180 casos de violencia familiar que involucraron a 19,533 personas ⁽³²⁾ y entre octubre de 1990 y junio de 1997, a un total de 53,395 casos en que participaron 104,781 personas, ⁽³¹⁾ el promedio en este período fue de 709 casos diarios; obteniéndose con estos datos un perfil aproximado de la magnitud del problema.

Esa persistente y trágica realidad de la violencia en nuestras sociedades demandan la búsqueda de nuevos mecanismos para controlarla o abatirla ya que existe el peligro de que se desarrollen situaciones de anarquía y caos social difíciles de contener ^(1, 6, 7, 8, 9, 12, 71)

Conscientes del problema, los gobiernos múltiples países y organismos internacionales e instituciones de participación social, lo reconocen como un problema de salud pública, incorporando estrategias de manejo y solución dentro de sus actividades, acciones a favor del mejoramiento de las condiciones generales de la mujer; sin embargo los cambios se van dando en forma evolutiva y sin pausas, tanto en los ámbitos de salud, sociales, políticos y económicos, partiendo de la correspondiente concientización de cada uno de los ciudadanos en adquirir sus niveles de participación y responsabilidad, pretendiendo alcanzar en un futuro cercano una sociedad con mejores opciones de vida y proyección ^(136, 139, 143, 144, 145, 146, 150)

Con el panorama anterior, los servidores de salud están grandemente comprometidos a proporcionar atención médica profesional de alta calidad y calidez a las víctimas de violencia familiar, así como a los procuradores de justicia en su ámbito de competencia brindando atención justa, igualitaria, con equidad, pronta y expedita; para que conjuntamente se proporcione atención integral oportuna y profesional ^(7, 35, 36, 37, 38, 43, 200, 201, 209, 210, 211, 212)

Se considera pertinente que cada médico en el entorno de su actividad y actuación diaria, se sensibilice ante la problemática social que vivimos, aportando lo mejor de su participación en la atención de los pacientes con datos

clínicos de violencia familiar, así como el registro, la orientación y notificación de éstos casos.

Por lo tanto, existe un mayor compromiso para los médicos legistas, el aportar elementos médicos-técnicos que identifiquen el diagnóstico y facilite al impartidor de justicia la tipificación del caso médico-legal.

Sumados al esfuerzo nacional para la concentración de datos sobre violencia familiar, se pretende que los médicos legistas sean un punto de apoyo en el establecimiento de las primeras recopilaciones de datos estadísticos sobre la misma, tanto en el diagnóstico del caso, como la orientación y canalización de las víctimas a las instituciones idóneas para su atención.

De esta manera se favorecerá la continuidad del estudio de éste fenómeno, que a corto plazo debe permitir obtener un panorama más apegado a la realidad.

Este equipo de trabajo preocupado por tan serias y graves repercusiones que la violencia familiar ocasiona en la salud pública, pretende difundir, analizar, sensibilizar y aportar elementos básicos a la comunidad médica al respecto, para una mejor intervención en estos casos; por lo que se consideró importante abarcar aspectos generales, nacionales e internacionales del fenómeno; deseando sea un instrumento de consulta y apoyo que facilite la identificación, diagnóstico, tratamiento, referencia adecuada y oportuna, notificación específica de los casos médico legales, el registro y la contrarreferencia de los mismos; la aportación temática en las áreas académicas, la motivación a la investigación en el estudio del fenómeno, del conocimiento del comportamiento del victimario, el impacto de crisis en la víctima, de sus repercusiones a corto, mediano y largo plazo, así como la búsqueda de mejores estrategias en la toma de decisiones solutivas generales, particulares, institucionales y sociales, con el propósito de colaborar en la proyección de un mejor e integral servicio médico legal en el nuevo milenio.

II. C . Justificación

La violencia como problema de salud pública

Desde el punto de vista criminológico, los homicidios son la imagen más evidente de éste tipo de violencia ^(5, 15, 28, 34, 95, 116, 120, 125, 127, 177, 183)

En otros casos, aún sin producir la muerte, la violencia puede producir lesiones tan graves capaces de dejar secuelas físicas o psicológicas incapacitantes, transitorias o permanentes en las víctimas que las sufren o en personas que fueron testigos de la misma, como es el caso de los menores (víctimas pasivas) al ser testigos de maltrato en otros miembros de la familia, dejando secuelas que pueden afectar profundamente sus relaciones y su proyecto de vida futura ^(14, 18, 21, 22, 24, 57, 58, 61, 64, 65, 69)

En el ámbito mundial se calcula que, anualmente, alrededor de 10'000,000 niños queda con secuelas psicológicas como consecuencia de las guerras y otros tipos de violencia entre ellas la violencia familiar.

La violencia provoca una carga considerable a los servicios de salud y de rehabilitación. Un estudio llevado a cabo en Medellín, Colombia; demostró que la violencia es la segunda causa en importancia en la demanda de servicios de rehabilitación. A su vez, el aumento en la demanda de servicios de emergencia y rehabilitación disminuyen la posibilidad de responder eficazmente a otros tipos de emergencias. En Colombia, numerosos hospitales funcionan como unidades de guerra para atender a las víctimas de violencia. En varias ciudades de los Estados Unidos las salas de emergencia no alcanzan a responder a las necesidades de servicio dada la magnitud de la demanda por las consecuencias de la violencia.

Varios hospitales están eliminando sus salas de emergencias traumáticas (choque) debido al alto costo que implica la atención de las víctimas de la violencia callejera, frecuentemente observado en las agencias del Ministerio Público y en nuestro servicio de medicina legal.

En el marco jurídico se inician importantes modificaciones a la legislación, tanto en el contexto nacional como en el internacional; sin embargo, aún no se difunden e implementan lo suficiente, por lo cual no se logra su tipificación y resolución definitiva en ésta área ^(200, 212).

Consideramos que en la medida que se identifique a la violencia familiar como un problema de salud pública y causal de delito, así como se amplíe el conocimiento al respecto, a través de diferente mecanismos y medios de difusión, conjuntamente con otras estrategias en apoyo; se podrá intervenir, aplicar y modificar las acciones para prevenir y disminuir los índices de violencia familiar en nuestra sociedad.

En las oficinas del servicio médico-legal ubicados en las agencias del Ministerio Público, se observan diariamente gran número de casos de violencia familiar; por lo que se considera es importante que el médico legista domine aspectos genéricos, conceptuales, jurídicos, de atención y de registro actuales sobre el fenómeno, así como el adecuado manejo de los casos; con el propósito de agilizar y elevar la calidad de atención de éstos casos en los servicios de medicina legal.

II. OBJETIVOS

II. 1. Objetivo general

Elaborar un documento de consulta sobre violencia familiar en apoyo fundamentalmente al médico legista adscrito a las agencias del Ministerio Público, que en el ejercicio de su profesión, facilite la intervención en estos casos, tanto en la identificación, como en la clasificación, registro, referencia, orientación, contrarreferencia, proporcionando el marco de una atención integral en los mismos.

II. 2. Objetivos específicos

- Unificar criterios médico legales en la identificación y la notificación de casos de violencia familiar, la detección de factores de riesgo que pudieran poner en peligro la vida del paciente o detectar el posible desencadenamiento de un evento de violencia en el sujeto de riesgo.
- Unificar criterios médico legales en la clasificación de lesiones con la precisión diagnóstica en apoyo al personal de impartición de justicia para éstos casos.
- Unificar criterios médico legales en la actuación médico legal durante el proceso, en un contexto de atención medica integral.
- Unificar criterios médico legales para la referencia y contrarreferencia oportuna y adecuada de los casos de violencia familiar a las instancias correspondientes, especialmente en los casos de delitos sexuales y en aquellos que la urgencia médica sea prioritaria a la jurídica.
- Reforzar la notificación de los casos médico legales, con una plataforma medico-jurídica.
- Unificar criterios médico legales en el registro de los mismos, que coadyuven en el conocimiento, la magnitud y estudio del fenómeno nacionalmente, como problema de salud pública.
- Proporcionar el marco conceptual y jurídico actual sobre violencia familiar a los al personal de salud en general, al de procuración de justicia, instituciones en la formación médica, así como aquellas instituciones u organizaciones en apoyo a casos de violencia familiar; a su difusión, sensibilización para la toma de decisiones, fortalecimiento de actividades de comunicación educativa en la desarticulación de la violencia familiar.

Sensibilizar al personal médico en los casos de violencia familiar, de los derechos

humanos de las mujeres, niños, adultos mayores y discapacitados

- **Favorecer acciones que pudieran surgir, en pro de una mejor atención de estos casos en todas las áreas y niveles tanto médicos, jurídicos como socio-culturales y familiares, que propicien la prevención y la disminución de la incidencia de casos de violencia familiar en nuestra ciudad y en nuestro país.**

III. ESPECIFICACIONES

III. 1. Campo de aplicación

Especialmente en los consultorios médico-legales adscritos a las Agencias del Ministerio Público, así como en toda institución de salud pública, privada o social, que brinden atención a personas involucradas en situación de violencia familiar.

III. 2. Notificación al Ministerio Público

En los casos que se consideren médico-legales:

- Orientar y en su caso y referir al Ministerio Público, cuando se trate de adultos, lesiones leves, ausencia de riesgo inminente o posibilidad de ambulación.
- Ante la incapacidad médica del paciente o la existencia de riesgo en su traslado, solicitar intervención del Ministerio Público para que acuda un Médico Legista a la unidad de salud para que el paciente involucrado en situación de violencia reciba servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social.
- En "todos los casos de violencia familiar en niños, adultos mayores y pacientes con enfermedad física o mental discapacitante o lesiones que pongan en peligro la vida, delitos sexuales en menores de 13 años, la notificación será de carácter obligatorio" (200, 212).
- Informar y orientar al paciente afectado por violencia familiar o a su acompañante, la posibilidad de denunciar el ilícito ante la Agencia del Ministerio Público correspondiente, para el ejercicio de sus derechos, cuando la legislación estatal prevenga que este delito se perseguirá por querrela o a petición de la parte ofendida.
- Notificar ante el Ministerio Público si la persona involucrada en situación de violencia se considera que corre riesgo inminente en la integridad, la vida, la función, probabilidad de secuelas, o la existencia de recurrencia de eventos violentos cada vez más frecuentes con presencia de lesiones de mayor severidad (200, 212).
- En aquellos casos que no prevalezca una urgencia médica, una vez que la (el) paciente involucrado en situación de violencia haya recibido los primeros auxilios médicos y si el traslado no implica riesgo para su integridad, canalizar directamente a la Agencia Especializada en Delitos

Sexuales en donde éstas existan o a la Agencia del Ministerio Público, en casos de delitos en contra de la libertad y el normal desarrollo psico-sexual, violación o abuso sexual, estupro y hostigamiento sexual o su equivalente en las legislaciones estatales; debiendo ser acompañada en su caso por personal del servicio de trabajo social para fines de denuncia de la (el) paciente ^(200, 212).

- En los casos en que se valore que existe una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función, la exploración clínica o armada podrá realizarla el médico de primer contacto, en caso de no contar con médico especialista; en presencia de un familiar o su representante legal y un testigo no familiar, que puede ser personal médico, previa sensibilización de la o de él paciente, respetando el pudor y la confidencialidad del caso. La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar registrados en el expediente clínico y ser notificados al Ministerio Público ^(200, 212).
- Es obligatorio para el Ministerio Público realizar las averiguaciones previas y el acudir con profesionales auxiliares como peritos en las diversas áreas que así se requiera para cada caso; y en aquellos con probabilidad de caso médico legal; se acompañará del médico legista, peritos en las diferentes especialidades médicas, de laboratorio, criminalística, incluyendo las concernientes en salud mental, cuando así sean requeridos.

“La impartición de justicia corresponde a los jueces, la procuración de justicia a los Ministerios Públicos”

III. 3. Definiciones (36, 41, 48, 62, 77, 79, 99, 111, 126, 127, 131, 132, 135, 159, 179, 194, 200, 201, 202, 203, 207, 210, 212, 222, 230, 231, 232)

- **Abandono:** acto de desamparo injustificado, a uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales nacionales e internacionales, que ponen en peligro la salud, el desarrollo y seguridad de éstas.
- **Abuso sexual:** práctica que implica contacto físico cometido con violencia, amenaza, sorpresa, engaño o seducción para asegurar la participación de una persona en el contexto sexual, ante su incapacidad de consentir en virtud de la edad, la diferencia de poder o la naturaleza de la relación.
- **Atención médica de la violencia familiar:** conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud a las personas involucradas en situación de violencia familiar.
- **Caso probable de violencia familiar:** paciente con sintomatología física o psicológica aguda o reiterada, presencia de signos físicos o exámenes auxiliares de diagnóstico (laboratorio, gabinete, pruebas psicológicas y otras especializadas) determinados por el equipo multidisciplinario de salud y grupos afines, que llenen los criterios de convicción de violencia familiar.
- **Datos clínicos de alarma:** signos y síntomas que orientan al diagnóstico de probable violencia familiar en quién la sufre: alteración del estado de ánimo, de la conducta, de la alimentación, ritmo del sueño y vigilia, trastornos psicossomáticos diversos sin patrón definido ni bases objetivas, abuso de sustancias, pacientes con enfermedad crónica frecuentemente descompensada.
- **Diagnóstico de riesgo:** interrogatorio mínimo que permite identificar, entre los pacientes en situación de riesgo o entre la población en general, la probabilidad de incremento de la frecuencia y gravedad del maltrato debido a violencia familiar.
- **Dinámica familiar:** interacción y papel que desempeña cada uno de los miembros de una familia.
- **Discapacitado:** persona que presenta de manera temporal o permanente disminución en sus capacidades físicas, mentales, sensoriales o conceptuales que lo limitan a realizar o comprender una actividad o acto considerado normal, para su auto cuidado o auto-defensa.
- **Educación para la salud:** proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, el desarrollo de

habilidades, modificar actitudes, encaminadas a fomentar estilos de vida sanos individuales, familiares y colectivos.

- **Equipo multidisciplinario de salud, equipo de salud:** conjunto de personas con preparación profesional y técnica en diferentes áreas, íntimamente relacionadas, con el objeto de otorgar óptimos servicios de salud al individuo, familia y comunidad; dicho grupo está constituido por personal médico, de apoyo psicológico, de enfermería, trabajo social, radiología y laboratorio clínico.
- **Familia:** grupo de dos o más personas que tengan o hayan tenido vínculos de afinidad (familiares secundarios, primos, tíos, etcétera), consanguinidad, convivencia o mantengan una relación de hecho.
- **Género:** concepto de contenido social que describe un conjunto de diferencias conductuales en un grupo social, por razón de su sexo.
- **Grupos vulnerables:** niñas, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja económica o cultural.
- **Lesión:** alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material (física o psicológica) en el cuerpo o la mente humana, producidos por una causa externa.
- **Maltrato físico:** acto de agresión que causa daño físico, intencional esporádico o repetitivo en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la víctima, encaminando hacia su sometimiento y control, en el cual se participa como victimario algún miembro de la familia directa con relaciones de consanguinidad, civil o que haya tenido o tenga por afinidad debido al matrimonio unión libre y que lo realice como actor o permisior.
- **Maltrato psicológico:** acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psíquicos. Conducta única o repetitiva, cuya forma de expresión puede ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, persecuciones, celotipia como forma de control, actitudes devaluatorias, de abandono y de explotación, que provoquen en quienes la reciben, deterioro, disminución o afectación, a la estructura de su personalidad.
- **Maltrato sexual:** acción mediante la cuál se induce única o reiteradamente, a la realización de practicas sexuales no deseadas o no comprendidas debido a la edad, situación física, mental, cultural, o de las cuales se tiene incapacidad de consentir; que generen malestar, dolor, alteraciones psicológicas u otras, a través de la manipulación, dominio, engaño, amenazas, etc. que provoquen, daño físico o psicológico, así como aquellos contra el normal desarrollo psico-sexual del individuo.

- **Orientación:** la consejería es el proceso de análisis que incluye la comunicación personal entre un prestador de servicios y un usuario o paciente, mediante la cuál se pueden ofrecer alternativas al solicitante con los elementos que él mismo aporte o que se desprendan de la información recabada, para tomar decisiones voluntarias, consistentes e informadas con relación a sus condiciones de vida.
- **Paciente:** sujeto que recibe directamente atención médica.
- **Promoción a la salud:** estrategia que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de la población en general para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva.
- **Servicios de salud:** acciones realizadas en beneficio del individuo, la familia y la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona, la familia y de la colectividad, clasificándose en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social.
- **Síndrome de estrés postraumático:** conjunto de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales, que se desarrollan a partir de acontecimientos de gran intensidad fuera del marco de experiencias vivenciales usuales, provocando diferentes reacciones tales como miedo intenso, angustia, desesperanza, tristeza, depresión, etcétera.
- **Usuario de servicios de salud:** persona que requiera y obtenga los servicios prestados por los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en la Ley General de Salud y demás condiciones aplicables.
- **Victima:** persona en quien recae o realizan la acción de maltrato físico, psicológico, sexual, abandono o mixto.
- **Victimario o emisor de violencia familiar:** persona o grupo de personas que detenta y abusa del poder, que constituye la parte activa de la relación de violencia familiar; que emite, realiza o permite se lleve a cabo algún tipo de maltrato físico, verbal, psicológico, sexual, abandono o mixto, hacia la persona o personas con la que tiene o ha tenido algún vínculo familiar.
- **Violencia familiar:** acto u omisión único o reiterativo, cometido por uno o varios miembros de la familia con relación de poder en función del sexo, la edad, condición física psicológica o económica, en contra de otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato ya sea físico, psicológico, sexual o el abandono.

III. 4. ESTADÍSTICA

Estadísticas en México

El estudio de la violencia familiar en nuestro país es aún reciente, se cuentan con datos aislados, pero muy importantes del fenómeno de violencia familiar en la República Mexicana aportados por diferentes autores, instituciones, organismos gubernamentales y organismos no gubernamentales, preocupados en el mismo, que nos orientan a percibir la posible magnitud del mismo. En éste momento se inician estrategias en el ámbito nacional para la unificación de la identificación y el registro más acercado a la realidad, que nos oriente hacia el conocimiento del mismo, para la toma de decisiones más acertadas en la prevención y la atención integral de los mismos. Se espera para el nuevo milenio contar con una estrategia definitiva de registro nacional.

Presentación de una muestra de datos sobre violencia familiar en algunas instituciones

Hospital infantil de México

Total de casos: 686

Sobrevivientes: 45% (307 casos)

Muertes: 55% (379 casos)

Fuente: "El maltrato a los hijos", en González, Gerardo, et. Al. (1993)

Instituto Nacional de Pediatría

1970-83	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
36	16	4	8	11	17	27	30	24	25

El Instituto Nacional de Pediatría reporta que en los 81 casos con síndrome de niño maltratado en 1994 ⁽¹¹⁴⁾

- 12 de los agresores eran analfabetas
- 41 tenían la primaria
- 20 la secundaria
- 5 con preparatoria y
- 3 con una carrera profesional.

Maltrato y abuso sexual a menores 1990-1991 (varios)

INPer	MJS SN CRISTOBAL	DIF JAL	DIF B.CALIF	DIF DF	COVAC	DEMEDIN	CAVI PGJDF	AVISE
46	27	585	336	599	61	32	2,905	146

Fuente: Estadística anual de las respectivas instituciones 1991

Total de casos anuales (126) de abuso sexual 1991-1993

1991	1992	1993
32	58	36

Fuente: Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres A. C.

Hospital "Dr. Gea González". México, D.F. 1996

EPIDEMIOLOGÍA DE AGRESIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y MAYORES DE 20 AÑOS						
EDAD	Nº CASOS	DOMICILIO	DESCONOCIDO	USO DE ANTICONCEPTIVOS	ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	EMBARAZO
< 20 AÑOS	115	38	23	10.5%	18	12
> 20 AÑOS	98	12	7	54.4%	14	8

En la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, 1998: 16% de las mujeres de que alguna vez estuvieron unidas en pareja por más de quince años, fueron maltratadas físicamente.

En la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México: en 1997 de 650 mujeres estudiadas, el 30% reportó cuando menos un episodio de violencia física en su vida y un 13% refirió abuso sexual.

El DIF: en el período de 1996 a 1997 reportó haber atendido a 28,494 niños maltratados.

El COVAC: reportó en 1998, encuestó 2,300 personas, y el 21% conocía a alguien maltratado, en tanto que el 35% reconoció haber vivido un problema de violencia familiar en los últimos seis meses.

La CNDH consigna a 29,192 casos de menores maltratados y atendidos por 33 instituciones en el período de 1989 a 1991.

El CAVI reporta 10,180 casos que involucran a 19,533 personas en 1996 y entre octubre de 1990 y junio de 1997, un total de 53,395 casos que involucran a 104,781 personas con un promedio en este período de 709 casos diarios; además reportó que los casos que atendió en 1996, el 25.7% de los agresores

tenía educación secundaria, el 24.7% la primaria y el 20.2% el bachillerato; 32% de los agresores habían consumido alcohol antes de la violencia.

Homicidio, estadística, mortalidad

Muertes registradas en la Ciudad de México en el período de 1979-1992⁽¹⁾

Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia.

Por método de regresión de Poisson para las causas más frecuentes de muertes por violencia, obteniendo riesgos relativos según edad y sexo, en un estudio con un grupo de referencia de 10-14 años y el sexo femenino. Se registraron 198,485 muertes por homicidio, con un promedio anual de 14,177 y diario de 39. La principal causa fue ataque con arma de fuego y explosivos (56%). El riesgo relativo más alto para el grupo de 35-39 años con un RR 15.4 e IC de(95%), 14,9-16,0, en comparación al de referencia. El sexo masculino presentó un riesgo relativo 10,1 veces mayor que el femenino, ajustado por edad IC 10,0-10,3.

Los promedios diarios tuvieron variación de 32 homicidios en 1979 a 45 en 1992. Las 3 principales causas fueron con ataque con arma de fuego, fuego y explosivos, homicidios por otros medios y con instrumento punzocortante.

- Con arma de fuego y explosivos, el grupo de mayor riesgo fue de 35-39 RR 19,7 IC 18,7-20,7, el cuál, desciende conforme avanza la edad. El grupo que presentó el menor riesgo de morir por ésta causa en edad productiva fue de 15-19 años.
- Por otros medios y los no especificados, el riesgo relativo aumentó en relación directa con la edad, así el grupo de mayor riesgo relativo es el de 75 y más, RR 21,2 IC 19,7-22,9 ^(103, 106, 172, 178, 194, 213, 214, 217, 220, 229)
- Para la causa de ataque con instrumentos punzantes y cortantes el riesgo relativo se presentó en el grupo de edad de 35-39 RR 31,2 IC 27,7-35,2, seguido por el grupo de 25-29, y con RR 29,7 IC 26,2-33,3.

Mostrando que un gran número de estos agresores sociales también lo son en el ámbito familiar provocando altos grados de severidad de daños a la salud, con registros de muertes femeninas como resultado de acciones violentas provenientes de sus parejas.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal 1984-1988.

En un estudio realizado en el Distrito Federal ^(103, 229, 239) con la revisión de 380 casos en 1984 y 317 en 1988 en delitos sexuales llevado a cabo por la PGJ del DF se observaron los siguientes datos:

Nota: con adaptación de suma de prevalencias.

Tipos	1984	1998
Violación	56.05 %	(60.8 %)
Tentativa de violación	10.00 %	(8.9 %)
Estupro	19.74 %	(15.5 %)
Rapto	5.00 %	(1.6 %)
Atentados al pudor	7.63 %	(12.3 %)
Incesto	1.58 %	
Víctima por el sexo femenino	95.53 %	

Edad promedio de las víctimas	1984	1998
De 12 a 18 años	65 %	(63 %)
De 10 a 21 años	73.93 %	(69.6 %)
Menores de 12 años	24.21 %	(23.4 %)*

Grave abuso sexual en niños menores de 12 años

Estado civil de las víctimas	1984	1998
Solteras	68.94 %	(88.6 %)
Casadas	5.79 %	(6.3 %)
Unión libre	2.89 %	(3.5 %)
Divorciadas	1.84 %	(3 %)

Indicadores sociales	1984	1998
Hacinamiento y promiscuidad	74.47 %	(69.1 %)
Negativo	46.58 %	(45.5 %)

Organización familiar	1984	1998
Organizada	55.5 %	
Desorganizada	23.7 %	
Organizada pero incompleta	10.52 %	
Desintegrada	12.37 %	
Desintegrada y desorganizada	9.74 %	

Escolaridad (víctimas)	1984	1998
Primaria	43.42 %	(41.1 %)
Secundaria	35.26 %	(31.7 %)
Otras	21.32 %	

Atención médica proporcionada	1984	1998
Privada	4.48 %	
Pública	Todas las demás	

Denuncia	1984	1998
Por sí mismos	19.47 %	(31.5 %)
Madre	43.32 %	(47.8 %)
Padre	8.95 %	(6.7 %)
Ambos padres	8.42 %	(3.5 %)
Otros	16.84 %	(12.1 %)

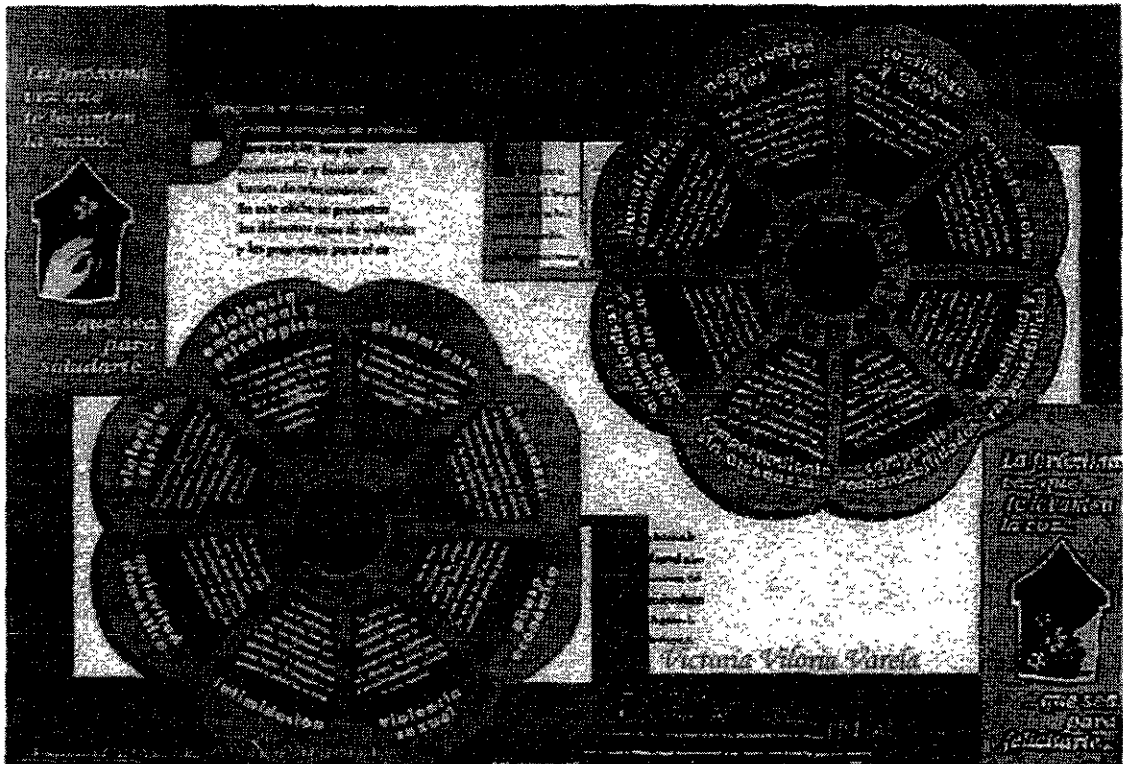
Relación víctima-victimario

- 90% de las víctimas son mujeres y niños
- 87% de los victimarios son hombres
- 61% de los agresores es el esposo
- 76% de las víctimas en niños, son menores de 13 años
- 82% de los agresores generalmente son familiares cercanos

Lugar de los hechos

- 80 % ocurre en el domicilio familiar

IV. 5. ANALISIS CONCEPTUAL



Coordinación general: CIPAF/ Diseño: Lourdes Sáleme y Asociados /Impresión Editorial Tele 3 EE.UU. y de Puntos de Encuentros de Nicaragua

III. 5. A. VIOLENCIA

Se considera como violencia el uso de la fuerza física o moral, así como también a las omisiones graves que atenten contra la integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que esta acción pueda producir o no lesiones a otro sujeto (63, 78, 98, 99, 200, 212)

La violencia en la escala filogenética de los mamíferos es ejercida de modo peculiar para la protección y supervivencia de las especies, o bien, durante los períodos de celo, delimitación de territorio y aprovisionamiento de comida.

Los seres humanos no son entes aislados ⁽²⁶⁾, buscan la manera de agruparse en sociedades, y de esta forma, lograr la supervivencia de su especie; en el transcurso de la historia, la sociedad evoluciona, crea normas de conducta y cuando alguno de los individuos lesiona los intereses de los bienes comunitarios, o los preceptos de conducta *-latu sensu-* y reglas de observancia obligatoria y establecen la sanción, o castigo cuando son violadas estas normas *-strictu sensu-*

¿ O tu relación está basada en el dominio y control ?

El maltrato físico, el abuso sexual, los insultos, el abandono, la negligencia, la infidelidad o la ausencia de realización son los fenómenos más evidentes de violencia conyugal. Generalmente, estas conductas se acompañan con momentos de armonización, paz y amor, lo que a veces dificulta tomar conciencia de que el problema existe. Aunque los insultos o ataques físicos ocurran sólo una vez u ocasionalmente éste establece un precedente de futuras agresiones y permite al hombre violento controlar la vida de la mujer y su entorno.

Este diagrama sobre dominio y control es una herramienta particularmente útil para conocer el patrón general de las conductas abusivas o violentas que ocurren para establecer y mantener el control sobre nuestra pareja. Aún cuando nos disculpamos o aceptamos por nuestros actos, eso no garantiza que cambiemos, si nosotros comprometemos a revisar y transformar con ayuda nuestras creencias y actitudes que nos llevan a ser violentos.



Material tomado de: No. 1999-2 Ed. Desaparece del Verbo Masculino (Calleja Ota, María Delcánido del Marín) Inf. Tel./Fax. 804-1170-8-mail: mariadelc@telefonos.350.org

Este material ha sido reproducido bajo la autorización de TERESA CORRIAS, THE FAMILY VIOLENCE y del DOMESTIC ABUSE INTERVENTION PROJECT, al cual le hemos hecho algunas modificaciones.

CORIAN Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C. 1999.

La especie humana durante su evolución ha modificado sustancialmente su entorno social, por lo que la sociedad ya constituida, ha elaborado normas y leyes que sancionan las acciones u omisiones para lograr así la protección de los diferentes bienes jurídicos de sus integrantes.

Para una investigación victimológica sea completa, es necesario tomar en cuenta algunos parámetros como sexo, edad, lugar de origen, clase social, profesión, religión, estado civil, procedencia familiar, parentesco, entre otros, de la víctima y del victimario, los motivos que impulsaron a la víctima para no hacer la denuncia del hecho que la agravia; investigar el marco sociocultural del cual proviene, la idiosincrasia de la población en amplio sentido, el tipo de delito, los medios empleados para realizar el acto lesivo, la personalidad del victimario desde el punto de vista del ofendido (28, 70, 75, 80, 85, 94, 95, 98, 99, 104, 105, 106, 111, 127, 131)

La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar ⁽¹⁶⁷⁾ define, en su artículo 3º a la violencia familiar en el inciso II, a los receptores de violencia familiar, como los grupos o individuos vulnerables que sufren maltrato físico, verbal, psico-emocional o sexual en su esfera bio-psico-sexual.

La violencia familiar se define como aquél acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psico-emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tengan o hayan tenido por afinidad civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y tiene por efecto causar daño (200, 212)

CAUSAS DE LA VIOLENCIA

Un fenómeno tan complejo como la violencia reconoce diferentes causas, las cuales asumen distinta importancia de acuerdo con la situación específica de cada país; la pobreza, la ignorancia, el hacinamiento, los estereotipos culturales preexistentes sobre poder, dominio, riqueza, masculinidad, feminidad, roles, relaciones disfuncionales, sub-culturas que rebasan a las culturas por pérdida de normas de comportamiento y convivencia tanto familiar como social respetuosas y justas. El debilitamiento del Estado está como telón de fondo en éste tipo de fenómeno, sobre el que actúan diversos factores predisponentes -factores de riesgo- y desencadenantes (157, 158, 159, 162, 178, 189, 190, 223, 240)

Existe el consenso general de que las diferentes causas de violencia están directamente vinculadas con todos los aspectos sociales del ser humano que afectan desde su ámbito vital, su comunidad o su país, englobando a los problemas sociales, políticos, económicos, culturales y forma nuclear familiar.

Sin embargo, en el mayor de los casos, es multifactorial. "No sólo la pobreza

genera violencia, también la ocasiona el colapso del Estado, cuando éste pierde el poder de armonía, seguridad social o el control socioeconómico^(131, 132)

El sentido de comunidad de valores compartidos, es fundamental para crear un ambiente de paz y progreso.

Es preciso destacar que la justicia y la policía actuando de acuerdo con las leyes, son dos pilares fundamentales para organizar a la sociedad. Es por ello, que la ineficiencia de los sistemas judiciales y la frecuente corrupción e ineficiencia de las fuerzas policiales y de justicia, constituyen factores importantes o agravantes de la violencia.

En décadas recientes, algunos países han visto la consolidación de fuertes conexiones entre la sociedad, y aun de estructuras de gobierno, con el tráfico de drogas. Ello ha contribuido a un debilitamiento del sistema judicial y de seguridad pública, con la consiguiente transformación de los valores sociales hacia una creciente y marcada corrupción; el narcotráfico paraliza los mecanismos de defensa de la sociedad -policiales y legales-, dejándola vulnerable hacia la delincuencia y desintegración social.

La pobreza por sí misma no es necesariamente un factor predisponente o desencadenante de violencia. Lo son, sin embargo, cuando ocurre dentro de un ambiente de desigualdad manifiesta y creciente, cuando alcanza situaciones extremas, cuando está asociada al desempleo, a jóvenes de escasa educación y capacitación, asociaciones con grupos delictivos, etcétera. Los pobres son a la vez, víctimas y actores con alto riesgo de ejercer violencia^(131, 132)

Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de la Naciones Unidas (CEPAL) en 1996, reconoce que las reformas económicas y estructurales consecuencias de la crisis económica de la década de los años ochenta, fueron una transformación significativa en el proceso de desarrollo de América Latina y el Caribe; pero también reconoce que aún cuando esas reformas disminuyeron la inflación, atrajeron capitales externos y reforzaron los gobiernos democráticos, no por esto han contribuido a disminuir la brecha que separa a pobres y ricos o a disminuir significativamente los índices de pobreza.

En algunos países estos índices son peores ahora que antes de la crisis fiscal a comienzos de la década pasada. Los programas de privatización a ultranza con total indiferencia por la falta de fuentes de trabajo para los trabajadores cesantes, han demostrado su debilidad y sus carencias. El desempleo masivo de grandes sectores de la población ha sido su consecuencia más manifiesta. En esas circunstancias de desempleo, especialmente en sociedades carentes de apoyo gubernamental y social para los desempleados, puede convertirse en una causa de violencia.

Otros factores de riesgo de violencia juvenil en muchos de los casos son los lazos familiares frágiles, el abuso físico o sexual en los niños y adolescentes, la

pérdida de familiares pilares en la economía familiar, o del familiar más querido o protector del niño y adolescente, el desempleo, la carencia de oportunidades de estudio, la asociación en grupos, pandillas delincuentes la vida o en vecindarios con alta delincuencia ^(131, 132)

Esta cultura tiene su origen en el derecho napoleónico, según el cuál, el *pater familias* es dueño de la vida de la mujer y de sus hijos. En el plano familiar esa tradición se manifiesta en la falta de derechos e igualdad de derechos para la mujer y los hijos en sus relaciones con el hombre. Su dependencia social frente al hombre y la existencia del machismo, que facilita la violencia ejercida contra la mujer.

No se debe subestimar la influencia de los medios de comunicación, tanto los medios radiofónicos ampliamente difundidos, como los visuales especialmente la televisión de gran acceso a casi toda la población, con gran número de programas de moda con niveles altos de agresividad, el cine con películas cada vez incluye más escenas dirigidas hacia una cultura de agresividad, además, con el avance de la tecnología cinematográfica los efectos especiales magnifican la violencia, propiciando el entusiasmo, la aceptación, naturalización y legitimación de la misma, modelando peligrosamente la mente de los niños y adolescentes y, en consecuencia, su comportamiento y la manipulación económica de consumismo a través de los mismos. En años recientes se ha visto en varios países la proliferación de crímenes cuyas características eran similares a los que ocurrieron en películas de acción.

Según lo señala Leonard Berkowitz, profesor emérito de Psicología de la Universidad de Wisconsin, la violencia en las películas debería considerarse como un factor de riesgo. En un publico de alrededor de un millón de personas, quizá 50 de ellas actuarán en forma violenta después de estar sometidas a ese factor, el cuál cuanto más gráfico sea, cuanto más excitante se muestre, mayores serán las posibilidades de que provoque ese efecto. Otros psicólogos que han estudiado este problema e insisten que la relación entre la violencia de las películas y los impulsos o el comportamiento violento en los espectadores están bien establecidas y utilizan la palabra "preparación" –priming- para describir a ese estado especial de agitación que ocurre cuando la mente del espectador recibe y almacena imágenes persuasivas, ya sean positivas o negativas, en forma consciente o subliminalmente; en un período corto después de ver imágenes violentas, reportan que los espectadores son más propensos a interpretar el comportamiento ambiguo de otras personas como agresivo, y se preparan para responder de la misma manera.

Los medios de comunicación, como la TV y las películas, deben asumir su responsabilidad de modelar conductas violentas en los niños, a los que atrapan en un mundo de irrealidad del que les resulta difícil escapar. La disociación entre realidad y fantasía, aunque negada por muchos defensores de la libertad irrestricta de los medios de comunicación es desmentida, entre otros incidentes, por la dramática confesión de Jacob González, sobre el caso de un niño de diez

años de edad condenado en Detroit en 1994 por su complicidad en el asesinato de una mujer embarazada, madre de tres niños.

El doctor Leonard D., Eron, estudió las causas de condicionamiento a la agresión entre niños. Analizó que la cantidad de violencia que los niños habían observado en la televisión era un indicador para pronosticar el nivel de agresividad entre ellos, sumado al maltrato que pudieran haber recibido de sus padres sería un factor de riesgo en la configuración de un futuro agresor; estos adultos violentos estaban relacionados con la severidad de la manifestada acción cometida posteriormente y con el trato agresivo hacia su familia.

De acuerdo con estadísticas oficiales, durante 1993 ocurrieron en los Estados Unidos 43,6 millones de actos delictivos, entre los que se incluyen 4,4 millones de crímenes violentos. Entre estos últimos, el 29% de las víctimas declararon que fueron atacadas por un asaltante armado. Un estudio llevado a cabo en 1990 en los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, revela que aproximadamente 650,000 estudiantes de escuelas secundarias portaban un arma de fuego durante el mes en que se llevo a cabo dicha investigación.

Estadísticas de la Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia de los Estados Unidos revelan un aumento ascendente en el comportamiento violento de los jóvenes. El arresto de ellos por homicidio aumentó un 85% entre 1987 y 1991, y el número de detenidos por portar armas de fuego incremento un 65% durante el mismo período.

Además de los factores mencionados hay una estrecha relación entre abuso de alcohol, otras drogas y la violencia. Muchos actos violentos tienen como antecedente inmediato el consumo de bebidas alcohólicas o de drogas. Se ha comprobado que en Estados Unidos el abuso de estas sustancias, está asociado con más de la mitad de los homicidios, y en una gran proporción de otros tipos de actos violentos tales como violaciones sexuales, agresión en el matrimonio y otras confrontaciones entre personas desconocidas, sin ser éste el único factor determinante para la realización del ilícito; sin embargo el abuso de alcohol y las drogas potencializan o propician la manifestación de violencia en el sujeto intoxicado, en contra de otras personas de su entorno y el número de homicidios así como la proporción en el abuso del consumo de drogas han aumentado proporcionalmente desde que surgió la forma de cocaína denominada crack, a la que se añade otra sustancia denominada "speed", de mayor peligrosidad que la primera por sus efectos en el sistema nervioso central. Su popularidad se ha extendido gracias al bajo costo y la facilidad para su adquisición y consumo.

Además de los factores mencionados hay una estrecha relación entre abuso de alcohol, otras drogas y la violencia. Muchos actos violentos tienen como antecedente inmediato el consumo de bebidas alcohólicas o de drogas. Se ha comprobado que en Estados Unidos el abuso de estas sustancias, está asociado con más de la mitad de los homicidios, y en una gran proporción de otros tipos de actos violentos tales como violaciones sexuales, agresión en el matrimonio y

otras confrontaciones entre personas desconocidas, sin ser éste el único factor determinante para la realización del ilícito; sin embargo el abuso de alcohol y las drogas potencializan o propician la manifestación de violencia en el sujeto intoxicado, en contra de otras personas de su entorno y el número de homicidios así como la proporción en el abuso del consumo de drogas han aumentado proporcionalmente desde que surgió la forma de cocaína denominada crack, a la que se añade otra sustancia denominada "speed", de mayor peligrosidad que la primera por sus efectos en el sistema nervioso central. Su popularidad se ha extendido gracias al bajo costo y la facilidad para su adquisición y consumo.

Se observa que la asociación de estas sustancias y antecedentes de conducta violenta familiar en la resolución de problemas, aumenta la incidencia en los homicidios.

Existen otras drogas fácilmente adquiribles en las calles, tienen un efecto similar; entre ellas están la feniciclidina –PCP- y la dietilamida del ácido lisérgico –LSD-, las cuales, además de sus propiedades alucinógenas, provocan comportamiento violento, impulsivo e impredecible.

"Se considera que la presencia de un factor de riesgo fuertemente presente, o la suma de varios factores de riesgo, propician y acrecientan la posibilidad de violencia"

ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR	
TIPOS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Física ○ Psicológica ○ Sexual ○ Por omisión ○ Patrimonial ○ Patrimonial ○ Abandono ○ Mixta
	RELACIONADOS POR: <ul style="list-style-type: none"> ○ Parentesco: -consanguinidad, afinidad o civil. ○ Matrimonio, concubinato, uniones de hecho.
GENERADORES	Por el uso del poder o de la autoridad, modelos culturales transgeneracionales, etcétera.
RECEPTORES	Dependencia, sumisión, condiciones etarias extremas, económicas precarias, déficit de sal o culturales, etcétera
CICLO DE LA VIOLENCIA	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aparente tranquilidad ○ Aumento de tensiones interpersonales o familiares ○ Evento violento ○ Reconciliación ○ Nuevo ciclo de violencia (más corto y más grave)
PROCEDIMIENTOS	
AMIGABLE COMPOSICIÓN (arbitraje)	Convenio <ul style="list-style-type: none"> ○ Comparecencia ○ Aceptación expresa del arbitraje ○ Pruebas ○ Alegatos ○ Resolución
RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procuradurías de Justicia ○ Jefatura de Gobierno del D.F. ○ Gobierno de cada Estado ○ Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social a escala nacional ○ Seguridad Pública en el ámbito nacional
SANCIONES EN EL DISTRITO FEDERAL	
INASISTENCIA A LOS CITATORIOS	Multa de 30 a 90 días de salario mínimo
INCUMPLIMIENTO DEL CONVENIO O RESOLUCIÓN	Multa hasta de 90 días de salario mínimo
ACTOS DE VIOLENCIA QUE NO SEAN DELITOS	Multa hasta 180 días. Reincidencia: 36 horas de arresto
DELITOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA FAMILIAR	
VIOLENCIA FÍSICA:	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones • Privación ilegal de la libertad • Sustracción de menores • Homicidio • Corrupción de menores (inducir al alcoholismo y drogadicción) • Explotación (mendigar en vía pública) 	
VIOLENCIA SEXUAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual • Violación • Enfermedades de transmisión sexual • Pornografía infantil • Prostitución obligada 	

¿ Está tu relación basada en la igualdad ?



Aprender a resolver los conflictos con la pareja - durante la crisis más prolongada - requiere madurez, apertura de por conductas más seguras, estrategias abiertas a la comunicación con la otra parte y el más constructivo y saludable.

Confiar en un programa matrimonial para fortalecer la confianza en la pareja es un desafío que requiere de un trabajo conjunto y constante.



Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C.

Manías Número 116 1220 2 229 Toluca | Teléfono: 011-55-56200000 del Norte | Correo: harrera@coriac.org.mx | Fax: 555-116 | Email: coriac@coriac.org.mx

III. 5. B. MALTRATO

"El poder se manifiesta en todas las relaciones humanas"

El poder por sí mismo no es el problema, éste radica en el uso que se haga de él, pudiendo propiciar situaciones positivas o negativas para una sociedad o una familia, como pueden ser los siguientes:

- Los avances sociales, con la toma de decisiones correctas y uso del poder en beneficio colectivo
- El progreso de las naciones con sociedades seguras y armónicas, con el empleo del poder en la equilibrada ejecución de normas y estrategias que propicien un ambiente de justicia y tranquilidad
- El poder desequilibrado genera frecuentemente desigualdades entre los individuos que se reflejan en las sociedades
- El poder empleado para oprimir a través de conductas agresivas, permitidas, premeditadas y conscientes, que transgrede los derechos humanos de los individuos o de los pueblos, tiene como consecuencia el caos de donde se ejerce
 - El poder es real y simbólico se delimita socialmente a través de las jerarquizaciones que se establecen en los grupos, en donde se otorga simbólicamente a partir de la dinámica social, la cotidianidad, las relaciones humanas y las creencias en torno a los individuos, de acuerdo a las características que los distinguen; ambos tipos de poder se sostienen mutuamente
 - La violencia es un abuso de poder que genera relaciones desiguales y violentas. La violencia se manifiesta a través de una serie de comportamientos agresivos en el ámbito físico, emocional y moral.
 - Provoca represión, marginación y opresión, así como alteraciones en el proceso de desarrollo del potencial bio-psico-social del ser humano.
 - Ejercen la violencia aquellas personas que a partir de sus lugares en la estructura social, optan por abusar del poder.
 - En la sociedad existe una atmósfera de permisibilidad que valida actuar violentamente a partir del contexto, espacio y tiempo en el que se encuentren los individuos.
 - La violencia se valida socialmente y se ejerce cotidianamente al margen de la ley y se fundamenta en las costumbres, creencias y valores, así como el "deber ser" de las personas.

- **La violencia forma parte de un proceso histórico-cultural que se transmite de generación en generación; por lo tanto, es una construcción humana que no está ligada a los genes. La violencia no es natural.**
- **En función del uso del poder se operan pactos y códigos que sancionan positivamente el ejercicio de la violencia sobre quienes están colocados en posiciones de desventaja y vulnerabilidad.**
- **“La violencia no es natural”**
- **El maltrato es la manifestación de la violencia.**

ORIGEN DEL MALTRATO

SISTEMA SOCIO-ECONÓMICO-POLÍTICO-CULTURAL

ESTADO

RELIGIÓN

CULTURA

MEDIOS DE COMUNICACION MASIVA

DIFERENCIAS

CLASE

RAZA

EDAD

IDENTIDAD SEXUAL

SALUD

RELIGIÓN

GÉNERO

ETNIA

PODER

REAL

SIMBÓLICO

ABUSO DE PODER

VIOLENCIA

LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO EN LA SOCIEDAD

MALTRATO AL NIÑO

ABUSO SEXUAL AL NIÑO

VALORACIÓN DE LA SEXUALIDAD INFANTIL

IV. CLASIFICACIÓN

TIPOS DE:

IV. A. Violencia

Se clasifica o define dependiendo de los elementos que la constituyen; por ejemplo:

- En el ámbito en donde ocurre: familiar, laboral, social, político, religioso, etcétera.
- Aparente motivación: agresión física, psicológica, sexual, patrimonial, abandono o mixta.
- Persona que la sufre: niño, adolescente, mujer, adulto mayor, minusválido.
- El victimario: agresor único, familiar o extraño, uno o varios miembros de la familia, pandillas juveniles, agentes del estado, elementos extranjeros o reaccionarios por guerrillas, etcétera.
- Víctima: persona que recibe la agresión.
- El arma utilizada: punzante, cortante, contundente, arma de fuego, etcétera.

IV. B. Maltrato

Maltrato físico: como todo acto de agresión intencional único o repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control ^(36, 200, 212)

Maltrato psico-emocional: actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, celotipia para ejercer control, manipulación o dominio sobre la pareja, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes que causen sensaciones devaluatorias, de abandono y provoquen en quién las recibe, deterioro, disminución o afectación a la estructura de su personalidad, además de todo acto en que se compruebe la intención de realizarlo para causar daño moral a un menor de edad, será considerado maltrato emocional en los términos de este artículo, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor ^(187, 200, 212)

“El maltrato se presenta psicológicamente a través de conductas ofensivas,

lesivas, rechazo, descuido, golpes, tortura, falta de cariño, atención, gritos: no le cubren sus necesidades, los exponen a la calle para que trabajen, son explotados, mal nutridos, sin cuidados higiénicos, sin acceso a la educación; son objeto de burlas, privaciones, abandono, coprolalia; indiferencia; que suelen presentar lesiones cutáneas, oculares, viscerales, fracturas, quemaduras, calumnias y en muchas de las ocasiones llegar hasta la muerte"

- **Maltrato sexual:** actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor y daño; los delitos a que se refiere el Título Decimoquinto del Código Penal para el Distrito Federal, son aquellos que atentan contra la libertad el desarrollo psico-sexual normal, respecto a los cuales, la presente ley sólo tiene efecto en el ámbito asistencial y preventivo.
- **Abandono:** en el Capítulo siete del Código Penal del Fuero Común para el Distrito Federal, y del Fuero Federal para toda la República se encuentra contemplado al abandono de personas en los artículos 335 al 343.
- **Daños patrimoniales:** se encuentra contemplado en el Código Penal del Fuero Común para el Distrito Federal, y del Fuero Federal para toda la República, en el Título Vigésimo segundo. Delitos en contra de las personas en su patrimonio en el Capítulo I, en los artículos 367 al 381bis. Capítulo II. Abuso de confianza, en los artículos 382 al 385. Capítulo III. Fraude en los artículos 386 al 389bis. Capítulo III bis, Extorsión en el artículo 390. Capítulo V, Despojo de cosas, inmuebles o de aguas en el Art. 395. Capítulo VI y daños en propiedad ajena en los artículos 397 al 399bis.

IV. 2. Grados de afectación

Costos de la violencia

El abuso a los niños y la violencia familiar son responsables de un 35% de los costos mundiales de vida productiva futura, provocados por la violencia; los crímenes violentos y la delincuencia social son responsables de entre un 15% a un 25% de los gastos en salud mental, gastos intangibles, tales como la calidad de vida perdida, gastos hospitalarios, por rehabilitación e incapacidades así, como los altos costos por invalidez y las repercusiones económicas familiares y por ende sociales; aunque difícil de cuantificar, son quizá el componente más grave de este monto ⁽²⁴⁷⁾

La violencia familiar hacia la mujer tiene un alto costo económico y social para el estado y la sociedad que puede transformarse en una barrera para el desarrollo socioeconómico; se ha calculado que el ingreso personal baja desde un 3% y un 20% en el mejor de los casos ya que en otros se vería mayormente afectado ⁽¹³⁰⁾

En la economía del mercado, la violencia familiar representa casi un año de vida perdido por mujeres de 15 a 44 años, por cada cinco años de vida saludable ⁽⁸⁴⁾

Con la creciente feminización de la pobreza en las regiones, la mujer agredida es cada vez más vulnerable a la violencia patrimonial, actos dirigidos a perjudicar su participación laboral o sus bienes acumulados al atentarse contra el potencial humano de las mujeres afectadas.

La violencia familiar limita la plena incorporación de estas personas a los procesos de desarrollo social, político y económico. Esta situación perpetúa la injusticia y la discriminación al negársele a las afectadas, el acceso igualitario a los recursos de la sociedad, a la vez que les impide contribuir plenamente a los procesos de desarrollo social ^(24, 181, 194, 2013, 224, 237, 238, 239, 243)

La violencia familiar y su impacto con la salud

- **Daños físicos:** los daños que sufren las mujeres que desde las bofetadas hasta los puñetazos, patadas, intento de estrangulamiento, heridas que requieren ser suturadas, fracturas, lesiones que requieren hospitalización, contusiones que pueden ocasionar abortos, heridas profundas o internas, heridas que dejen cicatrices perpetuamente notables en cara o dejen secuelas con incapacidades desde las leves hasta invalidez permanente, o aquéllas que culminan con el homicidio ^(76, 77, 81, 82, 83, 96, 118, 176, 200, 210, 212)
- **Agresión y coerción sexual:** los hombres suelen prohibir a su pareja el uso de métodos anticonceptivos y golpearlas porque tienen demasiados hijos o por no tenerlos. Se ha encontrado que un buen porcentaje de mujeres también sufren violaciones por parte de sus parejas ^(74, 79, 86, 89, 197)
- **Riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual:** además de las lesiones físicas y el trauma emocional resultado de la agresión sexual, muchas mujeres corren el peligro de contraer graves enfermedades de transmisión sexual como es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o embarazos no deseados con productos infectados in útero. Los datos de México muestran, respecto al SIDA, que el grupo en el que se han identificado más casos en los últimos años, es el de amas de casa que han sido infectadas por sus parejas ^(94, 122, 204, 250)
- **Efectos sobre la salud materna y el feto:** los estudios realizados sobre violencia familiar indican que en muchas de las ocasiones la violencia física se inicia con el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto. Existen suficientes estudios que muestran como el maltrato durante el embarazo puede tener como consecuencia desde hemorragias transvaginales leves hasta aquellas que ponen en peligro la vida de la madre y el producto y, en el mejor de los casos, niños con bajo peso al nacer ^(61, 67, 80, 134, 160, 201, 203, 205, 206)

- **Efectos psicológicos:** los estudios sobre violencia familiar demuestran que la sensación de culpabilidad y baja estima son rasgos característicos de las mujeres maltratadas y que, además de los efectos físicos evidentes, la agresión constante cambia el comportamiento de la mujer que puede sentir confusión, incapacidad de concentración, trastornos en su estilo de vida, sus hábitos de sueño o alimentación y experimentar intenso sentimiento de incomunicación, vergüenza, timidez, depresión, o miedos prolongados, baja productividad laboral o escolar, con repercusiones en su calidad de vida presente y futura ^(58, 62, 64, 66, 68, 72, 119, 133, 164, 179, 208)
- **Trastornos sexuales:** también se producen, en mujeres violentadas, la sensación de miedo a la intimidad, incapacidad de tener respuestas sexuales, falta de interés en las relaciones sexuales y frecuentemente sentirse sucia o humillada al tenerlas y recordar el abuso sexual del que fueron objeto durante diferentes etapas u ocasiones en su vida, presentando incapacidad para ejercer su autonomía reproductiva y sexual.

La celotipia de los agresores hace que controlen y regulen de manera rígida la sexualidad de la mujer, como muestra de su poder sobre ella.

Dos aspectos importantes que deben subrayarse respecto a la mujer maltratada son: la violencia experimentada por las mujeres que puede producir en ellas un desorden de estrés postraumático y que el clima de terror en que viven afecta sus capacidades cognoscitivas de tal manera que ésta pueda desarrollar lo que se ha identificado como **síndrome de inhabilidad aprendida** o el **síndrome de Estocolmo**. Estos síndromes indican que, debido a la dinámica de violencia familiar las mujeres pierden parte de su capacidad para actuar entre las situaciones de riesgo a que están expuestas y, por lo tanto, tienen menos habilidades para protegerse a sí mismas y a sus hijos ^(218, 240, 241, 242)

Estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad indican que en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva ^(8, 84, 126, 143, 145, 238)

El impacto de la violencia familiar en la salud de las mujeres, además de las lesiones físicas, que pudieran dejar secuelas incapacitantes orgánicas, también las repercusiones de daño psicológico pudieran no ser tan tangibles como las físicas, sin embargo posiblemente con mayores repercusiones en la dinámica y calidad de vida de las mismas, dejando secuelas todavía más complicadas o más lentas en el proceso de recuperación, con mayores costos de tiempos laborables, médicos y sociales ^(99, 213, 232, 235, 236, 243, 247, 249)

La violencia familiar implica además una restricción a la libertad, la dignidad y el libre movimiento, y a la vez una violación directa a la integridad de la persona ^(16, 106, 110, 228, 229, 230, 231, 246, 248)

IV. 3. Prevención de la violencia una prioridad de salud pública

Estudios realizados en varios países de América Latina en la violencia familiar contra mujeres adultas, se estima que son denunciados únicamente entre un 15% y un 20% de éstos incidentes ^(10, 16, 17, 19, 20, 30, 150, 156, 158, 168, 174, 217, 248, 249)

Por lo que la Organización Mundial de la Salud propone lo siguiente:

Propuestas de la Organización Mundial para la Salud en la prevención de la violencia.

La XLIX Asamblea Mundial de la Salud.

- I.- DECLARA:** que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo.
- II.- INCITA:** a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios y comuniquen a la Organización Mundial de Salud su información y su enfoque respecto a este problema
- III.- PIDE:** al Director General que, en la medida que lo permitan los recursos disponibles, emprenda actividades de Salud Pública para abordar el problema de la violencia, con el objeto de:
 - Caracterizar diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas y repercusiones de ésta en la salud pública, incorporando asimismo en el análisis una perspectiva de las diferencias entre los sexos.
 - Evaluar las medidas y programas destinados a prevenir la violencia y mitigar sus efectos, así como la eficacia de éstas y de aquellos, prestando especial atención a las iniciativas de orientación comunitaria.
 - Promover actividades para resolver este problema a nivel tanto internacional como de país, incluyendo medidas tendientes a:
 - a) Mejorar el reconocimiento, la notificación y la gestión de las consecuencias de la violencia.
 - b) Promover una mayor participación intersectorial en la prevención y la gestión de la violencia.
 - c) Promover investigaciones sobre la violencia, dándoles prioridad entre las investigaciones de salud pública.
 - d) Preparar y dar a conocer recomendaciones sobre programas de prevención

de la violencia en naciones, estados y comunidades de todo el mundo.

- Asegurar la participación coordinada y activa de los programas técnicos apropiados de la OMS.
- Reforzar la colaboración de la Organización con gobiernos , autoridades locales y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la planificación, la aplicación y seguimiento de programas sobre la prevención y la mitigación de la violencia.

IV. PIDE ASIMISMO: al Director General que presente un informe al Consejo Ejecutivo en su XCIX reunión en el que se describan los progresos realizados hasta el momento, así como un plan de acción para avanzar hacia un enfoque de salud pública, de base científica, de la prevención de la violencia.

Consideramos que el apoyo al mejoramiento de la atención de los casos de violencia familiar desde el ámbito de medicina legal, colaboramos en nuestro pequeño entorno académico con la elaboración de la presente tesis; deseando que de ella emanen aportaciones que puedan aplicarse en colaboración al cumplimiento nacional sobre: la sensibilización, educación, difusión, atención, promoción, notificación, registro, referencia, contrarreferencia y prevención de la violencia familiar, contemplados en los convenios internacionales, en los que nuestro país ha tenido importante participación; y de esta manera coadyuvar a mejorar la intervención del médico legista en pro de una atención integral más sensibilizada hacia las personas que por alguna razón se encuentran cursando por situación de violencia familiar.

V. ASPECTOS GENERALES

V.1. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER



“La mujer consigue todo lo que quiere, lo modela, lo transforma, y con su amor engendra nueva vida, renace cada día con la fuerza del mar y la libertad del viento, es esa pequeña golondrina que vuela desde donde el sol emite sus primeros haces de luz, hasta donde se oculta, si así lo desea, y puede conducirlo todo hacia la plenitud”.
(Dr. Vicente Lettieri García.)

*Es preciso reconocer y fomentar
el papel de la mujer
como protectora principal de la salud de la familia⁽⁴¹⁾*

En México como en casi todas las sociedades, la mujer desempeña un papel protagónico en el desarrollo de cada país. Por éste motivo, mejorar su condición social constituye un desafío que debe enfrentarse por razones de equidad y justicia social.

El mejoramiento de la condición social de la mujer deberá contribuir a garantizar el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos, así como la autonomía, el poder personal y social, que a mediano plazo se verían reflejadas en el bienestar y la calidad de vida de la nación; con estrategias en la toma de decisiones que incorporen la perspectiva de género en el proceso legislativo en la planeación, el diseño y en la ejecución de las políticas públicas como uno de los caminos para lograrlo.

*Durante años las mujeres han obtenido
por el desempeño de las mismas tareas y funciones,
e iguales jornadas de trabajo,
ingresos más bajos que de los hombres⁽⁴¹⁾.*

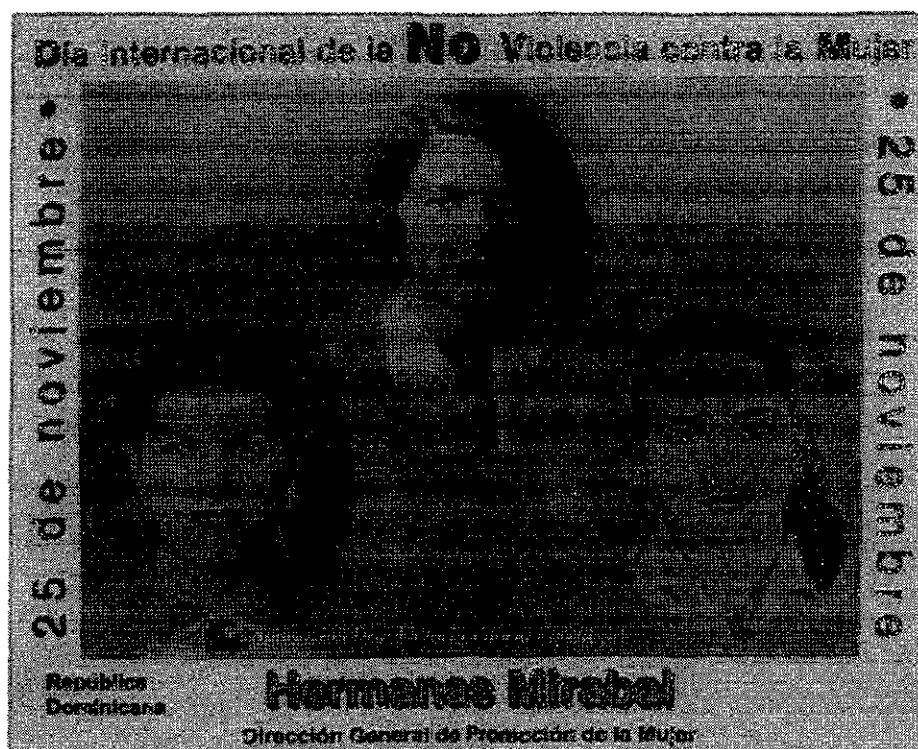
A medida que el tiempo transcurre, mayor es la incorporación de las mujeres a las filas de actividades laborales fuera del seno familiar y en *contrario sensu* a lo esperado en las sociedades de antaño, hasta muy prolongadas edades continúan desempeñándolo, sin hacer a un lado la responsabilidad de casa en la crianza, atención y cuidado de los hijos y en muchas otras de las ocasiones prolongándose aun más con el cuidado de los padres o nietos, en apoyo a nuevas generaciones de mujeres que trabajan siendo parte importante de la economía familiar y nacional subsanando las deficiencias de paternidades irresponsables.

*Educar y facultar al hombre
para que comparta por igual las responsabilidades
de planificación de la familia
y las labores domésticas y de la crianza de los hijos⁽⁴¹⁾*

No obstante esto, no ha contribuido a cerrar la brecha en la desigualdad entre los derechos femeninos y los masculinos, así como la notoria discriminación de género en la posibilidad de desarrollo.

En la actualidad en México, sólo una de cada diez funcionarias en mandos superiores dependientes del Poder Ejecutivo son mujeres; en la Suprema Corte de Justicia, de los once miembros que la integran sólo una es mujer. En la historia moderna de México, únicamente tres mujeres han sido gobernadoras de entidades federativas del país y ocho han ocupado una Secretaría de Estado⁽⁴³⁾

Los países deberían adoptar medidas para habilitar a la mujer y eliminar la desigualdad entre hombres y mujeres a la brevedad posible⁽⁷⁾.



Son múltiples los aspectos que obstaculizan la participación y el desarrollo pleno de la mujer, muchos de ellos, se enmarcan en el ámbito de la cultura. A pesar de la creciente integración de la mujer en la esfera económica y social, persisten valores, creencias y actitudes hacia lo femenino que refuerzan modelos tradicionales de comportamiento, reducen y estereotipan las diversas actividades y papeles que desempeñan en la sociedad y legitiman las prácticas discriminatorias en las relaciones de género. Estos valores se difunden y recrean en muy diversos ámbitos de la vida de los individuos, como son la familia, el ámbito laboral y social, a través de los canales de comunicación ⁽⁴³⁾

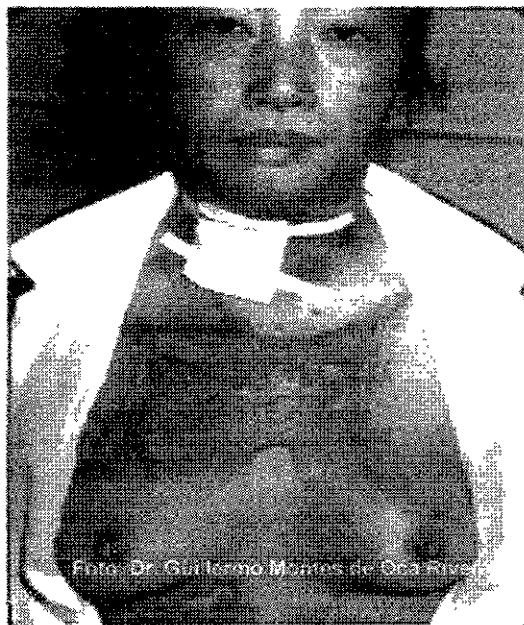
Todo acto que contenga violencia o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada ⁽¹⁵³⁾

Todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina ⁽¹⁵²⁾

Síndrome de la mujer maltratada

Los países deberían elaborar un enfoque integrado de las necesidades especiales de las niñas y las jóvenes en materia de nutrición, salud, educación y necesidades sociales.⁽²²⁾

La constelación de problemas psicológicos causados por una relación de maltrato crónico se conoce como síndrome de mujer maltratada. Este cuadro es similar al síndrome postraumático, que incluye las consecuencias de eventos traumáticos vividos en forma repetida por una persona, lo cual en el caso de las mujeres maltratadas, puede ser, violencia física, sexual, psicológica, o mixta.



La mujer maltratada es aquella que, en una situación de violencia familiar, puede experimentar abuso psicológico o sumarse el abuso físico y sexual; puede no necesariamente ser golpeada físicamente pero aun así presentar las características psicológicas de una mujer golpeada que puede experimentar los mismos síntomas identificados en mujeres golpeadas, debido a que ésta estará expuesta también a una situación similar de temor que les impedirán recurrir a sus habilidades para escapar del cerco impuesto por el controlador.

Ante el agresor experimentan temor, retraimiento, ansiedad, falta de interacción y contacto, excesiva dependencia de las conductas del agresor, son síntomas indicativos de alteraciones psicológicas debidas a actos u omisiones repetitivas, que provocan en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación en su personalidad que caracterizan el maltrato emocional, así como el descrédito, la ridiculización, la descalificación, las amenazas, la ignorancia, la indiferencia o el rechazo explícito o implícito, nulificando la valoración de la calidad de la relación⁽²²³⁾



Violencia contra la mujer

Los países deberían reconocer que es preciso cambiar los planes y programas de estudio, así como las actitudes y prácticas de los maestros, a fin de que reflejen la determinación de eliminar todas las formas de discriminación basadas en el sexo ⁽⁴¹⁾

Todo acto de violencia basado en el género, tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada abarca, sin carácter limitativo ⁽¹⁵³⁾

"La violencia física, sexual y psicológica, en la familia, 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, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado donde quiera que ocurra" ⁽¹⁵³⁾



Guillermo Montes De Oca

Una vida sin violencia

Un derecho nuestro



Hagamos un nuevo natal



Aportación Dra. Victoria Vilota Varela

La violencia a través del ciclo de vida

Los gobiernos deberían fortalecer los sistemas de apoyo y seguridad para las personas de edad ⁽⁴⁷⁾

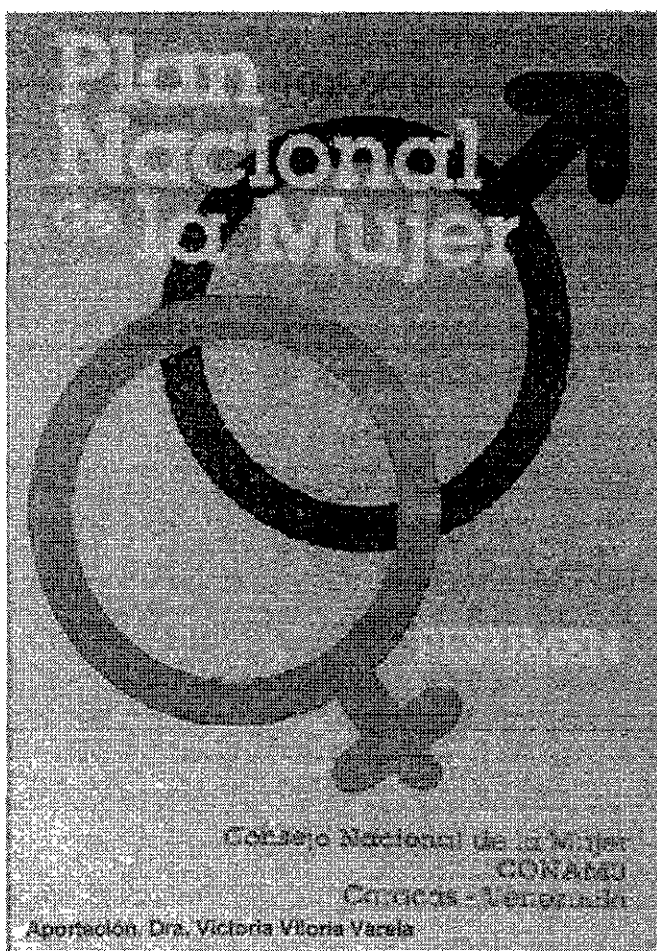
Fase prenatal: abortos selectivos según el sexo, efecto sobre el recién nacido de violencia -aborto fallido-durante el embarazo (122, 134, 165, 197, 216, 218)

En India cuya población estimada para el año 2000 será de 996 millones, el número aproximado de abortos es de 6 millones al año, de ellos, la mayoría corresponden a fetos femeninos. En China, el perfil demográfico muestra que por cada 118.5 hombres hay solo 100 mujeres, proporción contraria a la tendencia mundial. Estas cifras demuestran el aborto selectivo de fetos femeninos.

Fase de la infancia: infanticidio femenino, abuso físico, sexual y psicológico, descuido de las niñas más que del varón, por ejemplo, cuando éstas enferman, la alimentación diferenciada entre niñas y niños, con carga desproporcionada de tareas domésticas para las niñas desde una edad muy temprana (16, 83, 85, 93, 105, 106, 107, 110, 111, 113, 114, 118, 120, 133, 141, 176, 181, 189, 192, 221, 222)

Fase de la niñez: Menores posibilidades de educación y preparación académica para las niñas que para sus hermanos, matrimonio infantil, mutilación genital femenina, abuso físico, sexual y psicológico, incesto, prostitución infantil y pornografía. Del Valle S.; "Mutilación Genital Femenina". *Comunicación de la Mujer AC. Vida, Salud, Sexo: Gambia. Año 2, marzo 1996. Núm. 5. Monterrey N.L., México* (17, 40, 118, 140, 178, 179, 180, 226, 241, 242, 248)

Fase de adolescencia y vida adulta: violencia durante el cortejo y el noviazgo, sexo forzado por situaciones económicas o culturales, incesto, abuso sexual en el sitio de trabajo, violaciones, acoso sexual, prostitución y pornografía forzada, tráfico de mujeres, violencia conyugal, control de la sexualidad femenina, abuso psicológico, abuso de mujeres discapacitadas, embarazos forzados, suicidio (51, 61, 80, 84, 94, 95, 99, 104, 119, 129, 155, 186, 192, 215, 238, 243, 245, 246)



Ciclo de la vejez: suicidio forzado u homicidio en viudas por razones económicas
-patrimoniales-, abuso físico, sexual, psicológico y abandono (97, 115, 121, 128, 190, 195,
196, 220, 227, 249)

**Los gobiernos deberían establecer sistemas de seguridad social
que aseguren mayor unidad y solidaridad intergeneracional
e intrageneracional y que presten apoyo a las personas de edad (41).**

Violencia y abuso sexual

**Garantizar a todas las personas
y en especial a los grupos más desfavorecidos y vulnerables
el acceso a los servicios de atención de salud (41)**

La atención de la salud reproductiva debe abarcar entre otras cosas; asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios en materia de planificación de la familia, educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad -incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias- tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable (41)

Incontables e inconcebibles son las agresiones que la mujer ha sufrido en el tiempo y en las diferentes culturas, bajo el dominio masculino pretendiendo controlar la sexualidad femenina, con agresiones tales que van desde la eliminación de toda posibilidad de placer, deseo sexual, control de su reproducción hasta el abuso sexual y violación a su libre decisión sexual y sobre sus derechos humanos, no alcanzando las hojas de ningún libro para relatarlas.

A manera de ejemplificar, describiremos un pequeño grano de arena, en la inmensa playa de la iniquidad.

- Seis investigadores independientes indican que entre el 14 y el 20% de las mujeres en Estados Unidos experimentaron una violación completa por lo menos una vez en su vida. *Koss, M., Gidycz C.; "The scope of rape incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education"*
- En una muestra aleatoria de 420 mujeres en Toronto, Canadá, 40% informaron haber tenido al menos un episodio de relaciones sexuales forzadas desde los 16 años de edad (180)
- En un estudio con más de 300 mujeres en las prisiones federales de Canadá, 68% de todas las mujeres y 90% de las indígenas informaron haber sido objeto de maltrato físico en algún momento de su vida. *Shaw, M.; "The survey of federally sentenced women. Citado en The About Report, Correctional Services o Canada, 1996"*

- Una investigación en Kingston, Jamaica, informa que 17% de una muestra aleatoria de 452 niñas de escuela primaria, entre edades de 13 a 14 años, experimentaron un intento o completa agresión sexual antes de los 12 años ⁽²⁴²⁾
- En un estudio de 1193 estudiantes de 9º grado seleccionados en forma aleatoria en Ginebra, Suiza, 20% de las niñas y 3% de los niños informaron haber vivido por lo menos un incidente de abuso sexual con contacto físico ⁽⁸³⁾
- En un estudio de 249 expedientes de los tribunales de Zimbabwe reveló que 59% de los homicidios de mujeres fueron cometidos por la pareja de la víctima ⁽²⁴³⁾
- Las investigaciones en Camboya determinaron que 50% de todas las mujeres que notificaron haber sido maltratadas habían sufrido lesiones ⁽¹²⁹⁾
- La encuesta nacional de Canadá sobre la violencia contra la mujer reveló que el 45% de los incidentes de agresión conyugal, produjeron lesiones, y de las mujeres lesionadas, 40% tuvieron necesidad de atención médica asistida.
- En un estudio durante 3 años en 1203 mujeres embarazadas en hospitales de Houston y Boston, en Estados Unidos, el maltrato durante el embarazo fue un factor significativo de riesgo para el producto, detectándose bajo peso al nacimiento, así como poco aumento de peso materno durante el embarazo, infecciones, anemia y baja producción láctea ^(134, 165)
- En un estudio de mujeres maltratadas en Bogotá, Colombia, 49% informaron que sus hijos también habían sido golpeados.
- Un estudio en Estados Unidos determinó que las mujeres que experimentan maltrato sexual durante la niñez tienen tres veces más posibilidades que las jóvenes no victimizadas de quedar embarazada antes de los 18 años, o en su vida adulta no formalizar una relación de pareja permanente ⁽²⁵⁰⁾
- Un estudio en Bombay, India, 20% de todos los *embarazos de adolescentes* que buscaron hacerse el *aborto* se debieron a coito forzado, 10% por violación de un sirviente doméstico, 6% por incesto y 4% por otro tipo de violación ⁽⁶¹⁾
- En Tailandia, los investigadores determinaron que una de cada diez víctimas de violación habían contraído una enfermedad transmisible sexualmente como resultado del ataque ⁽⁵⁾
- Investigaciones en Noruega, revelaron que el dolor pelviano crónico, se encontraba asociado significativamente a una historia de violencia en el hogar ⁽¹⁹⁷⁾
- Un estudio en Estados Unidos determinó que la víctima de maltrato en la niñez

o de delitos violentos, duplicaba la posibilidad padecer problemas menstruales graves, enfermedades de transmisión sexual o infección de vías urinarias; la violencia en el hogar triplica su probabilidad.

- Otro estudio reporta que las mujeres maltratadas que viven con hombres violentos, tienen cinco veces más de probabilidades de suicidio ⁽⁴¹⁾
- En un estudio en León, Nicaragua, después de controlar otros factores, los investigadores determinaron que las mujeres que experimentaron maltrato tienen seis veces más de probabilidades de sufrir alteraciones en la personalidad que las mujeres que no lo tuvieron. Igualmente en Estados Unidos, las mujeres maltratadas por su pareja, tienen entre cuatro a cinco veces más de posibilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que las mujeres que no lo sufrieron ⁽⁶⁵⁾

Acompañados de la información y el asesoramiento necesario, se deberán promover y hacer accesibles métodos de anticoncepción masculina voluntarios y adecuados, así como métodos encaminados a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA ⁽⁶⁴⁾

- Un estudio en Boston, Los Ángeles y San Diego en Estados Unidos, Ciudad Juárez en México y San Juan de Puerto Rico evidenció un vínculo entre la victimización por medio del maltrato sexual en los primeros años de vida, en comportamientos sexuales que colocan a la mujer en riesgo de contraer en un 10% VIH ⁽⁹⁴⁾
- Un estudio en León de Nicaragua evidencia que los niños que han presenciado regularmente violencia en contra de sus madres, en comparación con niños que no estuvieron en ese caso, tienen al menos cinco veces más de probabilidad de experimentar graves dificultades emocionales y de conducta ⁽⁶⁵⁾

Clasificación de la violencia contra la mujer

Todos los países deberían hacer mayores esfuerzos por promulgar, reglamentar y hacer cumplir las leyes nacionales y las convenciones internacionales que protegen a la mujer de todo tipo de violencia ⁽⁴¹⁾

- Violencia familiar
- Violencia laboral
- Violencia en el ámbito de los medios de comunicación, y
- Violencia institucional
- Violencia cultural
- Violencia mixta

Los gobiernos deben reconocer la perspectiva singular de las poblaciones indígenas en materia de población y desarrollo y deben atender sus necesidades concretas, incluidas las relativas a la atención primaria de la salud y a los servicios de atención de la salud reproductiva ⁽⁴¹⁾

La violencia familiar denominada así ya que transcurre en el hogar o dentro de la familia, es quizá la más común y afecta a mujeres sin distinción de edad, educación o condición socioeconómica.

Los países deberían adoptar medidas para la eliminar la desigualdad de hombres y mujeres ⁽⁴¹⁾

En 1986 Walker refiere que la violencia conyugal o marital constituye un cuadro específico de violencia familiar, donde la principal afectada es la mujer, quién al no poder salir del vínculo violento podría configurar lo que se llama mujer golpeada. Aparte de incluir hechos tan conocidos como amenazas, insultos y golpes, este tipo de violencia incluye situaciones de extrema gravedad como lesiones invalidantes, abortos provocados por golpes, violación sexual, tortura y hasta homicidio.

Factores que intervienen violencia familiar

Los países deberían adoptar medidas exhaustivas para eliminar todas las formas de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas ⁽⁴¹⁾

Factores intrínsecos

- Historia personal -violencia en la familia de origen-
- Aprendizaje de resolución violenta de conflictos
- Autoritarismo en las relaciones familiares
- Baja autoestima como consecuencia de la victimización de género
- Aislamiento, descuido o abandono durante la niñez

Es preciso potenciar el valor de las niñas para sus propias familias y para la sociedad y reforzar esa imagen con la adopción y aplicación de políticas educacionales y sociales que fomenten su plena participación en la sociedad en que viven ⁽⁴¹⁾

Factores extrínsecos

- Legitimación institucional de la violencia
- Modelos violentos (medios de comunicación)
- Victimización secundaria
- Carencia de legislación adecuada
- Escasez de apoyo institucional para las víctimas
- Impunidad para los agresores

Se insta a gobiernos y empleadores a que eliminen la discriminación por motivos de sexo en materia de contratación, salarios, prestaciones, capacitación y seguridad en el empleo con miras a eliminar las disparidades de ingresos entre uno u otro sexo ⁽⁴¹⁾

Factores de riesgo

- Estrés económico
- Desempleo
- Aislamiento social
- Alcoholismo
- Farmacodependencia
- Psicodependencia

Los gobiernos deberían promover y alentar la participación del hombre y mujer en pro de la igualdad en todas las esferas de la vida familiar y en las responsabilidades domésticas ⁽⁴¹⁾

Entorno sociocultural

- ◆ Creencias y valores culturales sobre las mujeres, hombres, niños, familia
- ◆ Concepción del poder y la obediencia
- ◆ Actitudes hacia el uso de la fuerza para solucionar conflictos
- ◆ Conceptos de roles familiares, derechos y responsabilidades ⁽⁴⁸⁾
(descritos como microsistema y exosistema)

Los gobiernos deberían formular políticas en que se tenga en cuenta a las familias en lo relativo a la vivienda, el trabajo, la salud, la seguridad social y la educación, con el objeto de crear un medio ambiente favorable a la familia ⁽⁴¹⁾

Ciclo de la violencia

- I. Aparente tranquilidad
 - II. Aumento de tensiones interpersonales y familiares
 - III. Evento violento
 - IV. Etapa de reconciliación
 - V. Inicio de un siguiente ciclo
- Menor lapso de etapa tranquila, menos cordialidad
 - Mayor tensión que en la ocasión anterior
 - Evento violento con mayor intensidad
 - Etapa de reconciliación más corta

Cada vez más cortos y violentos, poniendo en mayor riesgo a la o las víctimas en cada evento de violencia familiar.

La mayor parte de las sociedades occidentales y orientales tienen como unidad fundamental a la familia, siendo ésta una plataforma social para la constitución de sus naciones, ya que proporciona organización, estabilidad social y política.

Se pretende que para que esta célula constitutiva funcione adecuada y óptimamente, una de las funciones principales es la creación de un ambiente armonioso de funcionamiento que brinde apoyo y seguridad a sus integrantes. Esa armonía, sin embargo, está amenazada por los actos cometidos dentro de la familia por cualquiera de sus miembros afectando a la integridad física y psicológica de otro miembro. Las víctimas principales de este tipo de violencia son las mujeres, los niños y los adultos mayores. Salvo algunas excepciones, generalmente en la pareja el hombre es el mayor agresor.

Varios factores -culturales, económicos y sociales- contribuyen a impedir que las mujeres denuncien estos hechos, a lo que se añade que tanto el sistema legal como el policial hacen a este proceso, difícil y complicado.

Frecuentemente, el temor impide que las mujeres abandonen una relación de abuso, ya se ha encontrado que el riesgo de ataques contra ellas es mayor cuando la mujer abandona o amenaza abandonar tal relación ⁽⁵¹⁾

En algunos casos, el creer y aceptar que es derecho del hombre abusar de las mujeres también tienden a perpetuar situaciones de violencia. En este sentido, la

violencia familiar ejemplifica las relaciones perversas del poder, donde utiliza a la violencia como forma de control de una persona sobre otra.

Las familias donde se presenta este fenómeno tienen habitualmente estructuras jerárquicas de organización con funciones rígidas definidas, en donde la mujer está subordinada económicamente al hombre. Cuando se establecen relaciones que incluyen el uso de la violencia, se condiciona a las personas especialmente si lo hacen con los niños, a aceptar ésta como un método legítimo de dirimir conflictos, no solo familiares sino también sociales, perpetuando un círculo vicioso de violencia.

Varias investigaciones muestran que mientras más violencia reciben los niños, más tienden a ejercitarla en su vida futura, muchas veces en forma irreparable en la estructura familiar.

Nuestra sociedad educa a las mujeres para ser dependientes y sumisas, alienta al hombre en sus características violentas y agresivas, de forma que se crean pautas de socialización y comportamiento que tienden a perpetuar estereotipos culturales y situaciones de violencia con solución violenta a los conflictos.

En algunas sociedades y sub-culturas la violencia contra la mujer está asociada con el abuso del alcohol, las drogas considerados como factores de riesgo para la violencia familiar.

Investigaciones llevadas a cabo en los Estados Unidos muestran una relación de hombres violentos sumados con problemas de alcoholismo, abusan de sus compañeras o esposas tanto en condiciones de ebriedad como de sobriedad.

Esto nos da la pauta para creer que la violencia es independiente al estado de intoxicación etílica; que en un momento dado pudiera sumarse, siendo digno de tomarse en cuenta como factor de riesgo pero sin perder de vista que existen múltiples factores que contribuyen a la violencia.

Expertos en el tema han indicado que gran número de mujeres consideran que en algunas de las ocasiones, el abuso psicológico es más desbastador que la violencia física, sin embargo, esto no lo convierte en menos lamentable para una sociedad en vías de desarrollo.

Los medios de difusión deberían eliminar en todos los materiales informativos, los estereotipos que refuerzan las desigualdades entre hombres y mujeres.⁽⁴¹⁾

Signos y síntomas en la mujer maltratada

- Sentimientos de temor, que les impide reaccionar y buscar ayuda
- Actitud minimizadora del abuso basada en la ignorancia que constituye una situación de abuso, o el deseo y la necesidad de justificarla
- Aislamiento de su familia y de las redes sociales de apoyo, lo que aumenta su vulnerabilidad frente al abusador y limita sus posibilidades de ayuda
- Introyección de la culpa, por lo que la mujer se siente responsable de la violencia y la explica como una falla en su comportamiento, actitudes muchas veces debidas a auto-laceración psicológica por maximizar su responsabilidad de actuación.
- Aceptación de la violencia en la creencia que el abusador sufre algún tipo de psicopatología que ella es incapaz de controlar, y solo un 3% de los casos presenta una verdadera patología psiquiátrica (62, 68, 69, 70, 95, 104, 116, 127)

Se ha analizado que los hombres que cometen actos de violencia familiar son inseguros, con dificultades manifiestas de comunicación, incapaces de tolerar y resolver conflictos armoniosamente con acuerdos y negociaciones equilibradas, con pocos logros personales, y con un sentido de inferioridad en su relación de pareja.

"No es el fuerte el que reacciona en forma violenta, sino el débil temeroso de mostrar su debilidad"

En algunas sociedades y circunstancias, las mujeres que usan métodos de planificación familiar están mas expuestas a la violencia familiar. Los hombres en muchas sociedades especialmente aquellas en desarrollo, rechazan el uso de estos métodos por parte de la mujer porque temen que faciliten la infidelidad de la misma.

En otras culturas donde el número de hijos es signo de virilidad, los hombres interpretan como insulto personal la demanda de la mujer de usar métodos anticonceptivos, así como la concepción del placer con enfoque masculino, en el que la mujer sólo tiene un papel pasivo; aún en países donde los métodos de planificación familiar son aceptados, la violencia por parte de los hombres puede restringir la capacidad de la mujer a ejercitar su autonomía reproductiva y sexual.

La violencia sexual también puede producir otros efectos deletéreos sobre la salud y el bienestar de las mujeres; ésta aumenta el riesgo de las mujeres de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, ya sea a través de relaciones sexuales forzadas o porque difícilmente pueden obligar a los hombres a usar el preservativo debido a estereotipos culturales o a ignorancia, así como a deficientes coberturas de los países en sus políticas de salud reproductiva

acerca de los métodos de planificación familiar que debieran ser del dominio y acceso popular.

Una de las causas del embarazo temprano en adolescentes y de sus consecuencias negativas, es debido a la pobreza y falta de oportunidades de desarrollo para los individuos y en especial para la mujer, en muchas de las ocasiones con graves repercusiones en la salud para la madre y el producto, así como para su proyecto de vida futura, condicionando esto, a un círculo vicioso que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

En la mayoría de los casos en donde las mujeres reaccionan violentamente contra los hombres, es debido a un mecanismo de defensa por agresiones anteriormente recibidas y como un último intento de protegerse de daños físicos y mentales mayores.

Las mujeres pagan gran parte del malestar psico-socio-cultural a través de su propio cuerpo. Habrá que construir una nueva identidad sexual mediante terapias, con perspectiva comunitaria.

La respuesta efectiva al problema de la violencia debe enfocar tanto las necesidades inmediatas de las víctimas como combatir aquellas creencias y pautas culturales, religiosas y legales que conspiran contra los derechos y garantías de las mujeres que faciliten las situaciones de abuso.

Otras formas de violencia contra las mujeres

Incluye a la prostitución forzada, el turismo sexual, la violación individual o en masa, -con perpetrador múltiple-, asociada con agresión física y psicológica violenta-, el tráfico de mujeres, violación a niñas, tráfico de menores, esclavitud sexual militar, matrimonios forzados, embarazos forzados, y en ciertas culturas, las mutilaciones sexuales y el comercio de novias. La violencia laboral se manifiesta por la discriminación de trabajo y salarial que sufren las mujeres, así como el asedio



sexual en el trabajo que obligan a la mujer a ofrecer relaciones sexuales para su supervivencia, o a cambio de alimentos, refugios o protección; la violencia en los medios de comunicación; en el ámbito de la salud reproductiva llevadas a cabo por personal de salud, con la práctica abusiva de las cesáreas, la esterilización

sin consentimiento y la planificación familiar coercitiva. *Código Penal: artículo 208, 259 bis-279; OMS / OPS Sesión Plenaria 1998*

Del total de refugiados en el mundo, más del 80% son mujeres, niños y niñas. Los cuales en muchas de las ocasiones están expuestos a ataques de miembros de las fuerzas de seguridad, habitantes de la zona y de otros refugiados en el país de asilo, donde piensan estarán a salvo.

Genocidio: mujeres violadas en guerra como parte de las estrategias belicosas (Ex-Yugoslavia, Camboya, Liberia, Perú, Somalia, Uganda, etc.)

Financieros: debido a disputas por demandas sobre la dote de los parientes del futuro esposo en la India, entre muchas otras ⁽⁴⁾ *Servicio Informativo Diario Cimac, México. Junio 1998*

Panorama internacional en países de Latinoamérica los consensos del Cairo 1998-1999. Violencia sexual contra las mujeres

En todos los países se observa aumento en las denuncias de abuso sexual en menores, y también progresión de las medidas orientadas a abordar el problema en forma integral. No obstante, la complejidad del mismo y las raíces culturales que es preciso modificar, hacen más lenta su erradicación. Esto incide en que, incluso en los países donde los procedimientos jurídicos se han adecuado, como en Nicaragua, los juicios que llegan a término, alcanzan sólo un tercio de la magnitud del problema, obligando a enfatizar en la asignación de recursos que, aunque existentes requieren aún adecuaciones.

Violencia sexual contra las mujeres					
Indicadores de contexto y proceso según país. Post Cairo					
Indicadores	Braail	Chlia	Colombia	Nicaragua	Perú
Existencia o trámite de legislación orientada a eliminar el abuso sexual	Sí, avance	Si, avance en trámite	Sí, avance	Sí	Sí, avance en trámite
Características de los procedimientos jurídicos relacionados con la denuncia y penalización del abuso sexual	Adecuado *	Inadecuado*	Adecuado*	Inadecuado*	Inadecuado **
Inclusión tema violencia sexual en educación sexual	Sí	No	Sí	No	Sí
Existencia cursos de capacitación para personal de salud tratamiento integral de la violencia sexual	Sí	No	Sí, avances incipientes	No	Sí, avances incipientes
Implementación de mejoras en los sistemas estadísticos de monitoreo y vigilancia de la violencia sexual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Desarrollo de medidas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí existe,

preventivas y de rehabilitación para víctimas de violencia sexual					escaso
Monto de recursos asignados a campañas de sensibilización	Sin datos	Sin datos	Sí existe	No existe	Sí existe, escaso
Monto de fondos de ayuda internacional asignados a prevención de violencia sexual	Sin datos	Sin datos	Sí	Sí existe	Sí existe, escaso

*Adecuado: procedimiento que facilita la denuncia y el proceso es expedito, que no expone a la víctima a daño adicional y que no induce al desistimiento de parte del denunciante.

** Inadecuado: procedimiento engorroso y lento respecto de la denuncia y el trámite que vulnera la dignidad de quien denuncia, que revictimiza a las niñas abusadas y que induce al desistimiento de la parte denunciante.

FUENTE: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC

Violencia sexual contra las mujeres Indicadores de impacto, según país. Post Cairo					
Indicadores	Brasil	Chile	Colombia	Nicaragua	Perú
Incremento en el número de denuncias por violencia sexual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
% caos fallados por cada 100 denuncias	Sin datos	3.3%	Sin datos	34 %	20 %
% denuncias de abuso sexual causado por familiar cercano	74.2% menores de 9 años. 64.2 % niñas de 10 a 17 años	60.2 %	Sin datos	37 %	47 %
% según tipo de agresión	10% lesión grave con riesgo de vida	Abuso sexual 42.8 % Violencia familiar 38.2 %	Sin datos	Violación 94.8 %	Violación, sin datos cuantitativos

FUENTE: Violencia sexual contra las niñas. Indicadores de impacto, según país, post Cairo. 1998)

**Marco jurídico.
Avances, retrocesos y ausencias de países según ejes evaluados.**

Post Cairo	Violencia sexual en niños			Responsabilidad masculina			Participación mov. mujeres			SS y R adolescente			Calidad de la atención			Aborto incompleto		
	Evol	Regl	Gén	Evol	Regl	Gén	Evol	Regl	Gén	Evol	Regl	Gén	Evol	Regl	Gén	Evol	Regl	Gén
Brasil	θ	A		θ		X	θ			υ			θ	A		θ		
Chile	υ	A		θ	A		■		X	■			■			■		
Colombia	θ			θ			θ		X	θ			θ			■		
Nicaragua	υ	A	X	θ	A		θ		X	■			■			■		
Perú	θ	A	X	θ	A	X	θ		X	θ	A		θ	A		π		

θ Avances « Retroceso » Ausencia de cambios A Persisten insuficiencias en reglamentos o medidas υ Avance incipiente o en trámite X Persistencia sesgos de género
FUENTE: Violencia sexual contra las niñas. Indicadores de Impacto, según país, post Cairo, 1998.

Iniciativas contra la violencia hacia la mujer.

Una mayor conciencia del tema de la violencia contra la mujer en las familias, liderada por los esfuerzos de múltiples organizaciones de mujeres en todo el mundo han implementado iniciativas que tratan el problema en casi todos los niveles coincidiendo que se puede lograr en gran escala si existe voluntad política (137, 138, 141, 144, 145, 150, 153, 156, 158, 160)

- ✓ En América, Austria, India, Japón, Libia y otros países, los grupos de apoyo en que las mujeres maltratadas pueden compartir experiencias que han resultado ser una forma eficaz de ayudar a la mujer a poner fin a una relación violenta y afrontarla.
- ✓ La participación de la comunicación local en la notificación y la reprobación de los esposos violentos, está teniendo éxito en Belice, India y entre las poblaciones aborígenes de Canadá.
- ✓ Las comisarías de la mujer fueron establecidas en América Latina y en una serie de países asiáticos a fin de responder en forma más decisiva y comprometida a los delitos en contra la mujer.



- ✓ Existen cursos sobre crianza no violenta y resolución de conflictos, para adultos y niños en un número cada vez mayor de países entre otros Jamaica y Canadá.
- ✓ En América Latina y Uganda se están poniendo a prueba programas de información legal y asesoramiento jurídico gratuito, donde se alienta a la mujer a entablar una demanda.
- ✓ Se ha incorporado adiestramiento para sensibilizar a los profesionales de salud y la policía, se han adoptado nuevos protocolos para atender a la víctima de la violencia en la familia en Zimbabwe, Estados Unidos, Centroamérica, Perú, Bolivia, Ecuador, Brasil y otros países.
- ✓ Se han abierto refugios y albergues para las mujeres que abandonan a sus compañeros abusivos en las Américas, Egipto, Malasia, Reino Unido, y otros países ⁽¹⁴⁵⁾

La discriminación de género, la violencia familiar, las circunstancias propias de las mujeres que delinquen, tienen que ser tomadas en cuenta cuando se diseñan las políticas preventivas y punitivas en materia pena ⁽¹⁹⁴⁾

Acciones recomendadas

- Promulgación o modificación con ejecución efectiva de leyes contra la violencia, el abuso sexual o cualquier discriminación de género.
- Creación de redes locales de apoyo a víctimas de violencia familiar; con una perspectiva de vinculación interinstitucional y multidisciplinaria.
- Incremento en la atención de los servicios médicos, sociales y legales a grupos vulnerables de violencia familiar.
- Procurar la eliminación de la violencia en los medios de comunicación.
- Implementar estrategias de comunicación educativa con el propósito de lograr a mediano plazo una sociedad libre de violencia familiar.
- Apoyar estrategias de sensibilización a la población sobre los beneficios de una paternidad responsable.
- Capacitación al personal de salud, en la atención a las personas involucradas en situación de violencia familiar
- Proporcionar educación sexual en las escuelas, vinculadas directamente con la consejería y los servicios de salud -es necesario dar a la mujer y a los niños, voz y poder sobre su sexualidad a través del conocimiento;

fomentar la comunicación y confianza entre padres e hijos así como la prevención y espaciamiento de los embarazos en madres jóvenes o con alteraciones en la salud-, con campañas educativas firmes y permanentes.

- Adecuar la legislación con respecto a la legalización sobre embarazos no planeados o no deseados.
- Sensibilización y capacitación al personal de policía en la atención a los casos de violencia familiar.
- Sensibilización y capacitación sobre violencia familiar y resoluciones pacíficas, al personal de justicia (Ministerios Públicos, jueces, etc.)
- Creación, apoyo o enlazamiento de grupos de autoayuda en los cuales las mujeres puedan compartir, analizar experiencias y soluciones (ONG's)
- Creación de casas de refugio que proporcionen hogar provisorio a las víctimas y sus hijos.
- Creación de estructuras gubernamentales tendientes a fomentar y a apoyar iniciativas en defensa de los derechos de los grupos vulnerables de violencia familiar.
- Apoyo a la investigación sobre el tema.
- Establecer el servicio de medicina legal preventiva en los establecimientos públicos, sociales y privados
- Favorecer en instituciones académicas la especialidad de medicina legal.
- Contratar en las unidades médicas gubernamentales y en las agencias de procuración de justicia, mayor número de médicos legistas, o en su defecto, capacitar al personal médico sobre conceptos básicos de medicina legal para una más adecuada e integral atención en los casos de violencia familiar.

"El desarrollo de todas las personas en una sociedad es una cuestión de justicia Social" Common on scientific affairs, American Medical Association; "Violence Against Women; relevance for medical practitioners. Journal of American Medical Association. 1992. 267(23)

V. 2. VIOLENCIA FAMILIAR EN EL MENOR

*Los niños son la esperanza del mundo,
en donde el creador se le ilumine la mirada,
dotados de una gran alegría, ternura,
e inmensa capacidad de perdón;
los formadores del futuro,
los protagonistas de una nueva civilización
con ciencia y tecnología más avanzada día a día
en busca de un mundo mejor.
¡Démosles pues... las herramientas para lograrlo!
(Victoria Victoria Varela.)*



10-10-1998

Victoria Victoria Varela

A través del tiempo, de las diferentes civilizaciones y culturas en un contexto genérico, los niños han sido víctimas de un sin fin de enormes abusos, maltratos tanto por acción, como por omisión o negligencia; se les llegó a considerar seres inferiores, asexuados, sin emociones ni sensaciones, inexpertos, inhábiles, desinformados, dóciles, pasivos, sin criterio ni voluntad propia, colocados en el último escalafón de la jerarquía familiar; el sometimiento, la tortura y la explotación eran parte de la vida diaria de un niño, el adulto lo consideraba parte de sus propiedades y por lo tanto se sentía con el derecho de disponer a su arbitrio de su vida y de su destino; y lo que aún era peor estaba socialmente legitimado, con la justificación de que los padres o tutores lo hacían por su educación y el bienestar del mismo, supuestamente que ellos no tenían la capacidad de decidirlo ⁽¹²⁵⁾

De tal forma, que el maltrato en el menor es un fenómeno complejo, multifactorial y multicircunstancial, en el que se suman factores culturales, sociales, políticos y familiares; y dentro de ésta, incluyendo desde el acervo hereditario familiar conjuntado por ambas ramas parentales de costumbres y valores, como de las características peculiares de los individuos que la constituyen y de la implementación de la dinámica de organización y funcionalidad del nuevo núcleo familiar.

A partir de la época moderna; literatos, sociólogos, médicos, juristas, políticos, etcétera, inician acciones en donde se le otorgan derechos, valores, respeto, espacios y prestaciones propias al niño.

Se deberá garantizar a los niños y a las niñas la igualdad de oportunidades educativas en todos los niveles⁽¹²¹⁾

Sin embargo hoy en día, aún al mirar tan solo a nuestro alrededor, con toda certeza podremos encontrar cerca de nosotros un niño, con algún tipo de maltrato⁽¹²¹⁾

Sin lugar a duda son el grupo más vulnerable, ya que la agresión en ellos puede sorprenderles desde la génesis de su vida; se encuentran en gran posibilidad de riesgo dado el desarrollo y crecimiento tan lento y prolongado en el rango de vida humana ⁽¹³³⁾

Tristemente se ha observado que algunos de ellos desde los primeros días de vida, sufren maltrato, torturas, castigos excesivos, generalmente ocasionados por los padres, tutores, familiares, supuestos amigos de la familia, maestros o cuidadores de los mismos. Niños abandonados o desprotegidos, menores que llegan a la drogadicción y a la delincuencia como producto de una sociedad carente de firmes valores de respeto al menor y provenientes de núcleos familiares con escasos cuidados y afecto hacia ellos, con una alta frecuencia y magnitud de violencia familiar ⁽¹⁵⁾

En las agencias del Ministerio Público, son pocos los casos que se denuncian;

generalmente se detectan en unidades de salud; cuando algún familiar acude llevando al niño no porque acudan por el síndrome en sí, sino porque la madre o el familiar lo lleva a la consulta para vacunación o por alguna otra patología son el médico familiar o el pediatra quienes lo detectan. Sólo en los casos extremos cuando presentan los menores lesiones que ponen en peligro la salud, la notificación se realiza a través del hospital tratante; o por vecinos que denuncian el maltrato, cuando las agresiones han sido frecuentes y graves o existe la presencia de abandono de los mismos ya que de alguna manera han sido testigos de éste ilícito.

De tal forma que es de suma importancia que el prestador de salud, detecte las diferentes formas de maltrato en el menor.

Los países deberían atender las necesidades de los niños y los jóvenes, en materia de salud, incluida la nutrición y la prevención de enfermedades⁽⁴¹⁾

Indicadores de maltrato

Indicadores de maltrato físico: signos y síntomas tales como laceraciones, encefalopatías y mucosa oral, excoriaciones de predominio en miembros inferiores y superiores por estigmas ungueales en fase de deslizamiento en dorso de tórax, por objetos contundentes, azotamientos, equimosis localizadas en región glútea y cara o surcos ante maniobras de ahorcamiento, hematomas en antebrazos, producto de actitudes defensivas, en piel cabelluda, por acción directa contundente de arriba hacia abajo con relación de víctima-victimario directa, huellas de quemaduras diversas, desde cigarrillo hasta grandes áreas por líquidos calientes o sustancias químicas, luxaciones por posturas forzadas por el victimario como manifestación de sometimiento, fracturas en el uso excesivo de fuerza externa con relación al margen de soporte de resistencia de la misma por la superficie ósea del menor, en las que se contempla frecuentemente fracturas dentarias anteriores por contusión directa o por rebote sobre una superficie, fracturas nasales por el mismo mecanismo, heridas por diferentes acciones, desde presión rotación de la piel por pellizcamiento o del pabellón auricular, provocando lesiones que van desde equimosis hasta daños en la función auditiva, huellas de arcadas dentarias, así como lesiones producidas por diferentes objetos punzo-cortantes y en desafortunadas ocasiones llegando hasta la amputación, traumatismos oculares generalmente por contusiones directas, lesiones craneoencefálicas, desnutrición con retraso en el crecimiento y desarrollo conforme a su sexo y edad; eritema de pañal, lesiones congruentes o incongruentes con el mecanismo referido, recientes, antiguas o de diferentes datas, etc. Sintomatología tal como: cefaleas, dispepsias, astenia, adinamia, tristeza, retraimiento, aislamiento, etcétera, sin evidencia clínica patológica, condicionante (15, 25, 33, 34, 40, 45, 47, 50, 54, 57, 58, 64, 66, 69, 70, 77, 86, 93, 95, 96, 101, 105, 107, 108, 109, 111, 160, 177, 200, 212)

Indicadores de maltrato psicológico

Signos o síntomas indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica, autoestima baja e inseguridad personal, timidez extrema, sentimientos de miedo, terrores nocturnos, enuresis, labilidad emocional, de vulnerabilidad, de tristeza, aplanamiento emocional, bajo rendimiento escolar, manifestaciones de ira, agresividad maximizada con sus compañeros de juego, inadaptación social, etcétera (9, 11, 14, 21, 22, 23, 25, 40, 45, 47, 49, 54, 56, 58, 64, 83, 93, 98, 110, 118, 161, 176, 200, 212)

Indicadores de maltrato sexual

Síntomas y signos tanto físicos como psicológicos; lesiones, infecciones genitales y paragenitales, estrés postraumático, alteraciones en la alimentación, en el funcionamiento social, incapacidad para autodominio de su cuerpo, de su actuación, etcétera (13, 14, 25, 40, 45, 47, 54, 58, 77, 79, 94, 161, 1889, 200, 212, 248, 260)

Indicadores oculares en niños maltratados

Aproximadamente un tercio de los casos denunciados de maltrato en menores, en Estados Unidos (1.6%), que han sido comprobados en las agencias de investigación; presentaron manifestaciones oculares.

La desatención infantil (delito por omisión), es el abuso más frecuentemente denunciado representando el 45% de los casos, seguido del abuso físico con un 26%, y el abuso sexual con 11%.

Casi la mitad de las muertes por abuso infantil ocurrió en el primer año de vida, y el 90% antes de los 5 años de edad (18, 93, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 113, 114, 118, 221, 229, 233, 249)

Síndrome del niño sacudido con violencia

Tipo específico de maltrato incluido dentro del síndrome de niño maltratado.

Los hallazgos observados son: lesiones óseas, cerebrales y hemorragias periféricas de la retina y de la córnea en menores de 4 años de edad, sometidos a severas y repetidas sacudidas, de tal forma, que en ellos, la cabeza que es relativamente grande, es sostenida por una musculatura cervical débil, por lo que se mueve violentamente en todos los sentidos.

Si es pulsado por un miembro; los signos pueden incluir hemorragias periólicas de los huesos largos y fractura metafisiaria.

Si es pulsado a través del pecho; puede presentar múltiples fracturas posterolaterales de los arcos costales.

La tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear, pueden evidenciar a las lesiones cerebrales que a menudo incluyen a la hemorragia subdural y subaracnoidea interhemisférica posterior, edema cerebral difuso con oclusión de los vasos cerebrales mayores, y con menor frecuencia, la laceración parenquimatosa, sin lesiones externas evidentes, falleciendo exclusivamente a causa de la sacudida sin datos de contusión.

Las hemorragias retinianas se producen aproximadamente en el 80% de los casos.

Ciertos ojos solamente presentan hemorragia en el polo posterior, aunque se pueden observar en los 360° de la retina, extendiéndose hasta la ora serrata, con componentes hemorrágicos prerretinianos, de la capa de fibras nerviosas, con puntos y manchas intrarretinianas y subretinianas en forma asimétrica o unilateral.

Se deberá hacer diagnóstico diferencial con el Síndrome de Terson, en el cual se presentan pliegues circulares perimaculares por lesión encefálica postraumática.

En los niños, la sacudida violenta del humor vítreo puede producir tracción sobre la retina (debido a la fuerte unión entre el vítreo y la retina posterior) propiciando desgarros en las capas retinianas y acumulación hemática en la cavidad de quisis; los desgarros retinianos bajo la membrana limitante interna o dentro de cualquier capa retiniana e incluso entre los segmentos externo e interno de los fotorreceptores ^(18, 28, 100, 111)

INDICADORES EN LA DETECCIÓN DEL SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO

Los hallazgos que deberá buscar el médico legista en éste tipo de abuso infantil, serán:

- 1- la equimosis y laceración de los párpados,
- 2- petequias hemorrágicas y laceración en la conjuntiva bulbar,
- 3- laceración o cicatriz esclerocorneal,
- 4- hipema, iriditis e iridodiálisis en la cámara anterior,
- 5- catarata y ectopia lentis en el cristalino,
- 6- hemorragia con desprendimiento y roturas de retina,
- 7- hemorragia y avulsión de la base del vítreo y atrofia del nervio óptico.

DATA LESIONAL: En los recién nacidos desaparecen las hemorragias retinianas en las primeras 24 hr.

En menores de 4 años, desaparecen al 3^{er} día, excepto en un 15%, continuando por un periodo de una semana.

En el punto-mancha, desaparecen de 4 a 6 semanas.

Síndrome de Munchausen

Este padecimiento es conocido también como la enfermedad artificial por abuso de poder y describe la simulación por parte de los padres, las lesiones que presenta el menor por datos aparentemente producidos por alguna enfermedad y manipulación de cuadros clínicos, o manipulando secretamente los resultados del laboratorio, así a una sofocación la encubren por apneas recurrentes, etcétera.

El médico legista se enfrentará a una alteración que no tiene sentido, que no responde al tratamiento de manera coherente, que no encaja en ninguna categoría diagnóstica conocida, con síntomas intermitentes e impredecibles en niños que son llevados a varios cuidadores, mediando con el pretexto de la insatisfacción paterna en el cuidado del niño, frecuentemente la madre contesta a las respuestas en lugar del niño, nunca abandona la cabecera y asume el trabajo de enfermera ya que supuestamente, en muchas de las ocasiones el padre no figura ni siquiera físicamente, y mucho menos con paternidad responsable, generalmente está ausente, o es alcohólico y no es conocedor del diagnóstico o enfermedad del niño. La madre es inusualmente sociable durante la hospitalización y parece tranquila cuando recibe malas noticias ⁽¹⁰⁰⁾



Múltiples estudios sobre el fenómeno de violencia en menores, describen la gran incidencia de patrones de agresión heredados de generación en generación, se ha observado que un alto porcentaje (más del 50%) de los hombres que maltratan a sus parejas, también maltratan a sus hijos, siendo los niños dobles víctimas de abuso, ya que no solo son las agresiones directas sobre ellos, sino que también son víctimas testigos impotentes de la violencia a otros miembros de la familia y especialmente contra sus madres.

Lo más lamentable, es que en muchas de las ocasiones la madre es quién más frecuentemente abusa físicamente y psicológicamente del niño, probablemente debido a que es quien está mayor tiempo y más cercano al menor; canalizando sus frustraciones y tensiones, ocasionadas por el maltrato de la pareja y haciendo uso de su poder con respecto al menor, victimizándolo también ^(28, 93, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 120)

Palermo denomina familias abusadoras, a aquellas donde se presentan problemas de abuso físico o sexual, y añade que las causas no sólo son los problemas intrínsecos al abusador, sino también la estructura disfuncional de la familia donde este fenómeno se manifiesta ⁽¹⁹⁰⁾, creándose de ésta manera, patrones en un ciclo de violencia familiar, reproducibles en la siguiente generación.

Algunos datos estadísticos permiten visualizar elementos significativos de la violencia familiar con respecto a los menores:

En Estados Unidos de 1991 a 1993, casi 40 millones de adultos uno de cada tres adultos canadienses fueron agredidos sexualmente durante la niñez.

En 1992, se denunciaron en los Estados Unidos 2.9 millones de casos de abuso de niños o de negligencia en su cuidado. De ellos, 27% involucró abuso físico, 17% abuso sexual, 45% negligencia, 7% abuso emocional y 8% por causas diversas.

El valor de aquella denuncia de Kempe consiste en que a partir de ella se puso mas énfasis en la detección de esta situación, tanto por los pediatras como el personal de salas de emergencia, enfermería y por trabajadores sociales.

- Del 75 al 90% de los casos nunca se denuncian.
- Del 90 al 97% de los casos el agresor fue varón.
- Del 80 al 92 % el agresor es conocido de la familia.
- En más del 87% de los casos la víctima fue mujer.
- En un 83% de las mujeres alguna vez en su vida han sufrido abuso sexual.
- En un 31% de la población femenina sufrió violación.
- No hay ningún estereotipo o perfil del agresor ⁽²¹³⁾.

En el caso de abuso sexual, el abusador más frecuente es el padre, aunque también pueden ser otras figuras masculinas tales como hermanos, tíos o amigos de la familia; muchas veces, el abuso sexual de los niños es más frecuente en clases de nivel socioeconómico más bajo, especialmente en circunstancias donde predomina el hacinamiento.

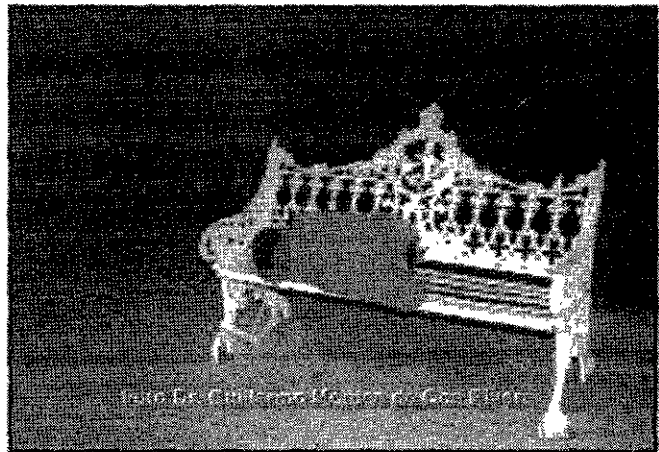
Existen otras formas de maltrato a los niños

Los gobiernos deben hacer lo necesario para que los niños reciban una educación en lugar de obligarlos a trabajar.⁽¹⁶⁷⁾

La explotación laboral: las jornadas excesivas de trabajo en los niños (as) tienen un efecto deletéreo sobre su salud y desarrollo tanto físico como psicológico, afectando el crecimiento y desarrollo con repercusiones en su personalidad, ya que se priva de participar de su vida familiar y comunal, se reduce su tiempo para actividades escolares o recreativas sumamente importantes para su salud física y su desarrollo psico-social.

La explotación sexual: por la prostitución y pornografía infantil; el robo de infantes en un gran porcentaje tiene como finalidad la explotación del menor en ésta actividad, ya sea en su país de origen o en otro distante ⁽¹⁴¹⁾

El abandono: en primer término como maternidad y paternidad irresponsable, son un claro ejemplo de este tipo de maltrato, que expresan una gran manifestación de rechazo, carencia de cariño de los progenitores hacia el niño; que abarca desde el no proveer los nutrimentos, y cuidados esenciales de manifestación de afecto, aceptación y reconocimiento de los padres



hacia el niño que le proporcionen salud física y mental, hasta el total y absoluto desentendimiento de sus responsabilidades paternas o maternas en la provisión de requerimientos mínimos necesarios para su supervivencia y seguridad, en un acto de desamparo injustificado.

Los países deberían asignar alta prioridad y atención a la protección y desarrollo de los niños y jóvenes de la calle.⁽¹⁶⁷⁾

En América Latina se ha visto la proliferación de los llamados niños de la calle que deambulan sin rumbo ni futuro por las ciudades del continente yendo en aumento día con día. Estos niños configuran un grupo especial, ya que muchas veces son víctimas del abandono familiar y social, además de ser agredidos en muchas de las ocasiones por la misma policía que intenta eliminarlos.

La pobreza es el marco en el que se contextualizan las condiciones de vida de muchas familias latinoamericanas que expulsan a niñas (os) y adolescentes a las calles.

Se calcula que existen alrededor de 40 millones de personas viviendo en la calle, de los cuales una gran cantidad son niños y niñas.

Aunque no se puede simplificar y esquematizar el origen del fenómeno a un solo factor, lo cierto es de que estas familias viven en condiciones altamente precarias en la mayoría de los casos y en condiciones de marginalidad.

Entre los factores que condicionan los orígenes de las familias expulsadoras de niños de la calle, se encuentran los siguientes ^(85, 156)

Las familias que residen en el campo, que se trasladan de un lugar a otro, según las demandas de trabajo, que tienen poco tiempo de haber llegado a la ciudad de México; de origen campesino cuya segunda o tercera generación de niñas de madres de la calle nacieron en la ciudad de México.

Razones por las que salen a la calle:

Problemas familiares: 13%, violencia familiar 27%, maltrato, abuso sexual 32%, maltrato y abuso sexual 15%, económico 3% y no determinado 10% ⁽⁸⁵⁾

Los países deberían adoptar medidas para eliminar todo tipo de abuso en contra de los niños y los jóvenes, que vayan desde la prevención hasta la atención de quienes lo han padecido ⁽¹³⁸⁾

La negligencia tanto en el marco familiar como en el social y de salud, se calcula que alrededor de 7'000,000 de niños viven actualmente al margen de los servicios sociales, convirtiéndolos particularmente un grupo especialmente susceptible al abuso y a la explotación ^(138, 144, 147, 148, 151)

Todos los países deberían promulgar y aplicar leyes contra la explotación económica, el abuso físico y mental, y el descuido de los niños ⁽¹⁵¹⁾

Concepto de abuso sexual

- El abuso sexual es todo acto ejecutado por un adulto o adolescente sobre un niño, con el fin de estimularse o gratificarse sexualmente con o sin el consentimiento infantil, siendo actos para los que en la infancia se carece de madurez y del desarrollo cognoscitivo necesario para evaluar su significado y consecuencias.

- El abuso no siempre llega al coito -violación-, sin embargo sus consecuencias dañan a los niños profundamente y varían desde lo emocional hasta lo físico, afectándoles por toda la vida si no reciben ayuda.

Abuso sexual a los niños

- Cuando se trata del caso de menores víctimas de delitos sexuales, las agresiones ocurren indistintamente en los dos sexos, con prevalencia femenina, las denuncias en su gran mayoría, no llegan a los estrados de jurisprudencia y pareciera que un manto de olvido se tiende tratando de no ver aquello que no ha sido posible evitar.
- La violencia sexual ejercida por los padres u otros adultos contra los niños puede alterar marcadamente su desarrollo, y tener consecuencias físicas, mentales y psicológicas que influirán negativamente sobre sus relaciones familiares y sociales futuras. El abuso familiar de los niños, sea físico o sexual, no depende tan solo del nivel socioeconómico de la familia, sino de los valores de la misma.
- En las situaciones que concurren para el incesto, -padre-hija-, las madres de la víctima, lamentablemente en muchas de las ocasiones prefieren callar, no acuden ante la justicia por temor a que los otros hijos, vecinos u otros familiares se enteren; que se derive de la aprensión del padre un problema económico familiar para la manutención del resto de la misma, en otras ocasiones por temor a mayores represalias por parte del agresor, de no ser atendido jurídicamente el caso pronta y expeditamente, por no tener otro domicilio donde radicar, o las autoridades no contar con albergues suficientes y eficaces para la atención de estos casos.
- En los casos madre-hijo, es mucho menos frecuente que ocurra el incesto.
- Recordando que la característica principal del abuso sexual incestuoso, es aquel que rompe la liga de confianza del adulto supuestamente protector, causando un impacto violento emocional de confusión con graves repercusiones futuras para el mismo ⁽⁷³⁾
- Bass *"In the truth itself, there is healing"* en E. Bass y Thorton (eds) *I never told and one*, Nueva York, Perennial Library, 1983, P. 23-60.
- Gordon y O'Keefe; *"The normality of incest"*, en W. Burgess (ed), 1985. Op. cit. cap. 6, pp 70-82
- Galather; *"Becoming whole again"*, Palo Alto, Tab Bock, 1991

Elementos en el maltrato y abuso sexual a los niños

- Abuso del poder: una relación basada en la autoridad y la imposición por parte del adulto hacia el menor, sentirse ellos agredidos y pasar por alto lo que sienten los niños.
- Dinámica de violencia familiar cotidiana con la transmisión de miedos e inseguridades por los adultos hacia los menores.
- El lugar que ocupa el niño en la sociedad y en la familia, con un lugar marcadamente desventajoso.

- Aislamiento de los niños al no brindarles el tiempo, atención adecuada a los menores y no permitir su opinión
- Información deficiente de los padres hacia los hijos sobre los riesgos durante la infancia.
- La valoración de la sexualidad infantil.
- Desconocimiento del menor de su propia sexualidad.
- Falta de credibilidad a los niños al culpar a los niños y justificar a los adultos, indiferencia, pasar por alto el hecho hasta que una evidencia contundente ya no les permita no reconocer la agresión ⁽²³³⁾

Daños irreversibles

Lesión física, emocional y social que genera traumas sexuales al niño, desequilibrio psicológico que conllevan alteraciones de la personalidad y conducta, dejando secuelas en la vida futura que pueden afectar su proyecto de vida adulta ⁽¹⁹²⁾

Tipos de abuso sexual

- Violencia verbal con contenido sexual reiterado: hablar de situaciones morbosas
- Exhibicionismo del adulto frente al menor: desvestirse y exponer sus genitales o realizar gesticulaciones o movimientos de masturbación ante el menor
- Espiar al menor desnudo (a) en el baño o inducirlo (a) a exhibirse
- Tocamientos de áreas genitales y para-genitales: el adulto al menor u obligar al menor a manipular los genitales del adulto
- Besos en la boca o genitales característicos de los adultos: del adulto hacia el menor u obligar al menor a realizarlo
- Forzar al menor a presenciar pornografía, actos sexuales o la realización de la masturbación
- Acto sexual sin coito: llegar a la eyaculación sin penetración
- Violación: máximo grado de abuso sexual
- Pornografía y prostitución infantil: comercio y turismo sexual infantil

Manifestación del abuso sexual

Agresión asociada con un ejercicio de poder, en donde se utiliza la relación de confianza o autoridad, que el adulto tiene frente al menor ⁽¹²⁶⁾

Relación del agresor con la víctima

- Generalmente son personas que tienen fácil acceso al infante, que mantienen una relación de confianza anterior al incidente sexual; puede ser su padre, padrastro, tío, educadores, amigos de la familia, vecinos, cuidadores, etcétera.
- El agresor puede mostrar celos de cualquier infante o adulto que se acerque al menor.
- El adulto formula reglas que gobiernan las acciones del menor.
- Generalmente cometen la agresión más de una vez.

Dinámica del adulto para mantener el abuso sexual

- Seducción
- Chantaje, soborno, premios
- Coerción
- Extorsión
- Amenazas, golpes
- Intimidación y violencia

Identificación del abuso sexual

- Práctica de juegos sexuales no propios de la infancia
- Cambios repentinos del estado anímico o en la conducta
- Encubrimiento de otro adulto generalmente cuando ya ha ocurrido en varias ocasiones con anterioridad
- Presencia de enfermedades transmisibles sexualmente

Actitud del menor ante el abuso sexual

- No discuten ni oponen resistencia a la exploración física
- Creen que los adultos saben lo que está pasando
- Acceden a guardar secretos
- Existe gran confusión en ellos, no entienden lo que está ocurriendo
- Se sienten culpables
- Experimentan sentimientos de abandono, soledad, desprotección, sin posibilidades de enfrentar al adulto agresor
- Dificultad por distinguir sus sentimientos con ellos mismos, en especial con los adultos
- Confusión en su manera de comportamiento
- No expresan lo que les pasa porque generalmente están siendo amenazados, chantajeados, o piensan que no les creerían
- Desconocen la manera adecuada para describir lo que les pasa y utilizan su propio lenguaje, resistencia a ir a cierto lugar o quedarse solos con cierta persona
- Callan lo vivido porque temen a mayor represalia por parte del agresor, en el caso de ser descubiertos o no ser escuchados ⁽²³³⁾

Características encontradas en niños agredidos sexualmente

- No existe un rango de edad de los agredidos ya que ésta varía desde recién nacidos hasta adolescentes, aunque la edad promedio es a los seis años.
- En la mayoría de los casos se agrede al sexo femenino -que un gran número lo reportan cuando ya son adultas-
- Los agredidos pueden pertenecer a cualquier clase socioeconómica.
- Las víctimas tienen relación de cercanía y confianza con su victimario.
- Generalmente, al descubrir el hecho violento, los adultos se dan cuenta después de que ya se ha presentado el acto delictivo en reiteradas ocasiones, que el menor había experimentado repentinamente la agresión.

- La agresión sexual puede ocurrir en cualquier sitio; sin embargo en la mayoría de los casos ocurre en casa de la víctima o del agresor.
- Generalmente refiere la madre que el niño se aísla refleja miedo al bañarlo o a la exploración de genitales; observa descuido personal el niño, ansiedad, insomnio, desobediencia, temor, desconfianza; llanto sin causa aparente.
- Testimonio del niño con detalles de como fue abusado con el lenguaje que maneja.

Consecuencias a corto, mediano y largo plazo

- Órganos genitales lesionados -contundidos, sangrantes y con dolor-
- Enfermedades transmitidas sexualmente -amigdalitis gonocócica, gonorrea, SIDA-
- Dolor a la posición sedente o al participar en deportes.
- Problemas en el control de esfínteres.
- Embarazo de alto riesgo.
- Tristeza, inhabilidad para funcionar, miedo a la oscuridad, a los desconocidos, a algún miembro de la familia, a la soledad, a dormir sola en su propia habitación, miedo focalizado a ciertos hombres o mujeres.
- Sentimientos de culpa ante la posibilidad de llegar a denunciar el abuso sexual: creen que pueden destruir a la familia por enviar al padre a la cárcel cuando éste es el agresor.
- Sentimiento de repugnancia, desamparo y de no poseer control de su cuerpo.
- Anorexia, enuresis, impaciencia, irritabilidad creciente, trastornos del sueño, pesadillas, rechazo a ir a sus lugares predilectos o permanecer con determinadas personas, súbita preocupación por la pulcritud personal, aferramiento a la madre.
- Sentimiento de desamparo, inadaptación en sus relaciones, incapacidad para decidir sobre su propio cuerpo, sobre quien lo toca, como y cuando.
- Actividades sexuales precoces, adopción de actitudes del adulto, masturbación compulsiva, beso profundo; saben más acerca del sexo que sus compañeros de la misma edad, excesivo interés por el sexo, conversaciones relativas al sexo, pasatiempos sexuales continuos con juguetes o con compañeros,

comportamiento seductor hacia los compañeros y adultos, fantasías sobre el contacto físico de tipo sexual.

- Deja de confiar en los adultos, muestra incapacidad de concentración, súbito descenso en la actividad escolar, renuencia a asistir al colegio, desganado por participar en actividades que antes le agradaban, hostilidad, pérdida de interés para jugar con sus amigos, enfermedades psicosomáticas, dificultad para relacionarse con los demás, especialmente con asociación del sexo agresor, conducta sexual atípica, incapacidad e inmadurez para obtener relaciones sexuales satisfactorias a futuro; incapacidad para confiar en los demás, alteraciones de la personalidad difíciles de tratar o ideación suicida ⁽¹⁸⁵⁾

Orientación a menores sobre abuso sexual

- Explicarles de acuerdo a su edad, que es el abuso sexual.
- Hablarles de que su cuerpo les pertenece y que nadie tiene derecho a tocarlo sin su consentimiento o si esto les molesta.
- Orientarles en un ambiente de confianza con paciencia sobre los riesgos a los que pueden enfrentarse así como la manera de combatirlos.
- Darles seguridad para que rechacen lo que les disgusta, les daña o incomoda.
- Fomentar y mantener lazos de confianza mutua, procurar dedicarles suficiente tiempo, cuidado, respeto, amor y alejar al niño de posibles agresores proporcionándole seguridad en el núcleo familiar.

Actitudes positivas de los adultos ante el abuso sexual

- Procurar que el niño desarrolle su vida normalmente.
- No exponer al niño a comentarios de otros con relación a la experiencia.
- Pasado el suceso del abuso alejarlo del agresor.
- Depositar la responsabilidad del abuso en el adulto agresor.
- Manejar sus propios sentimientos con otro adulto o profesional capacitado, no delante del niño.
- En el caso de la denuncia del hecho delictivo o de atención médica, se deberá preparar al niño para enfrentar esa experiencia explicándole cómo y por qué la necesidad de realizarla.

En los casos de los menores agredidos, la notificación será de carácter obligatorio por parte de los prestadores de salud.

a) En los consultorios médico legales adscritas a las agencias del ministerio público:

Con base en la Norma Técnica # 52 "El Expediente Clínico" emitida por la Secretaría de Salud, se establecen en forma obligatoria, los parámetros de interrogatorio y exploración indispensables a fin de que orienten al agente del Ministerio Público, para la tipificación del delito de violencia familiar y en el Certificado de Integridad Física se anotará la leyenda de "probable síndrome de niño maltratado" en los casos que así se diagnostique, así como en la NOM 190-SSA1-1999 "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar

b) Hospitales del Sistema Nacional de Salud:

Ante la incapacidad médica del paciente o de la existencia de riesgo de traslado se solicitará a través de la notificación al Ministerio Público, la intervención del médico legista para que acuda a la unidad de salud para la clasificación médico legal del paciente involucrado en situación de violencia, de esta manera, se le proporcionarán los servicios jurídicos, médico legales y de asistencia social en todos los casos de violencia familiar en niños^().

En los casos de delitos sexuales, en donde no prevalezca una urgencia médica, se deberá canalizar inmediatamente a la agencia del Ministerio Público especializada para delitos sexuales, en donde existan éstas, o la instancia jurídica correspondiente, debiendo ser acompañada por personal del servicio de trabajo social para su notificación^().

En los casos en los que se valore que existe una urgencia médica que ponga en peligro la vida, la función o el órgano, la exploración genital clínica o armada, podrá realizarse mediante el médico de primer contacto, en caso de no contar con médico especialista, en presencia de un familiar o su representante legal y un testigo no-familiar, que puede ser personal paramédico, respetando el pudor del paciente y la confidencialidad del caso; la condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar registrados en el expediente clínico anotando en la hoja frontal "**Caso Médico-Legal**", y el aviso inmediato al agente del Ministerio Público, así como, el recabado y embalado de las ropas y exudados vaginal, anal u oral -dependiendo del delito sexual del que se trate-, respetando la cadena de custodia de las muestras para su entrega al personal de justicia, evitando de esta manera, los elementos de prueba para la investigación jurídica para la tipificación del delito, así como la posible identificación del victimario, en

beneficio del o la paciente en una intervención oportuna, de calidad idónea y éticamente responsable ⁽¹⁰¹⁾

Hospitales en apoyo con agencias del Ministerio Público y servicio médico legal.

- Hospital Balbuena SSAGDF
- Hospital Ruben Leñero SSAGDF
- Hospital Xoco SSAGDF
- Hospital General SSA
- Hospital Gea González SSA
- Hospital Magdalena de las Salinas IMSS
- Hospital López Mateos ISSSTE
- Hospital General Cruz Roja
- Hospital de Zona Núm. 32 IMSS
- Hospital "Nuestra Señora de la Luz" (oftalmología)

Prevención del abuso sexual ⁽²³³⁾

- Reconocer el abuso sexual como un problema social.
- Visualizar al niño como una persona en desarrollo y no como un minusválido
- Reconocer, difundir y practicar los derechos humanos de los niños.
- Informar y orientar a los niños sobre el abuso sexual y la manera de defenderse.
- Promover políticas públicas y sociales a favor de relaciones familiares igualitarias y positivas.

Promover en nuestro entorno y personalmente mayor convivencia familiar, actividades coordinadas especialmente con y para nuestros hijos, que les proporcionen felicidad, tranquilidad y seguridad, como elementos de una plataforma sólida y fuerte para enfrentar el futuro con honestidad, ilusiones, fe, y esperanza, sobre la que puedan crecer, desarrollarse, proyectarse y transmitir a sus hijos el panorama que hoy nos esforzamos por darles.

Dra. Victoria Viloria Varela

V. 3. VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR

VIOLENCIA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR

Aportación: Dra. Victoria Viloria

Envejecimiento en las
AMERICAS
proyecciones
para el siglo **XXI**

OMS/OPS O.G. Instituto Nacional de Envejecimiento, Oficina del Consejo de las Américas, 1999

**"El adulto mayor ha significado,
desde principios de la historia,
la expansión vital de la sabiduría"**
Dr. Guilermo Montes De Oca Rivera

Los cambios sociales demográficos y políticos de las últimas décadas han tenido efecto en la prestación de servicios humanos. El crecimiento de la población de edad avanzada es uno de los cambios más importantes, el número de estas personas en todo el mundo sobrepasan las edades de 70 y 80 años, como consecuencia del incremento a la expectativa de vida habiéndose mejorado la atención en la salud pública.

A pesar que la mayoría de la población sobrepasan los 60 años y que aparentemente gozan de buen estado de salud, llevando una vida activa; un número considerable de éste grupo poblacional, presenta problemas de índole social, emocional y económico.

El envejecimiento está rodeado de concepciones falsas, temores, creencias y mitos. La vejez como etapa de la vida, también es una palabra cargada de inquietud, de fragilidad y a veces de angustia. En estos tiempos modernos persisten ideas que datan desde la antigüedad. No debe sorprendernos descubrir que muchas de las falacias, miedos y costumbres que rodean a la vejez en los tiempos actuales son ecos de culturas de tiempos remotos.

En las sociedades primitivas el adulto mayor era aureolado por el privilegio sobrenatural que le concedía la longevidad, ésta se vinculaba a la sabiduría y experiencia, se asociaba a lo sagrado. En la cultura Inca y Azteca, los adultos mayores eran tratados con mucha consideración. La atención a la población anciana era vista como una responsabilidad pública y no existía la distinción ya que éstos eran atendidos por igual de acuerdo a las leyes establecidas.

El respeto a las personas de edad avanzada era una regla estricta, se les rendía tributo porque se consideraban muy valiosos sus conocimientos basándose en su experiencia, tal como: sabiduría, experiencias vivenciadas, destrezas, poder para curar a través de la medicina mágica, funciones religiosas, control de la riqueza, la propiedad y la familia.

Los adultos mayores eran glorificados en las narraciones y fábulas y sus atributos eran sublimados en recuentos mitológicos de dioses y demonios. Por ejemplo el dios azteca "Quetzalcoatl", era un viejo.

La larga vida era vista como una bendición no como una carga, gozaban de un prestigio considerable otorgado por la familia.

En el Imperio Romano, la imagen del adulto mayor va perdiendo reconocimiento Hebreo, según se va transformando la sociedad y éstos van reduciendo su poder político, comenzando a ver a la vejez como algo temido, cuestionando que la larga vida sea una bendición divina. En términos generales en el periodo del Cristianismo se le da una imagen negativa a la vejez⁽¹⁹³⁾

En el siglo VI, se identifica a la vejez como el cese de la actividad, iniciándose así la concepción moderna del aislamiento del adulto mayor mediante el retiro ⁽¹⁹³⁾

Durante el Período del Renacimiento y del Barroco persistió la idea de la inevitable decrepitud y el carácter melancólico del viejo. La creencia de que el diablo movía la fantasía por humores justificó la persecución y ejecución de miles de mujeres ancianas que fueron equiparadas como brujas ⁽¹⁹³⁾

La Edad Media se caracterizó por la vigencia de la ley del más fuerte. Los más débiles, entre ellos los adultos mayores, estaban sometidos a los más fuertes, siendo parte de la población esclava ⁽¹⁹³⁾

Para el siglo XIV y XV, las epidemias mortíferas de la peste y cólera fueron selectivas dejando el saldo de un gran número de adultos mayores que sobrevivieron a las mismas, trayendo como consecuencia el fortalecimiento del poder político y económico de las personas de edad avanzada y un aumento de los conflictos entre las generaciones al ridiculizar al viejo ⁽¹⁹³⁾

En los tiempos de la novela y la poesía del siglo XV se unen para desprestigiar al adulto mayor, del mismo modo que la comedia y la pintura, y a fines de éste siglo continúa teniendo poca importancia social y económica, encontrándose en una situación precaria y ambigua ⁽¹⁹³⁾

El siglo XVI se caracteriza por una violencia y ataque contra la vejez resultado de la adoración y culto a la belleza y a la juventud ⁽¹⁹³⁾

Durante los siglos XVII y XVIII se hicieron muchos avances en el campo de la fisiología, anatomía, patología y la química, sin embargo persistía el pensamiento ambivalente hacia el viejo ⁽¹⁹³⁾

Las transformaciones que sufre Europa en el siglo XIX refleja un cambio en las condiciones del adulto mayor. El número de personas de edad avanzada aumenta y los adelantos científicos reemplazan a los mitos en torno a la vejez, por el conocimiento científico, el cuál, permite a su vez que se presenten más atenciones a las enfermedades de la vejez ⁽¹⁹³⁾

A pesar de éstos cambios, las circunstancias para el adulto mayor no son favorables porque las transformaciones que se presentan con la Revolución Industrial y el urbanismo, les fueron funestas.

Cuando la edad ya nos les permite trabajar son reducidos a la miseria.

A fines del siglo XIX con los avances de la medicina se separan los conceptos de la vejez y enfermedad en el adulto mayor, la investigación de la vejez tiene un impulso científico dando lugar a la Gerontología y a la Geriatria como disciplinas

formales siendo evidente la escasez de profesionales preparados en este campo para atender las necesidades de éste sector de la población ⁽¹⁹³⁾

La gerontología se definió, como el estudio científico del proceso de envejecimiento y sus fisiopatologías así como de su entorno. Este concepto abarca los aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos de la vejez. *Robert Kane. 1997.*

La geriatría, es la ciencia médica que estudia y trata a las enfermedades y sus cambios físicos normales de la vejez. *Robert Kane. 1997.*

En los siglos XX y XXI se heredaron estereotipos de los anteriores, a pesar de lo largo del tiempo, la noción de la vejez en los planos sociales, biológicos y psicológicos se han modificado y enriquecido, sin embargo, la sociedad no ha cambiado sustancialmente y el adulto mayor ha seguido siendo marginado ⁽¹⁹³⁾

A través de la historia la juventud fue preferida a la vejez; los jóvenes han temido su llegada y los viejos han echado de menos a la juventud. Viéndose favorecido por sociedades en donde se exalta a los jóvenes, se ha menospreciado aún más a los adultos mayores.

En épocas pasadas el estatus social del adulto mayor se basaba principalmente en su conocimiento y en su experiencia y eran vistos como portadores de la historia y de las costumbres. El respeto hacia las personas de edad avanzada se propiciaba sobre la base de algún atributo que bien podía ser, el conocimiento la experiencia, destreza mágica o funciones religiosas ⁽¹⁹³⁾

Al paso del tiempo se le fue marginando al adulto mayor y en la sociedad tecnócrata actual no se consideraba que con los años el saber se acumulaba, sino que caduca; la sociedad moderna basa su cultura en el trabajo y su consumo, es una sociedad orientada básicamente hacia la juventud y de los valores de ésta ⁽¹⁹³⁾

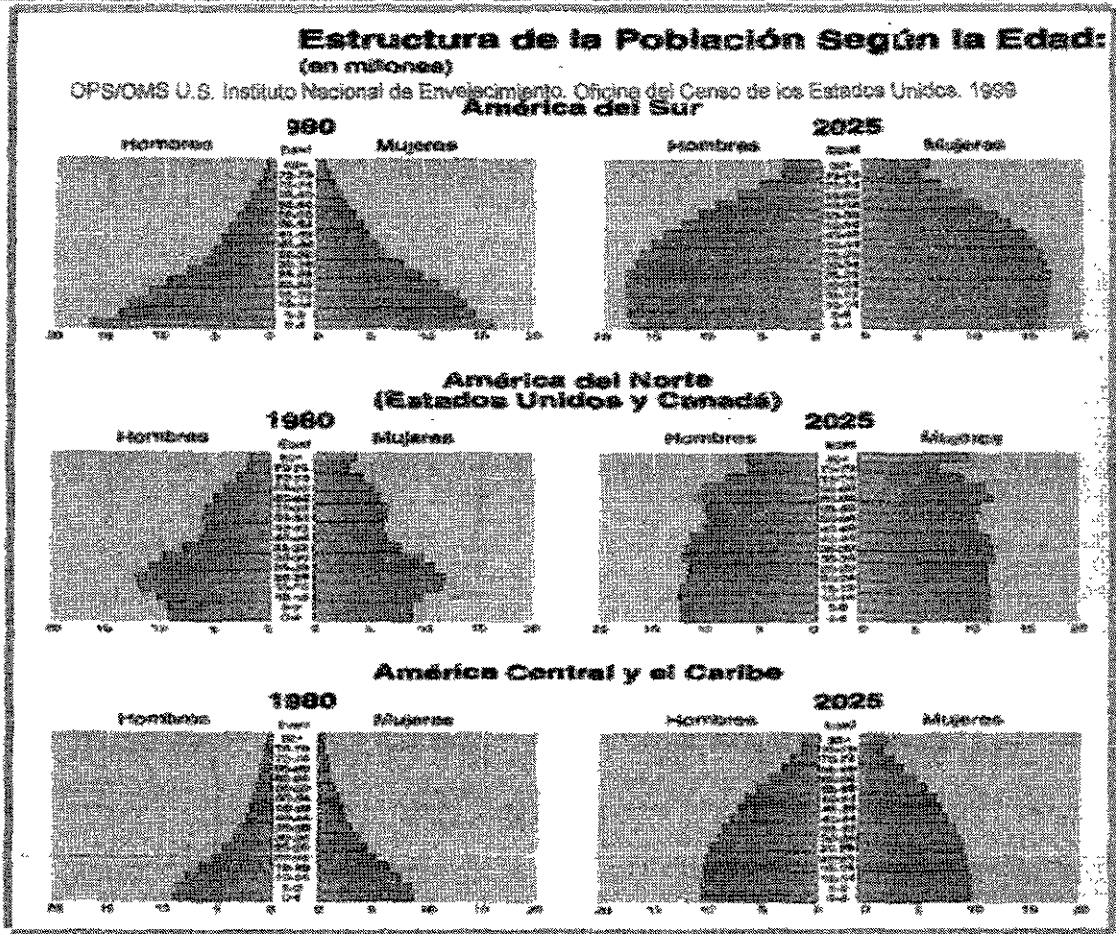
Se calcula que en el mundo hay un poco más de 53.000 millones de habitantes y de estos, aproximadamente 320 millones son personas de 65 años o más que constituyen el 6 % de la población mundial. Para el año de 1988, la población mundial creció a un ritmo anual de 1.7 % en contraste con una tasa de 2.8 % de crecimiento para el grupo de edad de 65 años. Para el año de 1988, la población mundial creció a un ritmo anual acelerado de tal forma que alcanzará una cifra de 400 millones de personas para el año 2000 ⁽¹⁶³⁾

Las proyecciones de la población para este grupo de edad en el siglo XXI son de crecimiento acelerado.

Las variables demográficas que intervienen en estos procesos son la fecundidad, la mortalidad y la migración.

Los descensos de la fecundidad y la mortalidad han afectado la estructura de la campana poblacional. Los efectos más significativos de estas dos tendencias descendentes, han sido el de una disminución de la población joven, aumento en el porcentaje de personas de edad avanzada -65 años o más- y un exceso de las mujeres en edad avanzada, por lo general viudas. *Instituto Nacional de Envejecimiento. Departamento de Comercio de los Estados Unidos. Administración de Economía y Estadística. Oficinas del Censo*

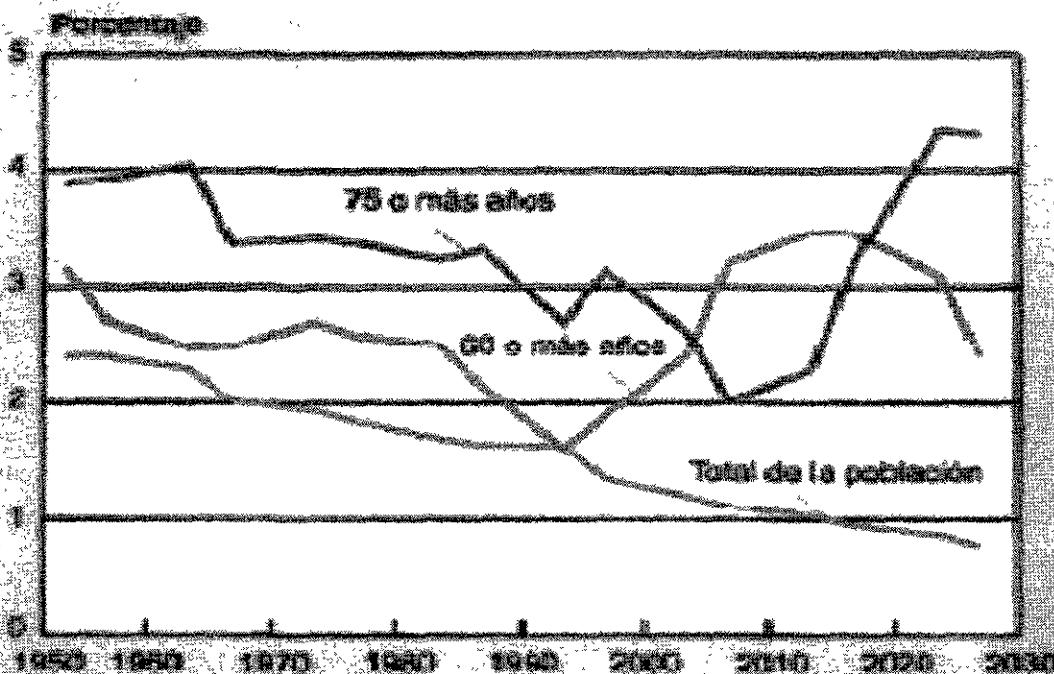
**Estructura de la población según la edad. 1980 y 2025
(en millones)**



El envejecimiento es un proceso normal del ser humano, donde el cuerpo se modifica, percibiendo los cambios físicos y psicológicos, influyendo en el pensamiento, sentimiento, creencia, valor, actitud, comportamiento y personalidad que a su vez influyen en la conducta con los demás. Con el tiempo, también cambia el mundo que los rodea, así como la posición que ocupan en éste, viéndose influidos por su entorno sociofamiliar hasta sus adaptaciones y modificaciones en sus hábitos higiénicos, alimentarios, de vigilia, de horas sueño, vivienda, laborales, según sus condiciones de salud ^(193, 220) Consejo Estatal de Población: Coloquios "Tercera Edad". DIF. Nuevo León.

Porcentaje promedio de crecimiento anual del total de la población y del segmento de personas de edad en las Américas

Porcentaje Promedio de Crecimiento Anual del Total de la Población y del Segmento de Personas de Edad en las Américas

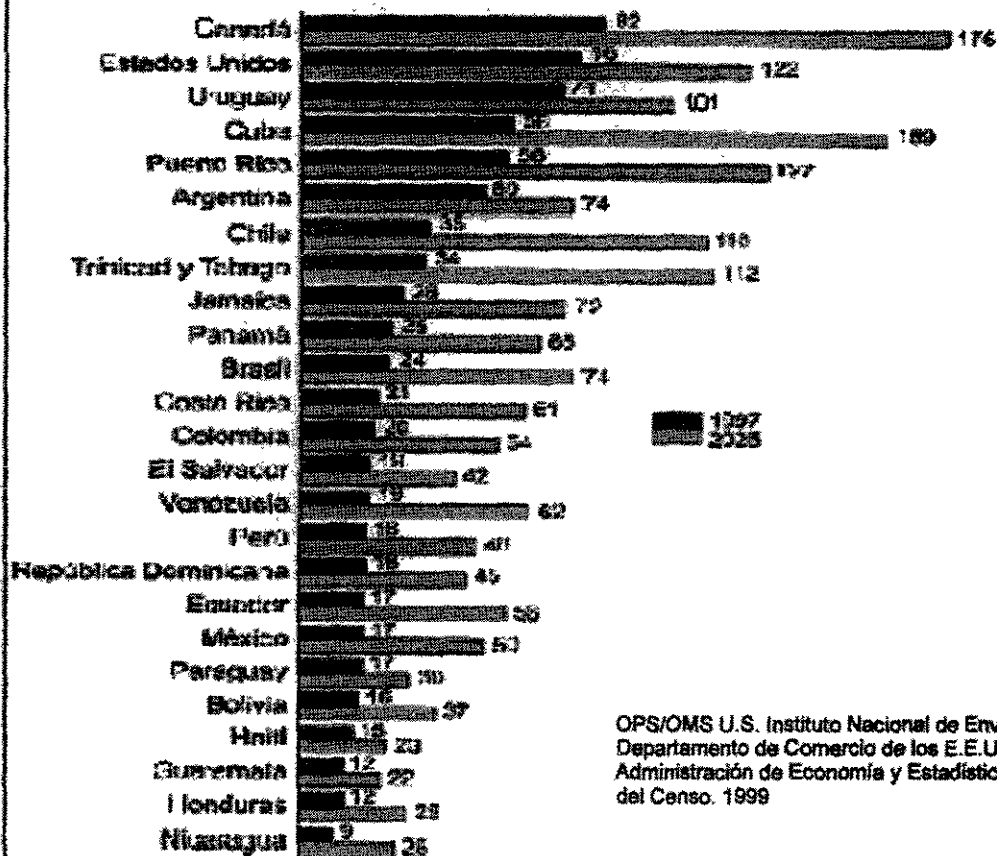


Instituto Nacional de Envejecimiento, Departamento de Comercio de los Estados Unidos
 Administración de Economía y Estadísticas, Oficinas del Censo, 1999.

Generalmente los cambios más notables que se teme en la vejez, son los de orden biológico, fisiológico y financiero. Sin embargo existen pérdidas y cambios sociales que incluyen: disminución de actividades, el retiro o jubilación que es uno de los cambios o eventos más significativos en la vida de las personas mayores, siendo una parte inevitable del ciclo de vida, teniendo por consecuencia reducción en percepciones financieras, crisis de identidad y pérdida de roles o estatus llegando a la soledad o abandono y estas no necesariamente están ligadas a las normas de la vejez saludables que afecta la vida de las personas ancianas (119, 126, 128, 149, 150, 193, 220)

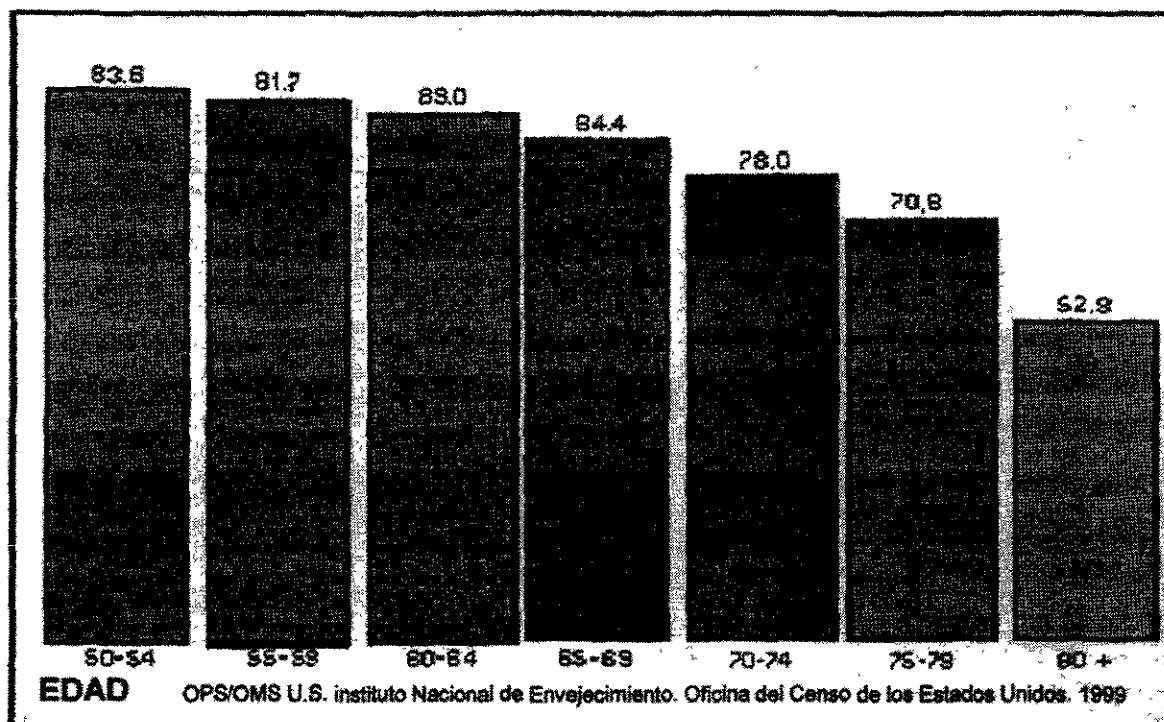
Índice de envejecimiento en los países de las Américas 1997 y 2025

Índice de Envejecimiento en los Principales Países de las Américas: 1997 y 2025



OPS/OMS U.S. Instituto Nacional de Envejecimiento.
Departamento de Comercio de los E.E.U.U.
Administración de Economía y Estadística. Oficinas
del Censo. 1999

Número de hombres por cada cien mujeres en los segmentos de personas de edad en América, 1997



La vejez se asocia generalmente con problemas de salud, con tendencia a padecer enfermedades crónicas.

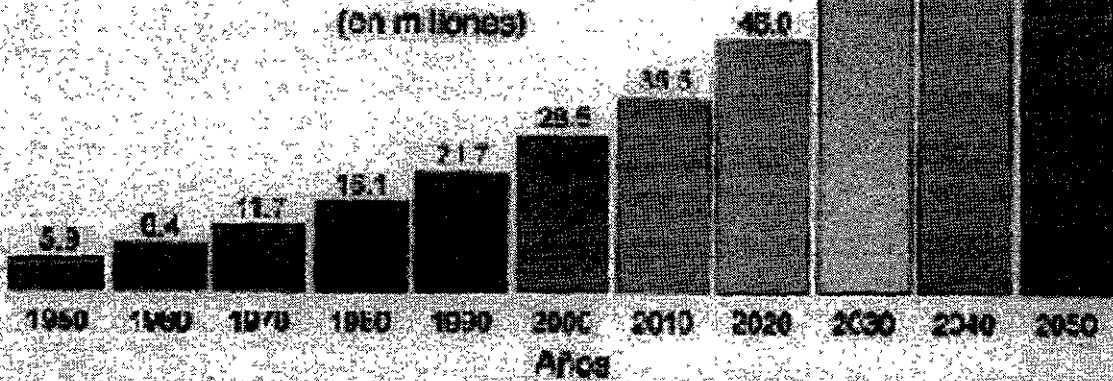
La decadencia gradual de los órganos y sentidos pueden afectar el funcionamiento de la persona, su movilidad, su participación en actividades y comunicación con el mundo que los rodea.

El concepto de salud por la Organización Mundial de la Salud, refiere que "la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad", por lo que el envejecimiento por sí mismo presenta problemas de salud al impedir que las personas de la tercera edad, por aspectos sociales, laborales, etcétera, no pueden mantener su ritmo de vida por grandes factores:

- La disminución de la capacidad producida por el envejecimiento
- Evolución y acentuación de enfermedades crónicas
- Problemas psicosociales relacionados con la familia y la economía.

Crecimiento regional del segmento de las personas de mayor edad (75 o más años)

U.S. Census Bureau
Office of the Chief Economist
United States
1999



Abandono



Foto: Dr. Guillermo Montes de Oca Rivera.

Alteraciones en el adulto mayor ⁽¹⁸⁴⁾

- Inmovilidad
- Inestabilidad
- Incontinencias -encopresis, enuresis-
- Intelectuales -daño-
- Infecciones crónicas.
- Incapacidad -discapacidad-
- Disminución de la audición
- Disminución de la visión
- Aislamiento
- Inanición -desnutrición-
- Incapacidad económica -pobreza-
- Yatropatogenias
- Insomnio
- Depresión
- Inmunología deficiente
- Impotencia

Si bien los problemas que traen las enfermedades con el proceso de envejecimiento afectando al 50 % de la población de edad avanzada, lo son aún más aquellos ocasionados por la marginación que son sujetos por parte de la familia y la sociedad, lo que impide que reciban la atención medica que requiere cada caso en particular, favoreciendo así complicaciones e incapacidades, con el siguiente abandono físico, afectivo y psicológico. *Rivera Casado/Urtach*

La alimentación juega un papel importante, ya que una persona al envejecer, presenta modificaciones en el funcionamiento de aparato digestivo, como son: disminución del gusto, pérdida de piezas dentarias, disminución del olfato, de la secreción de la saliva, cambios en el esófago, cambios en la producción de bilis, en la circulación de intestino grueso y delgado, trayendo como consecuencia alteraciones en el aprovechamiento de los nutrientes.

Existen además factores externos que afectan del aporte de alimentos como son las alteraciones físicas, mentales, disminución en el nivel económico y el abuso de medicamentos que lesionan el tejido de aparato digestivo y otros sistemas.

Los órganos sexuales no son la excepción, también sufren cambios con el proceso de envejecimiento, sin embargo, a pesar de estos cambios, las funciones cognitivas y emotivas no sólo perduran y se mantienen en niveles altos, sino que se enriquecen y dan otro sentido al comportamiento sexual en la tercera edad.

En casi todas las civilizaciones y en casi todos los tiempos, al anciano se le ha negado socialmente la posibilidad de expresión sexual, conceptualizada como privilegio de la juventud

Abuso al adulto mayor

El abuso al adulto mayor se presenta en personas de más de 65 años por individuos de confianza, por acciones u omisiones que afectan la esfera afectiva, cognoscitiva y económica principalmente

En estudios realizados en Estados Unidos, se detectó que entre el 5 y 10% de adulto mayor sufren algún tipo de abuso.

En un estudio realizado en Manitoba, Canadá; sugieren que los casos de abuso de los adultos mayores caen en los siguientes puntos.

- El abuso económico: es el más común de abuso al adulto mayor reportado en el 40% de los casos. Es el blanco favorito de extorsionistas.
- La crueldad mental: es la siguiente causa más común de abuso, reportado en un 38%, incluye humillación, hostigamiento intimidación y aislamiento social.
- El abuso físico: es reportado en un 25% de los casos, que incluyen un manejo rudo o restricción de movimiento en los adultos mayores.

Una apreciación acerca del abuso que está limitado principalmente a instituciones donde los residentes adultos mayores están sujetos al trato impaciente de los empleados. De hecho el abusador típico es un miembro de la familia, usualmente la esposa en 58%; los hijos, 24%, en su dependencia familiar. Los cuidadores sin parentesco, son responsables alrededor del 25% de abuso.

Dos terceras partes de los casos del abuso al adulto mayor, la víctima es mujer.

El temor a envejecer, se ha basado en conceptos negativos acerca de que un adulto mayor disminuye su productividad, aumenta su dependencia y el costo para el cuidado de su salud. En muchas de las ocasiones debido a enfermedades crónico-degenerativas el costo de atención es muy alto, y finalmente su modificación en el atractivo físico llega a causarles grandes depresiones.

Los adultos mayores han trabajado durante toda su vida, han formado familias, algunas veces en condiciones muy difíciles han luchado en la formación o en el

beneficio de sus comunidades, otros han participado en guerras, han sufrido la experiencia de emigrar a otro país buscando mejores condiciones de vida. Otros todavía viven en sus propios hogares, están sanos mentalmente y son miembros activos de sus comunidades, algunos están retirados de su empleo regular, etc. y sin embargo habrá quien abuse de ellos. *Elder Abuse what is it? What do about it? Alberta Family & Social Services-Office for the Prevention of Family Violence. E.E.U.U. 4 august 1995. Pp. 1-5*

Los adultos mayores no siempre reportan el abuso

- Temen una represalia del abusador, a perder el contacto con el familiar
- A que su familia se vea involucrada en un problema legal debido a la notificación del hecho delictivo del que fue objeto.
- A la disgregación familiar motivada por la notificación del abuso.
- Que el resultado de la notificación del abuso, sea motivo represalia familiar propiciando su alejamiento, la ruptura física y afectiva con su núcleo familiar con traslado del hogar familiar a un hogar para adultos mayores u hospitalización.

Desconocen de que hay autoridades que pueden intervenir y piensan que su "problema" no es lo suficientemente importante para las autoridades. *Elder Abuse what is it? What do about it? Alberta Family & Social Services-Office for the Prevention of Family Violence. E.E.U.U. 4 august 1995. Pp. 1-5*

Abuso al adulto mayor

Es todo acto ejecutado de acción u omisión por cualquier persona que abuse de sus condiciones físicas, psicológicas sociales y económicas del adulto mayor, valiéndose de su posición, jerarquía, fuerza física, relaciones laborales, o familiares.

El abuso del adulto mayor como delito

El abuso es un delito que puede ser físico, psicológico, sexual, financiero, abandono. Generalmente el tipo de conducta del perpetrador y las consecuencias en las víctimas, son tan graves que los victimarios son sujetos a comparecer ante las autoridades tanto penales como civiles.

En muchos casos los abusadores pueden violar la ley y quedar impunes. Se ha observado que personas que abusan de los menores en gran medida están relacionados con el maltrato a adultos mayores.

La víctima de abuso conoce a sus abusadores. La mayoría de las víctimas depende de personas que le proporcionan alimentación, cuidado personal o compañía, por lo que se encuentran en estado de indefensión o desventaja.

Hay muchas clases de abuso al adulto mayor, una de ellas es el maltrato físico desde empujones, bofetadas o jalones, hasta ataques sexuales, confinamiento forzado en un cuarto, cama o silla u homicidio.

El abuso puede ser también financiero de una persona cercana al adulto mayor forzándolo a vender sus propiedades personales, robándole su dinero, pensión o posesiones. El fraude, extorsión, falsificación y mal uso de la confianza de sus abogados es también otro abuso al adulto mayor.

Negligencia

Es otro caso de abuso, si alguien abandona a un adulto mayor o retiene o niega comida y servicios de salud, o comete una falla deliberada para darle a alguien lo que él o ella necesita.

El abuso al adulto mayor puede también tomar la forma de crueldad mental, -maltrato psicológico- si alguien insulta, atemoriza, o le da un trato infantil que lo minusvalore, lo amenaza de internamiento en una casa hogar o clínica, etcétera (7, 26, 35, 36, 37, 38, 39, 137, 139, 144, 145, 147, 150, 153, 156, 173, 238, 239)

Abuso social a los adultos mayores

En la comunidad, la mayor parte del abuso es causado por un familiar, que a menudo cohabita con la víctima dependiendo ya sea financieramente, o como cohabitante.

Algunas veces el abusador no puede manejar el estrés de cuidar a un adulto mayor debido a los problemas psicológicos o personales del mismo.

Los abusadores en instituciones son los empleados, ya sea porque que no han recibido la sensibilización y capacitación adecuada y profesional para ser aptos y óptimos en el desempeño de sus funciones o por la sobrecarga de trabajo o poco personal destinado al cuidado de los mismos.

En instituciones se presenta el robo y ataque pero la mayoría del abuso toma forma de negligencias, el poco cuidado o la falta de respeto para los residentes.

En las oficinas, supermercados, etc., y hasta en la misma calle son agredidos ya sea porque su acucia, dicción o locomoción se encuentre afectada, ya que no contamos con una cultura de tolerancia, comprensión y ayuda hacia el adulto mayor (59, 63, 66, 69, 70, 78, 126, 128, 155, 157, 159, 225, 245, 247)

Vulnerabilidad de los adultos mayores

La mayoría de las víctimas de mayor abuso hacia el adulto mayor en la comunidad son aquellos que tienen discapacidades físicas o mentales sumados a su proceso de envejecimiento acentuando su vulnerabilidad ⁽¹²⁷⁾

El abuso puede sucederle a cualquier adulto mayor, sin embargo se observa con mayor frecuencia y gravedad en mujeres. Algunos, son víctimas de agresiones directas por el esposo o esposa. El aislamiento y el abuso van de la mano, la mayoría de ancianos abusados están aislados de sus amigos, vecinos, familiares. ya que a menudo el abusador no le permite visitar o comunicarse con otras personas para no ser descubierto ^(4, 8, 23, 77, 82, 87, 115, 131, 132, 195, 231)

Manifestaciones clínicas en el adulto mayor violentado ^(23, 27, 200, 212, 244)

- Depresión
- Miedo, ansiedad o pasividad
- Apatía, astenia
- Lesiones físicas inexplicables
- Deshidratación
- Desnutrición
- Mala higiene
- Diversas patologías –crónico / degenerativas-
- Abuso en la automedicación de fármacos
- Patologías agudas
- Patologías descompensadas

Existen otras manifestaciones de abuso al adulto mayor, por ejemplo, financiero -pérdida monetaria-, artículos personales -joyería, aparatos del oído, o dentaduras, etcétera-, que se les extravían aparentemente sin explicación lógica, acusándolo de auto-negligencia.

Falta de denuncias

Personales

- Temen a la represalia
- Piensan que pueden ser reclusos en un asilo o institución
- Les apena que el familiar los maltrate y que se sepa públicamente

- Consideran que las autoridades no pueden ayudarlos realmente, por desconocimiento de sus derechos y garantías constitucionales, o por falsa información al respecto

Comunitarias

- No saben con quien reportarlo
- Ignoran que pueden hacer
- Les preocupa estar involucrados
- Temen por la represalias del victimario

Elder Abuse what is it? What do about it? Alberta Family & Social Services-Office for the Prevention of Family Violence. E.E.U.U. 4 august 1995. Pp. 1-5

La legislación contempla que si existe un adulto mayor víctima de abuso ya sea porque viva en un asilo que no contemple las condiciones adecuadas para su estancia o por las necesidades específicas de su estado de salud, éste debe ser reportado a las autoridades sanitarias.

Tipos de abuso al adulto mayor

- Físico
- Sexual
- Psicológico o emocional
- Negligencia
- Explotación financiera o material
- Simulación de negligencia

Factores que intervienen en el abuso al adulto mayor

- El estrés del cuidador
- Ciclo de la violencia familiar
- Problemas personales de los abusadores
- Falta de conocimiento del manejo al adulto mayor
- Carencia de una cultura de respeto y ayuda al adulto mayor
- Pobreza y abandono

En 1987 aparecen por primera vez en las actas de correcciones para los adultos mayores norteamericanos. Estas definiciones fueron previstas en la ley solamente como guía para identificar los problemas y no como propósito a ejecutar.

- Violencia familiar
- Violencia institucional
- Auto-negligencia y abuso

La violencia familiar, generalmente se refiere a cualquiera de las formas de maltrato dentro del núcleo familiar. (Ejemplo: una esposa, un familiar, un amigo, un cuidador en la casa del adulto mayor o en la del cuidador)

La violencia institucional, se refiere a cualquiera de las mencionadas formas de abuso que ocurren en las instituciones residenciales para adultos mayores (casas hogares, clínicas, hogares de grupo). Los abusadores institucionales son personas que tienen una obligación, contrato o compromiso legal para proveerles cuidados y protección.



El maltrato físico, se tipifica ante cualquier lesión que es deliberadamente hecha al adulto por un familiar, una persona que esté a su cargo de sus cuidados o por cualquier otra que por razones de gratitud, amistad, y le inspire confianza ^(2, 35, 36, 37, 38, 81, 128, 131, 132, 200, 212, 244)

Signos y síntomas de abuso físico

- Fracturas de cualquier parte del cuerpo
- Lesiones con distintos estadios de evolución
- Punciones injustificadas
- Cicatrices
- Heridas infectadas sin tratamiento médico
- Esguinces
- Quemaduras
- Luxaciones
- Hematomas

- Excoriaciones
- Contusiones
- Signos de tortura
- Prótesis rotas o en mal estado
- Cambios anímicos y de personalidad del adulto mayor ^(127, 200, 212, 239, 244)

Abuso sexual

Acciones con intenciones sexuales por cualquier persona hacia el adulto mayor sin su consentimiento, valiéndose del poder, autoridad, engaño, seducción, chantaje, soborno, cohesión, extorsión, amenazas, golpes, intimidación o discapacidades del mismo ^(9, 11, 12, 23, 79, 84, 127, 180, 239)

Tipos de abuso sexual

- Caricias injustificadas
- Ataque sexual o agresión
- Rapto
- Sodomía
- Desnudez forzada
- Fotografía explícita sexual
- Violencia verbal con contenido sexual
- Espiar o exhibir al adulto mayor desnudo
- Caricias en áreas de genitales y para genitales cuando se le esta aseando o cambiando de ropa



Signos del abuso sexual

- Equimosis en cara anterior de tórax, espalda, genitales
- Edema, excoriaciones en genitales
- Infecciones -enfermedades de transmisión sexual-
- Lesiones genitales y ano-rectales

- Huellas hemáticas vaginales o rectales inexplicables
- Ropas interiores rasgadas o con huellas hemáticas
- Reporte de adultos mayores de haber sido agredidos sexualmente
- Fallecimiento inexplicable (9, 23, 28, 55, 82, 86, 127, 131, 132, 155, 178, 183)

Características del adulto mayor víctima de abuso

- Las víctimas pueden pertenecer a cualquier clase socioeconómica
- Tienen confianza y relación cercana con el victimario
- Cuando se descubre generalmente el adulto mayor refiere haber experimentado repetidos actos sexuales violentos
- Se presenta en cualquier lugar, sin embargo se presenta con más frecuencia ocurre en la casa del adulto mayor por el cuidador

Abuso psicológico

- Insultos
- Amenazas
- Intimidaciones
- Humillaciones
- Hostigamiento
- Aislamiento
- Tratar al adulto mayor como un infante, aislarlo de sus familiares y amigos o de sus actividades regulares, dándole el "trato del silencio" y forzar una soledad.
Coiné, A., Reichman, W., Berbig, L.; "The relationship between dementia and elder abuse" *Am. J. Psychiatry.* 1993 Apr; 150(4): 643-6

Los signos y síntomas del abuso psicológico

- Estado anímico inestable
- Aplanamiento afectivo
- Comportamiento inusual atribuido a la demencia
- Depresión (49, 56, 59, 60, 62, 64, 69, 77, 79, 86, 88, 91, 119, 121, 123, 155, 178, 179, 196, 239)

Indicadores de maltrato psicológico

- Miedo
- Depresión

- Negación
- Angustia
- Temor a la expresión libre
- Confusión o desorientación
- Frustración
- Desconfianza
- Introversión
- Ansiedad
- Insomnio
- Adinamia
- Anorexia
- Baja autoestima
- Psicopatologías inexplicadas (57, 82, 86, 127, 155, 166, 200, 212, 227, 239, 244)



Negligencia (87, 88, 95, 97, 98, 101, 115, 163)

Está definida como un rechazo u omisión de las personas para llevar a cabo cualquiera de las obligaciones o deberes en el cuidado del adulto mayor; no cubrir los servicios necesarios para su cuidado, requerimientos individuales especiales, el rechazo o la falta para proveerlo de todas las necesidades vitales para un adecuado estilo de vida.

Reporte de maltrato al adulto mayor por denuncia por él mismo o por segundas personas ante condiciones de vida inseguras, insalubres en la vivienda y deficiente higiene personal; falta de atención médica ante deshidratación o desnutrición



Foto. Dr. Guillermo Montes de Oca Rivera

Desproteger al adulto mayor de posibles riesgos que por su edad pueda sufrir

Indicadores de negligencia

Desaseo, olor a materia fecal u orina en la vivienda del adulto mayor, presencia de exantemas, dermatitis, alergias, parasitosis en cuerpo y piel cabelluda, vestimenta en mal estado, inadecuada, deteriorada o sucia. falta de atención medica que el adulto mayor requiere.



Abandono (131, 155, 157, 178, 200, 212, 227, 239)

Es la deserción de la persona que ha asumido la custodia o responsabilidad, para prever los cuidados generales o específicos del adulto mayor.

Lugares de abandono

- En su domicilio, en hospitales, clínicas, casas hogar y otros.

Explotación financiera o material

Abuso económico

Constituye el uso ilegal o inapropiado de los fondos, propiedades o acciones de explotación o falta de atención en los bienes o el dinero de una persona mayor. Esta forma de maltrato incluye la apropiación premeditada de dichos bienes y la coerción sobre él, para su reparto.

Tipos de abuso financiero

- Uso inadecuado o sustracción del dinero con cambios de cheques sin autorización del adulto mayor o cambios repentinos en cuentas bancarias o practica bancaria sin su consentimiento con retiros inexplicables de cantidades innecesarias
- Presión para firmar cualquier documento: contratos, cartas poder o testamento, la inclusión de nombres o firmas en cuentas bancaria y tarjetas con retiros sin autorización de tarjetas

- Aparición repentina de familiares, reclamando sus derechos sobre los bienes del adulto mayor con trasferencias inexplicables repentinas de capital a cuentas de familiares o cualquier persona
- La provisión de servicios que no son necesarios, deudas sin pagar, rentas vencidas, cuando el responsable de hacer dichos pagos o cuando se sabe que con su situación económica podría cubrirlos, desaparición de fondos u otros documentos o materiales de valor, falsificación de firma en transacciones financieras o en títulos de posiciones
- Reporte de ser explotado financieramente
- Reclutamiento en un asilo cuya cuota es mucho menor a la que podría pagar (23, 25, 121, 227)

Coiné, A., Reichman, W., Berbig, L.; "The relationship between dementia and elder abuse" Am. J. Psychiatry. 1993 Apr; 150(4): 643-6

Elder Abuse what is it? What do about it? Alberta Family & Social Services-Office for the Prevention of Family Violence. E.E.U.U. 4 august 1995. Pp. 1-5

Auto-negligencia ⁽¹²³⁾

Se caracteriza por comportamiento que amenaza la salud o seguridad del anciano.

Se manifiesta generalmente como un rechazo o falta para proveerse por sí mismo, el auto-cuidado de vestido, vivienda, alimentación, higiene personal, medicamentos y precauciones de seguridad.

Factores de riesgo (estrés del cuidador) ⁽⁸¹⁾

El cuidado de un el adulto mayor frágil es difícil, provocando estrés en el cuidador, cuando el adulto mayor está dañado física o intelectualmente, cuando el cuidador no se encuentra debidamente capacitado para la atención del mismo, o debido a sus bajas percepciones económicas, bajo ésta circunstancias, el incremento de estrés y frustración del cuidador puede llevarlo al abuso o negligencia en la atención.

Maltrato por parte del cuidador o responsable

- No se le permite al adulto mayor, hablar o ver a personas sin la presencia del cuidador
- Actitudes agresivas de indiferencia hacia el adulto mayor o falta de asistencia notoria
- Culpar al adulto mayor de lo que sucede (incontinencia urinaria o fecal)

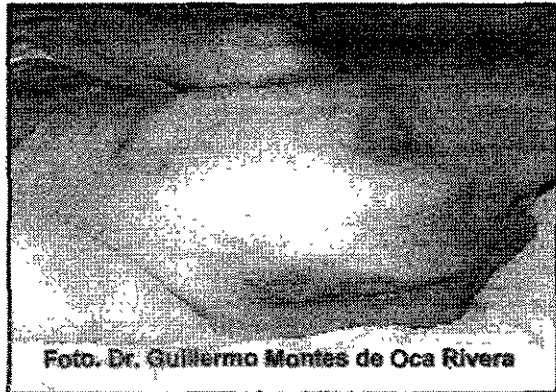


Foto. Dr. Guillermo Montes de Oca Rivera

- Antecedentes previos abuso en adultos mayores
- Problemas de alcoholismo o drogadicción
- Expresiones exageradas de cariño hacia el adulto mayor
- Seducción o actitudes que denoten posibles preferencias sexuales con el adulto mayor
- Actitud defensiva u hostil del cuidador hacia otras personas que tengan relación con el adulto mayor

Daño al adulto mayor dependiente (9, 49, 55, 131, 132, 178, 239)

Se ha observado que los adultos mayores con salud precaria, son más vulnerables de ser abusados, a diferencia de los que gozan de buena salud.

También se ha reportado que el abuso tiende a ocurrir cuando el nivel de estrés del cuidador se intensifica cuando existe el desmejoramiento del sujeto en cuestión.

Ciclo de violencia (25, 48, 145, 178)

Entre los integrantes de una familia, existen diferentes grados de violencia, algunos son más propensos, ya que ésta es un comportamiento aprendido y transmitido de una generación a otra. En estos familiares el abuso es la respuesta normal a la resolución del conflicto, debido a que es su mecanismo solutivo cotidiano.

Características de los agresores ^(8, B1)

Se ha reportado el estrés como factor de riesgo en los cuidadores de los adultos mayores, cuando estos presentan problemas personales

Otros factores de riesgos se presentan cuando los hijos del adulto mayor con los que viven, sufren desordenes psicológicos, alcoholismo, farmacodependencia o desajuste financiero. Debido a esto, abusan de sus padres, en vez de cuidarlos, convirtiéndolos en dependientes del mismo y el abuso en estos casos puede ser una respuesta sumada.

Más de tres cuartas partes de los agresores hacia el adulto mayor son familiares de las víctimas.

Acciones que pueden prevenir el abuso

- El abuso al adulto mayor es un delito que debe ser notificado
- Las autoridades están obligadas a proporcionar atención y protección
- Muchos casos de abuso ocurren en familias con niveles de estrés altos
- Reducir el estrés en una familia cuidadora de un adulto mayor es una manera de prevenir el abuso
- La población debe ser informada que el ejercicio de la violencia es un delito
- A través de estrategias que favorezcan la comunicación educativa
- Los adultos mayores tienen que ser prevenidos, que este tipo de conductas en su persona, son inaceptables y punibles para el agresor
- Muchos adultos mayores agredidos piensan que al denunciar a su familiar podría arruinar la vida al núcleo familiar
- Si a través de la anamnesis y la exploración física, se sospecha de maltrato en el adulto mayor, con presencia de indicadores clínicos, se deberá notificar al agente del Ministerio Público como caso médico-legal e informar al servicio de trabajo social para su canalización y seguimiento en su comunidad

Existen leyes nacionales e internacionales que protegen al adulto mayor. En nuestro país es obligatoria la notificación de estos casos ya que se considera al adulto mayor como integrante de un grupo vulnerable. Hoy en día, muchas instituciones de atención a los adultos de la tercera edad, apoyan estos

principios de ética profesional, por lo que su personal se encuentra sensibilizado y capacitado para detectar estos casos y notificarlos a las instancias jurídicas.

La prestación de servicios de Asistencia social para la atención integral del adulto mayor se llevará a cabo en:

- Centro de atención especializada
- Casa hogar para adultos mayores
- Albergues temporales para adultos mayores (35, 36, 37, 38, 39, 71, 164, 193, 198, 200, 212, 234)

La prestación de los servicios de asistencia social comprenden

- Alojamiento temporal o permanente
- Alimentación
- Vestido
- Fomento y cuidado de la salud
- Atención a adultos mayores con discapacidad
- Atención medica y psicológica
- Trabajo social (136, 161, 163, 167, 170, 172, 175, 182, 200, 209, 211, 212, 220, 234)

Los establecimiento para la atención del adulto mayor estarán orientados a:

- Promover el bienestar presente y futuro de los adultos mayores
- Mejorar la prestación de servicios de asistencia social
- Estimular la interacción del adulto mayor
- Estimular la participación social
- Realizar acciones que promuevan la participación en actividades ocupacionales y recreativas



- Realizar acciones de referencia y contrarreferencia para la resolución de urgencias medico-quirúrgicas
- Fomentar el respeto a la persona, a sus derechos civiles y pertenencias
- Otorgar vigilancia protección y seguridad (16, 31, 42, 43, 44, 45, 48, 51, 52, 53, 124, 136, 137, 139, 144, 146, 147, 150, 152, 153, 154, 156, 158, 161, 167, 170, 172, 182, 200, 202, 212, 208)



*" De las mejores herencias
que podemos dejar a nuestros hijos,
además de buenos hábitos y nobles propósitos...
Son hermosos recuerdos"
Dra. Victoria Varela de Viloria.*

V. 4. VIOLENCIA FAMILIAR EN MINUSVALIDOS



*Y él espera orgulloso con sus dolores,
Inconocido y solo, días mejores
Que imagina, que van a venir.
(Pablo Neruda,
Cuadernos de Tamuco
Seix Barral)*

V.5. VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA MINUSVALIDOS

Desde el punto de vista criminológico, todo ser debilitado es objeto de violencia ya que no posee la capacidad para su defensa.

Discapacidad es cualquier restricción o falta de habilidad, resultado de cualquier pérdida o anomalía de una estructura orgánica o función psicológica, fisiológica o anatómica, en el desarrollo de una función o actividad, fuera del rango considerado normal ^(200, 212)

Cuando existe un miembro en la familia debilitado en sus facultades físicas o intelectuales, generalmente la familia y la sociedad lo aísla, negándole los derechos básicos a la educación, la posesión, la libertad, e incluso a la salud; se ven prácticamente secuestrados, con agresiones psicológicas y en muchas de ellas ocasiones con lesiones físicas.

El 10% de la población mexicana presenta algún grado de deficiencia, discapacidad o impedimento ^(219, 221)

Actualmente nuestro planeta tiene el grupo más grande de jóvenes en toda su historia: 1.1 mil millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, del que el 85% se encuentran en países en vía de desarrollo. Estos niños y niñas enfrentan múltiples riesgos en su salud sexual y reproductiva. Las mujeres jóvenes, son particularmente vulnerables debido a las intersecciones entre los trastornos del embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo y la infección por VIH entre otras enfermedades transmisibles sexualmente ^(90, 106, 225, 235, 248, 250)

En el caso de las mujeres discapacitadas especialmente en al área mental, son doblemente victimizadas ya que aunado al gran número de violencia psicológica y física, es el grupo de mayor riesgo de presentar agresiones en el área sexual, lamentablemente en la mayoría de los casos son víctimas de los mismos familiares o personas cercanas con las que convive, inclusive por personal de instituciones al cuidado de las mismas. Un gran porcentaje de adolescentes con discapacidad suele quedar embarazada por éste tipo de delito, llegan a las unidades de salud en condiciones precarias de salud o en estados realmente de gravedad, debido a la ausencia de cuidados que pueden poner en peligro su vida.

Si bien es cierto, que una de las características de la violencia familiar es su invisibilidad ⁽¹⁶²⁾ y el amplio sub-registro de los casos dentro de las instituciones que los atienden contribuye a esta invisibilización, lo es más en los casos de personas con discapacidad; por lo que es compromiso del personal de salud estar alerta para la detección oportuna de éstos casos.

Un alto porcentaje de las unidades médicas carecen de las condiciones arquitectónicas idóneas por lo que se deberán establecer los requerimientos

para proporcionar a los discapacitados facilidades de acceso, tránsito y permanencia para que reciban la atención médica adecuada, oportuna, de calidad idónea y trato amable ⁽²⁰²⁾

Las estrategias y políticas en el mejoramiento en la atención pública deberán considerar a este grupo de pacientes, como una de las metas primarias de atención; creando nuevas estrategias tanto en la capacitación y sensibilización al personal así como la modificación, modernización o adaptación de sus instalaciones para el manejo óptimo de los mismos, ya que en la mayoría de los casos requieren de revisiones periódicas, que se verían favorecidas pudiendo acudir a hospitales que cuenten con instalaciones adecuadas, facilitando el libre acceso al primer paso para su atención ⁽¹⁷⁰⁾ *World Programme of Action Concerning Disabled Persons. United Nations. 1981*

La participación multidisciplinaria es indispensable, sin embargo, juega un papel primordial el departamento de trabajo social, que será piedra angular en éstos casos.

Favorecer la visita intradomiciliaria a pacientes, podría ser una de las estrategias a seguir, ya que el riesgo de desprotección para la atención médica es mucho más alto que en otros grupos.

El médico legista deberá dar lo mejor de sí mismo en la atención requerida a estos casos, con una pronta y expedita actuación en los mismos, teniendo en cuenta que son pacientes que requieren de mayor cuidado y atención; siendo fundamental para el impartidor de justicia los elementos médico-legales que les proporcionemos para la correcta tipificación del delito del que hayan sido sujetos.

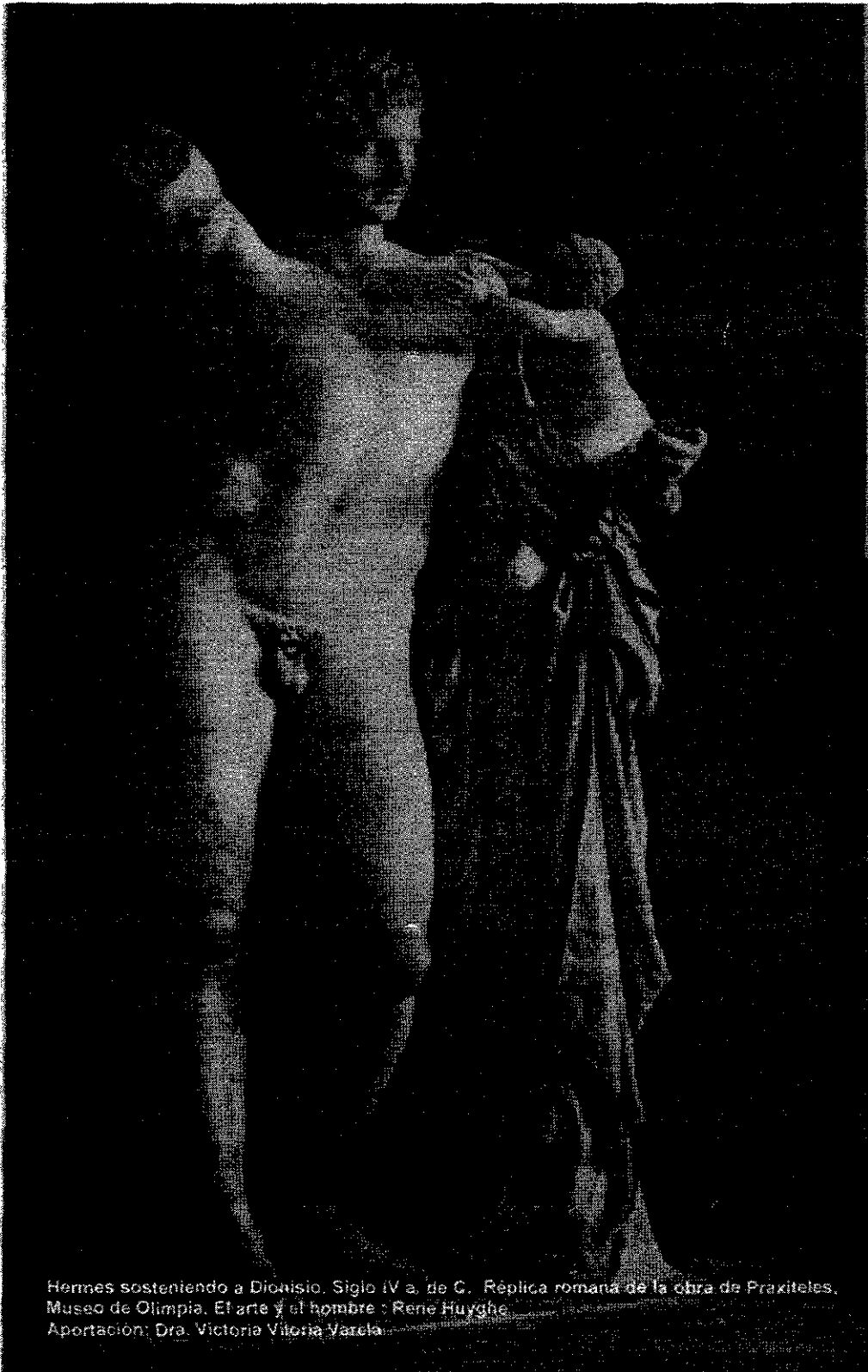
Legislación

El Código Penal del Fuero Común para el Distrito Federal, y del Fuero Federal para toda la República, tipifica estos casos en el artículo 7°; Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Tercera fracción 1 del Artículo 13 A Fracción 1, 23, 45, 167, 173, Artículo 174 fracción VI y 180 de la Ley General de Salud; 136 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, Artículo 8° Fracción IV y Artículo 24 Fracciones I y IV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; Artículo 38 Fracción II, Artículo 45 y 46 Fracción II y Artículo 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Declaración de los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y Abuso del Poder, Séptimo Congreso de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, Milán, 1985, adoptado por la Asamblea General en su Resolución 40/34 del 29 noviembre de 1985.

Además de todos los Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos

V. 5. EXPLORACION FISICA DEL HOMBRE AGRESOR



Hermes sosteniendo a Dionisio. Siglo IV a. de C. Réplica romana de la obra de Praxiteles. Museo de Olimpia. El arte y el hombre : René Huyghe. Aportación: Dra. Victoria Vitoria Varela.

Exploración física general

Exploración de genitales externos

- a) Presencia de vello púbico, su distribución y características morfológicas
- b) Características generales del escroto, testículos, prepucio, pene, surco balanoprepucial y meato urinario.
- c) Presencia de alteraciones y secreciones en el sujeto, la víctima del lugar de los hechos -*pasto, tierra, pólenes, fibras, etcétera*-
- d) Datos de coito reciente: edema e hiperemia de glande, dilatación de vasos peneanos, presencia de secreciones que pintan el surco balanoprepucial, ruptura de frenillo, etcétera.
- e) Lesiones genitales, paragenitales y área extragenital
- f) Estudiar los datos de potencia e impotencia sexual mediante el reflejo bulbocavernoso mediante el pellizcamiento del glande y dando como respuesta una contracción del esfínter externo del ano, y el reflejo cremasteriano que consiste en realizar un estímulo con un objeto agudo al nivel de los músculos sartorio, con la elevación de la bolsa escrotal, para valoración de la no-impotencia. Toma de muestra de surco balanoprepucial. Raspado del espacio digitoungueal para los estudios pertinentes de confronta

Conclusiones

- a) Anotar si es mayor de edad o no.
- b) Si es menor de edad, se notarán los parámetros clínicos que sustenten la presunción, anotando el rango de menor que... y mayor que...
- c) Signos de enfermedad venérea y coito reciente
- d) Justificar si el sujeto es apto sexual, clínica y anatómicamente
- e) Lesiones clasificables legalmente

Impotencia sexual

- **Área genital:** determinar el grado de desarrollo piloso, alteraciones anatómicas en el desarrollo, sospecha o presencia de algún padecimiento infeccioso.
- **Neurológico:** establecer mediante exploración cuidadosa la normalidad funcional de los centros de erección y eyaculación.
- **Psiquiátrico y psicológico:** descartar cualquier tipo de patología en estas esferas.
- **Urológico:** descartar infecciones o problemas vasculares de vías urinarias.
- **Neurovegetativo:** probar la funcionalidad del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, mediante pruebas farmacológicas, biológicas y clínicas mediante el reflejo cremasteriano y bulbocavernoso.
- **Endocrinológico:** verificar el grado de funcionalidad gonadal.
- **Clínico vascular:** investigar si hay alguna patología vascular.

Laboratorio

Tomar las muestras después de 2 a tres días de abstinencia sexual, mediante la masturbación sobre un frasco limpio, mantenidas a temperatura ambiente la cuál se embala y se envía al laboratorio. Se deberán analizar de 2 a 3 muestras, en las dos primeras horas posteriores a su toma.

Líquido seminal

El volumen normal oscila de 1 a 5 ml, de aspecto viscoso, opaco u opalescente, blanco amarillento, que contiene 20 millones de espermatozoide por mililitro, con mas del 60% móviles y de morfología oval.

Alteraciones en el líquido seminal:

- I. Aspermia: ausencia de eyaculación
- II. Azoospermia: ausencia de espermatozoides en líquido seminal
- III. Oligospermia: densidad espermática menor a los 20 millones por ml

Manejo hospitalario

- I.- Custodia judicial
- II.- Atención médica
- III.- Embalaje de ropa exterior e interior, artículos personales y objetos de delito del lugar de los hechos
- IV.- Notificación al agente del Ministerio Público, con la solicitud de peritación del médico legista

Toma de muestras

- 1.- Toma de muestra de orina para estudio toxicológico
- 2.- Examen andrológico: balanoprepucial, presencia de células vaginales, semen, sangre, saliva o materia fecal
- 3.- Otras muestras: piel bajo el lecho ungueal de pelos del pubis, axila y cabeza; huellas dactilares, etcétera
- 4.- Muestras de fibras: naturales o sintéticas

Embalaje de indicios, evidencias y pruebas

- 1.- Bolsa de plástico para prendas de vestir y objetos personales
- 2.- Tubo de ensayo para muestra de exudado vaginal, anal, oral, pelos y fibras
- 3.- Etiqueta de identificación que identifique el nombre completo del paciente, señalar si es probable víctima o victimario; fecha y hora, nombre del perito médico legista que recaba las muestras y número de averiguación previa.

Panorama Internacional en Países de Latinoamérica

Los consensos del Cairo 1998-1999

La voluntad política post Cairo en cuanto a impulsar programas específicos dirigidos a promover y facilitar la **responsabilidad masculina** respecto de la sexualidad y la reproducción, se ha evidenciado en todos los países estudiados, si bien con diferente énfasis y amplitud. Es interesante constatar que los cinco países cuentan con legislación que regula la pensión alimentaria para los hijos (as) y que se han eliminado las discriminaciones relacionadas con la filiación. Los indicadores de proceso dan cuenta de una incipiente tendencia progresiva que requiere fortalecerse de acuerdo con las necesidades reales, eliminando las iniquidades de género respecto de la sexualidad, reproducción y la crianza. Cabe señalar los esfuerzos de Chile y Perú en cuanto a la incorporar la presencia de los hombres al parto de sus parejas.

Salva Nicaragua y Perú no existen fondos específicos asignados para ésta política, o no se cuenta con datos para un análisis más completo; esto obliga a reforzar dichos programas que en los indicadores de impacto destaca la brecha entre mujeres y hombres usando métodos anticonceptivos observándose en Colombia y Perú. Uno de los inconvenientes ha sido la ausencia de registros, que han dificultado la aplicación de indicadores.

Responsabilidad masculina en salud sexual y reproductiva. Indicadores de contexto y proceso según país, post Cairo					
Indicadores	Brasil	Chile	Colombia	Nicaragua	Perú
Existencia de una legislación que prohíba la esterilización masculina o la limite respecto a la femenina	No	No	No	No	No
Existencia de una legislación que legitime a la unión libre	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Condiciones generales que eliminan discriminación respecto a filiación	Sí	Sí	Sí	Sí	
Existencia legislación sobre licencias paternales por nacimiento o enfermedad de los hijos (as)	Sí	Sí	Sí	Sin datos	Sí
Existencia legislación que asegura la alimentación de las hijas (os)	Sí	Sí		Sí	Sí
Autorización del la pareja para efectuar esterilización	Sí	Sí	No	No	No
Existencia de programas de capacitación para el personal de salud sobre la nueva visión de la masculinidad y la atención específica al hombre con perspectiva de género	No	Incipiente	Sí	No	No
Existencia de programas de capacitación docente sobre educación no-exista en el sistema educacional	Sí	No	No	No	Sí
Existencia de programas dirigidos a incorporar a los hombres en planificación familiar y acompañamiento durante el parto	Incipiente (PF)	Incipiente (parto)	Sí (PF)	Incipiente (PF)	Incipiente (PF)
Existencia de programas de educación comunitaria para promover nueva vivencia de paternidad	No	No	Sí	Incipiente	Incipiente

Monto de fondos asignados a las actividades educativas sobre masculinidad, con perspectiva de género	No existe	Sí existe o escaso	Sí existe	No	Sí existe
Monto de fondos asignados para insumos y procedimientos de planificación familiar masculina: preservativos, vasectomía	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos desagregados
Monto de fondos asignados para implementación de programas de salud reproductiva en hombres	No existe	No existe	Sin datos	Sí existe	Sí existe, escaso

* No existen disposiciones en el nivel legislativo, pero en los casos de menores de 30 años, una normativa sectorial intenta establecer la autorización de la pareja como requisito ⁽²⁴⁸⁾

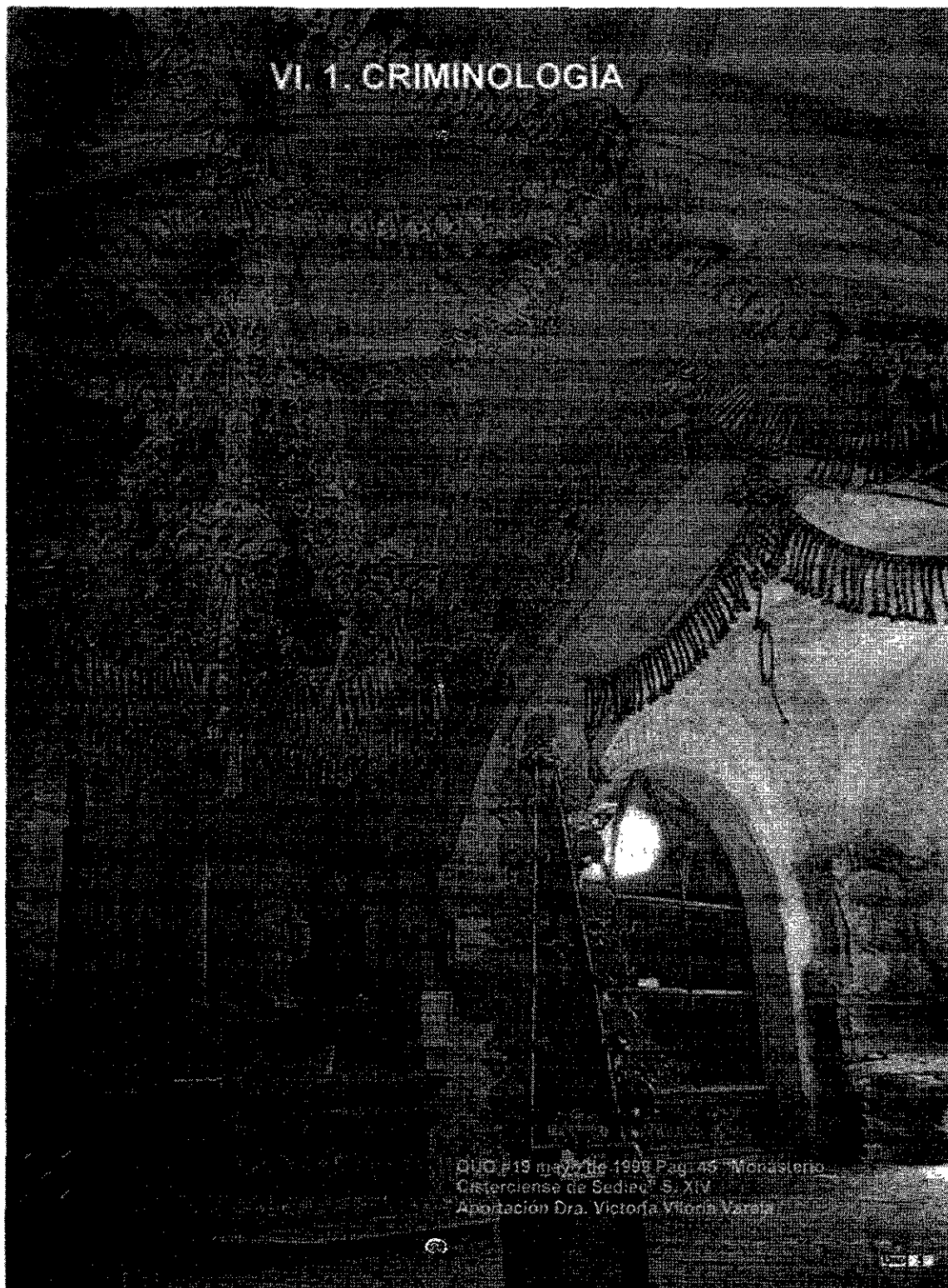
Observaciones

Se considera oportuno implementar políticas en los países latinoamericanos en pro de una cultura tendiente a favorecer, la igualdad en los derechos de los seres humanos, los derechos reproductivos, la no-violencia familiar; legislaciones más justas y aplicables con honestidad y eficiencia de los servidores públicos.

Sistemas de salud con presupuestos a la realidad operativa regional y estrategias que faciliten el acercamiento y abastecimiento de los servicios de salud a comunidades más lejanas e inhóspitas; con servicios de salud proporcionados con calidad, encabezados por directivos con alta probidad profesional, con sentido de servicio público y no político, basados en una perspectiva preventiva y social.

Posiblemente pudiera parecer utópico el proponerlo y aún peor el pensar lograrlo; sin embargo, en la medida que todo ciudadano tome conciencia de su participación social, en el futuro de las nuevas generaciones, lo que queremos para nosotros y para ellos (nuestros hijos y nietos) y en el bienestar global mundial, será posible su realización.

VI. 1. CRIMINOLOGÍA

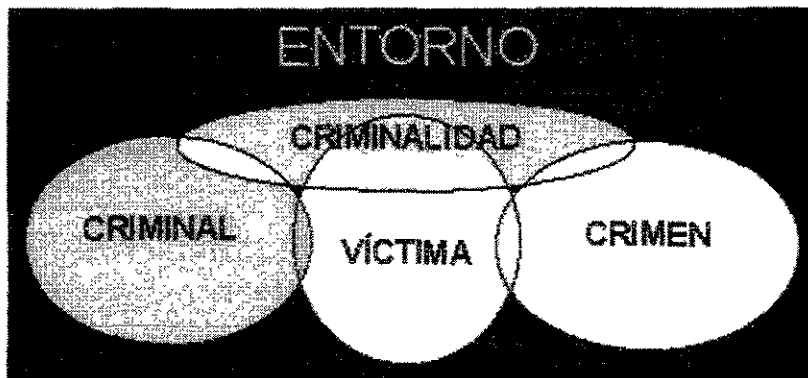


D.I.O. #19 mayo de 1999 Páginas Monasterio
Cisterciense de Sedice S. XIV
Aportación Dra. Victoria Viloria Varata

*"La observación nos permite sacar
lo común de lo diverso"
(Aristóteles)*

La criminología es una ciencia sintética, causal, explicativa y cultural que estudia las conductas antisociales, usando por metodología de investigación, un conjunto de conocimientos ordenados, sistematizados y jerarquizados que permiten su verificación o pasar la prueba de constatación de los investigadores para concluir que la creencia de dichos conocimientos está justificada ^(116, 127)

Esta disciplina estudia a la criminalidad desde el entorno del criminal y la génesis del crimen.



El papel del médico legista está subordinado al procedimiento jurídico que se desarrolla en cuatro tiempos a saber:

1. La búsqueda y constatación del delito o crimen:
 - Atentados a la vida o a las costumbres,
 - Determinación de la naturaleza del hecho judicial (diagnóstico diferencial entre muerte natural, homicidio, suicidio o accidente, levantamiento de cadáver, autopsia, estudios específicos de toxicología y otros)
2. Búsqueda del agente de infracción:
 - Estudio de las piezas de convicción,
 - Huellas e indicios,
 - Estudios de laboratorio
3. La agregación del grado de responsabilidad penal del inculcado, el cual exige en ocasiones, un informe médico-legal de orden psiquiátrico.
4. Compete al Tribunal de Justicia la determinación de la culpabilidad.

El inculcado se beneficia siempre con la presunción de no-culpabilidad, de manera contraria, probar la intención criminal, aportando numerosas pruebas de

calidad, las cuales deberán apoyarse básicamente en observaciones médico-legales.

Conocimiento científico

Está constituido por explicaciones objetivas y confirmadas en los procesos universales por una severa crítica del procedimiento de obtención, el cuál puede ser cierto o probable, sigue un desarrollo lógico en su adquisición porque el conocimiento se torna ordenado, homogéneo, demostrable y forma parte de la realidad, en donde se utilizan todos los sentidos para obtener la información indicativa y útil en la búsqueda de la razón de lo que se inquiere, como una información deliberada, sistematizada, dirigida a un objetivo específico, mediante siete preguntas:

- ¿Qué sucedió?
- ¿Cómo sucedió el hecho?
- ¿En dónde sucedió?
- ¿Cuándo sucedió?
- ¿Con qué se realizó el hecho delictivo?
- ¿Por qué sucedió? y
- ¿Quién lo realizó? ⁽¹¹⁶⁾

Lo antes mencionado se encuentra justificado jurídicamente en el Artículo 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra dice:

“En todo juicio del orden criminal tendrá el acusado las siguientes garantías”:

V. Se le recibirán los testigos y demás pruebas que ofrezca concediéndosele el tiempo que la ley estime necesario al efecto y auxiliándosele para obtener la comparecencia de las personas cuyo testimonio solicite siempre que se encuentren en el lugar del proceso.

El dictamen médico-legal es una síntesis de hechos conducentes a conclusiones directas, precisas, naturales y lógicas que son importantes para la administración de la justicia por sus consecuencias tanto en el ámbito civil como penal.

Para entender la existencia de violencia familiar desde el punto de vista criminológico siempre deberá estudiarse tanto a la víctima como al presunto responsable, y el entorno de ambos.

Desde el punto de vista criminológico, la conducta tiene un papel preponderante por lo que es importante definir y clasificar los diferentes tipos de ésta.

Conducta (desde el punto de vista criminológico)

Niveles de interpretación

La interpretación conductual del crimen, estudia la conducta antisocial proporcionando explicaciones antropológicas y sociológicas que concluyen con una síntesis criminológica de especial interés en el proceso jurídico.

La interpretación individual del criminal, se analiza la conducta antisocial de éste, y es a través del método clínico que se obtiene un diagnóstico, un pronóstico y elaborar un tratamiento. Debe establecer la personalidad y características del sujeto, separar al autor del hecho, para evitar cualquier predisposición en la elaboración del dictamen criminológico, el cuál es específicamente notorio en la ejecución de las sanciones.

La interpretación general o criminalidad, estudia las características de conductas antisociales en un lugar determinado, apoyado en estadísticas e interpretaciones genéricas con el manejo del método probabilístico, concretamente utilizable en el momento de legislar.

En el ámbito del derecho penal, se utilizan cuatro parámetros:

- El riesgo de victimización ocurre cuando cualquier individuo o grupo social es objeto de convertirse en riesgo efectivo y verdadero de ser víctima de un delito; la gravedad de este acto está en proporción directa de convertirse en una víctima más.
- La posibilidad de autoría se presenta en todo ser humano que es capaz de realizar acciones que puedan clasificarse fuera de la ley, ya que cuenta con mismas aptitudes para cometer un delito, sin embargo, puede o no cometerlo, dependiendo de las conductas personales, familiares y sociales aprendidas.
- La aplicación de la ley penal, en donde todos los individuos son iguales ante la ley, por lo tanto cada sujeto tiene la misma posibilidad de que ésta se aplique rigurosamente.
- La posibilidad de protección por parte de la ley penal, se encuentra relacionada siempre con el riesgo de victimización.

Ámbito criminológico

En el ámbito criminológico no existen las casualidades, sino que se presenta una causalidad como respuesta a una acción concreta.

Causalidad

- **Causa:** es todo aquello que da lugar a un resultado.
- **Causación:** es un proceso casi instantáneo originado por la causa o causas que produce el resultado esperado.
- **Causalidad:** es la fuerza determinante originada en el proceso, actúa como tal y según su trayectoria, conduce al resultado; en lo referente al delito, es la conducta humana precisada para que un acto determinado, ya sea por acción u omisión sea considerado como tal.

Factores

- **Condición:** es todo factor del cual depende que acontezca o no un determinado evento.

Etiología

Los factores etiológicos propiciadores de la violencia familiar que se observan con mayor frecuencia ocurren por las estructuras tradicionales heredadas: la social y la cultura permisible de violencia.

Criminogénesis

Para que un estudio serio de la criminogénesis sea relevante, debe tomar en cuenta el análisis integral de la situación global de la víctima y en qué medida ésta ha contribuido, consciente o inconscientemente para ser objeto de la comisión del delito.

Se necesita establecer el elemento objetivo que interviene en la producción del fenómeno criminal, indistinguible del índice, como un signo, que permite elaborar un diagnóstico criminológico.

La causa criminógena es la condición necesaria sin la cuál éste comportamiento no se habría manifestado como conducta antisocial.

Las condiciones o elementos que permiten dar oportunidad y relevancia a la etiología criminal.

El móvil es de naturaleza interna que encamina al sujeto a desarrollar una conducta antisocial.

El factor criminógeno favorece la comisión de conductas antisociales, originado por alteraciones orgánicas, psíquicas, físicas o sociales.

Estadísticas

Para entender el entorno del delito y la relación delincuente-víctima, es necesario apoyarse en las estadísticas criminales tales como ^(104, 174, 192, 194, 214, 225, 229, 239, 247, 249)

La cifra oficial, que acumula el número de infracciones hechas, extensivas tanto a procesados como a individuos arrestados, procesos seguidos, absoluciones y otros.

La cifra negra, estudia los delitos no conocidos por las autoridades y por consiguiente no se contempla en la estadística criminal, es la cara oculta, ese lado silenciado y silencioso de la víctima, presupone la parte de la conducta antisocial de relevancia penal que no llegan al conocimiento de la policía o de la justicia.

La cifra real, procesa la suma de las dos cifras anteriores y que corresponde al total de infracciones cometidas en un tiempo y lugar determinado.

La desconfianza que existe hacia las autoridades por parte por la mayoría de las víctimas, aparece como primera causa de impunidad de los victimarios ⁽¹³²⁾

Las cifras negras por delitos tradicionales se presentan por las razones siguientes:

- ❖ El temor de la víctima a ser atacada nuevamente por el autor del delito.
- ❖ Considerar que la conducta lesiva no es grave.
- ❖ No confiar en la justicia.
- ❖ Temor a perjudicar al autor, porque es miembro de la familia.
- ❖ Trámites dilatorios en el proceso de denuncia.
- ❖ Posible agresión bilateral en la que la víctima agredió al autor y se sabe tan responsable del delito como aquél.
- ❖ La víctima considera que la denuncia la perjudica en su ámbito de desarrollo.
- ❖ Carencia de pruebas o desconocimiento del autor.

- ❖ Evitar ser nuevamente víctima del personal que interviene en el proceso judicial
- ❖ Presión familiar y social de ser identificada como víctima de ciertos delitos que la pudieran calificar, marginar y humillar
- ❖ Desconocimiento de la ley
- ❖ Temor a gastos que no pueda sufragar.
- ❖ Para la preservación de la vida de un familiar o un amigo
- ❖ Otros

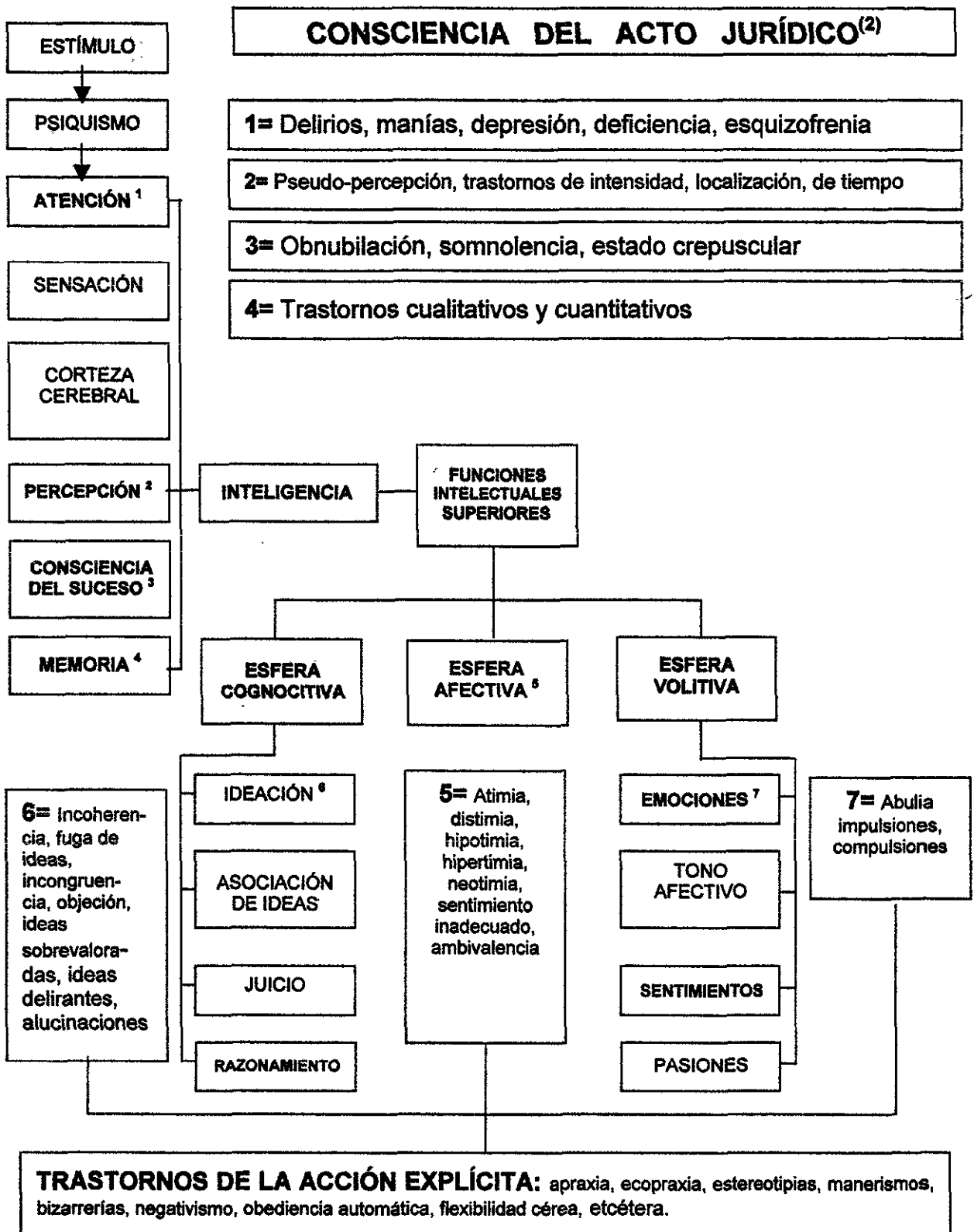
La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar ⁽¹⁶⁷⁾ define en su artículo

3º en el inciso I.- los generadores de violencia familiar, son quienes realizan actos de maltrato físico, verbal, psico-emocional o sexual hacia la persona con quien tenga algún vínculo familiar.

El efectuar un peritaje en un momento determinado sobre hechos ocurridos anteriormente es sumamente difícil, por tanto, éste no se deberá limitar al examen de las diligencias que motivan el juicio, sino que deben recabarse las actuaciones del indiciado que figuran en la averiguación previa para tener un panorama del estado mental del inculpado y de la víctima en el momento del delito. Se recabará información de las personas cercanas al acusado, las que podrán actuar como testigo en el juicio si así lo indican las autoridades.

Para obtener un panorama general tanto de la víctima como del victimario, se deben estudiar e integrar una serie de elementos de carácter psicológico y psiquiátrico forense, a fin de motivar y justificar cada uno de los elementos que originan la violencia familiar, tal como ocurre con la consciencia del acto jurídico en el momento en que del ilícito.

Desde el punto de vista médico legal es importante conocer y entender el origen del maltrato y su desarrollo en el ámbito familiar, como se presenta el cuadro sinóptico



El delito, independientemente de su cualificación moral, es un hecho humano y como tal, determinado por un juego de fuerzas y factores, unos internos y otros externos. Los mismos mecanismos psicológicos que intervienen en los actos legales, intervienen en los actos ilegales que se transforman en delitos.

El delito es el comportamiento humano antijurídico que, a juicio del legislador, compromete las condiciones de existencia, conservación y desarrollo de la comunidad y exige como sanción una pena al criminal.

El delito tiene cuatro elementos fundamentales en su constitución.

- **Tipicidad:** es el fenómeno por el cuál el legislador concreta en normas legales los comportamientos humanos que considera lesivos a los intereses jurídicos fundamentales del individuo, de la sociedad y del propio Estado con la identificación del delito y la adecuación de la conducta a un tipo delictivo.
- **Antijuricidad:** es todo aquello que esté contemplado dentro del Código Penal sobre la conducta típica en la medida que lesiona o pone en peligro el interés legalmente tutelado (*ilegalidad*)
- **Culpabilidad:** es la actitud consciente de la voluntad que da lugar a un juicio de reproche en cuanto el agente actúa en forma antijurídica ya sea con dolo, la culpa y la preterintencional.
- **Punibilidad:** es la penalidad que impone el legislador a las conductas delictivas.

Los diferentes elementos de los estados psíquicos por los que atraviesa todo delincuente, pueden o no ser conscientes. Por lo que al impartidor de justicia le corresponderá realizar las averiguaciones previas para su esclarecimiento como el dictamen perito psiquiátrico, en los casos que así se requiera.

El acto de comprender un delito equivale a encontrar el valor de las incógnitas en la actuación responsable de la conducta personal frente a la situación delictiva; la acción antijurídica es la culminación y descarga de un proceso psíquico, cuyos momentos iniciales se remontan hasta el pasado del individuo.

El tipo más frecuente y corriente de trasgresión legal puede decirse que no siempre es totalmente impulsivo ni totalmente premeditado, sino que se gesta en un proceso psíquico básico, que va desde la simple sugerencia o suposición e ideación del fin posible, hasta la realización activa del mismo. La distinción entre la rapidez del proceso mental y la actuación de alguna de las fases son el origen de los distintos tipos del delito ^(75, 77, 79, 86, 127, 136, 187)

Dentro de la teoría de Pérez Vitoria ⁽²⁸⁾, la violencia sugiere que en la mayoría de las ocasiones lo sucedido entre un hombre normal y su acción delictiva es sólo la resultante de su personalidad completa y compleja, en la cual es preciso

ahondar para resaltar la raíz de su conducta criminal:

La comprensión de la conducta criminal, su relación con la personalidad del delincuente y la situación en que se encuentra, remite obligadamente al estudio de los factores bio-psico-sociales que configuran dicha personalidad.

Ello o Id

Es la conducta del subconsciente, la parte animal del ser humano, el motor del instinto de supervivencia necesario para la conservación de la especie.

Proporciona las respuestas de defensa y lucha cuando el sujeto percibe algún tipo de amenaza externa hacia el territorio, el alimento o a cualquier miembro de su familia; el "id" es el generador de la violencia ante la presencia de violencia.

Ego o Yo

Es la conducta individual integrada a partir de las normas *-latu sensu-* y de las leyes *-strictu sensu-*^() que corresponde a la parte psicológica y característica que integra la personalidad de cada individuo.

Super Yo

Es lo aprendido a través de la observación, los conocimientos y las experiencias adquiridas que permiten al sujeto dar respuesta a estímulos provenientes tanto de su medio interno como del externo.

La violencia se establece cuando el "super yo" se relaja ante las exigencias sociales de algunos individuos o de algunos grupos sociales en los cuales predomina el "ello", y aparece la violencia después de un período de tensión. En estos casos, es donde la conducta rompe las normas sociales con mayor facilidad porque se diluye la sensación de vergüenza y de culpabilidad, que lo llevan a la ruptura de la conducta establecida por la sociedad, la cual, cumple las normas establecidas y decreta sanciones como medio coercitivo contra aquél que las altera.

*Cualquier sujeto que infringe las leyes de manera rutinaria
suele ser candidato idóneo
para producir cualquier tipo de violencia
dentro del seno familiar.*

Las funciones mentales y la personalidad están sólidamente estructurada en el sistema nervioso central y sujetas a las leyes de la herencia y del ambiente.

Una característica genética de la especie humana es la capacidad de represión, que depende de las experiencias particulares, de las normas morales adquiridas, de las frustraciones y angustias específicas de cada grupo.

Desde el momento del nacimiento de un ser humano, se inicia con la influencia de los factores naturales, ambientales, sociales y culturales que le enseña su organización grupal.

Las instituciones proporcionan las orientaciones más o menos configuradas para la solución de algunos problemas existenciales, premiando de distinta manera a los individuos cuando el proceder concuerda con los usos y costumbres establecidos por sus legislaciones y castigando teóricamente a los que lo alteran.

Cuando existe la permeabilidad en el desarrollo del delito, entre ellos el de violencia familiar, se ven afectados los derechos de terceros involucrados - *activos o pasivos*-, con la consecuente provocación de daño a sus derechos; notoriamente en muchos de los casos con cambios en la conducta de los individuos que la ejercen.

Conducta (desde el punto de vista sociológico)

Los procesos mentales subyacentes de la conducta son subjetivos, experimentados internamente. En una sociedad siempre existen sujetos "no conformistas", "los rebeldes e innovadores" que actúan como agentes del cambio cultural, en un momento que aparentemente existe el equilibrio, por lo que la sociedad "permite" la movilización de esas fuerzas "innovadoras".

Las culturas permiten el desarrollo de las capacidades intelectuales producidas por el conjunto artístico, técnico y filosófico de fines individuales, biológicos y sociales en la vida común, que permiten la capacidad de invención y comunicación en los grupos humanos.

Para poder entender integralmente, tanto al delincuente como a la víctima, es necesario comprender los mecanismos de pensamiento elaborados por cada individuo que los tiene, tal como ocurre con los deseos, la memoria, los temores, las ideas, los anhelos, Su existencia puede deducirse por la observación de la conducta; estos mecanismos son estados mentales privados de una persona, que no pueden ser experimentados por otra; por lo que la conducta, lo subjetivo es la esencia de lo psicológico y dependerá tanto en la génesis del individuo, como en el acervo de experiencias, motivaciones, procesos, canalizaciones de los mismos y la forma de manifestarse ante la sociedad.

Conciencia (desde el punto de vista clínico)

Significa "con conocimiento de algo"; es la capacidad sensorial para relacionarse con el mundo o con uno mismo; ocurre cuando ciertos procesos inconscientes son integrados al consciente; los niveles de consciencia varían, desde la simple respuesta con responsabilidad a los estímulos sobre la clara y precisa de sí mismo y de las situaciones que lo rodean.

Los procesos mentales coordinados en el tiempo y organizados de acuerdo a las categorías de espacio y causalidad, son expresados por palabras, e influenciados por las contingencias externas.

En cualquier estado de consciencia, la corteza cerebral selecciona y discrimina junto con la función coordinadora de los estímulos de la sustancia reticular situada en la porción dorsal del hipotálamo, región subtalámica y porción ventromedial del tálamo, con la producción de cambios bilaterales y generalizados en la corteza cerebral.

El estado anestésico es un bloqueo selectivo de la sustancia reticular que anula transitoriamente la influencia despertadora sobre la corteza; cuando se presenta una lesión en esta zona, ocurre una pérdida permanente de la capacidad de despertar, porque hay una incapacidad de activar ciertas áreas específicas corticales.

La disposición neural multisináptica de axones cortos, permite actuar con transmisores múltiples, recibir impulsos sin emitirlos y emitir impulsos sin recibirlos, integrando espacial y temporalmente los impulsos nerviosos; las fibras descendentes terminan en los husos musculares y aparentemente tienen la función autorreguladora de la propiocepción. Las fibras ascendentes llegan a los núcleos del tálamo-intralaminares y mediodorsales de los cuales se desprenden fibras que se dirigen a la corteza cerebral del rinencéfalo y al neocórtex. Los impulsos provenientes de los órganos receptivos convergen en la sustancia reticular, estos impulsos pueden ser diferidos, suprimidos o reforzados mediante la selección o función editora.

Según Penfield ⁽¹⁶⁶⁾ cualquier parte de la corteza cerebral puede ser removida en el hombre sin que por esto se produzca un estado de inconsciencia, pero no sucede así cuando ocurre una lesión en la sustancia reticular del mesencéfalo; se sabe que al estimular cierta área motora se produce movimiento involuntario, por lo que los impulsos volitivos no se encuentran en la corteza, sino en una región subcortical, se constata que el impulso motor se origina en la sustancia reticular, misma que está relacionada con la memoria de hechos pasados e influida por hechos presentes.

Represión

La represión es la exclusión del campo de la conciencia de los impulsos, tendencias y contenidos psicológicos que se tornan inaceptables para la moralidad del sujeto, generando angustia, culpabilidad o vergüenza, mientras que la supresión, es un control consciente, por lo que ciertos pensamientos o impulsos son eliminados mediante el esfuerzo voluntario y la desviación de la atención.

Culpabilidad

Sentimiento que se experimenta desde el momento en que se violan las normas y los preceptos morales previamente aceptados como válidos, produciendo como reacción, remordimiento y arrepentimiento; estos sentimientos son manejados conscientemente a través de los mecanismos de defensa bien establecidos en cada ser humano.

Área integradora de la respuesta emocional

El hipocampo provoca una respuesta visceral y donde se generan los componentes somáticos de la ira, actuando como centro integrador de las respuestas emocionales, las cuales deben darse sin resonancia afectiva.

En la corteza cerebral se integra la expresión de las emociones, permitiendo apreciar todas las cualidades afectivas de estas.

Cuando se estimulan los tubérculos mamilares localizados en la parte posterior del hipotálamo, se producen efectos simpáticos, mientras que la estimulación de la parte anterior, sobre la región pre-óptica, se producen efectos parasimpáticos.

Descarga descendente

Componente somático: los impulsos se originan en las regiones sub-corticales que actúan sobre el tono muscular el cual varía según los diferentes estados de ánimo, los músculos se tensan ante el miedo produciendo movimientos de defensa o ante la ira, y se preparan para el ataque. Lo mismo sucede con los diferentes grupos musculares, que en la cara reflejan el estado de ánimo.

Componente visceral: en las emociones, tanto el nervio simpático como el parasimpático pueden producir juntos una respuesta en forma masiva, o aisladamente, o bien cada uno por separado, en forma fragmentaria o parcial. La ira y el miedo son emociones que producen descargas colinérgicas.

Componente endocrino: el hipocampo establece las relaciones neurales directas

del sistema endocrino con la hipófisis posterior a través del tuber cinerium y el infundíbulo, y con la médula suprarrenal mediante fibras que descienden por el tallo cerebral, la médula espinal y la cadena simpática. Probablemente, la relación existente del hipotálamo con la hipófisis anterior se realice mediante un sistema de circulación portal.

El hipocampo estimula la corteza cerebral durante las emociones *-registradas en el electroencefalograma durante la excitación emocional con desaparición del registro alfa en las regiones frontales y occipitales y la aparición de ondas de bajo voltaje y de alta frecuencia-*; la estimulación eléctrica del área de los tubérculos mamilares produce una descarga de la corteza cerebral, sincrónica y generalizada.

Papez en 1937, presentó su teoría con la cual propuso que el girus cingulum constituye el área receptiva cortical para las emociones y resalta su gran importancia, por las conexiones con el hipotálamo, núcleo anterior del tálamo, el cingulum, el hipocampo y las conexiones entre sí, constituyen el sustratum anatómico-funcional localizado en el rinencéfalo para las emociones, sin embargo MacLean incluye al hipocampo, a las amígdalas, a la superficie orbital de los lóbulos frontales, a la ínsula, al girus cingulum, y a la circunvolución del hipocampo *-asta de Amón-*, como estructuras que se encuentran conectadas entre sí.

El hipocampo recibe pocas fibras del tálamo, pero se asocia específicamente en su correlación con las sensaciones olfativas, gustativas, visuales, auditivas, somestésicas y sexuales; sobre él convergen impulsos de la circunvolución del hipocampo, particularmente del girus cingulum a través de un fascículo. Cuando se estimulan las áreas olfativas, gustativas, auditivas, somestésicas y sexuales, se registran potenciales en el hipocampo ⁽²⁸⁾ mientras que las áreas peri-visuales y pre-auditivas descargan en la circunvolución del hipocampo, el que, mediante sus conexiones recíprocas como la precuña del lóbulo occipital se relaciona con los estímulos sexuales.

Experimentalmente, Bard y Mountcastle ⁽¹³¹⁾ removieron el neocórtex respetando las formaciones rinencefálicas, provocando violencia, agresividad y ferocidad en los gatos operados.

Personalidad

Entidad compleja que incluye una serie de componentes que dan al ser humano, rasgos de individualidad integrados en las zonas post sensorial y premotora del cerebro mediante la memoria de las vivencias, de impulsos, demandas e intereses que lo relacionan con otros seres con quienes convive. Existen patrones de conducta profundamente entrelazados, los cuales incluyen el modo como el sujeto se relaciona, percibe y piensa sobre el entorno y sobre sí mismo. Los rasgos de la personalidad son aspectos prominentes que generalmente no

implican patología.

La individualidad es la función de la personalidad y está determinada por la herencia y el ambiente como ha sido plenamente probado. De ésta manera, algunos trastornos de la personalidad que suponen patrones rígidos y desadaptativos, pueden ser de gravedad suficiente como para causar un déficit importante en la capacidad adaptativa o un sentimiento de malestar ⁽⁶²⁾.

Al exponer una teoría dinámica de la personalidad, entre lo más característico de ésta se encuentra la interacción de fuerzas, tensiones que motivan y dirigen la conducta, conocidas como "necesidades" que están encaminadas generalmente a la obtención del placer, distinguiendo entre los estímulos exteriores y la reducción de los conflictos.

Dentro de las acciones fundamentales de la personalidad, además de diferenciar entre los estímulos provenientes del exterior y los generados interiormente, se puede mencionar la armonización de los impulsos y tendencias entre sí, las relaciones que guardan con las condiciones ambientales en las cuales se establece una competencia por el cambio continuo en cuanto a la cantidad y calidad de estímulos, facilidades y obstáculos encontrados; de tal manera que los actos del sujeto resulten eficaces, como corresponde a la unificación orientada para lograr el diseño propio de estilo de vida.

Desarrollo de la personalidad

"YO": sentimiento de identidad

El poseer una imagen unitaria y significativa del propio ser, es tanto una capacidad como una necesidad fundamental del hombre, constituyéndose así el núcleo primario de desarrollo del "yo" y del "no-yo".

Esquema corporal

Depende esencialmente de dominio propioceptivo, de la información sobre los segmentos corporales, los límites y posiciones se integran en la conciencia, para descubrir el "mi" de pertenencia de la unidad, proporcionando una noción psicológica del "yo".

Posteriormente, durante el crecimiento y desarrollo fisiológico y psicológico, se distingue entre el "yo" y el "tú", aunque no necesariamente logre adquirirse el sentido de "nosotros", tan importante para la participación en las actividades de grupo.

El "yo" es una síntesis en la cual intervienen todas las sensaciones corporales, conocidas y por descubrir, también imágenes del propio cuerpo, el sonido del nombre, la continuidad de las memorias que conducen a la experiencia, a la conciencia de un ser como una persona única y al mismo tiempo separada de otros, en existencia continua.

Concepción significativa del entorno

Algunos núcleos culturales durante la evolución psicológica han perdido la configuración de las imágenes subjetivas y objetivas del pensamiento mágico-asociativo durante el proceso de adquisición de nuevas formas lógicas. El principio de la causalidad y el de "no-contradicción", permiten distinguir entre las esencias y las apariencias.

La dimensión cognitiva comprende a las estructuras y esquemas de los conocimientos, las formas de percibir y conceptualizar al mundo y lo que lo rodea, configurando así el modelo integral cognitivo de la persona.

Consciencia y sentido moral

La consciencia moral confronta los impulsos, las tendencias y las acciones propias con el sistema de normas éticas que han sido aceptadas como válidas.

En el ser humano, lo previene, reprime o suprime como una función punitiva cuando éstas han sido violadas, generando remordimientos y sentimientos de culpabilidad que suscitan impulsos reparatorios o autopunitivos.

La restitución permite el restablecimiento de las buenas relaciones, atenúa o elimina al sentimiento de culpa. Cada individuo se siente culpable en circunstancias que le son propias y dependen de las normas morales que haya aceptado como válidas.

Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa se encuentran entre los procesos de la personalidad que mantienen un estado de integridad mental adaptativa, se mencionan a continuación:

La racionalización es el proceso mental durante el cual el individuo no-pensadamente escoge, en medio de varios motivos coexistentes, aquellos que le son aceptables, razonables y defendibles de su conducta y compatible con la imagen que tiene de sí mismo y exhibe ante los demás.

Trastornos del control de los impulsos

- **Represión:** es la exclusión del campo de la consciencia de los impulsos, tendencias y contenidos psicológicos incompatibles con otras influencias de mayor peso moral que pudieran ser generadores de angustia, culpabilidad o vergüenza.

Cuando un impulso cualquiera es reprimido, no por esto deja de existir; al contrario, continúa la pugna interna por su expresión y representa una carga de energía psíquica que debe ser mantenida constantemente fuera del campo de advertencia, o bien canalizada, permitiéndosele una gratificación parcial.

Una consecuencia importante de las represiones excesivas es que éstas deben ser mantenidas durante tiempo indefinido, por tanto, resulta un desgaste amplio de los recursos de energía psicológica disponibles para las relaciones con el medio exterior; otra consecuencia es la reducción del campo consciente el cual es proporcional al número e intensidad de sus represiones, lo que equivale al aumento de amplitud en las áreas de su vida mental inconsciente.

La represión debe ser diferenciada del control voluntario y de la supresión, que son procesos análogos, pero se utilizan advertidamente, en donde el individuo en forma deliberada rechaza algunos impulsos o pensamientos que, de ser ejecutados suscitarían sanciones morales propias o bien ocasionarían reacciones desventajosas por parte de otros individuos.

- **Racionalización:** para todos los individuos es muy importante creer que sus decisiones y su conducta son resultado de deliberaciones reflexivas y la aplicación de la razón y la moral; en ellos, impensadamente escogen entre varios motivos coexistentes, aquellos que son más aceptables, más defendibles y más razonables de acuerdo a su particular manera de ser.

El racionalizador suele defenderse en forma vehemente cuando los motivos de su conducta son puestos en duda delante de los demás, evitando así el dolor y la vergüenza de reconocer sus verdaderos motivos, tan incompatibles con la imagen que tiene de sí mismo y que exhibe ante los demás, y ha sido, precisamente esta imagen quien hizo necesaria la puesta en juego de este mecanismo protector.

La racionalización implica falta de percepción por parte del individuo de sus fallas y la creencia propia que los motivos exhibidos, son realmente válidos ante los demás.

- **Sobrecompensación:** es la conducta desafiante y destructiva de algunos delincuentes, está diseñada para negar algunos sentimientos profundos de dependencia e insignificancia del propio ser, en ella existe una tendencia sobrecompensadora, exhibe una conducta que permite sospechar el carácter

falseado, aunque no suele ser lo suficientemente efectiva, por tanto la conducta del sujeto en ésta área correspondiente traduce la intensidad motivadora de la tendencia primaria la cual no ha sido suficientemente compensada.

- **Conversión:** es una dinámica que se despierta ante cargas emocionales correspondientes a una o varias tendencias conflictivas, cuyo paso a la conciencia no es permitido y se desvía, a través del sistema nervioso de la vida de relación a una somatización cuya relación simbólica con el conflicto motivante es con frecuencia susceptible de ser evidenciada.

La eliminación la conciencia se puede manifestar con una actitud de serenidad e indiferencia del conflicto del campo de que contrasta con la situación de angustia intolerable que precede al mecanismo de conversión el cual conlleva una función utilitaria en el equilibrio de la personalidad ya que permite eludir la responsabilidad ante el conflicto.

- **Regresión:** mecanismo de defensa manejado especialmente durante sensación de privación, frustración ó conflicto; la persona que lo usa es susceptible de adoptar actitudes y formas de conducta asociadas a experiencias previas de mayor satisfacción y de menor responsabilidad, recibiendo así, pasivamente la atención y el afecto que los hacían sentir seguros y felices.
- **Desplazamiento:** las cargas emocionales son desplazadas de un objeto a otro o sustituidas por otro objeto aparentemente no relacionados entre sí, lo que indica un cambio de dirección de un impulso o tendencia hacia objetos menos peligrosos o simplemente más alcanzables.
- **Sublimación:** es la modificación de una tendencia hacia formas de expresión que, siendo apropiadas para aliviar la tensión inicial, simultáneamente no son inobjetables, sino socialmente valiosas y por lo tanto, en este ámbito juega un papel importante para la socialización del individuo.
- **Identificación e introyección:** la identificación es el deseo de ser como otro u otros, mientras que la introyección es pretender retener las cualidades admiradas en otros, las cuales, se consideran importantes para la formación del propio carácter.
- **Enquistamiento:** dinamismo psicológico de tendencias objetables generalmente aisladas del resto del contenido mental, permitiendo al sujeto experimentarlas conscientemente sin sensación de angustia o culpabilidad.
- **Negación:** toda persona puede renunciar de manera racional a sus conocimientos objetivos y construir imágenes del mundo de acuerdo a sus propios deseos, en contraste con el pensamiento lógico y realista frecuentemente desvinculado del ambiente en el área de las necesidades satisfechas por su imaginación.

- **Neutralización:** se presenta como uno de los mecanismos de defensa en donde el sujeto establece un sistema de negación o exclusión de responsabilidades, de negación del juicio y de la víctima.

Asociación diferencial

Reconoce que la conducta desviada se aprende a través del comportamiento antisocial de otras personas durante el proceso de comunicación entre un grupo restringido, incluyendo las técnicas de comisión delictiva, la orientación de los móviles, las tendencias impulsivas, los razonamientos y las actitudes. La orientación de los móviles y las tendencias impulsivas están en función de la aplicación de las disposiciones legales vigentes establecidas, así como de la asociación diferencial y la interpretación desfavorable que éstas pueden variar en frecuencia, duración, prioridad e intensidad. El aprendizaje de la conducta antisocial incluye todos los mecanismos inherentes a cualquier tipo de aprendizaje.

Interaccionismo simbólico

La reacción social ante el delito se suscita después de la realización del mismo en una interacción, por lo que las reacciones y definiciones del grupo social ante determinado comportamiento son tomadas como decisivas para la aparición del comportamiento desviado.

- **Dimensión conductual:** abarca el repertorio de comportamiento con el cual una persona se relaciona en su ecosistema.
- **Dimensión interaccional:** alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.
- **Dimensión psicodinámica:** dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad; desde emociones hasta psiquismo inconsciente.

Trastornos de adaptación

Existe una reacción desadaptativa ante un estrés psico-social identificable y que se reconoce por la presencia de una incapacidad en la actividad laboral o social y porque existe una reacción excesiva frente al estrés, esta reacción disminuye o desaparece cuando ocurre un cambio en la situación que lo creó, consiguiendo así un nuevo nivel de adaptación.

Algunos individuos que son particularmente vulnerables, a la presencia de estrés pueden presentar una forma grave de alteración, mientras otros pueden

manifestar una alteración menor como respuesta ante una situación de estrés notable y continuado.

- **Alteración de la conducta:** la manifestación predominante consiste en una conducta en donde existe violación al derecho de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad, tal como se presenta en casos de incumplimiento de las responsabilidades legales, peleas, vandalismo o conducción de vehículos de manera irresponsable.
- **Con alteración mixta de las emociones y de la conducta:** existen en ésta, manifestaciones predominantemente emocionales como la depresión y la ansiedad, además otras perturbaciones en las cuales suceden violaciones al derecho de los demás así como también de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad del trasgresor.
- **Trastorno explosivo intermitente:** episodios con pérdida de control de los impulsos agresivos. Dan lugar a la comisión de actos violentos graves como pueden ser lesiones o destrucción de la propiedad propia o ajena. La intensidad de la agresividad expresada durante los episodios, no guarda ninguna relación con el estrés psico-social precipitante, generalmente el sujeto suele describirlos como "crisis" o "ataques". No existen signos de impulsividad generalizada o de agresividad entre cada uno de los episodios; durante el período de calma surgen sentimientos sinceros de autorreproche sobre las consecuencias de la acción y la incapacidad para controlar los impulsos agresivos durante el episodio conocido como "crisis"

Trastornos de la personalidad

Los rasgos de la personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el medio ambiente y con el propio sujeto; en caso de que estos rasgos sean inflexibles y desadaptativos, causen incapacidad funcional significativa o una perturbación subjetiva, alteran las pautas conductuales y generalmente se inician durante la adolescencia, produciendo un deterioro significativo en la actividad escolar, laboral, social y en las relaciones familiares.

Muchos de los rasgos característicos, como el trastorno de dependencia, el paranoide, el esquizotípico o límite pueden observarse en otro tipo de alteraciones como la depresión mayor.

Cuando el sujeto es menor de 18 años debe realizarse el diagnóstico diferencial y cuidadoso de trastorno de conducta, en lugar de trastorno antisocial de la personalidad, puesto que el trastorno de conducta tiende a "normalizarse", casi desaparece al llegar a la edad adulta, mientras que el trastorno de personalidad por evicción -*despojo legal del comprador*- y el trastorno límite de la personalidad

en categorías infantiles cuando se cumplen los criterios del trastorno de personalidad y la alteración es generalizada y persistente resultando poco probable que se limite al período del desarrollo.

Los adolescentes suelen encontrarse insatisfechos con el efecto que su conducta causa sobre los otros o por su incapacidad para conducirse en forma efectiva, presentando por esto, una especie de discapacidad laboral y social.

Con excepción de los trastornos antisocial, esquizotípico y límite, los individuos pueden tener alguna alteración sobreañadida como el uso de sustancias psicoactivas o cursar con una depresión mayor.

- **Trastorno paranoide:** existe la tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente agresivas o amenazantes para quién sufre este trastorno, existe duda gratuita de la lealtad o la confianza de los amigos o de personas próximas y suelen coexistir celos patológicos, cuestionando sin razón la fidelidad de la pareja o compañero sexual.

Al afrontar una nueva situación, puede encontrar significados amenazadores o agresivos en comentarios o acontecimientos absolutamente inocentes, suelen sentirse fácilmente insultados, o buscan intensa y afanosamente la confirmación de sus sospechas, sin apreciar el contexto general, a menudo presentan ideas transitorias de referencia por lo que reaccionan rápidamente con ira o agresividad; recuerdan por mucho tiempo los agravios y nunca perdonan los desprecios, los insultos o las injurias; temen confiar en los demás por miedo a que la información que proporcionan pueda ser utilizada en su contra, por tanto siempre estarán en guardia ante la percepción de cualquier amenaza. Son considerados por otras personas como reservados, secretos, inaccesibles e intrigantes. No aceptan las críticas hechas a su persona, incluso cuando estas sean justificadas.

- **Trastorno esquizoide:** presenta comúnmente una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales, debido a un marco restringido de experiencia y expresión emocional, por lo que no desean ni disfrutan de las relaciones íntimas, prefieren permanecer solitarios, son indiferentes tanto a las alabanzas como a la crítica de los demás, suelen pretender que rara vez experimentan emociones fuertes como la ira o la alegría, de hecho, poseen una afectividad muy limitada dando la impresión de ser fríos y distantes.
- **Trastorno esquizotípico:** como el anterior presenta, una pauta generalizada de ideas, apariencia y conductas peculiares, con déficit importante en las relaciones interpersonales que se hacen patentes en diversos aspectos. La alteración del curso del pensamiento puede incluir ideación paranoide, suspicacia, ideas de referencia, creencias extrañas y pensamiento mágico discrepante de las normas culturales y subculturales que le son habituales,

además, influye y enmascara la conducta del individuo. Estos pensamientos pueden incluir fantasías y preocupaciones extravagantes con un lenguaje que muestra propiedades particularidades, empobrecido, desorganizado, vago, exageradamente abstracto pero sin llegar todavía a la pérdida de asociaciones o decir incoherencias, por lo cual los conceptos pueden expresarse en forma poco clara o extraña y las palabras suelen expresarse en forma poco usual.

Estos sujetos suelen ser desaliñados, con manierismos poco usuales y presentar soliloquios; las relaciones interpersonales están alteradas pues poseen una afectividad inapropiada o limitada, se muestran fríos y distantes y son inexpresivos e insensibles a las demostraciones de respeto o afecto de otros.

- **Trastorno antisocial:** en algunos sujetos se presenta una pauta de conducta irresponsable y antisocial que inicia desde la infancia, caracterizada por el uso frecuente de mentiras, robo de pequeños objetos, holgazanería, destructividad, peleas, escapatorias del hogar y crueldad física hacia los animales o personas de menor edad o más débiles que él; si continúa hasta la edad adulta con la misma conducta antisocial que puede conducirlo a la incapacidad de realizar las tareas inherentes, al fracaso para hacer frente a las obligaciones económicas, convertirse y actuar como padre responsable, para mantener una actividad laboral estable y planificar una vida tranquila dentro del núcleo familiar.

Generalmente no consiguen adaptarse a las normas sociales, realizan repetidamente actos considerados antisociales, por ejemplo destrucción de la propiedad ajena o de la propia, agresividad, robos y otras conductas ilegales que conducen, necesariamente a su detención por la policía.

Suelen ser irritables y agresivos, es fácil involucrarlos en peleas físicas en las cuales incluyen al cónyuge o a los hijos; generalmente presentan algunas conductas temerarias sin preocupación alguna por su seguridad personal; carecen de remordimientos sobre el efecto causado por su comportamiento sobre los demás, e incluso llegan a justificarlo plenamente. Esta conducta antisocial tan exaltada puede disminuir después de los 30 años sobre todo tratándose de riñas y peleas, la promiscuidad sexual y en algunos actos delictivos.

- **Trastorno límite:** existe en estos sujetos una pauta de inestabilidad respecto a la percepción de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo, con una notable y persistente alteración generalizada de la identidad manifestada por incertidumbre respecto a diversos temas vitales, como la propia imagen, la orientación sexual, los objetivos a largo plazo, la elección de carrera, el tipo de amigos o amantes, los valores morales que deban adoptarse; experimentan frecuentemente sentimientos crónicos de inestabilidad, de vacío y aburrimiento. Las pocas relaciones interpersonales que establecen, son por lo general intensas, inestables y caracterizadas por alternancias extremistas de superidealización y desvalorización propia, de la

pareja, del núcleo familiar.

Existe una gran inestabilidad afectiva que puede evidenciarse por notables cambios en el estado de ánimo, y llevarlo a la depresión, la irritabilidad o la ansiedad; muestra episodios de ira intensa, desproporcionada, así como falta de control de la agresividad, con frecuentes manifestaciones de mal humor o luchas y peleas físicas repetidas; tienden a ser impulsivos, sobre todo en actividades potencialmente autodestructivas como el uso de drogas, la conducción imprudente de vehículos, promiscuidad en las relaciones sexuales, robo en tiendas y almacenes, entre otras.

En las formas graves del trastorno límite son frecuentes las amenazas, los gestos y las conductas suicidas, así como las automutilaciones las que suelen utilizarse para manipular a los demás, son el resultado de una intensa ira o por buscar alivio a los sentimientos de "vaciedad" y despersonalización que surgen durante los períodos de mayor estrés ^(28, 62, 95, 96, 98, 104, 132, 177, 230)

VI. 2.-Victimología



Foto. Dr. Jorge Castellanos Sainz
Equimosis por puñetazo en víctima de violencia familiar

*La reparación del daño es una forma de pacificación social,
no sólo como una intención legislativa,
sino un principio de justicia social.
(Zaffaroni)*

La víctima es agredida en sus bienes jurídicamente protegidos y conferidos en las garantías individuales constitucionales.

El análisis victimológico tiene un papel preponderante en la realización del ilícito, por lo que en ella se deberá estudiar la relación e interacción existente entre el criminal, el medio ambiente y la jurisprudencia.

El delito es la acción u omisión voluntarias de acciones sancionadas por las leyes.

Las víctimas de la sociedad o del sistema social que están conceptualizadas genéricamente son los niños abandonados o agredidos, enfermos, minusválidos, dementes, adultos mayores, mujeres embarazadas violentadas, marginados sociales, homosexuales, indígenas, algunos casos de accidentes de trabajo o transporte, etc.

Históricamente hablar de los servicios a víctimas del delito nos traslada a la reparación del daño; la referente a la reparación moral a través del sufrimiento del culpable y otra la reparación del daño propiamente dicho; surgiendo en el derecho penal la figura de composición, que existió en la Antigua Roma, pasando de interés privado a público; el contemplado en el Código de Hammurabi (1728-1686 a.C.) y en las Leyes de Manú (S. VI a C.) en las Doce Tablas y en Tenochtitlan, desde la época prehispánica.

Actualmente aún no existe un tratamiento integral-legal y social-global para la atención a la víctima, y lamentablemente no se logra el verdadero cumplimiento de la legislación sobre los derechos de las víctimas que le han sido conferidos por la ley nacional y los convenios internacionales para ciertos delitos ^(35, 36, 37, 38, 137, 138, 139, 147)

Para Neuman ^(28, 131, 132) la víctima puede constituirse en el factor desencadenante en la etiología del crimen y asumir, en hechos y circunstancias, un acompañamiento que integra al delito, dejando a un lado el concepto de "inocencia", sostenido a ultranza. El sujeto pasivo: muerto, vencido, humillado, patrimonial, física o moralmente, no es siempre sinónimo de inocencia.

En el mundo actual con predominio de violencia, existe el riesgo diario y latente de convertirse en víctima.

Para Von Hentig ^(28, 240) un individuo de aspecto débil posiblemente será la víctima de un ataque, los menores y los adultos mayores son de cuerpo débil, algunos pertenecen al sexo femenino y otros son débiles de espíritu. La debilidad también puede consistir en la fuerza excesiva de una impulsión vital la cual entorpece los mecanismos ordinarios de precaución y prevención.

Durante el proceso de investigación de los delitos tradicionales se necesita determinar siempre hechos concretos: encontrar cómo y porqué de la elección

efectuado por el agresor sobre determinada persona para convertirla en víctima común, que caracteriza a todas las categorías de víctimas.

El término victimidad es un concepto general, un fenómeno cualquiera que sea la causa de su situación, mientras que si es específico, lo estudiará la victimología como un factor delictivo.

La llamada pareja penal, suele iniciarse en forma armónica que generalmente actúa por las claras y determinantes sugerencias del íncubo-dominante al súcubo-dominado lo que engendra y reditúa comportamientos antijurídicos, en esa desarmonía destacan los papeles de victimario y sacrificado, por lo que uno de los participantes puede ser superior con respecto a la criminalidad del otro.

Se considera que la omisión realizada por la víctima al no denunciar la agresión o cualquier ilícito del cual ha sido objeto, resulta perjudicial para la propia víctima.

El estudio victimológico y criminal se encuentra erizado de dificultades en cuanto a la psicogénesis de los hechos y la pareja penal. La ocultación como parte de la cifra negra y el juicio disvalioso que emana de la ley penal para la víctima, hacen que en muchos casos, aún mediando el consentimiento de ésta se considere delito, lo cual, incide negativamente para ubicar esta cifra como apoyo del área preventiva.

En el caso del atormentador-atormentado hay situaciones en las cuales la pareja penal se ata de tal modo que se puede observar claramente desde el punto de vista victimológico, quién es el verdadero autor y quién lo es simbólicamente, de manera evidente y precisa quién es la víctima.

La virulencia del progenitor-atormentador se convierte en una obsesión porque su irritabilidad exacerbada por el consumo de bebidas alcohólicas lo tornan aún más agresivo, descargando toda su brutalidad sobre la mujer y los hijos que suplican vanamente se controle y se contenga. Ocurre que los niños van creciendo, y un día, uno de ellos, ultima al padre.

El convivir con toxicómanos y principalmente con alcohólicos, puede llevar a situaciones de atormentador-atormentado. Resulta tan consecuente y coadyuvante la conducta de las víctimas, que determina la conducta agresiva y progresiva de las acciones que posteriormente se volverán en contra de los atormentados, por lo que Mendelsohn^(28, 32) sostiene que la culpabilidad de la víctima es mayor que la del delincuente.

Para ubicar la situación en sus justos límites, dentro de los esquemas criminológicos y legales, cabría concretamente estudiar cada situación que se plantea y lograr la inclusión de preceptos específicos en los cuerpos normativos de orden penal para que se prevea la disminución de la pena del autor o, en su caso, la irresponsabilidad penal.

Es preciso señalar que se puede llegar a la discriminación de ciertas figuras y la irresponsabilidad penal de los autores cuando éstos en forma clara y determinante son víctimas torturadas, atormentadas y que para evitar el objeto de tormento, lo suprimen causándoles hasta la muerte.

En la incidencia del delito sexual, como se trata de una relación sin testigos y entre dos gentes, por regla general las denuncias no fructifican por la carencia de elementos corroborativos. Para fijar la inocencia de la víctima habrá que estudiar la actitud no consentidora que interesa legalmente, cuando la base esencial está en la ausencia del consentimiento y verificar si se ha presentado con voluntad y consciencia.

Generalmente en familias predominantemente machistas, existe una actitud de aversión y desprecio por la homosexualidad, con esta perspectiva inconsciente de agresividad familiar y social, se ha victimizado a este grupo; homosexuales masculinos y femeninos con ideas preconcebidas en su contra, a quienes se compele a actuar en el ocultamiento y asumir, en ciertas oportunidades las características de minoría perseguida, no entendible cuando el impulso ineludible de la atracción sexual que debiera pensarse como el hambre o el deseo de dormir.

La homosexualidad es una manera sexual de ser de la que en buena medida participan todos los hombres. La homosexualidad no debe de confundirse con la bisexualidad donde la tendencia heterosexual puede hacerse triunfar reprimiendo o eludiendo a la otra. La victimización homosexual se debe a ideas que tarde o temprano se deben de clarificar a través de la sexología forense. Será preciso escuchar a los invertidos sexuales y a los que no siéndolo aborden sensata y profundamente el problema, más allá de los preceptos y actitudes prejuiciosas que conducen a la violencia y la humillación del ser humano.

Victimación primaria

La vulnerabilidad y los factores de riesgo para convertirse en víctima, dependen de elementos que actúan a modo de minusvalía biopsíquica tal como ocurre en niños, adultos mayores, discapacitados mentales con mayor frecuencia; ciertos estilos de vida que tiene la persona y la torna accesible como objeto de delito, ya sea por la proximidad al delincuente entendido como el conocimiento personal, la oposición al riesgo, por itinerario de desplazamiento, formas de vestir, etcétera; esta victimación se subdivide en:

- **Víctima inocente:** la que normalmente no tiene en cuenta la posibilidad de ser objeto del delito, como ocurre con los niños.

En el infanticidio se concibe como la idea de crimen del recién nacido forjado en la mente de la madre, aunque simbólicamente puede estar "matando" al padre

de la criatura.

- **Víctima imprudente:** aquella que por su irreflexión, facilita el ser atacada.
- **Víctima voluntaria:** como ejemplo característico, se tiene en la eutanasia solicitada.
- **Víctima provocadora:** aquella que por su comportamiento, excita una conducta delictiva. En este rubro cabría la víctima de un crimen pasional, la que el delito se manifiesta a través de su participación y provocación no consciente, lleva a la cólera ciega al victimario.
- **Víctima simuladora:** aquella persona que denuncia haber sido objeto de agresiones, sin que esto haya ocurrido realmente.

Es importante el estudio de la víctima para poder explicar el papel de sujeto pasivo y determinar hasta qué punto ha tenido verdaderamente una actitud activa en la criminogénesis. La víctima y el victimario constituyen un todo inseparable que fluye recíprocamente

Victimación secundaria

Se presenta con reacciones vivenciales que pueden convertirse en anormales por su intensidad y duración, pudiendo alcanzar una gravedad variable, desde las reacciones ansiosas hasta el trastorno por estrés postraumático en mujeres que han sufrido una violación.

Mendelshon ⁽¹³²⁾ las clasifica:

- **Víctima enteramente inocente o víctima ideal:** es la víctima anónima que nada ha hecho o no ha contribuido bajo ningún aspecto para desencadenar la situación criminal por la cual se ve dañada, es totalmente ajena a la actividad criminal.
- **La víctima de culpabilidad menor o por ignorancia:** ocurre por un cierto impulso involuntario al delito, por cierto grado de culpa o por medio de un acto poco reflexivo que causa su propia victimación.
- **La víctima es tan culpable como el infractor -víctima voluntaria-:** tal como se da en el suicidio tirado a la suerte *-ruleta rusa-*; al suicidio por adhesión, o en el caso de la eutanasia en donde implora para que se le ayude a morir, o la pareja criminal en donde el incubo y el súcubo que intentan el suicidio.
- **La víctima más culpable que el infractor**
- **Víctima provocadora:** es aquella que por su conducta algunas veces agresivas,

otras de aparente sumisión, incita al autor y favorece la explosión de ira previa a la descarga que se traduce en delito.

- **Víctima por imprudencia:** es la que determina que ocurra el accidente por falta de control.
- **La víctima más culpable o únicamente culpable**
- **Víctima-infractor:** cuando la víctima al cometer la infracción, resulta finalmente ser el infractor como se da en el caso de la legítima defensa.
- **Víctima simulante:** es la que acusa y durante el proceso logra imputar penalmente a alguien previamente seleccionado, pero con el deseo de que la justicia cometa un error.
- **Víctima imaginaria:** es aquella que denuncia un ilícito, aún sabiendo que éste nunca ocurrió.

Sin embargo Neuman ^(28, 132) divide a la víctima en:

- **Individual:** entre estas víctimas se encuentran quienes no presentan la actitud victimal culposa y actividad victimal dolosa.
- **Familiares:** subdivididas en niños, mujeres y delitos del ámbito conyugal, que poco llegan al conocimiento de la justicia, y pasan a engrosar a la cifra negra, incluso los menores golpeados que engendran grandes resentimientos y desequilibrios emocionales que posteriormente se traducen en delincuencia.

Sin embargo existe en México en el *juz puniendi* existe un listado de respuestas punitivas generales, y como una más, se encuentra la reparación del daño. Esta tiene en nuestra legislación la naturaleza jurídica de "pena pública". Avanzando, en la perspectiva de que el estado pueda parcial o supletoriamente pagar de manera inmediata a la víctima, sobre todo en casos de necesidad médica, cuando sufre importantes lesiones corporales, menoscabo de su salud física o mental, como consecuencia de delitos graves, cuando la persona a cargo de las víctimas haya muerto o quedado física o mentalmente incapacitada como consecuencia de la victimización, indemnizándola, evitando que quede en el abandono.

Ley sobre Auxilio a las Víctimas del Delito del Estado de México. Ordenando la creación de un fondo para asistir a las víctimas del delito que carecieran de recursos para subvenir sus necesidades inmediatas. Tomadas de las recomendaciones de la Declaración de la ONU , en su artículo 13.

Los servicios de atención victimológica deben ir más allá de la atención puramente penal o médica, habrá que proporcionarles un carácter humanístico, en el que se

contemple la recuperación lo más integral posible de la víctima, ya que las repercusiones que origina el delito pueden ser muy amplias y diversas.

Los derechos de las víctimas forman parte de los derechos humanos, llamados de la "segunda generación" que demandan un hacer por parte del Estado, al igual que los derechos económicos, sociales y culturales. Deben de brindarse de manera gratuita e independiente de que se identifique, aprenda o condene al delincuente; otorgándoles servicios por parte del estado y a falta de destreza, especialidad y oportunidad, sería adecuado que sean grupos de la sociedad civil las que los brinden, con las facilidades que ellos requieran.

En el ámbito mundial, ya son varios los países que cuentan con este beneficio como son: Nueva Zelanda (1961), Inglaterra (1964), EE.UU. (1965), Canadá (1967), México (1969), Austria (1972), Dinamarca (1973), Italia (1975), Francia (1977), Bélgica (1985), México (1993) Reforma Constitucional sobre Derecho Victimal, etc.

Aunque no se encuentra dentro de las clasificaciones clásicas, la victimización secundaria es la social, al ser juzgada la víctima en el medio en que vive, y aquella que recibe cuando solicita atención médica o jurídica. En estos casos los procedimientos tanto médicos como jurídicos suelen ser negligentes.

Cabría mencionar que muchos organismos no gubernamentales manejan el término "doble victimización", que se refiere cuando una persona víctima de delito decide denunciarlo y al llegar a las instancias de salud o procuración de justicia, es doblemente victimizada ya que los procedimientos de atención en gran medida suelen ser negligentes; aunado a la situación social en el que suelen ser juzgados (as), cuestionados (as), señalados (as) o calificados (as) por el hecho sucedido ^(14, 15, 62, 68, 69, 77, 116, 117, 119, 126, 127, 130, 131, 132, 135, 187, 188, 194, 249)

VI. 3. Lesionología médico-legal

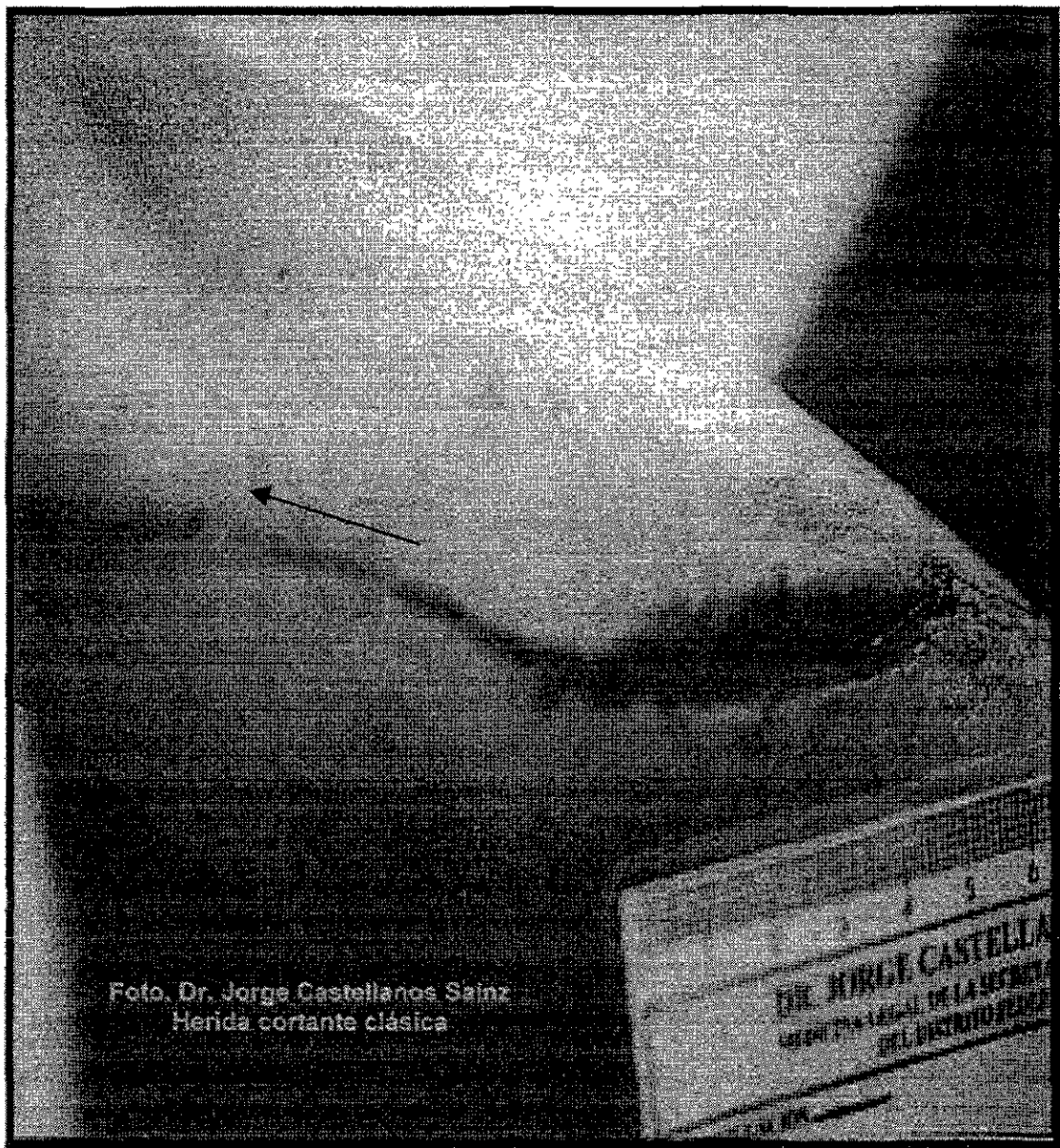


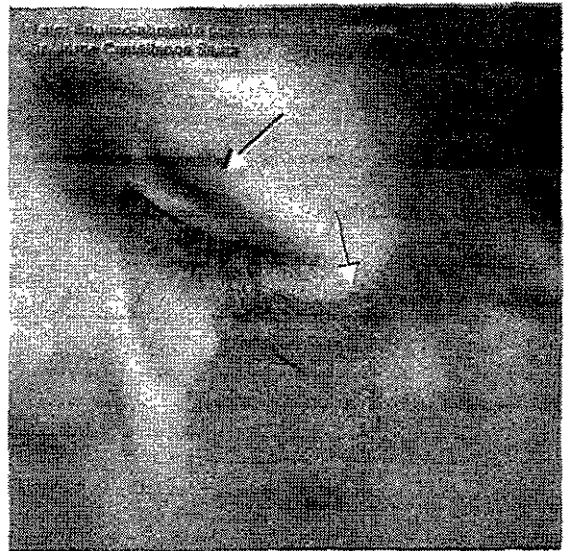
Foto. Dr. Jorge Castellanos Sainz
Herida cortante clásica

*Toda acción queda plasmada tanto en el objeto vulnerante
como en el componente vulnerado*

Lesionología médicolegal

El médico legista se encuentra en su actividad cotidiana con una serie de elementos que le permiten cualificar, calificar y cuantificar las lesiones para que sean tipificadas por los agentes del Ministerio Público de acuerdo al Código Penal vigente, como lesiones que se persiguen por querrela o de oficio.

En el caso del delito de la violencia familiar, debe de peritar sobre el probable o comprobado síndrome de maltrato físico y psicológico mediante el interrogatorio y una exploración exhaustiva del demandante por el personal adscrito a la oficina médico-legal de las Delegaciones del Ministerio Público.



Toda lesión presenta un mecanismo de producción que se puede probar y comprobar mediante las ciencias fácticas, así, una excoriación se produce por una contusión directa o indirecta en forma tangencial a la superficie, mientras que una equimosis por lo general es producida por un objeto romo, una herida incisa tiene un inicio y un final en su recorrido, en donde predomina más la extensión sobre la profundidad, a diferencia de una herida punzocortante que se identifica por su profundidad sobre la extensión y se puede establecer si en el objeto vulnerante existen filos o bordes romos; las quemaduras por diferentes mecanismos permiten identificar si fueron producidas por líquido, vapor, objeto metálico al rojo, y también la posición del sujeto mientras ocurría el incidente y la posición víctima-victimario, la relación de estaturas, y así todas y cada una de las lesiones observadas en la traumatología forense

La especificación se realizará siempre en forma descriptiva apoyada en bosquejos, dibujos, tomas fotográficas, filmaciones y todo aquel medio que sirva para fijar las lesiones al momento de su clasificación en el certificado médico legal o en el expediente clínico hospitalario.

Cada una de las lesiones deberá ser descrita completamente, con su nombre y sus atributos, tales como tipo de lesión, tamaño, bordes, fenómenos acompañantes, mecanismo productor, localización y posibles consecuencias, en cuanto a las lesiones provocadas por heridas producidas por arma blanca, en las producidas por balas de arma de fuego, neumáticas o de cuerda, en los accidentes viales y en la violencia familiar, se ubicarán a partir del plano de sustentación y líneas planimétricas o áreas anatómicas aceptadas.

En primer termino se deberá conocer cada uno de los conceptos sobre la lesión
(27, 77, 86, 96, 200, 201, 212)

Lesión

Es toda alteración de la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si es producida por una causa externa.

En el artículo 288 del Código Penal para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal:

Bajo el nombre de lesión están comprendidas no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino también toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una causa externa.

Razones para la clasificación médico-legal (Calificación aplicada por un juez)

Para la clasificación médico-legal de las lesiones se consideran siempre los siguientes criterios:

- Evaluar el resultado directo de la lesión;
- No se puede exponer al paciente a riesgo anestésico ni quirúrgico;
- La cirugía no reconstruye ad integrum, y
- Órtesis y prótesis no suplen órgano ni función

Las lesiones corporales se clasifican según la naturaleza jurídica en:

- **Accidentales:** son aquellas lesiones producidas en forma involuntaria o en forma imprevista;
- **Culposas:** son aquellas lesiones que antiguamente se consideraban como cuasidelito y que en la actualidad se conceptualizan como delito culposo, en donde no se involucra a la voluntad, y
- **Dolosas:** como delito simple calificado, ya que lleva el componente de la voluntad

Si las lesiones condujeron a la muerte, ésta se clasificará como accidental, homicidio o suicidio.

Criterio cronológico:

- **Art. 289 párrafo I.** Lesión que no ponga en peligro la vida y tarde en sanar menos de quince días.
- **Art. 289. párrafo II.** Lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar más de quince días.

Criterio cosmético:

- **Art. 290.** Lesión que deje cicatriz en cara perpetuamente notable.

Criterio de funcionalidad:

- **Art. 291.** Lesión que perturbe para siempre, entorpezca o debilite las facultades de un órgano o las facultades mentales.

Criterio somato-funcional:

- **Art. 292. fracción I.** Lesión de la que resulte enfermedad segura o probablemente incurable, inutilización completa de cualquier órgano, que perjudique para siempre una función orgánica o se produzca una deformidad incorregible.

Criterio sobre incapacidad:

- **Art. 292. fracción II.** Que produzca incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, pérdida de la vista, habla o las funciones sexuales.

Criterio de gravedad:

- **Art. 293.** Lesiones que si ponen en peligro la vida.

Se consideran lesiones que ponen en peligro la vida ⁽²⁷⁾

- Lesión a órganos vitales,
- Hemorragias mayor de 1,000 ml
- Agravamiento del estado anterior como consecuencia de una lesión agregada, o complicación del anterior.
- Traumatismo craneoencefálico grado II y III

- Falla orgánica múltiple con más de tres sistemas u órganos comprometidos
- Lesiones penetrantes en cavidades orgánicas, incluyendo la retroperitoneal

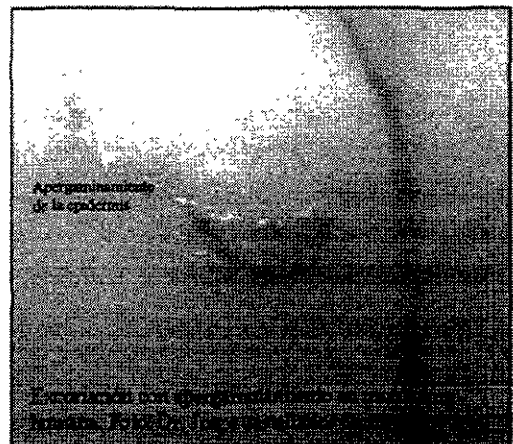
Es importante señalar que existen una serie de lesiones que indican la intencionalidad de ataque o defensa; la mecánica lesional y el tipo de instrumento actuante y productor de la lesión; así pues, se enumeran las lesiones desde la más sencilla hasta las variantes mixtas.

- **Rubicundez** (*rubicundus* = rojo): fenómeno vascular que presenta color rojo o sanguíneo manifestado en los tegumentos por compresión del lecho vascular sin lesionarlo y que, al eliminar la fuerza compresiva muestra un agolpamiento hemático producido por una vasodilatación momentánea la cual inicia aproximadamente 15 (quince) minutos después de la lesión.
- **Eritema** (Gr. Εριθημα = rojo): es la inflamación aguda y superficial de la piel, producida por una contusión directa con objeto romo que no alcanza la fuerza suficiente para romper los capilares, por lo que se presentan manchas rojas acompañadas de aumento de la temperatura regional y edema. Es la manifestación más sencilla de respuesta a un mecanismo agresor externo como por ejemplo, una bofetada ⁽²⁷⁾

DATA LESIONAL: el eritema es variable, ya que acompaña a muchas lesiones, pero la básica por contusión, tarda 45 minutos aproximadamente.

- **Edema:** se encuentra como respuesta prácticamente en todas las lesiones traumáticas y está constituida generalmente por la tríada de *eritema*, por vasodilatación focal localizada al sitio de la lesión; aumento de la temperatura regional secundaria a la irradiación de escape por la vasodilatación in situ y, edema, básicamente por aumento de la permeabilidad vascular por lesión producida por cualquier agente vulnerante.

- **Erosión y apergaminamiento:** es la pérdida de la capa más externa de la piel causada por traumatismos tangenciales o abrasivos, sin tocar terminales nerviosas ni vasos, por tanto no serán dolorosas ni sangrantes, hay presencia de icor que se aglutina de color amarillo melisérico y se evidencian ante la observación tangencial de las lesiones.



DATA LESIONAL: la erosión se cura como tiempo promedio en 4 días sin dejar cicatriz.

- **Excoriación** (*Latín: ex = fuera y córion = piel*): es el levantamiento de la epidermis, producida por una contusión tangencial con denudación del córion; el apergaminamiento es el enrollamiento que indica la dirección del agente vulnerante, se acompaña de un componente erosivo el cual deja una zona hemorrágica posteriormente organizada en una costra hemática.

DATA LESIONAL: la excoriación se descostra al 7º día, desaparece a los 20 días, dejando una cicatriz blanquecina que se desvanece paulatinamente sin dejar huella.

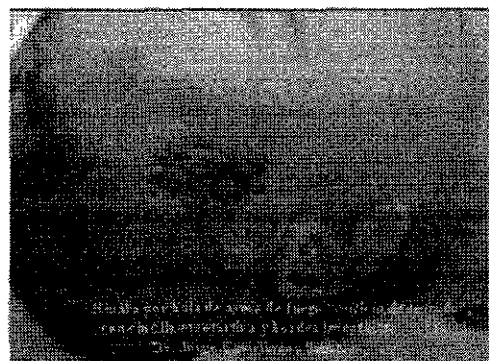
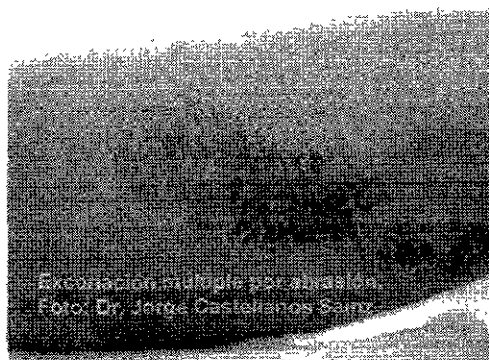
Excoriaciones múltiples: entre ellas se encuentran:

- **Abrasiones:** excoriaciones múltiples acompañadas de apergaminamientos que son huellas de arrastre, usualmente acompañando a otro tipo de lesiones;

- **Excoriaciones semilunares** que frecuentemente corresponden a estigmas ungueales en fase de apoyo y pueden dibujar una excoriación lineal al producirse la fase de deslizamiento;

- **Anillo contuso-erosivo:** se hace presente como una semi-elipse producida por proyectiles de armas diversas; y la

- **Erosión-vínculo:** relacionadas con el vínculo por ejemplo en el ahorcamiento, en la estrangulación con lazo y contusiones con elementos delgados y flexibles que suelen dibujar su forma.



DATA LESIONAL: las excoriaciones múltiples, descostran al 7° día y desaparecen a los 20 días, aunque tendrán alguna variación según su extensión, dejando una cicatriz blanquecina, la que desaparece paulatinamente sin dejar huella.

- **Petequias:** es el cúmulo de puntos hemorrágicos pequeños que va del color rosado al hemorrágico franco, es acompañante de algunos traumas, o secundarias a enfermedades con alteraciones en la coagulabilidad, se encuentran frecuentemente en intoxicaciones, envenenamientos y acompañan en la anoxia por obstrucción mecánica de las vías respiratorias.



- **Equimosis** (Gr. εκχυη = mosis): se llama al derrame hemático o linfático en lámina que infiltra los tejidos, es producido por ruptura de vasos sanguíneos, debida a una contusión y se acompaña de dolor por dilaceración de los filetes nerviosos.



DATA LESIONAL DE LA EQUIMOSIS:

- **color rojo** el cual puede cambiar, de los pocos minutos a horas por la cantidad de hemoglobina;
- **color negro o morado** de 1 a 3 días por la concentración de hemoglobina; de
- **color azulado** entre los 4-6 días por la reducción de la hemoglobina a hemosiderina;
- **color verdoso** entre los 4 a 12 días por el mismo mecanismo, ahora de hemosiderina en hematoïdina;
- **color amarillento** entre los 13 a 21 días por reducción de los pigmentos hasta la hematina.

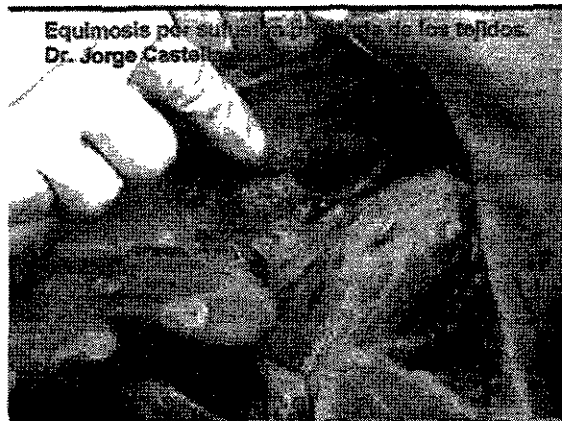
- **Equimoma:** se llama al infiltrado hemático de superficie amplia, acompañado de infiltración a tejidos magros que tiende a desplazarse entre estos tejidos y las fascias hasta el exterior, dando aspecto de equimosis.

Esta lesión es de las que tardan en sanar mucho más de 21 días debido a la profundidad y el volumen hemático contenido.

DATA LESIONAL DEL EQUIMOMA: sigue el mismo patrón de la equimosis en cuanto a metabolitos de la hemoglobina, tarda más de 21 días en desaparecer, por la cantidad de infiltrado sanguíneo.

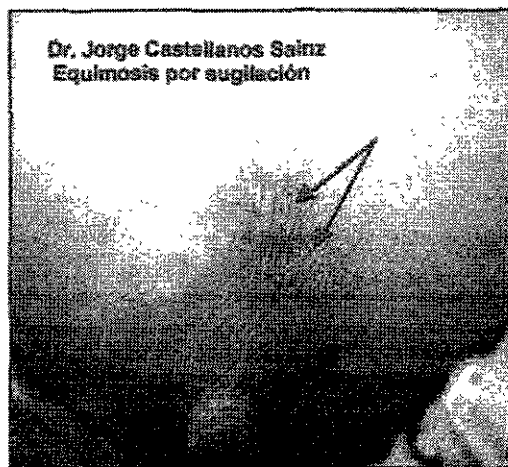
- **Equimosis profundas:** el derrame hemático o linfático en lámina que infiltra los tejidos; es producido por ruptura de vasos sanguíneos ocasionada por una contusión y que se establece por debajo de las aponeurosis, entre los filetes musculares móviles, emigra a las capas superficiales entre 4 a 5 días después del traumatismo, evidenciándose superficial-

mente por gravitación y en sentido de menor resistencia de los intersticios, que no indica la ubicación primaria de la lesión. En el cadáver, su disposición se corrobora con la disección por planos que permite establecer el recorrido seguido desde la fuente primaria.



DATA LESIONAL: la sufusión de los tejidos dependerá de la profundidad, y extensión, pero sigue los mismos patrones bioquímicos de reducción que una equimosis.

- **Sugilación:** es la equimosis que se inicia con ruptura capilar por succión (o chupete) produce un color rojo vino y continúa con los patrones de coloración de la equimosis, por los fenómenos de óxido reducción de la hemoglobina, siendo casi siempre delimitada y de tamaño semejante a la apertura labial que la produjo.



DATA LESIONAL: dentro de los primeros minutos a unas horas se presenta de

- **color rojo** por la hemoglobina; de 1-3
- **negro o morado** por la hemoglobina sin alteración bioquímica; a los 4-6 días
- **azuloso** por la reducción de la hemoglobina en hemosiderina; a los 7-12 días se torna verdosa por la reducción de la hemosiderina en hematoína; a los 13-21 días

- **amarilla** por la hematina.

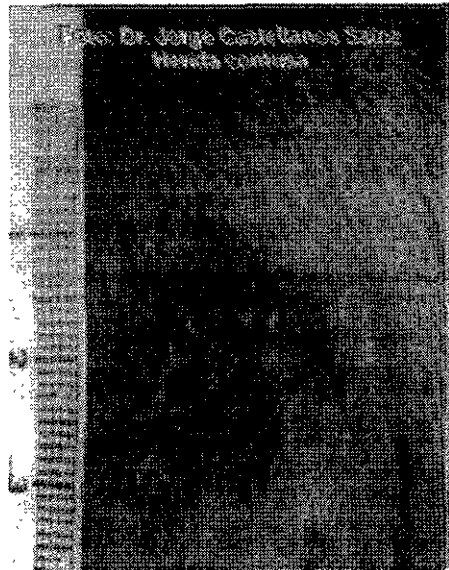
- **Hematoma o abullamiento:** es la colección de líquido hemático localizada en el espacio formado por dos planos de tejido.

DATA LESIONAL: el hematoma presenta a los 15 días organización de fibras y cambios de coloración café parecida al chocolate.

- **Bolsa hemática:** caracterizada por un rodete subcutáneo duro que contiene gran cantidad de sangre coagulada con un centro suave y depresible.
- **Derrame cavitario:** es la acumulación hemática en una cavidad orgánica que puede adsorberse u organizarse, con proliferación de tejido fibroso y precipitación de sales de calcio que puede alterar las funciones orgánicas.
- **Sufusión:** se conoce así a la infiltración de los tejidos secundaria a una hemorragia, como se observa en la infiltración hemática de la diploe por una fractura.

Derrame de Morel-Lavallée: derrame linfático, en donde la piel se desliza sobre una aponeurosis resistente (cara externa crural con la fascia lata), producido por contusión tangencial que produce una bolsa de acumulo linfático.

Herida contusa: suele ser de bordes irregulares, con presencia de puentes subdérmicos de tejido sano, desgarro y desprendimiento de piel y derrame hemorrágico cuando la piel es comprimida entre la potencia vulnerante y un borde óseo; se producen heridas de adentro hacia fuera alargadas y regulares que toman el aspecto de hendiduras lineales con desplazamiento lateral de fibras de varios planos y vuelven por sí mismas a su lugar, casi haciendo desaparecer el trayecto lesional, con labios de la herida dentados o anfractuosos acompañados de excoriación, equimosis y eritema.



- **Por golpe oblicuo en plano agudo:** la fuerza del instrumento se concentra en sitios limitados de la piel, venciendo su cohesión con mayor facilidad y produciendo una diátesis cutánea.

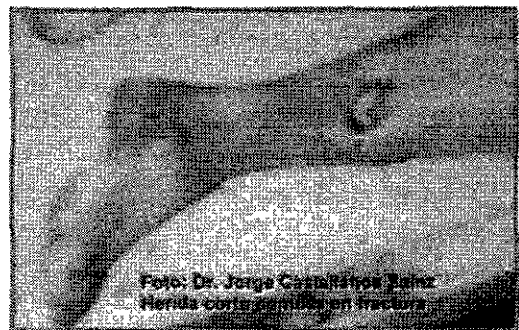
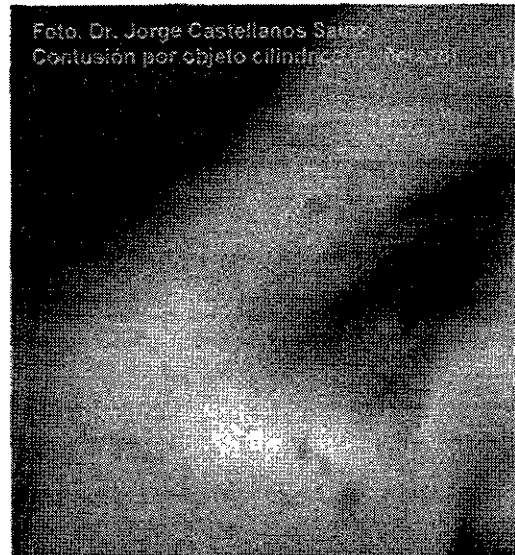
- **Por compresión contra un plano óseo:** cuando el plano óseo se encuentra con

alguna cresta, ésta, producirá una herida que se inicia en ese punto y correrá hacia fuera, actuando como filo interior.

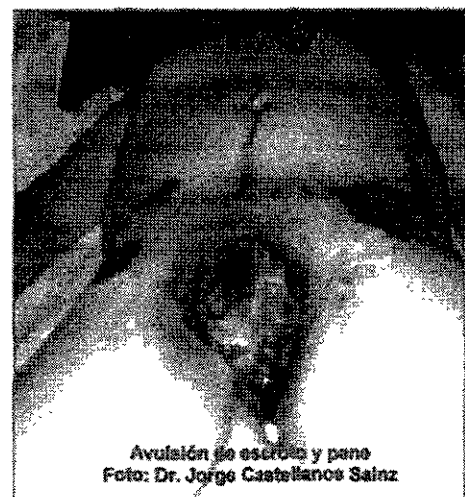
- **Por instrumento redondeado** cuando se golpea una zona subyacente con un instrumento romo sobre un plano convexo, la fuerza se concentra en algún punto produciendo un desgarramiento con gran facilidad.

- **Por instrumento cilíndrico:** cuando la cima de la convexidad del instrumento contunde, la fuerza viva exprime los vasos sanguíneos, enseguida la fuerza se dirige abrazando al instrumento, produciendo equimosis paralelas en "vías de tren", tal como se observa en un puñetazo o ante contusión con un tolete.

- **Lesión de adentro afuera:** ocurre cuando el agente contundente actúa de dentro hacia fuera del cuerpo, tal como sucede con las esquirlas o los fragmentos óseos de una fractura.

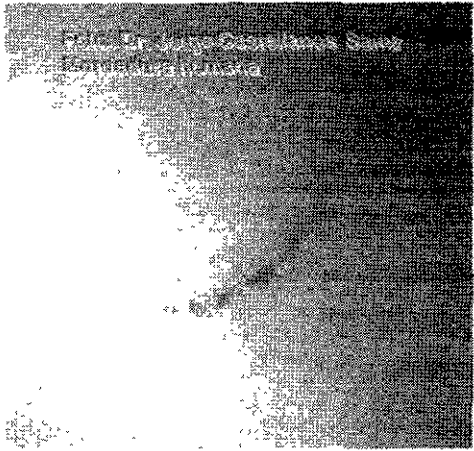


Arrancamiento: es el resultado de una tracción violenta de un segmento de la piel y tejidos subyacentes, están localizadas generalmente en porciones distales, pueden provocar la avulsión de un miembro (pene, oreja, dedo.) con una *fase de compresión* en la cual se profundiza en los tejidos a manera de prensa y *el elemento de tracción*, las lesiones son irregulares, provocadas por las diferentes resistencias de los tejidos en la superficie, poco sangrantes y bordes deshilachados en los diferentes planos dando la impresión de flecos (lesiones sí que ponen en peligro la vida y dejan importantes secuelas anatomofuncionales).



Mordedura: lesión producida por la aprehensión entre las arcadas dentarias y la tracción de los tejidos que puede agregarse la presión negativa de la succión que dibuja pequeñas equimosis, las que hieren los tejidos subdérmicos, dejando en muchas ocasiones cicatrices internas visibles durante mucho tiempo que modelan el tamaño y la disposición de los dientes sobre la piel.

En el peritaje médico-legal se deberá diferenciar y fundamentar si se tratara de mordeduras eróticas las cuales presentan un patrón de líneas de excoriación con disposición radiada donde se encuentra un área central de sugilación, son producidas lentamente sobre el cuello, hombros, mamas, vulva y muslos de la víctima; de agresión o de defensa con un patrón conformado por marcas difusas y escaso detalle sobre mejillas, orejas, nariz, manos y miembros superiores, que suelen acompañarse de heridas contusas en términos generales y aquellas producidas por autolesionismo: que guarda un patrón simple de dos líneas semilunares de equimosis o excoriaciones en antebrazos y manos del sujeto.



La impresión incisial es marcada por el borde incisial de los dientes del agresor, por tanto se deberá estudiar su ángulo en grados con relación a la línea media de la impresión de la arcada; la equimosis formada y susceptibilidad a ésta por parte de la víctima; los movimientos realizados durante la mordida por parte de la víctima al intentar desasirse de ésta y los movimientos efectuados por la mandíbula del agresor.

Las marcas indelebles o cicatrices son semejantes a las observadas en el vientre de mujeres que han gestado, permitiendo establecer su patrón a largo plazo cuando éstas se presentan.

Es de capital importancia precisar las formas dentales impresas correspondiendo la forma rectangular a los incisivos centrales y laterales, la triangular a los caninos, la triangular simple o doble que pertenecen a los premolares y las romboidales, que rara vez están presentes, a los molares.

El agresor suele mentir en el mecanismo de las lesiones por caída y precipitación, razón por la cual deben describirse cuidadosamente todos los datos encontrados; así la caída se define como el desplome de una persona desde el mismo plano de sustentación que se produce a la falta de tiempo y espacio en donde se establece un sistema de fuerzas que lanzan al cuerpo lateral y oblicuamente sobre el suelo con presencia de lesiones focales porque el efecto de aceleración se observa en cabeza, con posibles fracturas de cráneo con hundimiento por debajo de la "línea del sombrero", mientras que en el resto del

cuerpo es mínima la cantidad de lesiones; pero que puede presentarse la variedad de caída estática en donde no existe ningún componente dinámico extraño en la caída; la caída complicada en la que se añade otro componente lesivo que complica al trauma o agrava sus consecuencias; la caída fásica que se desenvuelve en dos o más fases o tiempos sucesivos; la caída acelerada a la cual se añade el componente dinámico de la velocidad que aumenta la fuerza de la caída y la caída post mortal en la que se deberá corroborar que su presencia fue posterior a la muerte.

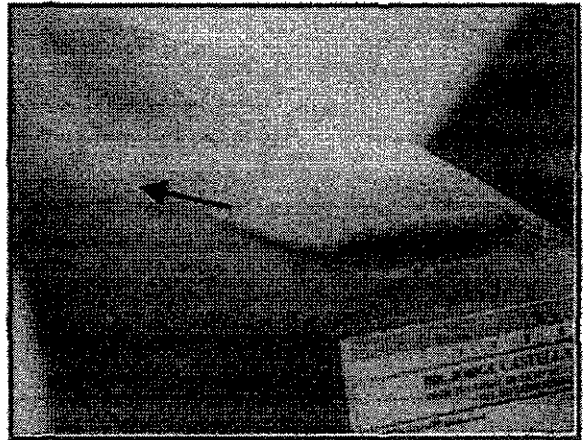
La precipitación es el desplome de una persona por abajo del plano de su sustentación, en donde la fuerza de la gravedad desempeña el papel más importante, con la liberación de la energía al momento del impacto, la cual se trasmite a todo el cuerpo provocando, per se, lesiones generalizadas y se observan como lesiones cutáneas mínimas en piel, mientras que el daño interno es severo por la transmisión de la energía viva del sujeto al tocar el suelo y ser absorbidas por los órganos internos; las lesiones esqueléticas sobre el segmento superior del cuerpo con presencia de fracturas conminutas en el cráneo, conocidas como el signo de la bolsa de las nueces, con hundimiento y aspecto de telaraña. Las lesiones craneales se encontrarán por encima de la "línea del sombrero"; cuando ocurre el impacto sedente se presentará incrustación de las alas menores del esfenoides y de la apófisis crista galli sobre el encéfalo por la transmisión de la energía a estos niveles; cuando es sobre el segmento inferior del cuerpo, se presenta introducción de la columna en la bóveda craneal con afectación encefálica, generalmente se acompaña de fracturas del astrágalo y el tercio medio de las piernas; las lesiones viscerales acompañantes de la aorta ya que ésta se secciona a nivel de la unión del cayado con la porción descendente y el hígado que muestra laceraciones en su porción central con indemnidad de la superficie.

Heridas punzantes: son producidas por elementos que actúan a profundidad con desplazamiento lateral de fibras de varios planos y que vuelven por sí mismas a su lugar, que suelen producir lesiones internas graves, haciendo casi desaparecer el trayecto y presentar un orificio de entrada y con o sin un orificio de salida; localizado el primero, por lo general en la piel y rara vez en las mucosas, acompañada de un halo eritematoso o anémico.

Su forma varía según el instrumento, que puede ser circular, triangular u otro, con presencia de anillo de contusión.

DATA LESIONAL: en la lesión punzante en la piel, el halo eritematoso desaparece entre 2 a 3 días y la costra hemática acompañante, 7 días después.

Heridas cortantes, lesiones en las que predomina la longitud sobre la profundidad, con bordes nítidos, dejando una coleta corta y profunda en el inicio del corte y una cola larga y superficial a la salida del instrumento cortante, conocida como "cola de ratón" que marcan el vector de fuerza, dirección y profundidad ejercida por el instrumento sobre el tejido, dándole un aspecto triangular con la base en la superficie y que debido a las fibras elásticas, el tejido se retrae, pueden ser lineales, en colgajo, mutilantes y rozaduras.



Heridas de Lacassagne: en las heridas incisivas y punzocortantes, se presenta como cola de ratón, siendo corta al inicio y larga en la salida.

Líneas de Filhos-Langer: clivaje de la piel con trayectorias conocidas y representadas en los atlas de cirugía, estudiadas para las lesiones en criminalística.

Leyes de Filhos Langer

- Los labios de la herida están dirigidos hacia dentro de la herida.
- Los labios de la herida son adosables en sentido y dirección de las fibras elásticas.
- La zona cutánea excéntrica inmediata, presenta un halo inflamatorio que es signo de vitalidad.
- Presenta un halo de enjugamiento, en donde quedan las impurezas adheridas a los labios de la herida.
- Lo céntrico o excéntrico de un orificio de entrada, indica el trayecto del instrumento.
- Cuando el orificio de salida está presente, los labios de la herida están evertidos.

Heridas punzocortantes: son heridas extendidas en las que predomina la profundidad, en forma de pez, con bordes nítidos, constituidas por un punto de entrada, un trayecto y que pueden o no presentarse un punto de salida. El orificio de entrada presenta bordes lineales con un extremo obtuso en forma de muesca o escotadura y otro agudo como el observado en heridas por arma blanca o lesión en "V" como la observada en la venopunción por presentar el instrumento un lomo redondeado y dos bordes cortantes, suelen dar el aspecto de un pez; la muesca suele ocurrir por movimiento de rotación en la extracción del instrumento producen escotaduras a la derecha o a la izquierda que indica la mano y posición del agresor respecto a la víctima. Cuando la lesión es oblicua, el labio que la cubre indica la dirección de la penetración; el trayecto puede ser

completo, en fondo de saco, único o múltiple de penetraciones del instrumento sin haberlo extraído completamente y el orificio de salida no se presenta en forma constante, pero los labios de la herida se encuentran evertidos y puede estar presente o no equimosis en ésta. La hemorragia por lo general es interna.

Signo de Chavigny: la primera herida permite el afrontamiento de sus bordes y la segunda, no lo permite porque sus labios están interrumpidos por aquella.

Signo de Lacassagne: en las heridas incisivas y punzocortantes, se presenta como *cola de ratón*, siendo corta en el inicio y larga en la salida.

Anoxemia (del Gr α = ausencia; $\alpha\lambda\iota\sigma$ = y $\eta\alpha\iota\mu\alpha$ = sangre) y el término **Asfixia** (del Gr α = ausencia; $\sigma\phi\iota\gamma\mu\sigma$ = pulso o $\sigma\phi\iota\zeta\omicron$ =palpitar.)

El oxígeno que penetra al organismo debe encontrarse normal en la composición del aire en una ventilación pulmonar sin alteraciones, así como en los transportadores o eritrocitos se encontrarán en cantidades normales. Por lo que la hipoxia es el proceso deficitario parcial de la presencia del oxígeno, mientras que la anoxia es el proceso deficitario total de la presencia del oxígeno en los tejidos. Teniendo, además, a la hipercapnia que es la acumulación de anhídrido carbónico.

La anoxia anoxémica presenta lesiones tisulares particulares y evidenciables, siendo las más importantes para esta área:

Anoxia-anoxémica: de interés en medicina legal, que corresponde a los trastornos en la concentración de oxígeno atmosférico en la sangre que lesionan consecuentemente a los tejidos humanos.

- **Anemia:** trastornos en la conducción del oxígeno a los tejidos por transporte insuficiente, ya sea en capacidad o en número.
- **Circulatoria** que no se manejará en esta tesis.
- **Histotóxica** que no se comentará en esta tesis.

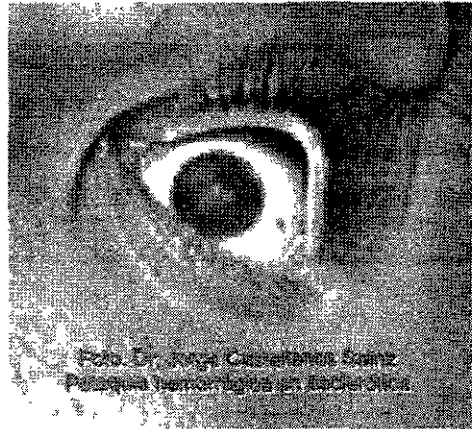
Fluidez hemática dada por el desequilibrio de fibrinólisis sobre la coagulación observada en muertes rápidas; violentas o no.

Congestión no cianótica: hiperemia pasiva de tinte rojo azulado por reducción de la hemoglobina en represamiento de la sangre venosa.

Congestión visceral: lesión anóxica capilar que produce vasodilatación con acumulo hemático visceral.

Petequias hemorrágicas localizadas en piel laxa (escroto, vulva y cara), subpleurales y parénquima cerebral, producidas por fragilidad endotelial producida por anoxia.

Edema pulmonar: lesión endotelial anóxica que produce aumento de la permeabilidad capilar y lesión alvéolo-capilar, producida por la presión negativa de la inspiración forzada ante la oclusión de las vías respiratorias.



Manchas de Tardieu o Petequias de Welsh: puntillero hemorrágico petequial, bajo la pleura pulmonar, pericardio y meninges, en asfixia por sofocación

Ahorcadura: muerte producida por constricción del cuello ejercida por un vínculo sujeto a un punto fijo, sobre el cual ejerce tracción el peso del cuerpo suspendido.

- **Suícida:** se asocia a datos de depresión y angustia.
- **Accidental:** se presenta ante hechos causales no previstos o asociados a prácticas eróticas.
- **Homicida:** se presenta ante desproporción de fuerzas entre víctima- victimario, o por linchamiento.
- **Jurídica:** actualmente es rara (*Ley de Lynch*)
- **Suspensión incompleta:** cuando alguna parte o segmento del cuerpo presenta punto de apoyo.
 - **apoyo distal:** apoyo podálico con cualquiera de sus partes.
 - **apoyo genu-pédico:** apoyo con cualquier segmento de la relación pie-rodilla.
 - **apoyo crural:** apoyo de cualquiera de las caras de los muslos.
 - **apoyo sedente:** apoyo de cualquier cuando el cuerpo que sentado o semisentado.
 - **apoyo del torso:** apoyo de cualquier parte del vientre, tórax anterior y posterior.
 - **apoyo quiro-antebraquio-braquial:** apoyo de cualquier parte del segmento mano-antebrazo-brazo.

- **Suspensión completa:** suspensión por el cuello en el aire, sin que parte alguna del cuerpo tenga contacto de apoyo.

Surco: depresión longitudinal única o múltiple de aspecto apergaminado que rodea al cuello, con dirección oblicua ascendente, de profundidad variable más marcada en la zona opuesta al nudo, el cual, lo interrumpe y que se encuentra localizado generalmente por arriba del cartilago tiroides, el cual dibuja la trama del vínculo o lazo. Presenta crestas hemorrágicas y vesiculadas del tejido seroso o serohemático, frecuentemente observadas en la piel aprisionada entre dos surcos que pueden ser flanqueados por una banda eritematosa.



- **excoriación cervical simétrica:** se presenta cuando el nudo está colocado sobre la línea media anterior o posterior, con compresión lateral del cuello.
- **excoriación cervical asimétrica:** cuando se presenta el nudo desviado hacia cualquier lado de la línea media anterior o posterior.

En la profundidad del surco se puede presentar una zona de sima blanca conocida como "línea argentina", producida por condensación del tejido celular subcutáneo.

Facies

- **pálida:** se presenta en la constricción simétrica o en suspensión completa con la consecuente oclusión vascular completa.
- **congestionada:** se presenta en la constricción asimétrica o suspensión incompleta, que permite el flujo hemático, produciendo una hiperemia de cabeza, que se acompaña de petequias hemorrágicas.

Lengua: es proyectada por la constricción hacia arriba y adelante quedando atrapada entre los dientes, produciéndose deshidratación y adquiriendo un tinte negruzco.



SIGNO DE ZITKOV: hemorragia en el tejido conjuntivo papilar en la punta de la lengua por proyección de ésta entre los dientes durante la ahorcadura.

Livideces: en la suspensión completa, se observan de color púrpura negro en porciones distales y con menor tinte en marea alta en los miembros, que aumentan de tamaño con el transcurso del tiempo, producidas por la fuerza gravitatoria, posición y fluidez hemática.

En la suspensión incompleta, se observarán en las porciones más próximas al piso.

- **Anoxia-anóxica:** por oclusión de las vías aéreas por retropulsión glótica contra la pared faríngea posterior, impidiendo el libre flujo de aire.
- **Anoxia encefálica:** compromiso por compresión vascular de 2 a 5 kilogramos para obliterar a las yugulares y carótidas, con hiperemia o isquemia que determina una anoxia cerebral, con pérdida rápida de la conciencia y de 30 kilogramos para la oclusión de las arterias vertebrales.
- **Inhibición refleja:** por estímulo del seno carotídeo o del nervio neumogástrico que produce un paro cardíaco reflejo.
- **Lesión medular:** se presenta por caída libre del cuerpo hasta que los elementos de suspensión se tensan, produciendo lesiones en columna ósea y medular.

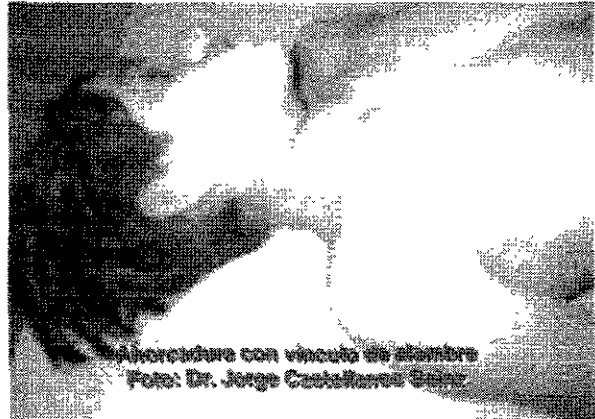
Estrangulación: muerte producida por constricción del cuello mediante la aplicación de una fuerza activa transmitida por medio de un lazo, manos, antebrazo o estructura rígida; constricción cervical por fuerza activa diferente del peso corporal que actúa por intermedio de un lazo.

- **Anoxia-anóxica:** por oclusión de las vías aéreas por retropulsión glótica contra la pared faríngea posterior, impidiendo el libre flujo de aire.
- **Anoxia encefálica:** compromiso por compresión vascular de 2 a 5 kilogramos para obliterar a las yugulares y carótidas, con hiperemia o isquemia que determina anoxia cerebral, con pérdida rápida de la conciencia y de 30 Kg. Para la oclusión de las arterias vertebrales.
- **Inhibición refleja:** por estímulo al seno carotídeo o del nervio neumogástrico que conducen a un paro cardíaco-reflejo.
- **Lesión medular:** se presenta por caída libre del cuerpo hasta que los elementos de suspensión se tensan, produciendo lesiones en columna ósea y medular.

ETIOLOGÍA

- **Homicida:** se asocia con los delitos sexuales generalmente.
- **Suicida:** exige que el procedimiento permita mantener la constricción cervical después de la inconsciencia.
- **Accidental:** se presenta ante fenómenos no previsibles o durante las prácticas eróticas.

Constricción: surco generalmente múltiple y completo alrededor del cuello, uniformemente marcado, poco profundo, sin apergaminamiento a nivel o por debajo del cartilago tiroides.



Excoriaciones semilunares: producidas por las uñas sobre cara anterior y laterales del cuello con base eritematosa o hemorrágica se pueden presentar junto a lesiones corporales.

Equimosis: en región naso-bucal, occipitales y escapulares.

Rostro: congestionado intensamente y con presencia de petequias hemorrágicas.

Surco: generalmente múltiple y completo alrededor del cuello, uniformemente marcado, poco profundo, sin apergaminamiento a nivel o por debajo del cartilago tiroides.

Excoriaciones: semilunares producidas por las uñas sobre cara anterior y laterales del cuello con base eritematosa o hemorrágica que se pueden acompañar con lesiones corporales.



Cuello visceral: infiltraciones hemáticas en partes blandas, con fractura del cartilago tiroides frecuentemente al nivel de laminas, ruptura del cartilago cricoides presenta equimosis digitadas, redondas producidas por impresión digital durante la constricción, que se acompañan de estigmas ungueales que

evidencian su notabilidad ante la exposición de luz ultravioleta de 366 nm, acompañadas con lesiones de defensa y lucha. La posición y situación lateral, dependerá de la posición relativa del agresor, y permite establecer cuantas veces fue asido el cuello. Ausencia de línea argentina y ausencia de desgarros en la íntima vascular cervicales, con inconsciencia en un período de 10 a 15 segundos de constricción.



Constricción antebraquial con apoyo cervical posterior formando un triángulo con fuerzas vectorial de adelante atrás y otra con apoyo posterior hacia delante (resistencia) que conlleva al colapso cervicovascular (carotid sleeper), con ausencia casi completa de lesiones externas.

Ocasionalmente se podrán evidenciar equimosis producidas por los pliegues de las mangas del agresor y vestidos de la víctima sobre la piel cervical anterior.

La oclusión de los orificios naturales por las manos, objetos blandos y mordazas que dejan vestigios de la acción obstructiva, como son las equimosis y excoriaciones, las contusiones y desgarros de mucosas orales y las derivadas de lucha-defensa

Sumersión completa (*anegamiento*): cuando el cuerpo se sumerge en un medio líquido como el agua dulce con menos del 5% de contenido de sal, se presentan diferentes gradientes de presión con desplazamiento del agua a través de la pared alveolar, originando una hipervolemia con hemólisis con hiperpotasemia en un período de 2 a 3 minutos con una hemodilución cercana al 50%, conduce a una anoxia, hipervolemia, hiperpotasemia e hiponatremia; la sobrecarga lleva a un edema pulmonar. La anoxia y la hiperpotasemia se traducen en una taquicardia y fibrilación, la anoxia conduce también a un edema cerebral causante de la muerte en un período de 3 a 5 minutos o bien en agua salada, como el agua marina que se encuentra por arriba del 5% de salinidad, que produce el desplazamiento del líquido de la sangre hacia los pulmones originando un edema pulmonar fulminante con una hipovolemia e intercambio de electrolitos que llevan a la hemoconcentración, hipernatremia, hemólisis, anoxia miocárdica, shock y paro cardíaco en un período de 8 a 12 minutos. Las posibilidades de éxito a las maniobras de resucitación son pocas cuando han transcurrido 6 minutos e inevitable después de los 10 minutos.

Sumersión incompleta se presenta cuando la cabeza u orificios respiratorios se encuentran cubiertos por el medio líquido aunque el resto del cuerpo no lo esté.

Los signos externos frecuentemente encontrados son el hongo de espuma que se presenta como en cualquier trastorno de anegamiento pulmonar, con aumento en la tensión superficial de las secreciones que se airean, formando una bola espuma de color blanco o rosa que emerge a través de las narinas, o de la boca; se observa una cianosis generalizada, expresión característica de las asfixias; hiperemia de

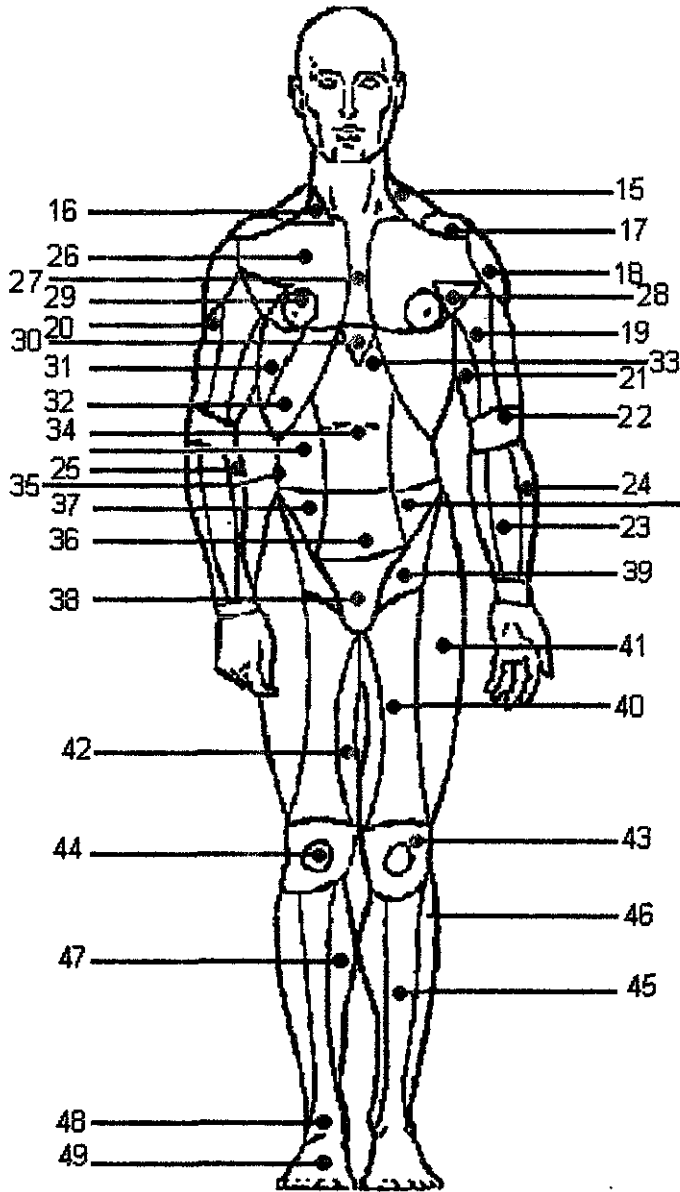
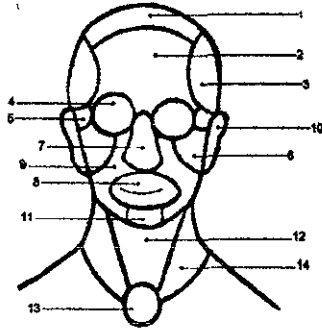


conjuntivas bulbares que en ocasiones se acompañan de petequias hemorrágicas en conjuntivas palpebrales inferiores; en la piel anserina se presenta una piloerección por transformación del ATP hasta AMP en los pequeños músculos de las pilosidades en cuerpo; las maceraciones manifiestas como arrugamiento y blanqueamiento de palmas y plantas, seguido de desprendimiento de la epidermis y uñas, mientras que las livideces características, se presentan por la posición que adopta el cadáver en las semiflexiones del decúbito dorsal, en el rostro y en el ámbito esternal, que al establecerse la fase de putrefacción se presenta un rostro hinchado y negruzco (cara de negro de Lecha Marzo); las contusiones se observan en la frente, dorso de manos, rodillas y dorso de pies, cuando el cadáver es movido por las corrientes de agua en una rambla poco profunda.

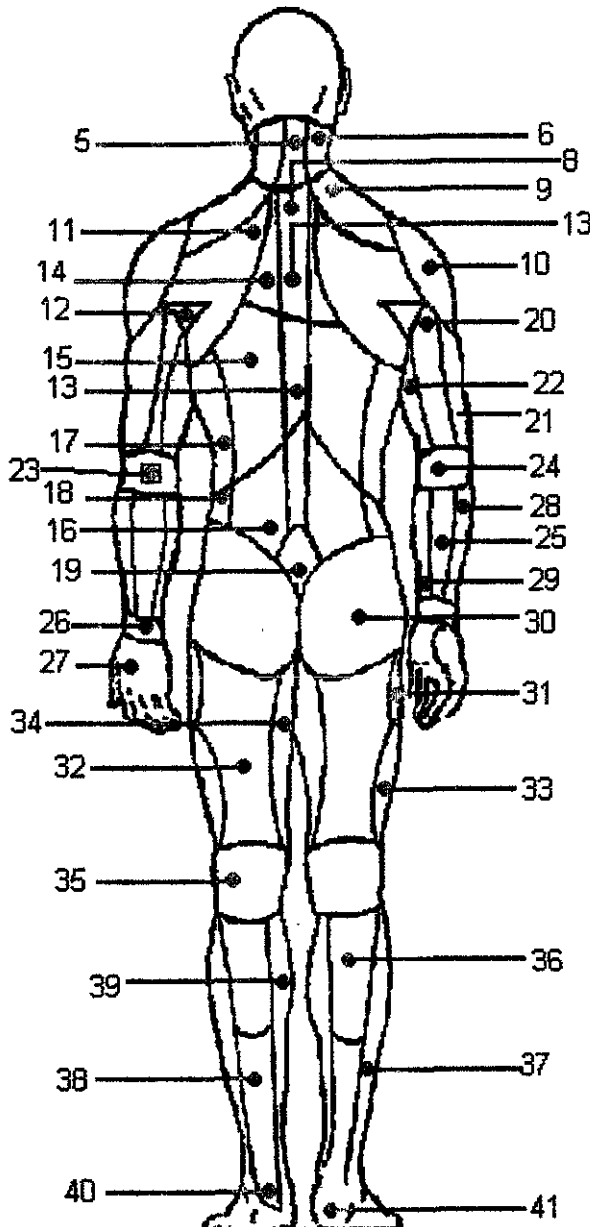
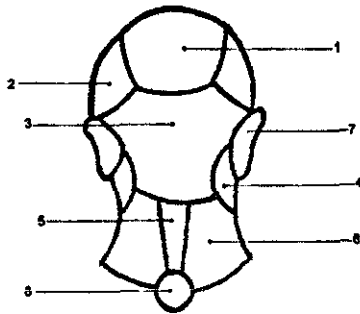
Como parte de la descripción de las huellas de lesión encontradas en la víctima la pericia debe incluir a la cicatriz queloide que sobresale al área lesionada; es redondeada, brillante, sin pilosidades y es pruriginosa, mientras que la cicatriz hipertrófica existe proliferación de tejido conjuntivo, limitándose al área lesionada, con una superficie irregular, no son pruriginosas y si están presentes los anexos cutáneos.

Y por último, es importante señalar los tatuajes o señas particulares en el acta médica cuando la víctima a fallecido (27, 28, 77, 88, 95, 96, 98, 105, 116, 117, 127, 177, 199, 200, 212, 228, 236)

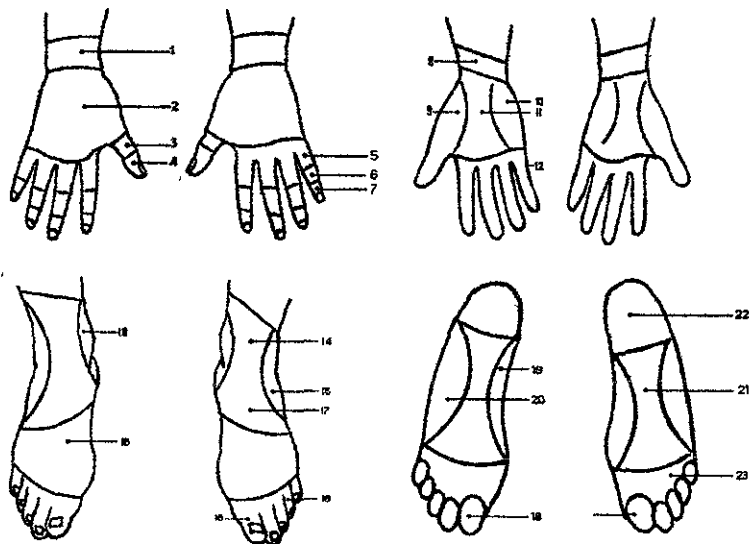
Esquemas propuestos para localización de las lesiones (27, 28, 177)



- 1.- Región parietal
- 2.- Región frontal
- 3.- Región temporal
- 4.- Órbita
- 5.- Arco cigomático
- 6.- Región malar
- 7.- Región nasal
- 8.- Región oral
- 9.- Región nasogeniana
- 10.- Región auricular
- 11.- Región mentoniana
- 12.- Cara anterior del cuello
- 13.- Hueco supraesternal
- 14.- Cara lateral del cuello
- 15.- Región supraclavicular
- 16.- Región claviclar
- 17.- Región supraclavicular
- 18.- Región deltoidea
- 19.- Cara anterior del brazo
- 20.- Cara exterior del brazo
- 21.- Cara interna del brazo
- 22.- Pliegue del codo
- 23.- Cara anterior de antebrazo
- 24.- Cara externa de antebrazo
- 25.- Cara interna de antebrazo
- 26.- Región pectoral
- 27.- Región esternal
- 28.- Región axilar
- 29.- Región areolar
- 30.- Región xifoidea
- 31.- Región costal
- 32.- Hipocondrio
- 33.- Epigastrio
- 34.- Mesogastrio
- 35.- Flanco
- 36.- Hipogastrio
- 37.- Fosa iliaca
- 38.- Región genital
- 39.- Región inguinal
- 40.- Cara anterior del muslo
- 41.- Cara externa del muslo
- 42.- Cara interna del muslo
- 43.- Rodilla
- 44.- Rótula
- 45.- Cara anterior de la pierna
- 46.- Cara externa de la pierna
- 47.- Cara interna de la pierna
- 48.- Tobillo
- 49.- Pie cara anterior



- 1.- Región parietal
- 2.- Región temporal
- 3.- Región occipital
- 4.- Región mastoidea
- 5.- Nuca
- 6.- Cara lateral de la nuca
- 7.- Oreja
- 8.- Prominencia cervical
- 9.- Región supraescapular
- 10.- Región deltoidea
- 11.- Región escapular
- 12.- Pared posterior de la axila
- 13.- Región espinal
- 14.- Región interescapular
- 15.- Región infraescapular
- 16.- Región lumbar
- 17.- Flanco posterior
- 18.- Cresta iliaca postero-superior
- 19.- Región sacra
- 20.- Cara posterior del brazo
- 21.- Cara externa del brazo
- 22.- Cara interna del brazo
- 23.- Región del olécranon
- 24.- Codo
- 25.- Cara posterior del antebrazo
- 26.- puño
- 27.- dorso de mano
- 28.- Cara externa del antebrazo
- 29.- Cara interna del antebrazo
- 30.- Región glútea
- 31.- Región trocanterea
- 32.- Cara posterior del muslo
- 33.- Cara externa del muslo
- 34.- Cara interna del muslo
- 35.- Huevo poplíteo
- 36.- Región de gastrocnemios
- 37.- Cara externa de la pierna
- 38.- Cara posterior de la pierna
- 39.- Cara interna de la pierna
- 40.- Tendón de Aquiles
- 41.- Talón
- 42.- Calcáneo



- 1.- Puño cara dorsal
- 2.- Dorso de la mano
- 3.- Segmento proximal del pulgar
- 4.- Segmento distal del pulgar
- 5.- Segmento distal digital
- 6.- Segmento medio digital
- 7.- Segmento distal digital
- 8.- Puño cara anterior
- 9.- Región tenar
- 10.- Palma de la mano
- 11.- Región hipotenar
- 12.- Palma de los dedos
- 13.- Maléolo interno
- 14.- Tobillo
- 15.- Maléolo externo
- 16.- Metatarsianos
- 17.- Dorso del pie
- 18.- Dedos del pie
- 19.- Borde plantar interno
- 20.- Borde plantar externo
- 21.- Planta del pie
- 22.- Talón
- 23.- Antepie

FRACTURAS

Generalidades: la fractura se presenta cuando las tensiones que se hallaban en los límites de elasticidad, son excedidas por acciones violentas externas y las moléculas óseas se separan entre sí, producto de la tensión de presión o empuje.

- **Fracturas estáticas:** una diáfisis se fractura al someterla a una presión creciente en sentido longitudinal.
- **Dinámica de la fractura:** es importante el tiempo durante el cual actúa la fuerza viva (choque), la velocidad o la respectiva aceleración de la masa movida, que actúan contra la resistencia ósea.
- **Fracturas por desgarro:** la tenacidad ósea a la presión, es mayor que la tenacidad de la tracción; así que la mayor parte de estas fracturas se producen por tracción, es decir, por desgarro. El promedio de la tenacidad de tracción es de 9 a 12 kilogramo / milímetro², y la tenacidad de presión de 12 a 16 kilogramo / milímetro²; ordinariamente, la primera parte de la superficie de arrancamiento es perpendicular a la dirección de tracción, producidas por:
 - a) Tracción muscular activa, voluntaria o involuntaria
 - b) Tracción muscular pasiva (troquín y troquíter del húmero)
 - c) Estiramiento muscular violento de ligamentos articulares.
- **Fracturas por flexión:** el punto de flexión máxima es el sitio opuesto a la fuerza que actúa sobre la parte media, produciéndose tensiones máximas de tracción:

- a) Presión sobre la cara cóncava
- b) Presión sobre la cara convexa con fractura en triángulo.
- c) Fractura por un extremo fijo.

- **Fracturas por compresión:** se presentan cuando hay una fuerza vertical al eje y queda sometida a una resistencia del eje transversal, acortándose el primero, ensanchándose el segundo, produciéndose una fractura por dentro y por fuera del hueso tubular largo, mientras que las fracturas se dan ante una fuerza de compresión desordenada.
- **Fracturas por empuje:** esta fractura se produce bajo la acción de fuerzas iguales y opuestas que actúan en planos paralelos inmediatamente yuxtapuestos.
- **Cizallamiento:** cuando una fuerza vulnerante externa actúa sobre el límite entre una parte apoyada y otra no apoyada, en donde se inicia la fisura.
- **Fracturas por torsión:** se presentan cuando existe una rotación en sentido opuesto, creándose una fractura espiroidea que sigue el sentido de la rotación.

Ley de Hook: el grado del cambio de la forma ósea producida que crece directamente proporcional a la intensidad de la fuerza deformante.

Tenacidad

- **La tenacidad de tracción:** resistencia contra el desgarro.
- **Tenacidad de reacción:** resistencia contra el aplastamiento.
- **Tenacidad al empuje o al cizallamiento:** resistencia contra la separación lateral.
- **Tenacidad relativa:** resistencia contra la rotura.
- **Tenacidad a la rotación:** resistencia contra la torsión.
- **Longitud a la acodadura:** resistencia a la dirección longitudinal, cuyos tallos no excedan más de cinco veces el diámetro transversal.

Dinámica

- **Génesis:** producidas por fuerzas vulnerantes que actúan en breve tiempo, con choque repentino (fuerzas momentáneas), aceleración de la masa y área de impacto.

- **Fracturas transversales:** depende de la velocidad del golpe y puede conducir con gran rapidez en el mismo sentido las fracturas por empuje, pero si la velocidades menor, dará como consecuencia una fractura por flexión.
- **Por acción muscular:** es condición previa que los ligamentos y tendones posean una mayor solidez a la tracción que los huesos por aumento uniforme y creciente de la tracción.
- **Fractura de cráneo:** la aceleración del elemento vulnerante comunicada a las partículas afectadas del hueso, ha de ser tan grande, que las partículas vecinas no pueden seguir el movimiento, de tal forma que posteriormente comunica cierta aceleración a las partículas contiguas y la anchura de estas zonas influidas hacia otra superficie, creándose lesiones infundibuliformes. Si hay menor aceleración, se produce una mayor flexibilidad con abombamiento que produce tensiones radiales que provocan fisuras concéntricas.

Biomecánica de las fracturas

- **Transversal:** se presenta ante flexiones extremas.
- **Espiral:** se presenta ante la torsión con un punto de apoyo.
- **Mariposa:** se presenta ante la compresión más la flexión
- **Oblicua:** se presenta ante la compresión más la flexión y torsión.
- **Compresión metafisiaria:** se presenta ante dos fuerzas opuestas.
- **En cuña:** se presenta cuando una fuerza afecta el punto intermedio entre dos puntos de apoyo.

Consolidación de una fractura

- **Callo perióstico: 1ª semana:** a partir del estrato del cambium y de los endotelios de los vasos internos del periostio, por las capas externas del periostio y del tejido conjuntivo.
- **Tejido condro-osteóide: 10º al 14º día:** se inician trabéculas y focos de tejido osteóide y condroide formadores de hueso poroso rodeando por afuera a los fragmentos como una vaina fusiforme semejante a una tumefacción en el foco de la fractura con distinción de los estadios conjuntivo, cartilaginoso y óseo en la formación del callo.

- **Callo mielógeno:** 4ª semana: callo endostal, mielógeno que inicia por la hiperemia de la médula; el endotelio se forma por agrupaciones de osteoblastos constitutivas de las trabéculas óseas que calcifican, siendo inicialmente fibroso que se osifica por proceso metaplásico, y se observan islotes cartilaginosos que se transforman en espacios medulares.
- **Callo parostal:** contiguo participa en la formación del callo producido por una metaplasia o por migración de células periósticas que se convierten en condroblastos u osteoblastos.

DATA DE CONSOLIDACIÓN DE LAS FRACTURAS: 1ª semana: se presenta el callo perióstico
 2ª semana: se presenta tejido cóndor-osteóide
 4ª semana: se establece el callo mielógeno con la participación del callo parostal
 4ª - 5ª semanas: se presenta un callo que aumenta de volumen
 17ª - 12ª semanas se consolidan.

Categoría de las fracturas

Huesos largos:

- Intra-articular: afecta el funcionamiento articular a corto o largo plazo.
- Extra-articular:
 - Extremo proximal (metáfisis y cuello).
 - Extremo distal (porción metafisiaria).
 - Diáfisis: (dividida en tercio: proximal, medial y distal).

Huesos planos:

- Articular: afectan el funcionamiento articular a corto o largo plazo.
- Cuerpo: extra-articular.

-Fracturas diafisiarias

--Lineal:

- No desplazadas cerradas
 - Tipo I. Limpia, menor a 1 cm de longitud.
- Desplazadas abiertas
 - Tipo II. Laceración menor a 1 cm con lesión de tejidos blandos.
 - Tipo III A. Fractura con colgajos tisulares importantes por impacto de alta velocidad
 - Tipo III B. Lesión extensa de tejidos blandos y exposición osteoperiosteal.
 - Tipo III C. Fractura abierta con lesión arterial.

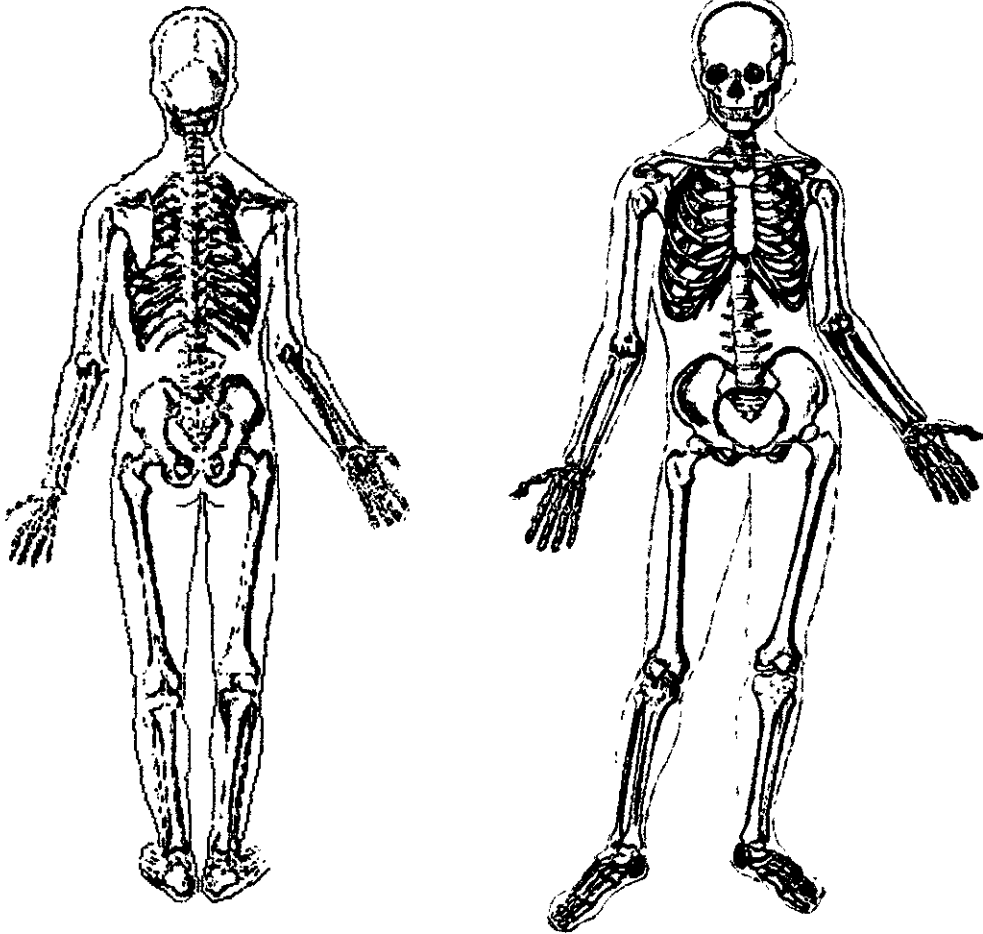
--Conminuta:

- Fragmento en mariposa >50% al diámetro de la diáfisis.
- Fragmento en mariposa igual al 50% del diámetro de la diáfisis.
- Conminución <50% del diámetro de la diáfisis.

- Conminución del 50% del diámetro de la diáfisis.
- **Segmentaria:**
 - A dos niveles.
 - A tres o más niveles.
 - Fractura con fragmento intramedular.
 - Conminuta con fragmento intramedular.
- **Pérdida ósea:**
 - >50% al diámetro diafisiario.
 - <50% al diámetro diafisiario.
 - Pérdida segmentaria.

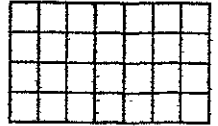
Fracturas articulares

- *Lineal.*
- *Conminuta.*
- *Impactada.*
- *Pérdida ósea.*



**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
CERTIFICADO DE INTEGRIDAD FÍSICA**

___ ° UNIDAD DE MEDICINA LEGAL ADSCRITA A LA ___ ° AGENCIA INVESTIGADORA



AVERIGUACIÓN PREVIA

REG. M. L.

EXP.

El que suscribe, médico legista adscrito a esta agencia investigadora, certifica que a las _____ horas, se examinó a un usuario del sexo _____ que dijo llamarse _____ y tener una edad de _____ con aliento SIN CON lesiones y que presenta el siguiente cuadro clínico:

CUADRO CLINICO

Nivel de consciencia, (calificación de Glasgow 15/15), talante, orientación, aliento, lenguaje, marcha, estación, Romberg, antecedentes de toxicomanías, consumo de medicamentos y enfermedad, movimientos, pupilas, reflejos osteo-tendinosos, reflejo nauseoso, mucosas y conjuntivas. LESIONES

TA de _____ Pulso de _____ Respiraciones _____ X. min. y una Temperatura _____ °c

SE DETERMINA

LESIONES QUE

ATENDIDO EN LA AGENCIA

EN EL HOSPITAL _____

Huella dactilar

México, D.F. a _____

de _____

de _____

Nombre y firma del médico
CED. PROF.

VI. 4.- Delitos sexuales

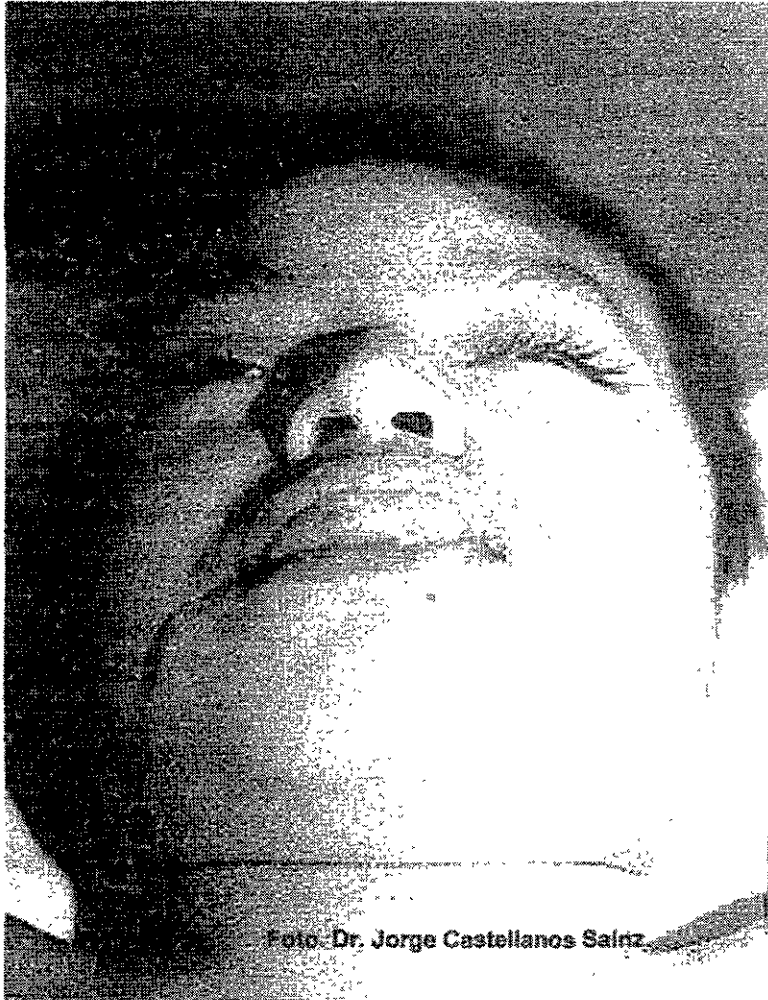


Foto: Dr. Jorge Castellanos Salnz

"Mi vida sonríe cuando hay paz, amor y respeto en mi familia"

Proyecto Internacional de Violencia Familiar. Monterrey, N.L., México

Aportación: Dra. Victoria Vitoria Varela

Qué son los delitos sexuales

- ◆ Son conductas antisociales que violan los derechos humanos
- ◆ Que atentan contra la libertad sexual de la víctima
- ◆ Son actos punibles (victimario)
- ◆ Ocasionan daños en la salud física y psicológica en la víctima
- ◆ Existen repercusiones a corto mediano y largo plazo en la víctima

Estadística

- ◆ Son tan frecuentes como los delitos contra la integridad física
- ◆ Solo el 35% es denunciado ⁽⁷⁷⁾
- ◆ 7 de cada 10 casos son mujeres
- ◆ El 76 % generalmente son menores de 13 años
- ◆ El rango de edad de mayor riesgo de sufrir agresión se encuentra entre los 6 y los 24 años
- ◆ El 80% ocurre dentro del domicilio familiar
- ◆ El 82 % de los agresores generalmente son familiares cercanos, amigos o vecinos
- ◆ La violación constituye en mayor porcentaje denunciados (48 %)
- ◆ El abuso sexual representa el 37.4 %
- ◆ El 10 % de las mujeres violadas en edad reproductiva quedan embarazadas ⁽²¹⁴⁾

Motivos de solicitud de servicios institucionales mexicanos

El 51.5% por maltrato y el 46.3% por abuso sexual en México

Características reportadas de mayor prevalencia. Hijos de madres solteras; promiscuidad; violencia familiar, descuido o abandono, por ser niños callejeros;

vida en la calle; inicios de las primeras etapas de la adolescencia violadas generando embarazo no deseado, encopresis; rebeldía; los padres presentan explicaciones incongruentes al problema.

Comportamientos específicos

Se presentan en México un 57.7% del abuso sexual y 78.3% actitud de autodefensa, con talante tímido, inseguro, ansioso, con una actitud de culpa y trastornos de sueño.

El 70% de la población presenta cuadro psicológico y médico similar.

En cuanto a las repercusiones psicológicas el 74.2% para el maltrato y el 65.9% en abuso sexual, reportaron que sí conocían al responsable. En torno al maltrato, mencionaron alteraciones en el desarrollo psicológico, resentimientos, depresión, drogadicción, abandono del hogar, alteraciones en hábitos alimenticios y relaciones interpersonales difíciles, sensación de marginación, problemas de adaptación, niños reprimidos, rebeldes, agresivos que se convierten en agresores adultos. Para el abuso, se encontró: depresión, agresión, rebeldía o introversión, aislamiento, baja autoestima, intento de suicidio, culpa, desconfianza, inestabilidad emocional y sensación de rechazo.

En abuso sexual se pueden presentar la homosexualidad, drogadicción, alcoholismo, odio hacia el sexo agresor, delincuencia, comportamiento anormal, prostitución, fobias, adquisición de SIDA, dificultad para sentir placer, alteraciones en el desarrollo psicosexual y en el proceso de socialización; generalmente se toman psicópatas y agresores o abusadores sexuales.

Agencias especializadas

El 57.7% utilizó a las agencias especializadas en delitos sexuales y otras instituciones, corroborándose el delito en un 47.4 % ^(171, 172, 173)

Etiología

Factores exógenos: ambiente social, familiar, ubicación geográfica, usos y costumbres de la comunidad y la época del año.

Factores endógenos: sexo, edad, raza, acervo personal de valores conceptuales, grado académico, farmacodependencia y patología psiquiátrica.

Tipificación de los delitos sexuales por el Código Penal ⁽³⁶⁾

Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psico-sexual

- Hostigamiento sexual: artículo 259 Bis.
- Incesto: artículo 272.
- Abuso sexual: artículo 260 y 261.
- Violación: artículo 265, 266 y 266 bis.
- Adulterio: artículo 273, 274, 275 y 276.

Delitos contra la moral pública y las buenas costumbres

- *Corrupción de menores: artículo 201.*
- Trata de personas y lenocinio: artículo 206, 207 y 208.

Delitos contra la vida y la integridad corporal

- Aborto: artículo 329 al 234.

Delitos en materia de inhumaciones y exhumaciones

- Necrofilia: artículo 281, fracción II

Perversiones sexuales

Onanía u onanismo: masturbación repetitiva

Satidiasis: erección peneana con orgasmo a consecuencia de una excitación neuropsíquica no dominable.

Ninfomanía o metromanía: excitación femenina desmesurada.

Pederastia: abuso deshonesto cometido con niños; por extensión, coito per anum en general; sodomía, homosexualidad masculina.

Tribadismo: homosexualidad femenina; lesbianismo; fricción de genitales entre mujeres; safismo; amor lésbico.

Voyerismo: excitación sexual visual.

Exhibicionismo: hábito u obsesión morbosa de exhibir partes del cuerpo, especialmente los órganos genitales.

Fetichismo: perversión en la que el sujeto asocia sus sensaciones eróticas con objetos de la persona amada.

Travestismo: adopción de vestidos y actitudes propias del sexo opuesto, con fines lúdicos o artísticos; pulsión sexual vinculada a la homosexualidad, que resulta gratificada por la adopción de gestos y vestidos del sexo opuesto.

Bestiaslismo: cópula con animales.

Sadismo: perversión sexual en la que se provoca y excita la voluptuosidad por las torturas infringidas a otro individuo.

Masoquismo: perversión sexual en la que el placer no se produce si el individuo no es objeto de golpes, humillaciones u otros malos tratos; algolagnia pasiva.

Ascárraga, G.; "Delitos sexuales", México. 1998

Violación

Dada la importancia del conocimiento preciso de éste delito sexual se mencionará a partir de la fuente directa.

Marco jurídico ⁽³⁶⁾

Artículo 265. Al que por medio de violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Para efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

Al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Artículo 265 bis. Si la víctima de la violación fuera la esposa o concubina, se impondrá la pena prevista en el artículo anterior.

Este delito se perseguirá por querrela de parte ofendida.

Artículo 266. Se equiparará a la violación y se sanciona con la misma pena:

- I. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad.
- II. Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo.
- III. Al que sin violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuera el sexo de la víctima.
Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentará hasta en una mitad.

Artículo 266 bis. Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentarán hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

- I. El delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas,
- II. El delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasío de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que la ejerciere sobre la víctima;

- III. El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen además de la pena de prisión, el condenado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión y
- IV. El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación aproveche la confianza en él depositada.

Exploración de la víctima

Anamnesis ginecológica: preguntar fecha de menarca y periodicidad, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, número de gestas, abortos, partos, cesáreas, fecha de la última menstruación, uso de anticonceptivos y fecha de los hechos.

Investigación jurídica del suceso delictivo

Objetivo: esclarecer el hecho denunciado y obtener a través de las investigaciones jurídicas, médicas, criminalísticas, psicológicas y sociales, las posibles pruebas para la tipificación del delito, la identificación del autor o autores, la pronta y expedita impartición de justicia así como en la atención médica adecuada con respecto al bienestar físico y psicológico de la víctima y demás intervenciones subsecuentes a las que haya lugar.

Se investigarán aspectos del suceso tales como:

- **Cuándo sucedió:** anotar el día y la hora para indagar sobre posible embarazo, infecciones, enfermedades transmisibles y recabar los indicios necesarios
- **Quién o quiénes intervinieron:** anotar el número de agresores cuando esto sea posible.
- **Dónde ocurrió:** conocer el lugar y su posible ubicación en la diligencia en el lugar de los hechos que permita recabar los indicios dejados en el lugar como posibles pruebas para la reconstrucción del hecho delictivo y dar los elementos para la tipificación del delito.
- **Cómo sucedió:** para establecer cual fue el mecanismo de acción y cual fue el tipo de agresión de acceso a la víctima, para recabar adecuadamente los indicios de las cavidades agredidas.
- **Por qué sucedió:** establecer el móvil del victimario.

Exploración física

Debe realizarse exploración física completa, previo consentimiento y preparación psicológica llevado a cabo por personal especializado, con tranquilidad y calidad profesional, respetando el pudor del o la paciente, solicitando la presencia de personal paramédico y de un familiar de confianza de preferencia del mismo sexo o representante legal.

Dictamen medico-legal de la víctima

- **Estado psicofísico de la víctima.**
- **Descripción de lesiones recientes:** localización y cronotanatognosis.
- **Edad clínica (menor de edad)** obligatoria en la denuncia ante el Ministerio Público en menores de doce años y mayores de 60 años.
- **Examen ginecológico:** antecedentes ginecológicos sobre el ciclo menstrual, inicio de vida sexual activa, gestaciones, partos, cesáreas, abortos, mortinatos y óbitos; exploración ginecológica en posición ginecológica, se irán describiendo de afuera hacia dentro los siguientes datos: la presencia o ausencia de vello púbico, su implantación y características morfológicas, descripción de genitales externos en cuanto a la forma, tamaño y color, alteraciones de los labios mayores y menores, características del himen en cuanto a forma, elasticidad, patología previa y lesiones que presente, recientes o antiguas -laceraciones, eritemas, edema, etc.- conforme a las manecillas del reloj.

Corroborar la realización de coito reciente ante la presencia de hiperemia, edema de genitales externos características, y descripción de lesiones en el himen, áreas paragenitales, presencia de secreciones, signos de enfermedad venérea en fase activa o estacionaria, lesiones externas o internas producto de la agresión, signos clínicos de embarazo y toma de muestras.

- **Examen proctológico:** se realiza en posición genupectoral, describiendo lesiones en glúteos, pliegue interglúteo; en región ano-rectal, establecer si existe borramiento de pliegues radiados, cicatrices, (características de las mismas), relajación de esfínter anal externo, pérdida de tono muscular del esfínter anal, edema con borramiento de pliegues anales, desgarros, huellas hemorrágicas, signos de violencia reciente o de huellas de coito habitual, describiendo el tipo de lesiones se presentan, si son de data antigua, reciente o mixta; se hace la toma de muestras, como los indicios de secreciones, sangre, pasto, pelos, etc.
- **Examen de las ropas:** buscar, embalar, etiquetar y entregar al personal de justicia respetando la cadena de custodia, manchas de fluidos para su estudio en el laboratorio para su análisis.

- **Conclusiones:** determinar la edad clínica probable, si la víctima es púber o impúber, el estado mental y físico: anotar la actitud y orientación de la víctima, contenido y forma del lenguaje, marcha, cooperación al interrogatorio y exploración; establecer integridad del himen o si presenta algún desgarró, antiguo o reciente, valorar la posibilidad de embarazo, enfermedad venérea, el abuso sexual, coito reciente o la violación mediante los datos clínicos.
- **Clasificación médico-legal de lesiones** según corresponda conforme al Código Penal vigente; anotar cuidadosamente fecha, hora y si se tomaron muestras de exudado vaginal, pelos, piel, sangre, etcétera, referir los datos de etiquetamiento y del laboratorio de criminalística donde se enviaron y las solicitudes de interconsultas a otras especialidades.
- **Examen del lecho ungueal** mediante la toma de muestras de cada dedo de ambas manos.
- **Examen odonto-forense** en el caso de presentar lesiones por mordedura y solicitar intervención de perito en estomatólogo para la toma de muestras y confronta.
- **Toma de muestra** de orina para estudio toxicológico.
- **Intervención de un perito psiquiatra** en el caso de presentar deficiencia o trastorno mental.
- **Canalizar a hospital** para atención integral y estudios de laboratorio y gabinete necesarios en los casos que así lo ameriten.

Aborto

Así mismo separamos el abordaje del aborto para su mayor explicitación.

“Es la cuarta causa de muerte materna en nuestro país”

Concepto Jurídico: conforme al Código Penal el artículo 329, el aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Concepto clínico: es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de la vigésima semana de gestación.

Clasificación general del aborto

Espontáneos

Patológicos atribuidos:

- *Al producto*: por malformaciones e infecciones
- *A los anexos* con alteraciones: amnios o la placenta
- *A la madre* por causas clínicas y genitales

Provocados

- Lícitos

- *Terapéutico*: por decisión médica porque se encuentra en peligro la vida o la función de la madre, tal como lo contempla en el artículo 334 Código Penal;
- *Honoris causa*: contemplado en artículo 332 Código Penal
- *Imprudencial* referido en el artículo 333 Código Penal.

- Ilícitos

- *Homicidio en razón del parentesco* contemplado en el artículo 323 del Código Penal
- *Homicidio* en el artículo 302,
 - Por cualquier persona en el artículo 330
 - Por el personal de salud en el artículo 331
 - Por la misma mujer gestante en el artículo 332 del Código Penal.

- Complicaciones

Entre las más frecuentes se encuentran las hemorragias del canal vaginal y uterina, el shock hipovolémico, la septicemia, la insuficiencia renal, la coagulación intravascular diseminada, la embolia grasa, el infarto, la esterilidad secundaria, los trastornos psicológicos etc.

Diagnóstico médico-legal del aborto

El médico legista lo realiza mediante los antecedentes de la evolución del aborto, la exclusión de su origen patológico o accidental, con la presencia del instrumento, lesiones en la madre, complicaciones, investigación toxicológica y lesiones del feto debe comprobar positivamente que ha sido provocado intencionalmente.

Demostrar que ha tenido lugar un aborto mediante:

- *Datos de probabilidad:* antecedentes de la evolución del aborto
- *Datos de certeza:* presencia del instrumento, lesiones en la madre, complicaciones, investigación toxicológica y lesiones en el feto
- *Excluir origen patológico o accidental*
- *Corroborar positivamente que ha sido provocado intencionalmente*

Hallazgos

- *En la madre:* presencia de lesiones punzantes o perforantes, desgarros, rupturas uterinas, quemaduras vaginales o uterinas, retención del instrumento
- *En el feto* como son las lesiones producidas por los objetos que se introducen al saco vitelino

Mecanismos de acción de los abortivos

Sistémicos

Actúan en el organismo como una intoxicación generalizada que conduce a la muerte del producto, desprendimiento del huevo, estimulación de la contractividad miométrica, con productos

- *De origen animal,* como la cantárida, y preparados hormonales de diversos tipos y en grandes concentraciones
- *Venenos minerales* como el fósforo, arsénico, mercurio, plomo y otros derivados minerales, productos combinados, raticidas, etcétera;
- *Alcaloides* como la quinina, tejo, cornezuelo de centeno, etcétera
- *Glucósidos* provenientes de las hojas de digital, de oleandro y purgantes como los áloes, el ruibarbo y el sen, preparados herbolarios con propiedades de estimulación sobre la musculatura lisa
- *aceites esenciales* de sabina, tuya, ruda, azafrán o de perejil, etcétera.

Locales

- *Mecánicos extragenitales o indirectos,* el masaje, compresión y traumatismo abdominal;
- *Mecánica irritativa* sobre la vagina y superficie externa del cérvix mediante duchas vaginales, cauterización y taponamiento
- *Dilatación del conducto cervical* mediante maniobras digitales, dilatadores mecánicos, esponjas preparadas o tallos de laminaria

- *Acciones sobre el contenido uterino* mediante la punción y desprendimiento de membranas por introducción de algún instrumento, desprendimiento digital, inyección intrauterina de líquidos hipertónicos a presión e introducción de glicerina solidificada u otras sustancias
- *Vaciamiento uterino* mediante el legrado uterino instrumental, aspiración al bajo vacío, histerotomía, salinización o formolización del huevo
- *Medios físicos* como calor, corriente eléctrica, radiaciones (rayos X), traumáticos directos o indirectos, etcétera (36, 101, 182, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 212, 217, 218, 228, 229, 233, 235, 348, 250)

ENVÍO DE ANÁLISIS QUÍMICO EN CASO DE DELITOS SEXUALES

Asunto: _____

México D.F. a _____ de _____

JEFE DE DEPARTAMENTO DE QUIMICA:

P R E S E N T E.

Por este conducto me Nombre de la víctima:

Día y hora de los hechos:

Día y hora de la toma de a muestra

Tipo de muestra(s) remitida(s):

Edad de la víctima:

Lugar de los hechos:

Estudio solicitado para las muestras antes mencionadas para las muestras mencionadas

Además se remite (n):

Que pertenecen a:

Y el estudio que se solicita para estas es:

Tomo las muestras:

Agradeciendo de antemano la atención prestada

ATENTAMENTE EL / LA PERITO MÉDICO FORENSE

VI. 5. PROPUESTA DE FORMATOS

54 (Primera Sección)

DIARIO OFICIAL

Miércoles 8 de marzo de 2000

AVISO AL MINISTERIO PUBLICO (VIOLENCIA FAMILIAR, APENDICE INFORMATIVO 1)

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad Federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración _____

día mes año

U A D S P E U E A C V R T I I A F. O D (A) O (A)	Nombre _____			Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/>
	Apellido paterno _____		Apellido materno _____	Nombre (s) _____	1. Masculino
	Domicilio _____			Años _____	2. Femenino
	Calle _____	Número exterior _____	Número interior _____	Barrio o colonia _____	Código postal _____
(A) O (A) _____		Localidad _____	Municipio _____	Entidad Federativa _____	
Fecha de atención médica _____			_____ día mes año	Hora de recepción del usuario(a) afectado(a) _____	
_____ día mes año			_____ horas minutos		
Motivo de atención médica _____					
_____ _____					
Diagnóstico(s) _____					
_____ _____					
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____					
_____ _____					
Plan:					
a) Farmacoterapia _____					
b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____					
c) Canalización _____ Referencia _____					
Seguimiento del caso:					
Area de trabajo social _____					
Area de psicología _____					
Area de medicina preventiva _____					
Area de asistencia social _____					
Pronóstico _____					

Notificación

Fecha _____
día mes año

Agencia del Ministerio Público
Presidencia Municipal
Jurisdicción Sanitaria

Nombre _____
y cargo del receptor _____
No. y nombre de Agencia del Ministerio Público _____

Otra instancia _____
Especificar _____
Especificar _____

Médico Notificante: Nombre _____

Firma _____

REGISTRO DE ATENCION EN CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR (APENDICE INFORMATIVO 2)						
					Folio [] [] [] []	
UNIDAD MEDICA		INSTITUCION				
NOMBRE:						
LOCALIDAD		MUNICIPIO		ENTIDAD		
U S F E C T A R T A D O W A D O W A D	1. NOMBRE			3. EDAD	4. SEXO []	5. DERECHOHABIENTIA []
	Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)			[] [] años	1 Masculino 2 Femenino 3 Embarazada	1 IMSS 2 ISSSTE 3 PEMEX 4 SEDENA 5 SECMAR 6 OTRO 7 NO
W A D O W A D	8. DOMICILIO					
	Calle		Numero exterior	Numero interior	Barrio o colonia	Código postal
Localidad		Municipio		Entidad Federativa		
E V E	1. FECHA DE OCURRENCIA		4. DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL EVENTO		6. SITIO DE OCURRENCIA	7. CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO
	[] [] [] [] [] [] dia mes año		1 Lunes 2 Martes 3 Miércoles 4 Jueves 5 Viernes 6 Sábado 7 Domingo		1 Hogar 2 Escuela 3 Recreación y deporte 4 Transporte público 5 Automóvil particular 6 Otro Especificar	
2. TIPO DE VIOLENCIA		3. PREVALENCIA		8. FUE EN DIA FESTIVO		
1 Física 2 Sexual 3 Psicológica 4 Abandono		1 Primera vez 2 Reincidencia		1 Si 2 No		
N T O	8. CONSECUENCIA RESULTANTE		9. AGENTE DE LA LESION		10. LUGAR DEL CUERPO AFECTADO PRINCIPALMENTE	11. GRAVEDAD DE LA LESION
	1 Contusión 2 Luxación 3 Fractura 4 Herida 5 Asfixia mecánica 6 Ahogamiento por inmersión 7 Quemadura 8 Abuso Sexual 9 Aborto 10 Otra física 11 Sólo alteración psicológica 12 Trastorno psiquiátrico		1 Fuego flama sustancia caliente 2 Sustancias sólidas líquidas y gaseosas tóxicas 3 Objeto punzocortante 4 Objeto contundente 5 Golpe contra piso o pared 6 Pie o mano 7 Arma de fuego 8 Amenaza y violencia verbal 9 Múltiple 10 Otro 11 Se ignora		1 Cabeza o cuello 2 Cara 3 Brazos y manos 4 Tórax 5 Columna vertebral 6 Abdomen y/o pelvis 7 Espalda y/o glúteos 8 Piernas y/o pies 9 Área genital 10 Múltiple	1 Leve 2 Moderado 3 Grave
P A R G O R B E A S E L R E	1. SE IGNORA []		2. EDAD	3. SEXO []	4. PARENTESCO	
	[] años		[] años	1 Masculino 2 Femenino	1 Padre 2 Madre 3 Padrastro 4 Madrastra 5 Cónyuge 6 Otro pariente 7 Novio o pareja eventual 8 Otro	
A T E N C I O N	1. FECHA		3. ATENCIONES OTORGADAS		5. DESTINO DESPUES DE LA ATENCION	
	[] [] [] [] [] [] dia mes año		1 Tratamiento médico 2 Tratamiento quirúrgico 3 Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4 Otro		1 Domicilio 2 Consulta externa 3 Hospitalización 4 Traslado a otra unidad médica 5 Unidad de asistencia social 6 Defunción 7 Otro	
2. SERVICIOS DE ATENCION		4. AVISO AL MINISTERIO PUBLICO				
1 Consulta externa 2 Urgencias 3 Hospitalización 4 Otros servicios		1 SI 2 NO				
NOTIFICACION FECHA [] [] [] [] [] [] dia mes año						
NOTIFICANTE NOMBRE				FIRMA		

FORMATO ESTADISTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

• POR VIOLENCIA FAMILIAR

**RESUMEN CLÍNICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APÉNDICE INFORMATIVO 3)**

FOLIO _____

Agencia del Ministerio Público solicitante _____

Domicilio _____

Calle N°. Ext. N°. Int. Barrio o colonia C.P.

Localidad Municipio Entidad federativa

Nombre del titular _____

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Motivo de la solicitud _____

Fecha de elaboración
 día mes año

Establecimiento al que se solicita _____

Nombre, Razón ó Denominación social

Domicilio _____

Calle N°. Ext. N°. Int. Barrio o colonia C.P.

Localidad Municipio Entidad federativa

PRESUNTA VICTIMA	Nombre:	_____			Edad	Sexo	<input type="checkbox"/>
		Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	<input type="text"/> <input type="text"/> años	1. Masculino	
	Domicilio	_____				2. Femenino	
		Calle	N°. Ext.	N°. Int.	Barrio o colonia	C.P.	
	Localidad	Municipio		Entidad federativa			

Presentación del caso

1) Fecha en la que fue atendido el paciente
 día mes año

2) Motivo de la atención médica: _____

3) Padecimiento, antecedentes, padecimiento actual y exploración física:

4) Diagnóstico: _____

5) Tratamiento: _____

6) Estudios de laboratorio y gabinete: _____

7) Evolución: _____

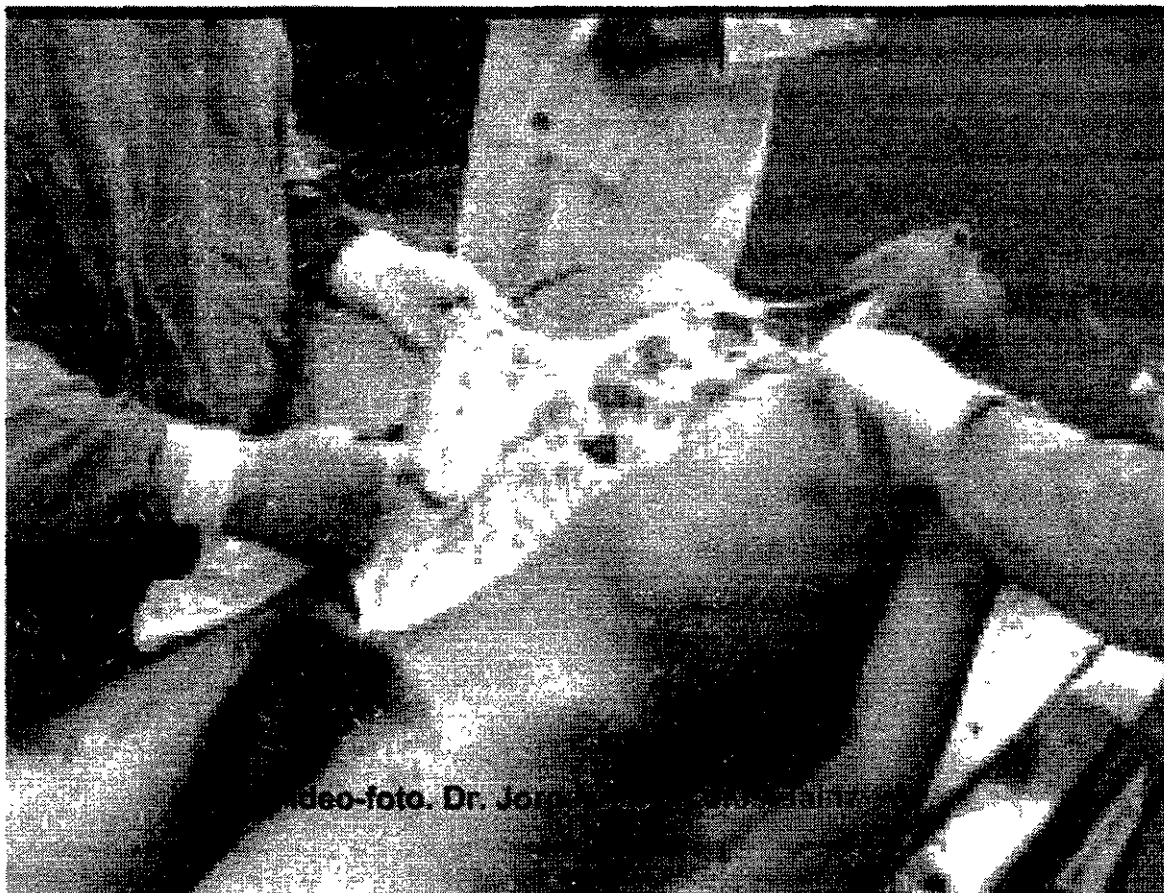
8) Pronóstico: _____

Fecha de entrega del resumen
 día mes año

Médico notificante: Nombre _____

Firma _____

VI. 6. HALLAZGOS EN LA NECROPSIA



Video-foto. Dr. Jorge Castellanos Sainz

FUENTE: Videocinta "Técnica quirúrgica en cadáver" (Técnica de Letulle) Dr. Jorge Castellanos Sainz.

*El tiempo hace que todo parezca
, más una sola cosa respeta:
la gloria entre los vivos
y la virtud de los muertos.
Aitar Tracio Siglo II d.c
(Aportación. Sharif Bujanda Viloria)*

Información reciente anual sobre defunciones por violencia familiar, proporcionada por el Servicio Médico Forense del Distrito Federal

El 48 % de los homicidios fueron clasificados como causa de muerte violencia familiar; una de cada dos de estas víctimas contaban con antecedentes de violencia física previa, por lo que de haberse diagnosticado tempranamente, se hubiera detectado el riesgo de muerte y evitado el acto delictivo.

Causa de las defunciones femeninas

- Heridas por bala de arma de fuego en un 26%
- Estrangulamiento en un 14%
- Arma punzo-cortante en un 19%

Lugar de los hechos

- El 36 % de los casos en mujeres dentro del hogar
- El 10 % en los casos en hombres dentro del hogar

Victimarios

- El 87 % hombres
- El 13 % mujeres.

Víctimas

- El 90 % mujeres.
- El 10 % hombres.

Se reportan en el Servicio Médico Forense 1200 casos de violencia mensualmente, siendo el 86 % de ellos mujeres, y en el 61 % de los casos el agresor es el esposo ⁽²²⁹⁾

Los hijos de las mujeres maltratadas embarazadas tienen cuarenta veces más

riesgo de morir en el primer año de vida, no solo por las lesiones físicas sino por los grandes daños en su salud mental ⁽⁶⁷⁾

Como muestra representativa de los casos que se presentan en los consultorios de medicina legal adscritos a las agencias del Ministerio Público en el Distrito Federal; solo en uno de los consultorios médico legales de los 65 existentes en el Distrito federal, en una guardia de fin de semana de 24 horas, se atendieron hasta 28 casos de agresiones producidas por violencia familiar ⁽²³⁹⁾

SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO



Foto: Dr. Jorge Castellanos Saiz
Niña maltratada en grado extremo

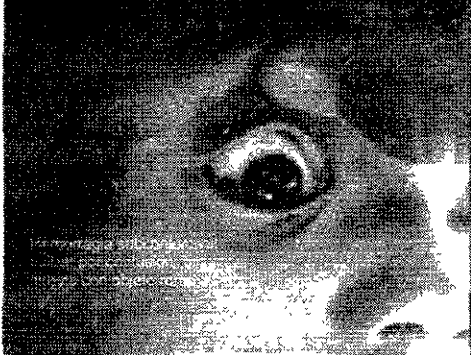
NIÑA MALTRATADA EN GRADO EXTREMO



Dr. Jorge Castellanos Saiz
Enfermos infantiles al mundo

NIÑA MALTRATADA EN GRADO EXTREMO

Foto: Dr. Jorge Castellanos Saiz



NIÑA MALTRATADA EN GRADO EXTREMO

Foto: Dr. Jorge Castellanos Saiz



NIÑA MALTRATADA EN GRADO EXTREMO

Foto: Dr. Jorge Castellanos Saiz



GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE NECROPSIA

1. Anotaciones en cada una de las lesiones y tejidos en el protocolo de necropsia⁽²⁷⁾

- **Abscesos:** sitio, volumen en mililitros, color, olor, consistencia y mezcla con sustancias
- **Adherencias:** sitio, si unen vísceras, víscera con pared, pared a pared, color, consistencia (*laxas o firmes*)
- **Aneurismas:** localización, medidas, características de forma y tamaño
- **Cálculos:** sitio, cantidad, color, consistencia, lisos, ásperos, únicos, múltiples.
- **Cicatrices:** características de color, textura, si presentan retracción, adherencia a otros planos, etcétera
- **Comunicaciones anormales:** buscar principalmente en arterias, venas, cavidades, cortocircuitos, etcétera
- **Cavidades y dilataciones:** verificar las mediciones tanto para determinar, hipertrofias, hiperplasias y dilataciones
- **Edema:** aumento de volumen anormal con contenido no hemático ni seroso, describir si es suave o duro, blanco o rojo, etcétera
- **Estenosis:** sitio y medida encontrada
- **Exudados:** describir las características de sitio, color, olor y cantidad
- **Hemorragias colectadas:** sitio, volumen en mililitros, color, consistencia, coágulos, organización, adherencia, mezcla con sustancias y vaso que sangró
- **Ganglios linfáticos:** crecimiento, fusión, adherencias, fibrosis preganglionar, color, consistencia, tubérculos, necrosis caseosa, nódulos, hemorragias, compresión a reblandecimientos
- **Heridas:** traumática, quirúrgicas, sitio, número, longitud, regularidad, suturas, dirección, canalización, material de canalización, líquido que drena, comunicación a cavidades, adherencias
- **Líquidos:** sitio, cantidad, color, olor, viscosidad, grumoso, transparente, semejante a...
- **Manchas hemorrágicas:** sitio, número, tamaño, forma, color, bordes, aisladas, confluentes y capas tisulares que afectan

- **Manchas y placas:** sitio, número, tamaño, forma, color, bordes (definidos, difusos, adheridos o con desprendimientos), consistencia, elevación con respecto a la piel, deprimidas, ulceradas, calcificadas, material que las cubre semejante a...
- **Necrosis:** sitio exacto, número, tamaño, forma, aisladas o confluentes, color, consistencia, bordes (definidos o difusos), vasos trombosados
- **Nódulos y verrugosidades:** sitio, número, tamaño en milímetros, color, consistencia, cápsula, aislados o confluentes, superficie externa, superficie de corte, calcificación, semejante a...
- **Perforaciones y fístulas:** sitio, número, comunicación hacia, aspecto de la entrada, aspecto de la salida, recorrido, diámetro, líquido que drenan, superficie interna, tejidos que la rodean
- **Quistes y vesículas:** sitio, tamaño, aisladas o confluentes, traslúcidas, opacas, tensas, flácidas, carácter del líquido, espesor de la pared, contenido sólido, superficie interna (lisa o con vellosidades)
- **Trombosis y embolias:** sitio exacto, número, extensión exacta, tamaño, forma, color en diferentes zonas, consistencia, reblandecimiento, organización, adherencia a la íntima, aspecto de la íntima, murales, oclusivas
- **Tumoraciones:** sitio, número, forma, color, consistencia, superficie externa, cápsula, infiltración periférica, superficie de corte /uniforme, irregular, zonas de diferente aspecto, cavidades y contenido, papilas, nódulos, sustancia mucosa, necrosis, hemorragia, translucidez, turbidez, semejante a...
- **Úlceras:** sitio, número, tamaño, forma, color, bordes (elevados, lisos, uniformes, desgarrados, escalonados), tejidos vecinos
- **Válvulas cardíacas:** circunferencia, acortamiento, engrosamiento, consistencia, rigidez, fibrosis, soldaduras de las comisuras, separación de las comisuras, cuerdas tendinosas (retracción, engrosamiento, desaparición, rotura), calcificaciones, verrugosidades, pólipos, ulceraciones, placas de ateroma, aumento o disminución de valvas, fenestración de valvas, alteraciones congénitas diversas

NOTA: usar preferentemente un episcopio o lupa para la observación y medición de las lesiones así como el uso de calibradores graduados en décimas de milímetro

2. Ficha de identificación del hospital que remite el cadáver

- **Razón social:** se anotará la razón social e institución (pública, social o privada).
- **Dirección:** anotar el nombre de la calle, número exterior, colonia, código postal, municipio y calles aledañas, teléfono del encargado del establecimiento solicitante.
- **Antecedentes:** se anexará el resumen de los antecedentes patológicos integrados y posibles causas de la defunción, número de cama que ocupó, estancia intrahospitalaria, tratamientos aplicados, anexo de estudios realizados.
- **Solicitudes:** se anexará la solicitud de necropsia firmada por el médico tratante y por el jefe de servicio.

3. Ficha de identificación del ministerio público solicitante

- **Agencia investigadora:**
- **Dirección:** anotar el nombre de la calle, número exterior, colonia, código postal, municipio y calles aledañas, teléfono y turno de guardia.
- **Antecedentes:** se solicitará y anexarán los resultados colectados por los diferentes peritos, incluyendo el acta médica, los antecedentes que rodearon la causa de muerte y los datos respectivos al lugar de los hechos y las circunstancias que acompañaron a la defunción, así como el número de averiguación previa.
- **Solicitudes:** se anexará la solicitud de necropsia firmada por el titular de la agencia investigadora, anotando el turno, fecha y hora exacta de la solicitud, fecha y hora de traslado del cuerpo al Servicio Médico Forense.

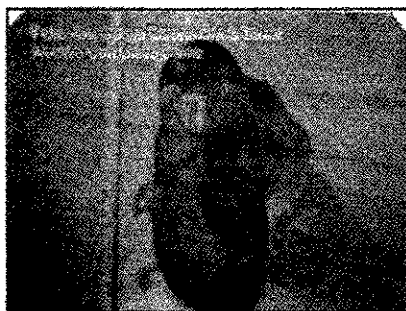
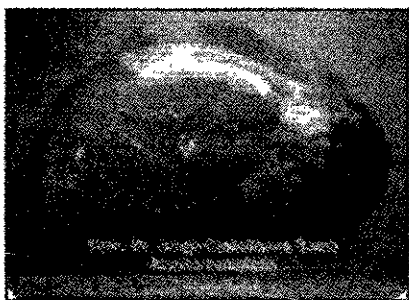
4. Ficha de identificación del cadáver

- **Nombre:** en el caso de persona conocida, se anotarán los dos apellidos y el nombre; en caso de que se tenga un solo apellido, se anotará una "n" para indicar que no se tiene o se desconoce. En el caso de que el cadáver no hubiese sido identificado en el lapso de 72 horas se anotará como "desconocido".
- **Edad:** en el caso de ser persona conocida se anotará la edad referida por las personas que lo conocieron en vida; en el caso de un desconocido, se anotará la posible edad clínica observada.
- **Sexo:** se anotará el correspondiente "masculino" o "femenino" en el caso de

se identifique plenamente el género, pero cuando se presente la imposibilidad de determinarlo, se anotará "no se conoce" o "se desconoce" o "no establecido".

- **Raza:** se anotará en su caso: blanca o caucásica, negra, amarilla, roja o morena.
- **Antropometría:** se anotará peso, talla, perímetro torácico, perímetro abdominal, perímetro craneal y longitud plantar en el recién nacido y feto.
- **Anexos:** se anexarán los documentos que validen la identidad del cadáver, enviados por el agente del ministerio público, y aquellos aportados por las personas que lo conocieron en vida.
- **Datos:** se anotarán las fechas y horarios del inicio y conclusión de la necropsia, el número secuencial correspondiente y el número de la averiguación.

ABORTO POR VIOLENCIA FAMILIAR



VII. PRESTACION DE SERVICIOS

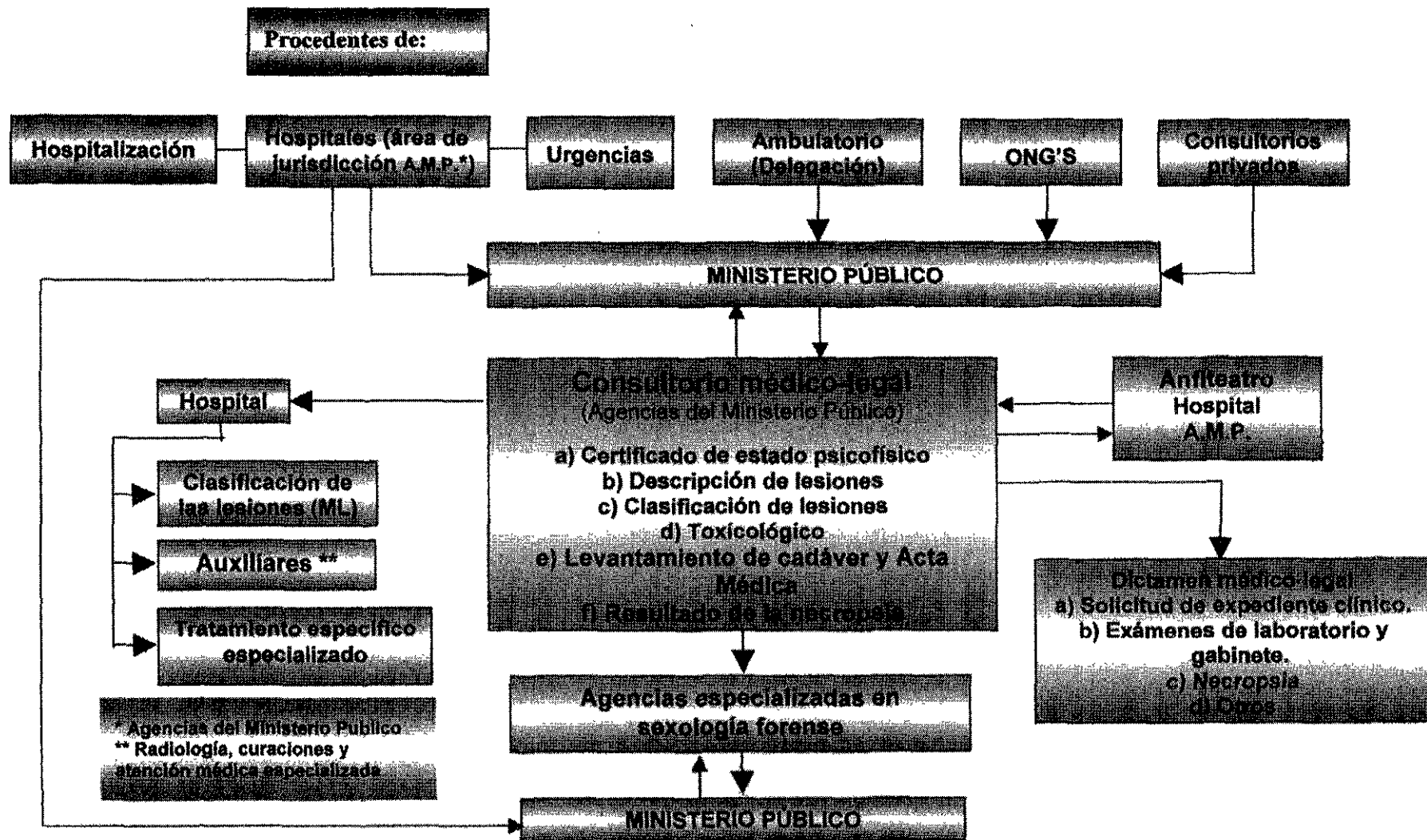


Foto. Dra. Victoria Viloria Varela

*"Garantizar a todas las personas
y en especial a los grupos más desfavorecidos
y vulnerables
el acceso a los servicios de atención de salud"*
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994
(Aportación. Dra. Victoria Viloria Varela)

VII. 1. Ruta crítica de las víctimas de violencia familiar

RUTA CRITICA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR



RUTA CRITICA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR



VII. 2. INSTITUCIONES DE APOYO EN CASOS DE V. F.

DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION DE DELITOS SEXUALES

Director General: Lic. Dulce María Villada Navarro. Teléfono: 52 00 92 60
Secretario Particular: C. Fermín Miguel Olguín Díaz. Teléfono: 52 00 92 60

OFICINA CENTRAL (SEDE)

Av. Coyoacán No, 1635, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez

CELULA INVESTIGADORA CON DETENIDO.

Domicilio: sede. Teléfono: 52 00 91 72 (24 hrs.)

Agentes Del Ministerio Publico

1er. Turno: Lic. Martín García Rodríguez

2do. Turno: Lic. Cutberto Flores Almazán

3er. Turno: Lic. Lorena Moreno Gómez

Agencias del Ministerio Público especializadas en delitos sexuales (las 24 horas del día)

1.- Agencia 46ª.

Privada general Sostenes Rocha y Vicente Eguía, Col. Tacubaya, Delegación Miguel Hidalgo. Teléfonos: 51 30 82 40 y 51 30 82 07. Responsable: Director de área "A" Lic. Fernando Horta Díaz. Teléfono: 56 00 91 78.

2.- Agencia 47ª.

Tecualipan y Zompantitla, Col. Romero de Terrenos, Delegación Coyoacán. Teléfonos: 52 00 93 72 y 52 00 93 84. Responsable: Director de área "B" Lic. Juan Carlos Reyes Navarro, Teléfono: 52 00 91 87

3.- Agencia 48ª.

Fray Servando y Teresa de Mier y Francisco del Paso y Troncoso. Col. Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza . Teléfonos: 51 33 77 86 y 51 33 77 81. Responsable: Director de área "C" Lic. Gerardo Saucedo Castillo. Teléfono: 2 00 91 80.

4.- Agencia 49ª.

Vicente Villada y 5 de Febrero, Col Gustavo A. Madero. Delegación Gustavo A Madero. Teléfonos: 51 30 80 93 y 51 30 80 37. Responsable: Director de área "D" Lic. Juan Carlos Rincón Sánchez. Teléfono 2 00 91 73

Centros de Atención en Educación Especial

CENTRO DE ATENCION ESPECIAL NUEVA LUZ

Triángulo No. 180 Col. Prado Churubusco, Delegación Coyoacán, CP. 04230
México D.F. Teléfono: 55 82 04 72

CECADEE No. 12 XOCHIMILCO

Comercia No. 43 Santa Cruz Xochitepec. Delegación Xochimilco CP.16100
México D.F. Teléfono 56 76 16 79 Sra. Díaz Mirón

FUNDACION DE AYUDA AL DEBIL MENTAL, a. C. QUINTA SAN ICIDRO

Calle Montes de Oca No. 4 CP. 54030 Tlalnepantla, Estado. de México. Teléfono:
55 65 11 02

CENTRO DE TERAPIA EDUCATIVA C.T.D.U.C.A.

Av. Coyoacán frente al No. 1450 Col. Del Valle Delegación Benito Juárez CP.
03100 México D.F. Teléfono: 55 24 57 17

PATRONATO DEL CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO No.2

Calle Río Frío S/N Colonia Magdalena Mixhuca Delegación Venustiano Carranza
Teléfono: 55 52 96 70

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE INDUSTRIAS PROTEGIDAS No.1

Av. Río Churubusco No. 374 Colonia Ampliación Sinatel Delegación Iztapalapa
CP. 09474 México D.F. Teléfono: 55 81 58 41

COMUNIDAD DOWN AC.

Av. De las Águilas No. 1681 Colonia Las Águilas Delegación Álvaro Obregón CP.
01710 México D.F. Teléfono: 55 93 22 84

ASOCIACION POR NIÑO RETRASADO MENTAL

Lomas de San Fernando No. 34 Col. El Olivo Izquilucan. Estado de México.
Teléfono: 55 89 09 66

CAMINO ABIERTO AC.

Cerrada de Perpetua No. 7 Colonia San José Insurgentes. Delegación Benito
Juárez. CP. 03900 México D.F. Teléfono: 56 11 25 18

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL

Campos Elíseos No. 4777 Colonia Polanco. Delegación Miguel Hidalgo CP. 11550
México D.F. Teléfono: 55 40 27 96

ACEPTAR AC.

Club Deportivo Pachuca No. 27 Colonia Villa Lázaro Cárdenas CP. 14370 Tlalpan
Teléfono: 55 94 57 43

ESCUELA DE EDUCACION NACIONAL No.

Colima No.1 Colonia San Sebastián Tecoloxitlan. Delegación Iztapalapa CP.
09520 México D.F. Teléfono: 57 97 8640 (Turno matutino)

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 19

Camino Ancho No. 34 Colonia Los cerillos Tulyehualco. CP. 16780 México D.F.
Teléfono: 58 42 12 83 (Turno matutino)

CECADEE No. 5

Laguna del Carmen y Lago de Texcoco S/N Colonia Anáhuac. Delegación Miguel
Hidalgo. Teléfono: 53 96 48 69

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 9

AV. 12 Y CALLE 39 Colonia Santa Cruz Meyehualco. Delegación Iztapalapa CP.
09290 México D.F. Teléfono: 56 91 04 05 (Turno Vespertino)

CENTRO DE PEDAGOGIA ESPECIAL

Londres No. 352 Colonia Del Carmen Coyoacán. CP. 04000 México D.F.
Teléfono: 55 54 52 14

COMUNIDAD CRECER AC.

Calle No. 2 Colonia Ampliación Tepepan. Delegación Xochimilco. CP. 01620
México D.F. Teléfono: 56 75 08 88

CEADEE No. 6

Calle Emma S/N Colonia San Lorenzo Xicotencatl. Delegación Iztapalapa CP.
09130. México D.F. Teléfono: 57 92 40 02 y 57 65 71 73

INTITUTO TLAXOCHIC AC.

Francisco Espejel No. 28 Colonia Moctezuma 1° Sección. Delegación Venustiano
Carranza. CP. 15500 México D.F. Teléfono 57 84 05 09

INSTITUTO FRANCISCO DE ASIS

Salvador Alvarado No. 94 Colonia Escandón. Delegación Miguel Hidalgo CP.
11800 Teléfono: 52 71 50 12

CENTRO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO No. 1

Mitla y Serafin Olarte Colonia Independencia (Vértiz Narvarte) Delegación Benito
Juárez CP. 03630 México D.F.

**CENTRO OCUPACIONAL PARA EL DEFICIENTE MENTAL ADULTO
VENUSTIANO CARRANZA**

Av. Del Taller No. 709 Colonia Jardín Balbucean Delegación Venustiano Carranza
CP. 15900 D.F.

CENTRO DE INTEGRACION DEL TRABAJO DEL DEBIL MENTAL AC.

Latinos No. 36 Col. Moderna Delegación Benito Juárez CP. 03510 México D.F.

Teléfono: 55 90 45 80

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No.1 HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
Dr. Márquez No. 162 Colonia Doctores Delegación Cuauhtémoc CP.00720 México
D.F. Teléfono: 57 61 03 33 Ext. 182

CENTRO HIGIENICO PEDAGOGICO

Mirlo No. 26 Colonia Rosedal. Delegación Coyoacán CP. 04330 México D.F.
Teléfono: 55 49 28 44

CENTRO DE ATENCION MULTIPLE CITIBANK

Calle 667 S/N (Entre Av. 604 y 606) Colonia San Juan de Aragón. Delegación
Gustavo A. Madero CP. 07920 México D.F. Teléfono: 57 94 35 08

FUNDACION CECAD

Cerrada Izcalli, San Mateo Nopala. Colonia Santiago Occipaco. CP. 53250
Naucalpan Estado de México. Teléfono: 53 45 10 48

COLEGIO ESPERANZA

Mar Azoff No. 76 Col. Popotla. Delegación Miguel Hidalgo CP. 11400 México D.F.
Teléfono: 55 27 49 97

OLIMPIADAS ESPECIALES

Livio No. 96 Colonia Jardín de los Reyes. CP. 06954 Tlalnepántla Estado de
México.
Teléfono: 53 82 20 32

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 19 T. V.

Camino Ancho No. 34 Colonia Los Cerillos Tulyehualco. Delegación Xochimilco
CP. 16780 México D.F.

CENTRO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO No. 7

Tigre No. 8 Colonia Actípan. Delegación Benito Juárez CP. 03230 México D.F.
Teléfono: 55 34 77 08

ESCUELA ESPECIAL No. 18

Prolongación Misterios A-60 Colonia Villa de Guadalupe. Delegación Gustavo A.
Madero CP. 07050 Teléfono: 57 81 96 65

VIDA NUEVA AC.

Calvario No. 131 Colonia Tlalpan. Delegación Tlalpan CP. 14000 México D.F.
Teléfono: 56 79 85 02

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL CLUB ACTIVO 20-30 STA. CLARA AC.

Naranja No. 20 Col. Jardines de Ecatepec. CP. 55400 Ecatepec Estado de México
Teléfono: 51 87 65 81

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL
Cerrada de Micros No. 62 2° Colonia del Periodista Delegación Benito Juárez
CP. 03620 México, D.F. Teléfono: 55 39 39 59

COMUNIDADES "EL ARCA"

Calle Patricia Mz. 45 Lt. 26 Colonia Lomas de Zaragoza. Delegación Iztapalapa
Teléfono: 58 55 64 57

CENTRO ITARY AC.

Violeta No. 156 Colonia Barrio Chaltocan. Delegación Xochimilco CP. 16090
México D.F. Teléfono: 55 95 21 21

**CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL Y DESARROLLO HUMANO DE LA
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO**

San Juan de Dios No. 6 Colonia Hacienda de San Juan Tlalpan. Delegación
Tlalpan CP. 09220 México D.F. Teléfono: 56 71 14 00 Ext. 145

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 8

Colima No. 1 Colonia San Sebastián Tecoloxitla. Delegación Iztapalapa CP. 09520
México D.F. Teléfono: 57 97 86 40 (Turno Vespertino)

CENTRO EDUCATIVO DOMUS

Málaga Sur No. 44 Colonia Insurgentes Mixcoac. Delegación Benito Juárez CP.
03920 México D.F. Teléfono: 55 63 99 66

CENTRO LABORAL CELAMEX

Ximilpa No. 98 Colonia Aztcapotzalco. CP. 11270 México D.F. Teléfono: 55 27 37
12

**CENTRO DE CAPACITACION Y EDUCACION ESPECIAL
LENCHITA MACIAS BARRAGAN**

Capulín No. 5 Colonia Ampliación Lomas Lindas CP. 52900 Naucalpan Estado de
México. Teléfono: 53 58 08 77

DR. JESUS GONZALEZ

Convento del Carmen S/N Colonia Unidad Hogares Ferrocarrileros CP. 54090 Los
Reyes Iztacala. Estado de México. Teléfono: 53 82 64 22

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No.3

Francisco Sosa No. 253 Barrio Santa Catarina. Delegación Coyoacán. Teléfono:
56 58 81 12 y 56 58 78 69

CENTRO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO

Playa Revolcadero No. 365 Colonia Reforma Iztazihuatl Sur. CP. 08840 México
D.F. Teléfono: 55 79 18 22

CAPYS A.C.

Pilares No. 320 Colonia Del Valle. Delegación Benito Juárez CP. 03100 México D.F. Teléfono: 55 59 68 92

ZIANYA AC.

Obrero mundial No. 384 Colonia Narvarte. Delegación Benito Juárez CP. 03020 México D.F. Teléfono: 55 43 29 36

ESCUELA DE EDUCACION NACIONAL No. 3

Colchahua y Huiziliutl S/N Santa Isabel Tolá. Delegación Gustavo A. Madero CP. 07010 México D.F. Teléfono: 55 77 29 83

COMUNIDAD ESPECIAL DE DESARROLLO INTEGRAL (CEDI)

Angulo No. 21 Colonia Olivar de los Padres delegación. Delegación Álvaro Obregón. CP. 01780 México D.F. Teléfono: 56 83 44 24

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 9

AV. 12 Y CALLE 39 Colonia Santa Cruz Meyehualco. Delegación Iztapalapa CP. 09290 México D.F. Teléfono: 56 91 04 05

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 27 TV.

Xicotencatl No. 164 Colonia Del Carmen Coyoacán. CP.04100 México D.F. Teléfono: 6 88 31 54

HAKIM AC.

Av. Cuauhtémoc No. 976 Colonia Narvarte. Delegación Benito Juárez. CP. 03020 México D.F. Teléfono: 55 36 04 94

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 2

Castillo No. 148 Colonia Álamos. Delegación Benito Juárez CP. 03400 Teléfono: 55 19 31 77

MARIPOSA AC.

Cerro de las Palomas No. 24 Colonia Copilco-Universidad. Delegación Coyoacán CP. 04360 México D.F. Teléfono: 55 54 60 22

CAPACITACION Y DESARRALLO AC. (CADI)

Av. Hidalgo No. 7 Colonia Granjas Lago de Guadalupe. Cuautitlán Izcalli. Estado de México

ADELANTE NIÑO DOWN AC.

Latacunga No. 393 Colonia Lindavista. Delegación Gustavo A. Madero CP. 07300 México D.F. Teléfono: 56 04 34 97 y 55 86 72 73

SIEMBRA Y COSECHA AC.

Insurgentes Sur No. 188-601 Colonia Del Valle. CP. 03100 Teléfono: 55 79 33 34

DOS ARCOIRIS AC.

Hidalgo No. 78 Colonia Villa Aragón. CP. 07000 Delegación Gustavo A. Madero Teléfono: 55 77 05 34

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No.3

Huiziliutl Esq. Colchahua S/N Santa Isabel Tolá. Delegación Gustavo A. Madero CP. 07010 México D.F. Teléfono: 55 77 00 83

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No.2

Av. Margarita Maza de Juárez S/N. Col. Vallejo la Patera. Delegación Gustavo A. Madero. Teléfono: 55 87 13 22 Ext. 39

ASOCIACION MEXICANA PRO NIÑO RETARDADO AC.

Av. San Jerónimo 903 Poniente. Colonia San Jerónimo Lídice. Delegación Magdalena Contreras CP. 10200 México D.F.

ASOCIACION KASID AC.

Gran Vía No. 82 Residencial El Dorado. Atizapán de Zaragoza. Estado de México CP. 54020. Teléfono 53 79 30 14

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 4 TM.

Av. Granjas No. 590 Colonia Santo Tomás. Delegación Azcapotzalco CP. 02020 México D.F. Teléfono: 55 61 30 14

ANIDAN

Delegación Iztapalapa CP. 09820 México D.F. Teléfono: 55 30 19 40

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 18

Prolongación Misterios 60-A. Col. Villa de Guadalupe. Delegación Gustavo A. Madero. Teléfono: 57 81 96 65

CECADEE No. 11

Calle Benito Juárez y Chimalpopoca. Colonia Mixcoac. Delegación Iztapalapa Teléfono: 56 56 55 52

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 4 TV.

Av. Granjas No. 590 Colonia Santo Tomás. Delegación Azcapotzalco CP. 02020 México D.F. Teléfono: 55 61 30 14

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 5

Fray Pedro de Gante No. 43 Colonia Vasco de Quiroga. Delegación Gustavo A. Madero. Teléfono: 57 53 04 64

COLEGIO DE ATENCION EDUCATIVA INTERDISCIPLINARIA (ATEI)

Presidentes No. 78 Col. Portales. Delegación Benito Juárez CP. 033 México D.F. Teléfono: 56 72 31 83

CENTRO DE REHABILITACION Y ORIENTACION FAMILIAR (CROF)

Prolongación de Lourdes No. 151 Colonia Albert. Delegación Benito Juárez CP. 03560 México D.F. Teléfono: 55 32 47 64

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 5 TV.

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL No. 5 TV.

Fray Pedro de Gante No. 43 Colonia Vasco de Quiroga. Delegación Gustavo A. Madero CP. 07440 México D.F. Teléfono: 57 53 04 64

LA COLMENA

Cartagena Sur Esq. con Acueducto. Colonia San Pedro Zacatenco. Delegación Gustavo A. Madero CP. 07560 Teléfono: 57 59 08 89

ASOCIACION NIÑOS WEST AC.

Felipe Villanueva No. 63 Colonia Guadalupe Inn. Delegación Álvaro Obregón CP. 01020 México D.F. Teléfono: 56 51 29 90

(Aportación Lic. Diana Miroslava Lettiery Flores. Educación Especial. México D.F. 1999.)

INSTITUCIÓN						ATENCIÓN QUE BRINDA									
ESTADO	INSTITUCIÓN	DOMICILIO	TEL. FAX	HORARIO DE ATENCIÓN	RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN	LUGAR Y AÑO DE CREACIÓN	LEGAL	HUMANITARIA	MEDICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	EDUCACIONAL	ECONÓMICA	ALBERGUE	OTRAS
D.F.	COMISION DE DERECHOS HUMANOS	CARR. PICAHO AJUSCO No. 238, PRIMER PISO MEXICO D.F.	01(5)631 00 40 EXT. 305		PROGRAMA SOBRE ASUNTOS DE LA MUJER, EL NIÑO Y LA FAMILIA A. LIC. LAURA SALINAS COOR.										QUEJAS, CANALIZACIONES POR MEDIO DE RED.
	DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	PROL XOCHICALCO No. 947 PB 1º PISO COL. SANTA CRUZ ATOYAC DEL. B. J CP 03300 MEX. D.F.	01(5)601 22 22 Ext 6031- 32-33 01(5) 6292392 FAX	7:00 HS A 15:00 HS	PROCURADURIA DE LA DEFENSA DEL MENOR Y LA FAMILIA, LIC EVA RODRIGUEZ M.	13/01/77	X	X	X	X				X	JURIDICA
	PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA	DR. CARMONA Y VALLE N. 54 PRIMER PISO, COL. DOCTORES, CP. 067720, DEL. CUAHUTEMOC. MEXICO D.F.	01(5) 6257120 01(5) 62578 64	9:00 HS A 21:00 HS	CENTRO DE ATENCION Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAVI) LIC. SAMUEL RODRIGUEZ S.										ASESORIA
	TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA	NIÑOS HEROES NO. 123. COL. DOCTORES. CP 06720, MEXICO D F	01(5) 5788532 01(5) 5788529 01(5) 5788514 FAX		MAG. JORGE RODRIGUEZ RODRIGUEZ										
D.F.	ACADEMIA MEXICANA DE DERECHOS HUMANOS, AC	FILOSOFIA Y LETRAS NO 88 COPILCO UNIVERCIDAD DEL COYOACAN C.P. 04360	01(5) 6598764 01(5) 65 87 279 FAX	8:00 HS 20:00 HS	DRSERGIO AGUAYO QUEZADA PRESIDENTE, DRA. GLORIA RAMIREZ HRZ. DIRECTORA GRAL.	MEXICO, D.F. 1984.				X					
	ACCION POPULAR DE INTEGRACION SOCIAL. A. C.	LONDRES NO. 70 COL. DEL CARMEN COYOACAN. CP 04100 MEXICO D.F.	01(5) 554 4789	16:00 HS 21:00 HS	PSIC NORMA BERTHA BANDA BUSTAMANTE	MEXICO, D F. 1981			X	X					
	ASOCIACION MEXICANA CONTRA LA VIOLENCIA A LAS MUJERES, ASOCIACION CIVIL (COVAC)	MITLA NO. 145. COL. NARVARTE DEL. BENITO JUAREZ CP 03020. MEXICO D.F.	01(5) 51 93 145 01(5) 53 89 801 FAX	10:00 HS 19 00H	BIOLOGA PATRICIA DUARTE	MEXICO, D. F. 1984		X		X					
	ASOCIACION MEXICANA ETICA RACIONALISTA, AC. (AMER)	APDO. POSTAL N°. 19546, CP 03900 MEXICO D.F.			LIC. PATRICIA LOPEZ ZARAGOZA										DIFUSION DE INFORMACION
D.F.	ASOCIACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE PERSONAS VIOLADAS A.C (ADIVAC)	GRAL. JUAN CANO #141 INT.2 COL. SAN MIGUEL CHAPULTEPEC CP. 11850, DEL. MIGUEL HIDALGO	01(5)277 55 92	10:00 A20:00	PSIC. LAURA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ DIRECTORA	1980	X		X	X				X	
	BALANCE "RED DE MUJERES JÓVENES"	PATRICIO SANZ 609 DPTO. 402 COL. DEL VALLE CP. 03100 DEL. BENITO JUÁREZ	01(5)538 57 08 01(5) 59 58 679 FAX	9:30 20:30	LIC. MA. ANTONIETA ALCALDE CASTRO COORDINADORA NACIONAL	1985									INFORMACION PREVENCIÓN

Atención a víctimas de delito en la República Mexicana.

(fuente: Servicios a Víctimas en México. Modelo de Atención a Víctimas en México. Dra. María de la Luz. Lima-Malvino. Abril 1997- LVII Legislatura Cámara de Diputados, México, D.F.)

INSTITUCIÓN						ATENCIÓN QUE BRINDA									
ESTADO	INSTITUCIÓN	DOMICILIO	TEL./FAX	HORARIO DE ATENCIÓN	RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN	LUGAR Y AÑO DE CREACIÓN	LEGAL	HUMANITARIA	MEDICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	EDUCACIONAL	ECONOMICA	ALBERGUE	OTRAS
	CAP. DEL DISTRITO FEDERAL Y REPÚBLICA MEXICANA AC.	AV. SAN BERNABÉ #8231 COL. LOS PADRES CP. 10300 DEL. MAGDALENA CONTRERAS		10:00 18:00	LIC. ERNESTO RODRÍGUEZ PRESIDENTE DEL CAP.	MÉXICO D.F. 1992									
	CENTRO DE APOYO A LA MUJER MARGARITA MAGON, AC.	CARLOS PEREYRA #113, COL. VIADUCTO PIEDAD CP. 08200 DEL. IZTACALCO MÉXICO D.F.	01(5)519 58 45	12:00 20:00	LIC. LAURA VARGAS CASAÑAS	MÉXICO D.F. 1986	X		X	X					
	CENTRO DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL (AVISE)	ANDREA DEL SARTO #7 COL. NONOALCO MIXCOAC, DEL. BENITO JUÁREZ CP. 03700, MÉXICO D.F.	01(5)598 07 88 01(5)598 0701 01(5)598 09 86 FAX	9:00 21:00	DR. JAVIER DE LA GARZA AGUILAR DIRECTOR	MÉXICO D.F.	X			X					
D.F.	CENTRO DE CAPACITACIÓN Y APOYO SEXOLÓGICO HUMANISTA AC.	EDIF. "TORRES CHAMIZAL" DEPTO. 501 UNIDAD TLATELÓLCO, CP 06300, MÉXICO D.F.	01(5)583991 4	10:00 20:00	LIC. VÍCTOR MANUEL VELASCO MORALES PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO	MÉXICO D.F. 1985						X			ORIENTACIÓN
	CENTRO DE DERECHO A HUMANOS "MIGUEL AGUSTÍN PRO JUÁREZ", AC.	PUEBLA NO. 135 COL. ROMA (ENTRE JALAPA Y ORIZABA) CP. 06700, DELEG. CUAUTEMOC MÉXICO, D.F.	01(5) 511 49 33 01(5) 208 75 47 FAX	10:00 19:00	LIC DAVID FERNÁNDEZ DAVALOS DIRECTOR	MÉXICO D.F. 1988						X			
	CENTRO MEXICANO PARA LA FILANTROPIA AC.	MAZATLÁN #96 COL. CONDESA CP. 06140 DEL. CUAUTEMOC, MÉXICO D.F.	10(5)256 37 39 01(5) 256 31 90	9:00 18:00	LIC. JORGE VILLALOBOS GRYBOWICZ PRESIDENTE EJECUTIVO	MÉXICO D.F. 1988									ASESORÍA INFORMACIÓN INVESTIGACIÓN
	CENTRO DE ORIENTACIÓN PARA ADULTOS JÓVENES AC. (COBA)	ANGEL URRAZA #1122, COL. DELVALLE, CP. 03100, MÉXICO D.F.	01(5) 559 84 50 01(5)559 84 53 01(5) 575 82 64 FAX		DRA. ANAMELI MONROY PRESIDENTA							X			ORIENTACIÓN
	CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR AC.	UNICORNIO #108 COL. PRADO CHURUBUSCO	01(5) 582 12 02	16:00 20:00	LIC. BERTHA GARCÍA MEDINA PRESIDENTA			X	X	X					
D.F.	COLECTIVO DE HOMBRES POR RELACIONES IGUALITARIAS	MATIAS ROMERO # 1353-2 COL. VERTIZ NARVARTE, CP. 03600, MÉXICO D.F.	01(5) 804 11 68	MARTES 16.00 22:00	PSIC. FRANCISCO CERVANTES ISLAS DIRECTOR	MÉXICO D.F. 1991		X							
	COMITÉ DE CIUDADANOS EN DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS, AC.	TUXPAN #68 COL. ROMA SUR CP. 06760, MÉXICO, D.F.	014(5) 564 49 78	10:00 22:00	MA. DEL CARMEN AVILA DE GUTIERREZ PRESIDENTA	MÉXICO D.F. 1992	X	X	X	X					
	COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LA MUJER	VICTORIA # 315-20, COL. CENTRO DELG. CUAUTEMOC, CP. 06050, MÉXICO D.F.	01(5) 510 00 85 01(5) 512 57 96 FAX	9:00 15:00	LIC. SARA LOVERA LOPEZ COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO	MÉXICO D.F. 1987									INFORMACIÓN PERIODÍSTICA

INSTITUCIÓN						ATENCIÓN QUE BRINDA									
ESTADO	INSTITUCIÓN	DOMICILIO	TEL./FAX	HORARIO DE ATENCIÓN	RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN	LUGAR Y AÑO DE CREACIÓN	LEGAL	HUMANITARIO	MEDICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	EDUCACIONAL	ECONOMICA	ALBERGUE	OTRAS
	CONSEJO DE MENORES	OBROERO MUNDAL #78 COL. VERTIZ VARVARTE DELG. BENITO JUAREZ CP. 03630, MEXICO D.F.	01(5)530 10 36 01(5)530 54 70 01(5) 530 52 90 FAX	9:00 21:00	LIC. RUTH VILLANUEVA CASTILLEJA PRESIDENTA	MEXICO D.F. 1992	X								INVESTIGACION
	DEFENSORAS POPULARES AC.	SERAFIN OLARTE #152, DEPTO. 2 COL. INDEPENDENCIA, DEL BENITO JUAREZ, CP. 03630 MEXICO D.F.	01(5)872 68 56	9:00 20:00	LIC. TERESA ULLOA ZIAURRIZ	MEXICO D.F. 8/03/1994	X	X	X	X					
D F	FONDO DE DESARROLLO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER	PRESIDENTE MASARIK #29-10, COL. POLANCO, CP. 11570, MEXICO D.F.	01(5) 250 15 55 ETX 165, 182, 203, 1894	9,00 A 3 30	LIC GUADALUPE ESPINOZA COORDINADORA GENERAL	MEXICO 1976 (ORG.)							X		ASISTENCIA TECNICA Y FINANCIERA
	FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA	PASEO DE LA ROFORMA "645 LOMAS DE CHAPULTEPEC, CP. 11000 MEXICO D.F.	01(5) 202 32 33 01(5) 520 05 27 FAX	8:00 A 15:30	DR. JOSE CARLOS CUENTAZAVALA REPRESENTANTE	11/12/46							X		ASISTENCIA TECNICA
	FUNDACION DE APOYO INFANTIL, REGION CENTRO AC (FAI)	CALLE SUR 75-A NO 4336 COL. VIADUCTO PIEDAD DEL. IZTACALCO CP 08200 MEXICO D F	01(5)5 38 49 09 01(5) 519 48 06 FAX	8:30 A 17:00	LIC. JUAN FELIPE CAJIGA CALDERON DIRECTOR GENERAL	DE RAZON SOCIAL						X			DESARROLLO
	FUNDACION DE ASISTENCIA PRIVADA "ALBERTO Y DOLORES ANDRADE"	PASEO DE LA REFORMA #393 402 COL. CUAHUTEMOC, CP. 06500 DEL. CUAHUTEMOC MEXICO D.F.	01(5)533 31 47	8:00 16:00	LIC. ERNESTO IBARRA FARIAS DIRECTOR ADMINISTRATIVO	MEXICO D.F. 1987						X	X		
	FUNDACION JUSTICIA Y AMOR IAP.	INDIANAPOLIS #67 COL. NAPOLES, CP. 03810 MEXICO D.F.	01(5) 523 17 46 01(5) 538 55 41 FAX		LIC ELIA MEJIA CORONA ASESORA PROYECTO AJUSCO PROGRAMACION FORMACION HUMANA							X			ORIENTACION
D F.	FUNDACION MUJER, AC	RAFAEL REBOLLAR #25 COL. SAN MIGUEL CHAPULTEPEC CP. 11 850, DELG. MIGUEL HIDALGO, MEXICO, D.F.	01(5)273 45 94	9:00 19:00	LIC. BEATRIZ GALLARDO MACIAS PRESIDENTA	MEXICO D.F. 1995	X	X	X	X					
	FUNDACION PARA LA ATENCION A VICTIMAS DEL DELITO Y ABUSO DE PODER, LAP. (FAVI)	CLEVELAND #35 COL. NOCHE BUENA, DELG. BENITO JUAREZ CP. 03720, MEXICO D.F.	01(5)811 40 87 01(5)593 30 78 01(5)593 11 54 FAX	9,00 A 14, 00 Y 15:00 A 18:00	LIC. DAVID J. GALLING CASADOS PRESIDENTE LIC. JUDITH SANTOS MARTINEZ DIRECTORA	MEXICO D F DIC/1992	X	X	X	X	X				
	FUNACION PARA LA PROMOCION HUMANA IAP	MORELOS #11 TLALPAN, CP. 14000, MEXICO D.F.	01(5)573 86 45 01(5)655 49 49 01(5)573 25 33 FAX		LIC. JORGE AGUILAR DE LA MUÑECAS DIRECTOR GENERAL			X		X	X		X		
	INSTITUTO DE SUPERACION FEMENINA	INSURGENTES SUR #303 DESP 304, COL. HIPODROMO CONDESA CP. 0617 MEXICO D.F.	01(5)584 87 31		DRA. NINI TREVIT PRESIDENTA NACIONAL							X			CULTURA

INSTITUCIÓN						ATENCIÓN QUE BRINDA									
ESTADO	INSTITUCIÓN	DOMICILIO	TEL / FAX	HORARIO DE ATENCIÓN	RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN	LUGAR Y AÑO DE CREACIÓN	LEGAL	HUMANITARIO	MEDICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	EDUCACIONAL	ECONÓMICA	ALBERGUE	OTRAS
	INSTITUTO MEXICANO DE PREVENCIÓN DEL DELITO E INVESTIGACIÓN PENITENCIARIA	ESCUELA INDUSTRIAL #213 COL. INDUSTRIAL CP 07800 DEL. GUSTAVO A. MADERO MEXICO D.F.	01(5)535 45 58		LIC. RUTH VILLANUEVA CASTILLEJA PRESIDENTA	MEXICO D.F. 09/1982	X	X	X					X	
	INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN AC.	MALAGA NTE. #25 COL. INSURGENTES MIXCOAC, CP. 03920 MEXICO, D.F.	01(5)611 58 76 01(5)598 56 73 01(5)563 62 39 FAX	9:00 A 16:00	DRA. SUSANA PICK PRESIDENTA DEL INSTITUTO	MEXICO D.F. 1986					X				PROGRAMAS PARA LA SALUD
D.F.	INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO I.A.P.	TEOLOLCO #325 COL. PEDREGAL DE SAN ANGEL DEL. ALVARO OBREGON, CP. 01900 MEXICO D.F.	01(5)658 43 23 01(5)658 16 77 01(5)554 81 33 FAX	8:00 A 19:00	LIC. LILIANA CISNEROS LUJAN PRESIDENTA FUNDADORA	MEXICO D.F. 28/01/1985	X	X	X	X					
	MUJERES TRABAJADORAS UNIDAS AC	COATEPEC #1 DEPTO. 3 Y 4 COL. ROMA SUR, CP. 06760, DEL. CUATEMOC, MEXICO D.F.	01(5)264 69 51 01(5)574 78 50 01(5)574 62 15 FAX	16:00 A 21:00	LIC. CLAUDIA I BARRON MARTINEZ COORDINADORA DE SERVICIOS	MEXICO D.F. 1984	X		X						
	PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL (PAIVSAS)	AV UNIVERSIDAD #3004 COL. COPILCO UNIVERSIDAD DEL COYOACAN CP. 04510 MEXICO D.F. FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM, EDIF. A 2DO. CUBICULO ANEXO AL SALON 10	01(5)822 22 54 01(5)618 03 07 01(5)822 22 39 FAX	8:00 A 14:00	DRA. RUTH GONZALEZ SERRATOS RESPONSABLE DE PAIVSAS.	PRC PSICOLOGIA UNAM 1984	X		X	X					
	PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO	CTRÓ. MTR. MARIO DE LA CUEVA, ZONA CULTURAL, CD. UNIVERSITARIA CP. 04510, COYOACAN	01(5)822 75 81 01(5)822 75 83 01(5)822 75 83 FAX		MTRA. LORENA PARADA AMPUDIA										INVESTIGACIÓN
D.F.	SEMINARIO PERMANENTE DE ANTROPOLOGÍA DE GENERO DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLOGICAS, UNAM	CIUDAD UNIVERSITARIA DEL COYOACAN CP 04510 MEXICO D.F.	01(5)822 96 55 01(5)822 96 51 FAX	9:00 A 15:00	MTRA. ANA MRIA SALAZAR	9/09/1991									INVESTIGACIÓN
	SOCIEDAD MEXICANA DE CRIMINOLOGÍA	ESTOCOLMO 1912 #65 COL. PEDREGAL DE CARRASCO CP 04700 DEL. COYOACAN MEXICO D.F.	01(5)606 38 52		DR. LUIS RODRIGUEZ MANZANERA	2/07/75					X				INVESTIGACIÓN
	THAIS (CONSULTORA EN DESARROLLO SOCIAL)	INSURGENTES SUR #1408 DEPTO. 8 COL. INSURGENTES MIXCOAC CP 03920 MEXICO D.F.	01(5)611 08 98 01(5)611 49 22 FAX		DRA. NEMA I. BARREIRO GARCÍA DIRECTORA GENERAL										INVESTIGACIÓN Y ASESORIA
	UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (SANTA FE CIUDAD DE MEXICO)	PROL PASEO DE LA REFORMA #880, LOMAS DE SANTA FE CP 01210 MEXICO D.F.	01(5)726 90 46 01(5)292 01 97		LIC. MA. TERESA JARDI ALONSO DIRECTORA DE ESTUDIOS SOBRE DERECHOS HUMANOS										

INSTITUCION						ATENCION QUE BRINDA									
ESTADO	INSTITUCION	DOMICILIO	TEL #FAX	HORARIO DE ATENCION	RESPONSABLE DE LA INSTITUCION	LUGAR Y AÑO DE CREACION	LEGAL	HUMANITARIOA	MEDICA	PSICOLIGICA	SOCIAL	EDUCACIONAL	ECONOMICA	ALBERGUE	OTRAS
	VOLUNTARIAS VICENTINAS	MATIAS ROMERO #1412 COL. VERITZ NARVARTE DEL BENITO JUAREZ, C.P. 03600 MEXICO D.F.	01(5)604 88 59 01(5)605 20 42 FAX	10:00 A 14:00	LIC. MARICARMEN M. DE CASAVANTES	MEXICO D.F. AGOSTO 1983	X	X	X	X				X	

CONTROL DEL PACIENTE EN EMERGENCIA

Hospital Escuela "Dr. D. Rosales A, León"

1. Datos Generales del Paciente

Especialidad. _____

Nombre _____ padre (si es niño)

Dirección _____

Bario _____ Municipio _____

Ocupación _____ hora del accidente _____

Sexo: F ___ M ___ Edad ___ Día ___ Fecha _____ hora de llegada a emergencia _____

Causa de consulta:

1. enfermedad _____

2. lesión _____

2. Paciente con lesiones

Causa de contacto

Parentesco del agresor

Lugar del incidente

Lesión no intencional

Lesión de violencia

Violencia sexual

Intento de suicidio

Otro tipo de lesión

Cónyuge

Padre / madre

Hijo

Otro familiar

Otro

Área comercial, deportiva, recreativa, lugar de trabajo

Calle, carretera, casa, patio, campo, montaña, río lago, mar

3. Descripción de la lesión

4. Datos clínicos del paciente

Diagnóstico: _____

Nombre del Médico: _____

B) Origin Of Referral (check only one)

Inpatient

- a. Med/Surg
- b. Ob/Gyn

- c. Pediatrics
- d. Psychiatry
- e. Other

Outpatient

- a. Adult primary care
- b. Asthma Clinic
- c. Dentist
- d. Direct DVC Visit
- e. Direct SW visit
- f. Emergency Room
- g. Eye Clinic/Ophthalmology
- h. Gyn/Family plainnig
- i. HIV/AIDS clinic
- j. HIV Testing/ counseling clinic
- k. Hypertension Clinic

l. Outside Referral

- m. Pediatrics
- n. Phone consult
- o. Prenatal
- p. Psych/Psych ER
- q. Substance Abuse
- r. Sw Referral
- s. Tb Clinic
- t. Walk-In
- u. WIC
- v Other (please specyfiy):

9a) Nuber and ages of children at home:

9b) Are children crrently at risk

1) no 2) yes, please explain briefly:

9c) Was a report made to the Needs child Protective Service Central Registry?

1) no 2) yes 3) N/A

9d) Was child protection coordinator contacted? 1) no 2) yes 3) N/A

10a) How many domestic violence incidences occurred within the past year?

1) 0 2) 1-3 3) 4-6 4) 7-11 5) 12 + 6) Unknown 7) Refused to answer

10b) How many times patient seen within the last year by a health care provider for domestic 1) 0

2) 1-3 3) 4-6 4) 7-11 5) 12+ 6) Unknown 7) Refused to answer

11) About the batterer:

a. Sex: male female

b. age: _____ Unknown

c. Is the patient living with the batterer?

1) no 2) yes 3) unknown

- d. is the batterer employed? 1) no 2) yes 3) unknown
- e. Relationship of batterer to patient:
- 1) Spouse (married or common law)
 - 2) Unmarried domestic partner
 - 3) Boy/girlfriend (not living with patient)
 - 4) Ex-spouse/ Ex-domestic partner
 - 5) Ex-Boy/girlfriend
 - 6) Other:

12) Police/DA involvement:

- a. Were police/DA contacted by patient? 1) no 2) yes 3) unknown
- b. Were police/DA contacted by DVC/Hospital with patient's permission?
1) no 2) yes 3) unknown
- c. Precinct # _____ DVPO: _____
- d. Pape kit completed? 1) no 2) yes 3) N/A
- e. Photographs taken? 1) no 2) yes 3) N/A

13) Disposition (You may check more than one)

Course of Action Taken Referred To:

- a. Admitted
- b. AVC/SW counseled/advocated
- c. Given literature
- d. Returning home
- e. Safety plan discussed
- f. Order of Protection discussed
- g. Scheduled follow-up appointment
- h. Staying with relative/friend
- i. Counseling
- j. ACS
- k. Drug/detox program
- l. Protective services for adults
- m. Family Court
- n. Other medical department (specify)

o. Outside agency (specify) _____

Specify dept _____

p. Shelter: _____

q. Unknown

Please write any additional comments on a separate sheet and attach. Thank you.

CHART # _____

FACILITY: _____

DATE: _____

- 1) a. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you? 1. yes 2. no
- b. Are you currently being emotionally or physically abused by
- c. Med/Surg
- g. Psych
- your partner or someone important to you? 1. yes 2. no
- h. Pediatrics
- Pre-natal

10) Origin of Referral (circle one only):

Inpatient

- a. Psych
- b. Pediatrics
- c. Med/Surg
- d. Ob/Gyn

2) Sex of Victim 1. Male 2. Female

j. Gyn/Family Planning

Age of Victim: _____ Unkonwn

Room k. Substance Abuse

Other _____ (specify) l. Emergency Room

Name: _____ Unkonwn

m. Other _____ (specify)

Address: _____ Unkonwn

_____ Unkonwn

Telephone #: _____ Unkonwn

Consent to be called? 1. Yes 2. No

Home: _____ Unkonwn

(If consent to call is given, the BEST TIME IS: _____ AM _____ PM

At-Risk? 1. Yes 2. No _____ Unkonwn

_____ coordinator contacted?

3) Ethnicity: (circle one) 1. Black 2. White 3. His'panic

Unkonwn

4. Asian 5. Native America 6 Other _____ (specify)

Domestic Violence Incidents Within Past 2

_____ Unkonwn

1. 0-2 2. 2-3 3. 4+ _____ Unkonwn

_____ seen by health care provider for

4) Marital Status: (circle one only)

injury: (circle one)

1. Single 2. Married (including Common Law)

1. 0-2 2. 2-3 3. 4+ _____ Unkonwn

3. divorced or Separated _____ Unkonwn

5) Highest Level of Education Completed: (circle one)

Female

1. Elementary 2. High School 3. Some College

_____ Unkonwn

4. college 5. Post Grad _____ Unkonwn

Batterer to Victim: (circle one only)

6) Employed?: 1. Yes 2. No _____ Unkonwn

Partner

employee? 1. Yes 2. No

with victim)

7) Country Of Birth: 1. USA 2. Other _____ (specify)

If not born in US, how long been here? Years _____

Months _____ Week _____ Days _____ Unkonwn

Other _____ (specify)

8) Languages Spoken: English 1. Yes 2. No

d. Ob/Gyn

e. Emergency

f.

n.

11) Number of children in

Are children currently

Was child protection

1. Yes 2. No _____

12) a. Number of

Years: (circle one)

b.: Number of times

domestic violence

13) about the Batterer:

a. Sex: 1. Male 2.

b. Age: _____

c. Relationship of

1. Spouse

2. Unmarried Domestic

3. Boy/Girl Friend (not living

4. ExDomestic Partner

5. ExSpouse

6. Child(ren)

7.

8. _____ Unkonwn

Spanish 1. Yes 2. No
 Contacted? 1. Yes 2. No
 French 1. Yes 2. No
 Taken? 1. Yes 2. No
 Other 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No

_____ (Specify answered yes)
 ___ Unknown

contacted:

_____ e. DVPO _____

9) Reason for Hospital Visit:

- a. DOA/Family 1. Yes 2. No
- b. Miscarriage 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- c. Gunshot/Stabbing 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- d. Drug/Alcohol Abuse 1. Yes 2. No
- Relative/Friend 1. Yes 2. No
- e. Bruises/Abrasions/Lacerations 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- f. Psychological Problems 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- g. Fractures 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- h. Sexual Assault 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- i. Depression 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- j. Burns/Bites 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- k. Attempted Suicide 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- l. Hematoma 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- m. Pregnancy 1. Yes 2. No
- Agency/Other _____ (specify) 1. Yes 2. No
- n. Other _____ (specify) 1. Yes 2. No
 1. Yes 2. No
- o. ___ Unknown _____ (Specify Clinic)

1. Yes 2. No

\$ADDITIONAL INFORMATION \$

- 14) a. Police/D.A.
- b. Photographs
- c. Rape Kit Done?

If Police were

d. Precinct

f. ___ Unknown

15) Disposition:

- a. Admission
- b. Return Home
- c. Stay with
- d. Counseling
- e. Given Literature
- f. CWA Referral
- g. Shelter
- h. Order of Protection
- i. Assessment Center
- j. Drug/Detox Program
- k. Safety Plan Discussed
- l.
- m. Follow-up Appointment

n. Refusal

o. ___ Unknown

"En caso de persecución,
toda persona tiene
DERECHO a buscar
ASILO, y a disfrutar de él
en cualquier país.

Artículo 14. Declaración de Derechos Humanos

"Everyone has the
RIGHT TO seek and to
enjoy in other countries
ASYLUM from
persecution."¹³

UNEP UNDP
Aportación: Dra. Victoria Vitoria Varela

Artículo 14
UNIVERSAL DECLARATION OF HUMAN RIGHTS

DOCUMENTOS MUNDIALES SELECCIONADOS

“Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, (1966) junto con el pacto **“Internacional de Derechos Civiles y Políticos”,** en el artículo 12 prohíben la discriminación por razón de género. La violencia afecta perjudicialmente a la salud de la mujer, por consiguiente, infringe el derecho de disfrutar el máximo nivel posible de la salud física y mental; en el artículo 7º, se estipula el derecho de disfrutar condiciones de trabajo justas y favorables que garanticen condiciones de trabajo inocuas y sanas. Esta disposición abarca la prohibición de la violencia y el acoso de las mujeres en su lugar de trabajo.

El **“Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”** (1966) prohíbe la violencia en todas sus formas:

Artículo 6.1 protege el derecho a la vida

Artículo 7 prohíbe la tortura y el trato o pena inhumanos o degradantes.

Artículo 9 garantiza el derecho a la libertad y seguridad de la persona.

La **“Convención Contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes”** (1966) brinda protección para las personas, independientemente de su sexo, de una manera más detallada que el **“Pacto Internacional Sobre los Derechos Civiles y Políticos”,** artículo 2. los Estados deben de tomar medidas eficaces para impedir los actos de tortura..

La **“Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer”** (1979) es el instrumento internacional más extenso sobre los derechos de la mujer. Aunque la violencia contra la mujer no se aborda específicamente, salvo en su artículo 6 con relación al tráfico de mujeres, la prostitución y muchas de las cláusulas de anti-discriminación protegen a las mujeres de la violencia. Los estados asignados han aceptado una política de eliminar la discriminación de la mujer y adoptar medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra la mujer como se menciona en el 2º artículo.

En 1992, el **“Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”** (CEDSW) que vigila su ejecución, incluyó a la violencia por razón de género. La recomendación general #9, adoptada en el XI período de sesiones, en junio de 1992, trata en su totalidad de la violencia contra la mujer y las medidas tomadas par eliminarla. En cuanto a los temas de salud, recomienda que los Estados ofrezcan servicios de apoyo a todas las víctimas de violencia por razón de género, como refugios, trabajadores de salud adiestrados especialmente y servicios de rehabilitación y orientación.

La **“Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial”** (1965), declara que los Estados signatarios se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas, y garantizar la posibilidad de disfrutar el derecho a la seguridad personal y la protección del Estado contra la violencia o daño corporal, ya sea infringido por los funcionarios públicos o por cualquier grupo o institución en su 5º artículo.

Las cuatro **“Convenciones de Ginebra”** de 1949” y los **“Protocolos Adicionales”,** forman la piedra angular de la ley humanitaria internacional, por lo que requieren que todas las personas que no toman parte activa en las hostilidades sean tratadas humanitariamente, sin distinción adversa por cualquiera de los motivos usuales, como puede ser el género (artículo 3º) y ofrecen protección a todos los civiles contra la violencia sexual, la prostitución forzada, el maltrato sexual y la violación. En cuanto al conflicto armado internacional, el **“Protocolo Adicional I** de las Convenciones de Ginebra de 1949”, crea obligaciones para las partes en conflicto, de tratar humanitariamente a las personas bajo su control. Requiere que las mujeres estén protegidas contra la violación, la prostitución forzada y la agresión indecente. El **“Protocolo Adicional II”,** aplicable durante los conflictos internos, también prohíbe la violación, la prostitución forzada y la agresión indecente.

La **"Convención sobre los Derechos del Niño"** (1989) declara que las partes deben tomar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño de la violencia física y mental, el abuso, el maltrato o la explotación (artículo 19)

Los Estados actuarán en consecuencia para impedir la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales, y la explotación de los niños en actuaciones y materiales pornográficos (artículo 34)

La **"Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares"** (adoptada de la Asamblea General en 1990, sin vigencia actualmente)", contiene el derecho de los trabajadores migratorios y los miembros de su familia a la libertad y la seguridad de la persona, tal cual se ha proclamado en otros instrumentos internacionales. Tendrán derecho a la protección eficaz del Estado contra la violencia, la lesión física, las amenazas y la intimidación, ya sea por parte de los funcionarios públicos o de particulares, grupos o instituciones (artículo 16)

En 1993 la **"Asamblea General de las Naciones Unidas"** adoptó la "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer", el primer instrumento internacional sobre derechos humanos que abordó exclusivamente a la violencia contra la mujer, afirma que la violencia contra la mujer infringe y a la vez deteriora o anula el aprovechamiento de la mujer en sus derechos humanos, libertades fundamentales y se preocupa por la demorada falta de protección, promoción de esos derechos y libertades con relación a la violencia contra la mujer, además, proporciona una definición clara e integral de la violencia contra la mujer.

La **"Conferencia Mundial de Derechos Humanos"** (1993) adoptó la "Declaración de Viena y el Programa de Acción", para declarar que la violencia por razón de sexo y todas las formas de acoso y explotación sexual, incluso los que son resultado de los prejuicios culturales y el tráfico internacional, son incompatibles con la dignidad y el valor de la persona y deben de ser eliminadas. Ello se puede lograr con medidas legales por medio de la acción nacional y la cooperación internacional en ámbitos como el desarrollo socio-económico, la educación, la maternidad sin riesgo, la atención de salud y el apoyo social.

La **"Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo"**, celebrada en el Cairo en 1994, adoptó al "Programa de Acción" que recalca el avance de la igualdad en materia de género y la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer como piedras angulares de los programas relacionados con la población y el desarrollo (Principio 4). Se exhortó a los gobiernos a que tomaran medidas de amplio alcance, como la acción preventiva y la rehabilitación de las víctimas para eliminar todas las formas de explotación, maltrato, acoso y violencia contra la mujer, el adolescente y el niño.

La **"Cumbre Mundial para el Desarrollo Social"** celebrado en 1995 en Copenhague y su "Programa de Acción", condenan firmemente la violencia contra la mujer y repite inquietudes expresadas en el "Programa de Acción del Cairo", centrándose en la violación y en la violencia contra el niño en el hogar.

En septiembre de 1995, la **"IV Conferencia Mundial sobre la Mujer"** adoptó a la "Declaración de Beijing" y la "Plataforma de Acción" que dedica toda una sección al tema de la violencia contra la mujer; reconoce que la eliminación de la violencia contra la mujer es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz. La plataforma se refiere directamente a la "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer", además, exhorta a los Estados a reconocer la vulnerabilidad frente a la violencia de las mujeres que pertenecen a grupos como los refugiados, los desplazados, los emigrantes y las personas discapacitadas.

En junio de 1996 la **"II Conferencia de las Naciones Unidas"** sobre los "Asentamientos Humanos -Hábitat II-" adoptó el "Programa de Estambul" que trata sobre la violencia por razón de género dentro del contexto del albergue y el medio urbano; los gobiernos se comprometieron a promover el albergue, apoyar la educación y los servicios de salud básicos para las mujeres y los niños que

son supervivientes de la violencia en el hogar.

En agosto de 1996 el **“Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños”**, en Estocolmo, adoptó una declaración y programa de acción, exhortando a los Estados a asignar alta prioridad a la acción contra la explotación sexual comercial de los niños y asignar recursos para este fin. Exhorta a los gobiernos a brindar orientación social, médica, psicológica y otras formas de apoyo a los niños víctimas, al igual que para sus familias.

El tema de la violencia contra la mujer fue tratado en el **“Consejo Económico y Social”** en 1990, mediante la resolución 1990/15, en donde se exhorta a los Gobiernos a tomar medidas inmediatas para establecer las sanciones apropiadas para la violencia contra la mujer en la familia, el trabajo y la sociedad, además de reducir sus consecuencias.

En 1991 el **“Consejo Económico y Social”**, aprobó la resolución 1991/18 en donde los Estados Miembros pueden adoptar, fortalecer y hacer cumplir la legislación que prohíba la violencia contra la mujer y actuar en tal sentido para proteger a las mujeres de toda violencia física y mental.

En mayo de 1996, la **“XLIX Asamblea Mundial de la Salud”** adoptó la resolución WHA 49.25 en donde se declara a la violencia como prioridad de salud pública; y observó el aumento de la incidencia de lesiones intencionales que afectan a personas de todas las edades de ambos sexos, pero especialmente en mujeres y niños.

En abril de 1997 el **“Comité de Derechos Humanos”**, condenó nuevamente en su resolución 1997/44, a todos los actos de violencia contra la mujer y recalcó que los gobiernos tienen la responsabilidad de abstenerse de cometer actos de violencia

“Declaración Universal de los Derechos Humanos”, aprobada y adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución 217 A (XXX), de 10 de diciembre de 1948.

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

- 1- Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
- 2- Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4. Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5. Nadie estará sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho e igual protección de la ley: Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución o ley.

Artículo 9. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10. Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1- Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma inocente mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley en juicio público en el que se hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2- Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En el caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.

2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1- Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2- Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse matrimonio.

3- La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1- Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.

2- Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19. Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho

incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, e el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

- 1- Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
- 2- Nadie podrá ser obligado a permanecer a una asociación.

Artículo 21

- 1- Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
- 2- Toda persona tiene derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
- 3- La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

- 1- Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
- 2- Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
- 3- Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
- 4- Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24. Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

- 1- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.
- 2- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

- 1- Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe de ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.
3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

- 1- Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.
- 2- Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social internacional en el que los derechos y libertades proclamados por esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

- 1- Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.
- 2- En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará sujeta a las limitaciones establecidas por la ley como único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general de una sociedad democrática.
3. Estos derechos y libertades no podrán en ningún caso ser ejercidos en oposición a los propósitos de las Naciones Unidas.

Artículo 30. Nada en la presente Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.



*Proyecto Internacional "Violencia Familiar". Monterrey, N.L. México
Aportación. Dra. Victoria Vitoria Varela*

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS QUE REGULAN LAS ACTIVIDADES
DEL SECTOR SALUD RELACIONADAS A LA VIOLENCIA FAMILIAR**

NOM 005-SSA2-1993. "De los Servicios de Planificación Familiar"

NOM 007-SSA2-1994. "Para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido"

NOM 008-SSA2-1994. "Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente"

NOM 010-SSA2-1993. "Para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana"

NOM 017-SSA2-1994. "Para la Vigilancia Epidemiológica"

NOM 025-SSA2-1994. "Para la Prestación de los Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica"

NOM 167-SSA1-1997. "Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores"

NOM 166-SSA1-1998. "Del Expediente Clínico"

NOM 173-SSA1-1998. "Para la Atención Integral para Personas con Discapacidad"

NOM-190-SSA1-1999. "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar"

Se anexan referencias en la presente tesis, que faciliten el acceso a las diferentes leyes y reglamentos emitidos en torno al presente trabajo, como por ejemplo:

Diario Oficial del 30 de diciembre de 1997 (modificaciones, adiciones y derogaciones a diversas leyes y sus reglamentos con relación a la Violencia Familiar)

CÓDIGO CIVIL "Modificaciones adiciones y derogaciones a diversas leyes y reglamentos con relación a la violencia familiar" Diario Oficial de la Federación 30 dic. 1997

Artículo 267.

XIX. (Adición) Las conductas de violencia familiar cometidas por uno de los cónyuges contra el otro o hacia los hijos de ambos o de alguno de ellos. Para efectos de este artículo se entiende por violencia familiar lo dispuesto en el artículo 323 de este Código.

XX. (Adición) El incumplimiento injustificado de las determinaciones de las autoridades administrativas o judiciales que se hayan ordenado, tendientes a corregir los actos de violencia familiar hacia el otro cónyuge o los hijos, por el cónyuge obligado a ello.

Artículo 282. (Reformado) Al admitirse la demanda de divorcio, o antes si hubiera urgencia y sólo mientras dure el juicio, se dictarán las medidas provisionales pertinentes, conforme a las disposiciones siguientes (se adiciona):

VII. (Adición) La prohibición de ir a un domicilio o lugar determinado para alguno de los cónyuges, así como de las medidas necesarias para evitar actos de violencia familiar

Artículo 283. (Reformado) La sentencia de divorcio fijará en definitiva la situación de los hijos, para lo cual el juez deberá resolver todo lo relativo a los derechos y obligaciones inherentes a la patria potestad, su pérdida, suspensión o limitación, según el caso, y en especial a la custodia y

cuidado de los hijos. De oficio o a petición de parte interesada durante el procedimiento, se allegará de los elementos necesarios para ello, debiendo escuchar a ambos progenitores y a los menores, para evitar conductas de violencia familiar o cualquier otra circunstancia que amerite la necesidad de la medida, considerando el interés superior de estos últimos. En todo caso protegerá y hará respetar el derecho de convivencia con los padres, salvo que exista peligro para el menor. La protección para los menores incluirá las medidas de seguridad, seguimiento y terapias necesarias para evitar y corregir los actos de violencia familiar, las cuales deberán ser suspendidas o modificadas en los términos previstos por el artículo 94 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

Artículo 323 bis. (Adición) Los integrantes de la familia tienen derecho a que los demás miembros les respeten su integridad física y psíquica, con objeto de contribuir a su sano desarrollo para la plena incorporación y participación en el núcleo social. Al efecto, contará con la asistencia y protección de las instituciones públicas de acuerdo con las leyes.

Artículo 323 ter. (Adición) Los integrantes de la familia están obligados a evitar conductas que generen violencia familiar.

Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves, que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia contra de otro integrante de la misma, que atente contra la integridad física, psíquica o ambas independientemente de que pueda producir o no lesiones, siempre y cuando el agresor y el agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato

Artículo 411. (Reformado) En la relación entre ascendientes y descendientes debe imperar el respeto y la consideración mutuos, cualquiera que sea su estado, edad y condición.

Artículo 416. (Reformado) En caso de separación de quienes ejercen la patria potestad, ambos deberán continuar con el cumplimiento de sus deberes y podrán convenir los términos de su ejercicio, particularmente en lo relativo a la guarda y custodia de los menores. En caso de desacuerdo, el juez de lo familiar resolverá lo conducente oyendo al Ministerio Público, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 9ª del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

En este supuesto, con base en el interés superior del menor, éste quedará bajo los cuidados y atenciones de uno de ellos. El otro estará obligado a colaborar en su alimentación y conservará los derechos de vigilancia y de convivencia con el menor, conforme a las modalidades previstas en el convenio o resolución judicial.

Artículo 423. (Reformado) La facultad de corregir no implica infringir al menor actos de fuerza que atenten contra su integridad física o psíquica en los términos de lo dispuesto en el artículo 323 ter. de este Código

Artículo 444. (Reformado) La patria potestad se pierde por resolución judicial;

V. (Adición) Cuando el que la ejerza sea condenado por la comisión de un delito doloso en el que la víctima sea el menor, y

VI. Cuando el que la ejerza sea condenado dos o más veces por delito grave.

Artículo 492. (Reformado) La ley coloca a los expósitos y abandonados bajo la tutela de la persona que los haya acogido, quien tendrá las obligaciones, facultades y restricciones previstas para los demás tutores...

Artículo 494. (Reformado) Los responsables de las casas de asistencia, ya sean públicas o privadas, donde se reciban menores que hayan sido objeto de la violencia familiar a que se refiere el artículo.

Art.323 ter. De este ordenamiento, tendrán la custodia de éstos términos que prevengan las leyes y estatutos de la institución. En todo caso darán aviso al Ministerio Público y a quien

corresponda el ejercicio de la patria potestad y no se encuentre señalado como responsable del evento de violencia familiar.

Artículo 1316. Son incapaces de heredar por testamento o por intestado:

a VI...

VII. (Reformado) Los ascendientes que abandonaren, prostituyeren o corrompieren a sus descendientes, respecto de los ofendidos;

a XI...

XII. (Adición) El que haya sido condenado por delito cometido en contra del tutor de la herencia.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL "Modificaciones adiciones y derogaciones a diversas leyes y reglamentos con relación a la violencia familiar" Diario Oficial de la Federación 30 dic. 1997

Artículo 208. (Reformado) El juez podrá practicar las diligencias que a su juicio sean necesarias antes de dictar la resolución. En caso de violencia familiar tomara en cuenta los dictámenes, informes y opiniones que hubieran realizado las instituciones publicas o privadas dedicadas a atender asuntos de esta índole.

Artículo 216. (Reformado) Los derechos contemplados en el presente capítulo, también podrán ejercerlos la concubina y el concubinario, cuando tengan un domicilio común con las características del domicilio conyugal a que se refiere el Código Civil.

Artículo 941. (Reformado el primer párrafo) El juez de lo familiar estará facultado para intervenir de oficio en los asuntos que afecten a la familia, especialmente tratándose de menores, de alimentos y cuestiones relacionadas con violencia familiar, decretando medidas precautorias que tiendan a preservar la familia y proteger sus miembros.

Artículo 942. (Reformado el primer párrafo) No se requieren formalidades especiales para acudir ante el juez de lo familiar cuando se solicite la declaración, preservación o constitución de un derecho o se alegue la violación del mismo o el desconocimiento de una obligación, tratándose de alimentos, de calificación de impedimentos de matrimonio o de las diferencias que surjan entre marido y mujer sobre administración de bienes comunes, educación de los hijos, oposición de padres y tutores y en general de todas las cuestiones familiares similares que reclamen la intervención judicial.

Esta disposición no es aplicable a los casos de divorcio o pérdida de la patria potestad.

Tratándose de violencia familiar prevista en el artículo 323 ter del Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, el juez exhortara a los involucrados en audiencia privada, a fin de que convengan los actos para hacerla cesar y, en caso de que no lo hicieran, en la misma audiencia el juez del conocimiento determinara las medidas procedentes para la protección de los menores y de la parte agredida. Al efecto, verificara el contenido de los informes que al respecto hayan sido elaborados por las instituciones publicas o privadas que hubieren intervenido y escuchara al Ministerio Público.

Artículo 945. (Reformado) La audiencia se practicara con o sin la asistencia de los padres. Para resolver el problema que se plantee, el juez se cerciorara de la veracidad de los hechos y los evaluara personalmente o con auxilio de especialistas o de instituciones especializadas en la materia. Estos presentaran el informe correspondiente en la audiencia y podrán ser interrogados tanto por el juez como por las partes. La valoración se hará conforme a lo dispuesto por el artículo 402 de este Código y en el fallo se expresaran los medios de prueba en que se haya fundado el juez para dictarlo.

Artículo 30. (Reformado)

- I. La restitución de la cosa obtenida por el delito y si no fuere posible, el pago de la misma;
- II. La indemnización del daño moral, causado, incluyendo el pago de los tratamientos curativos que, como consecuencia del delito, sean necesarios para la recuperación de la salud de la víctima. En los casos de los delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual y de violencia familiar, además se comprenderá el pago de los tratamientos psicoterapéuticos que sean necesarios para la víctima, y III. ...

Artículo 203. (Reformado) Las sanciones que señalan los artículos anteriores se duplicaran cuando el delincuente tenga parentesco por consanguinidad, por afinidad o civil o habite en el mismo domicilio con la víctima, aunque no exista parentesco alguno, así como por el tutor o curador; asimismo perderá la patria potestad respecto de todos sus descendientes, el derecho a alimentos que correspondieran por su relación con la víctima y el derecho que pudiera tener respecto los bienes de esta.

Artículo 260. Artículo 261. Artículo 265. Artículo 265 bis. (Antes tratados).

Artículo 282. ... (Adición y reformado) I y II. ...

Si el ofendido fuere alguno de los parientes o personas a que se refieren los artículos 343 bis y 343 ter, en este último caso siempre y cuando habiliten en el mismo domicilio, se aumentará la pena que corresponda hasta en una tercera parte en su mínimo y en su máximo. ...

Artículo 300. (Adición) Si la víctima fuere alguno de los parientes o personas a que se refieren los artículos 343 bis y 343 ter, en este último caso siempre y cuando habiten en el mismo domicilio, se aumentará la pena que corresponda hasta en una tercera parte en su mínimo y en su máximo, con arreglo a los artículos que preceden, salvo que también se tipifique el delito de violencia familiar.

Artículo 323 bis. (Adición) Los integrantes de la familia tienen derecho a que los demás miembros les respeten su integridad física y psíquica, con objeto de contribuir a su sano desarrollo para la plena incorporación y participación en el núcleo social. Al efecto, contará con la asistencia y protección de las instituciones públicas de acuerdo con las leyes.

Artículo 323 ter. (Adición) Los integrantes de la familia están obligados a evitar conductas que generen violencia familiar.

Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves, que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia contra de otro integrante de la misma, que atente contra la integridad física, psíquica o ambas independientemente de que pueda producir o no lesiones, siempre y cuando el agresor y el agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato

Artículo 343 ter. (Adición) Se equipara a la violencia familiar y se sancionará con seis meses a cuatro años de prisión al que realice cualquiera de los actos señalados en el artículo anterior en contra de la persona con la que se encuentre unida fuera del matrimonio; de los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado de la persona, o cualquier otra persona que este sujeta a la custodia, guarda, protección, educación, instrucción o cuidado de dicha persona, siempre y cuando el agresor y el agredido habiten en la misma casa.

Artículo 343 quáter. (Adición) En todos los casos previstos en los dos artículos precedentes, el Ministerio Público exhortará al probable responsable para que se abstenga de cualquier conducta que pudiere resultar ofensiva para la víctima y acordará las medidas preventivas necesarias para salvaguardar la integridad física o psíquica de la misma. La autoridad administrativa vigilará el cumplimiento de estas medidas. En todos los casos el Ministerio Público deberá solicitar las

medidas precautorias que considere pertinentes.

Artículo 350. ...(Adición) Si el ofendido fuere alguno de los parientes o personas a que se refieren los artículos 343 y 343 ter, en este último caso siempre y cuando habite en el mismo domicilio con la víctima, la pena se aumentará un tercio.

Artículo 366 quáter. (Adición) Cuando el ascendiente sin limitación de grado o pariente consanguíneo colateral o por afinidad hasta el cuarto grado de un menor, lo sustraiga o cambie de domicilio donde habitualmente reside, lo retenga o impida que regrese al mismo, sin la autorización de quienes ejercen la patria potestad o resolución de autoridad competente, no permitiendo a la madre o al padre convivir con el menor o visitarlo, se le aplicará una pena de uno a tres años de prisión y de trescientos días multa.
Este delito se perseguirá por querrela de la parte ofendida.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL "Modificaciones adiciones y derogaciones a diversas leyes y reglamentos con relación a la violencia familiar" Diario Oficial de la Federación 30 dic. 1997

Artículo 115. (Adición) Para integrar los elementos del tipo de violencia familiar, deberán acreditarse las calidades específicas y circunstancias de los sujetos señalados en los artículos 343 bis y 343 ter del Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común, y para toda la República en materia de fuero federal, además de agregarse a la averiguación previa los dictámenes correspondientes de los peritos en el área de salud física y mental, según lo contemplan los artículos 95, 96 y 121 del presente Código.

LEY DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR "Modificaciones adiciones y derogaciones a diversas leyes y reglamentos con relación a la violencia familiar" Diario Oficial de la Federación 30 dic. 1997

Artículo 1. Las disposiciones contenidas en la presente ley es de orden público e interés social, y tienen por objeto establecer las bases y procedimientos de asistencia para la prevención de la violencia familiar en el Distrito Federal.

Artículo 2. Para los efectos de esta ley, se entiende por:

- I. Administración Pública. A la Administración Pública del Distrito Federal;
- II. Consejo. Consejo para la Prevención de la Violencia familiar en el Distrito Federal;
- III. Delegaciones. Delegaciones del Distrito Federal;

Artículo 3. Para efectos de esta Ley se entiende por:

- I. Generadores de violencia familiar: quienes realizan actos de maltrato físico, verbal, psico-emocional o sexual hacia las personas con la que tenga algún vínculo familiar;
- II. Receptores de Violencia familiar: los grupos o individuos vulnerables que sufren maltrato físico, verbal, psico-emocional o sexual en su esfera biopsicosexual; y
- III. Violencia Familiar: acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclica, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psico-emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tengan o hayan tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y tiene por efecto causar daño, y que pueden ser de cualquiera de las siguientes clases:

Maltrato físico. Todo acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control;

Maltrato psico-emocional. Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos,

intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.

Todo acto que se compruebe que ha sido realizado con la intención de causar daño moral a un menor de edad, será considerado maltrato emocional en los términos de este artículo, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor.

Maltrato sexual. Al patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño. Así como los delitos a que se refiere el Título Decimoquinto del Código Penal para el Distrito Federal, es decir, aquellos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, respecto a los cuales la presente Ley solo surte efectos en el ámbito asistencial y preventivo.

Todo acto que se compruebe ha sido realizado con la intención de causar daño moral a un menor de edad, será considerado maltrato emocional en los términos de este artículo, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor.

Artículo 4. Corresponde al Jefe del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y las Delegaciones, la aplicación de la Ley.

Artículo 5. A la Secretaría de Gobierno, a la Secretaría de Salud, Educación y Desarrollo Social del Distrito Federal y a las Delegaciones les corresponde la asistencia y prevención de la violencia familiar. Para efectos de la aplicación de la Ley, dichas instancias establecerán los mecanismos de coordinación.

Artículo 6. Se crea el Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia familiar en el Distrito Federal, como órgano honorario, de apoyo y evaluación, integrado por 15 (quince) miembros, presidido por el Jefe del Distrito Federal, e integrado por las instancias de la Administración Pública, de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal y de las organizaciones sociales relacionadas con la materia que sean convocadas.

Artículo 7. El Consejo deberá contar con un equipo técnico integrado por expertos honorarios con conocida trayectoria en la materia y nombrados por el propio Consejo.

Artículo 8. El Consejo tendrá las siguientes facultades:

- I. Diseñar el Programa Global para la Asistencia y Prevención de la Violencia familiar en el Distrito Federal;
- II. Fomentar la coordinación, colaboración e información entre las instituciones que lo integran;
- III. Evaluar trimestralmente los logros y avances del Programa Global;
- IV. Analizar el establecimiento de los lineamientos administrativos y técnicos de esta materia, así como de los modelos de atención mas adecuados para esta problemática;
- V. Elaborar un informe anual que remitirá a las comisiones correspondientes de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal; y
- VI. Promover la creación de instancias para allegarse recursos a efecto de dar cumplimiento a sus fines.

Artículo 9. La atención especializada que es proporcionada en materia de violencia familiar por cualquier institución, ya sea privada o perteneciente a la Administración Pública del Distrito Federal, será tendiente a la protección de los receptores de tal violencia, así como a la reeducación respecto a quien la provoque en la familia.

Del mismo modo, estará libre de prejuicios de género, raza, condición socioeconómica, religión o credo, nacionalidad, o de cualquier otro tipo, y no contara entre sus patrones estereotipados de comportamiento o practicas sociales y culturales, basadas en conceptos de inferioridad o de subordinación.

Artículo 10. La atención a quienes incurran en actos de violencia familiar, se basara en los modelos psicoterapéuticos reeducativos tendientes a disminuir y, de ser posible, de erradicar las conductas de violencia que hayan sido empleadas y evaluadas con anterioridad a su aplicación.

Se podrá hacer extensiva la atención en instituciones publicas a quienes cuenten con ejecutoria relacionada con eventos de violencia familiar, a solicitud de la autoridad jurisdiccional de acuerdo con las facultades que tiene conferidas el juez penal o familiar; o bien, a solicitud del propio interesado.

Artículo 11. El personal de las instituciones a que se refieren los dos artículos, deberá ser profesional acreditado de algún organismo especializado, publico o privado y contar con capacitación, sensibilización y actitudes empáticas, así como con el perfil y aptitudes adecuadas, debiendo contar con inscripción y el registro correspondiente ante la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social.

Artículo 12. Corresponde a las delegaciones:

- I. Llevar constancias administrativas de aquellos actos que de conformidad con la presente Ley, se consideren violencia familiar, y que sean hechos de su conocimiento;
- II. Citar a los involucrados y reincidentes en eventos de violencia familiar a efecto de que se apliquen las medidas asistenciales que erradiquen dicha violencia;
- III. Aplicar e instrumentar un procedimiento administrativo para la atención de la violencia familiar;
- IV. Resolver en los casos en que funja como amigable componedor y sancionar el incumplimiento de la resolución;
- V. Proporcionar psicoterapia especializada gratuita, en coordinación con las instituciones especializadas, a los receptores de la violencia familiar que sean maltratados, así como a los agresores o familiares involucrados, dentro de una atención psicológica y jurídica;
- VI. Elaborar convenios ente las partes involucradas cuando así lo soliciten;
- VII. Imponer las sanciones administrativas que procedan en los casos de infracciones a la Ley; y
- VIII. Atender las solicitudes de las personas que tengan conocimiento de la violencia familiar, en virtud de la cercanía con el receptor de dicha violencia.

Artículo 13. La Secretaría de Gobierno del Distrito Federal deberá:

- I. Coadyuvar a través del Registro Civil a la difusión del contenido y alcances de la presente Ley;
- II. Promover la capacitación y sensibilización de los defensores y personal profesional auxiliar, que presten sus servicios en la defensoría de oficio del Fuero Común en el Distrito Federal, en materia familiar y penal, a efecto de mejorar la atención de los receptores de la violencia familiar que requieran la intervención de dicha defensoría; y
- III. Emitir los lineamientos técnico - jurídicos a que se sujetara el procedimiento a que alude el Título Cuarto, Capítulo I de la Ley.

Artículo 14. Las Delegaciones podrán solicitar a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal:

- I. Le sean canalizados todos aquellos receptores y presuntos generadores de la violencia familiar para los efectos del procedimiento que le confiere la Ley, cuando no existe ilícito penal o se trate de delitos de querrela;
 - II. Que requiera la certificación de lesiones y el daño psico-emocional que sea causado como consecuencia de actos de violencia familiar;
 - III. Pida al órgano jurisdiccional competente que dicte las medidas provisionales a fin de proteger a receptores de violencia familiar.
- Cualquier autoridad que tenga conocimiento de conductas de las que se pueda desprender la comisión de un delito sancionado por las leyes penales, deberán dar aviso a la brevedad posible a las instancias correspondientes.

Artículo 15. La Secretaría de Seguridad Publica:

- I. Contara con elementos especializados en cada una de las Delegaciones para la prevención de la violencia familiar;
- II. Hará llegar los diversos citatorios a que hacen alusión el artículo 12, Fracción II de la Ley a los presuntos generadores de la violencia familiar.
- III. Llevara a cabo la presentación para hacer efectivos los arrestos administrativos que se impongan con motivo de la Ley; y

IV. Incluirá en su programa de formación policíaca, capacitación sobre violencia familiar.

Artículo 16. Los órganos jurisdiccionales, a través de sus titulares, y una vez que conozcan de juicios o procesos, en donde se desprenda que existe violencia familiar, podrá solicitar a las Delegaciones, o en su caso a las instituciones debidamente sancionadas por el Consejo o que se encuentren señaladas expresamente por el Reglamento de la Ley, la realización de los estudios e investigaciones correspondientes, las que remitirán los informes, dictámenes, procesos psicoterapéuticos de agresores y receptores de la violencia familiar, y en general todos aquellos que les sean de utilidad.

Artículo 17. Corresponde a la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, además de las funciones que en materia de asistencia social tiene asignadas, las siguientes:

I. Concurrir a sitios diversos con fines preventivos o de seguimiento donde exista violencia familiar mediante trabajadores sociales y médicos, para desalentarla;

II. Fomentar la instalación de centros de atención inmediata a receptores de la violencia familiar, en coordinación con instancias competentes;

III. Promover programas educativos para la prevención de la violencia familiar con las instancias competentes;

IV. Fomentar la sensibilización, así como proporcionar la formación y capacitación sobre como prevenir la violencia familiar a los usuarios en salas de consulta externa de los hospitales generales, materno - infantiles y pediátricos del Distrito Federal; así como al personal médico dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal. Igualmente a los usuarios y personal de los centros de desarrollo y estancias infantiles de esa Secretaría.

V. Promover acciones y programas de protección social a los receptores de violencia familiar;

VI. Fomentar campañas publicas encaminadas a sensibilizar y concientizar a la población sobre las formas en que se expresa y se puede prevenir y combatir la violencia familiar, en coordinación con organismos que sean competentes;

VII. Establecer las bases para el sistema de registro de la información estadística en el Distrito Federal sobre violencia familiar;

VIII. Llevar un registro de instituciones gubernamentales y organizaciones sociales que trabajen en materia de violencia familiar;

IX. Concertar con organizaciones sociales para incorporar sus acciones y estadísticas al sistema de información del Distrito Federal;

X. Promover que se proporcione la atención a la violencia familiar en las diversas instituciones que se encuentran comprendidas en la Ley por especialistas en la materia, con las actitudes idóneas para ello, de conformidad con el Reglamento, llevando el registro de éstos;

XI. Coordinarse con la Procuraduría social del Distrito Federal de conformidad con las atribuciones que ésta tenga;

XII. Promover programas de intervención temprana en comunidades de escasos recursos para prevenir, desde donde se genera, la violencia familiar, incorporando a la población en la operación de dichos programas;

XIII. Impulsar la formación de promotores comunitarios cuya función básica será estimular los programas de prevención de la violencia familiar; y

XIV. Fomentar en coordinación con instituciones especiales, publicas, privadas y sociales, la realización de investigaciones sobre el fenómeno de violencia familiar, cuyos resultados servirán para diseñar nuevos modelos para la prevención y atención de la violencia familiar.

Código Penal del Fuero Común (delitos sexuales)

Hostigamiento sexual:

Artículo 259 bis. Al que con fines lascivos asedie reiteradamente a personas de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días multa. Si el hostigador fuese servidor público y utilizare los medios o circunstancias que el

encargo le proporcione, se le destituirá de su cargo.

Solamente será punible el hostigamiento sexual, cuando se cause un perjuicio o daño.

Sólo se procederá contra el hostigador, a petición de la parte ofendida.

Estupro

Artículo 262. Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión.

Artículo 263. En el caso del artículo anterior, no se procederá contra el sujeto activo, sino por queja del ofendido o de sus representantes.

Incesto

Artículo 272. Se impondrá la pena de uno a seis años de prisión a los ascendientes que tengan relaciones sexuales con su descendientes.

La pena aplicable a estos últimos será de seis meses a tres años de prisión. Se aplicará esta misma sanción en caso de incesto entre hermanos.

Abuso sexual

Artículo 260. Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de seis meses a cuatro años de prisión.

Si hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentaran hasta en una mitad.

Artículo 261. Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo, se le aplicará una pena de dos a cinco años de prisión.

Si se hiciere de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se le aumentaran hasta en una mitad.

Violación

Artículo 265, 266 y 266 bis.

Adulterio.

Artículo 273, 274, 275 y 276.

Artículo 273. Se aplicará prisión hasta de dos años y privación de derechos civiles hasta por seis años, a los culpables de adulterio cometido en el domicilio conyugal o con escándalo

Artículo 274. No se podrá proceder contra los adúlteros sino a petición del cónyuge. Ofendido; pero cuando éste formule su querrela contra uno solo de los culpables, se procederá contra los dos y los que aparezcan como codeincentes

Esto se entiende en el caso de que los dos adúlteros vivan, estén presentes y se hallen sujetos a la acción de la justicia del país; pero cuando no sea así, se procederá contra el responsable que

se encuentre en estas condiciones.

Artículo 275. Sólo se castigará el adulterio consumado.

Corrupción de menores

Artículo 201. Al que procure o facilite la corrupción de un menor de dieciséis años de edad, o de quien no tenga capacidad para comprender el significado del hecho mediante actos de exhibicionismo corporal, lascivos o sexuales, o lo induzca a la práctica de la mendicidad, la ebriedad al consumo de narcóticos, prostitución, al homosexualismo, a formar parte de una asociación delictuosa, o a cometer cualquier delito, se le aplicaran de tres a ocho años de prisión y de cincuenta a doscientos días multa.

Cuando la practica de los actos de corrupción del menor o incapaz sea reiterada la pena será de cinco a diez años de prisión y de cien a cuatrocientos días multa.

Si además de los delitos previstos en este capítulo resultase cometido otro, se aplicarán las reglas de acumulación.

Trata de personas y lenocinio

Artículo 207. Comete el delito de lenocinio:

I. Toda persona que habitual o accidentalmente explote el cuerpo de otra por medio del comercio carnal, se mantenga de este comercio u obtenga de él un lucro cualquiera.

II. Al que induzca o solicite para que con otra comercie sexualmente con su cuerpo o le facilite los medios para que se entregue a la prostitución;

III. Al que regente administre o sostenga directa o indirectamente prostíbulos, casas de cita o lugares de concurrencia expresamente dedicados a explotar la prostitución u obtenga cualquier beneficio con sus productos

Artículo 208. Cuando la persona cuyo cuerpo sea explotado por medio del comercio carnal, sea menor de edad, se le aplicará al que encubra, consiente o permita dicho comercio, pena de seis a diez años de prisión y de diez a veinte días de multa.

Aborto

Artículo 329, 330, 331, 332, 333 y 334.

Necrofilia

Artículo 281. Se impondrá de uno a cinco años de prisión:

I. Al que viole un túmulo, un sepulcro, una sepultura o féretro, y

II. Al que profane un cadáver o restos humanos con actos de vilipendio, mutilación, brutalidad o necrofilia. Si los actos de necrofilia consisten en la realización del coito, la pena de prisión será de cuatro a ocho años.

HOMICIDIO EN RAZÓN DEL PARENTESCO O RELACIÓN

Artículo 323. Al que prive de la vida a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea directa, hermano, cónyuge, concubina o concubinario, adoptante o adoptado, con conocimiento de esta relación se le impondrá prisión de diez a cuarenta años. Si faltare dicho conocimiento se estará a la punibilidad prevista en el artículo 307, sin menoscabo de observar alguna circunstancia que agrave o atenúe la sanción a que se refieren los Capítulos II y III anteriores.

VIOLACIÓN EN MATERIA DE INHUMACIONES Y EXHUMACIONES()

Artículo 280. Se impondrá prisión de tres días a dos años o de treinta a noventa días multa:

I. Al que oculte, destruya o sepulte un cadáver, o un feto humano, sin la orden de la autoridad que deba darle o sin los requisitos que exijan los Códigos Civil y Sanitario o leyes especiales.

II. Al que oculte, destruya, o sin la licencia correspondiente sepulte el cadáver de una persona, siempre que la muerte haya sido a consecuencia de golpes, heridas u otras lesiones, si el reo sabía esta circunstancia.

En este caso no se aplicará a los ascendientes o descendiente, cónyuge o hermanos responsable del homicidio; y

III. Al que exhume un cadáver o restos humanos sin los requisitos legales o con violación de derechos.

LESIONES

El **artículo 288** describe: bajo el nombre de lesiones, el Código Penal comprende no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, etc., sino toda alteración de la salud y cualquier daño que deje huella material en el cuerpo humano, siempre y cuando estos efectos sean producidos por una causa externa.

Artículo 289. Si la lesión no pone en peligro la vida del ofendido y tardan en sanar menos de quince días, al que la infiera se le aplicara un castigo de tres a cuatro meses de prisión o el pago de días de multa, o ambas sanciones, a juicio del juez. Si la lesión tarda en sanar mas de quince días, la pena aplicable será de cuatro meses a dos años de prisión y un pago de días multa.

Artículos 290, 291 y 292. La penalidad aumentara de acuerdo a las lesiones causadas, hasta alcanzar la pena de seis a diez años a quien origine una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

Artículo 302. Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.

Independientemente de las sanciones que le correspondan por las lesiones causadas, la Ley castiga a quien ponga en peligro la vida del ofendido, con una pena adicional de tres a seis años de prisión (artículo 292)

Afortunadamente el Código Penal para el Distrito Federal se derogó el "derecho a corregir", sanción penal positiva que permitía los golpes leves de los padres sobre los hijos, con el pretexto de educarlos, establecido en su artículo 294 y eliminado por decreto publicado en el Diario Oficial el 13 de enero de 1984.

El artículo reconocía como causa justificada las lesiones inferidas en el ejercicio del derecho de corregir, siempre y cuando no fueren de las que pusieren en peligro la vida y tardasen en sanar mas de quince días.

Dado el abuso que se ha hecho de esta facultad y ante el lacerante drama del "niño maltratado", que en multitud de casos son victimados por sus padres o tutores, se produjo, como ya se dijo la derogación del artículo 294 y la reforma numeral siguiente, que establece que: "Al que ejerciendo la patria potestad o la tutela infiera lesiones a los menores o pupilos bajo su guarda, el juez podrá imponerle además de la pena correspondiente a las lesiones, suspensión o privación en el ejercicio de aquellos derechos" (Artículo 295)

En cuanto a las lesiones calificadas, la Ley señala que cuando ocurra una sola de las circunstancias de ventaja (cuando el agresor es superior en fuerza física al ofendido; cuando es superior por las armas que emplea; cuando se vale de algún medio que debilita la defensa del ofendido o cuando este se halla inerte o caído, Artículo 316), se aumentara en un tercio la

sanción que corresponda, si la lesión fuere simple; cuando ocurran dos, se aumentara la sanción a la mitad y, si ocurren mas de dos circunstancias dichas, se aumentara la pena en dos terceras partes (Artículo 298)

Si el menor causara lesión a su ascendiente, la sanción que le corresponda se aumentara en dos años de prisión (Artículo 300)

Se impondrá de tres días a tres años de prisión, al ascendiente que mate o lesiones al corruptor del descendiente que este bajo su potestad, si lo hiciere en el momento de hallarlos en el acto carnal o en uno próximo a él, si no hubiere procurado corrupción de su descendiente con el varón con quien lo sorprenda, ni con otro (Artículo 311)

Como se observa, en el conjunto de disposiciones legales relativas al delito de lesiones, no existe en la legislación mexicana un tipo penal especial para el castigo a las lesiones causadas por un ascendiente contra su descendiente. En estos casos, sólo se aplica la penalidad establecida, más la posibilidad de que el juez le imponga la suspensión o privación en el ejercicio de la patria potestad. Su creación parece recomendable, en virtud de que no pueden considerarse indistintas las lesiones causadas por alguno de los padres a las infringidas por un extraño, máxime el tipo de violencia cotidiana que se vive en muchos hogares, en donde no se causan lesiones graves y, sin embargo, el terror constante y la situación de golpes frecuentes hacen necesaria la tipificación particular de esta conducta.

La víctima de maltrato y abuso sexual, puede sobrevenir la muerte del niño como consecuencia de esta última, la Ley Penal dispone que "comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro" (Artículo 302), equiparando la muerte de un niño a un homicidio calificado (Artículo 313)

Tanto para el delito de lesiones como para el homicidio, es el hecho de que la ley tolere, prácticamente, que el ascendiente prive de la vida o lesione al corruptor de su hija, si lo sorprende en el acto carnal y no hubiera contribuido a su corrupción. La intención protectora del legislador se desdibuja notablemente en el caso de las adolescentes menores de dieciocho años, de manera libre, ejerzan su sexualidad y fueran "sorprendidas" por su ascendiente. Además, no encontramos ninguna razón para diferenciar a la mujer del hombre, en este artículo de manera especial, al señalarles al varón como único sujeto activo de la corrupción.

En cuanto al infanticidio (niños asesinados en las primeras setenta y dos horas de nacidos), se ha derogado, y con ello, limita muchas pericias exclusivas ha este hecho, quedando únicamente como homicidio calificado (Artículo 325 y 326 derogados)

A nuestro juicio, es inexplicable la diferenciación señalada en el artículo 327, máxime que a nivel del Código Civil, ya desapareció cualquier distingo entre hijos legítimos e ilegítimos como se contempla en dicho artículo. Todas las causales señaladas son subjetivas y esconden razones por las cuales, la mujer se ve obligada a privar de la vida a su recién nacido: marginación social y económica.

De acuerdo al artículo 335, al que abandone a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo, teniendo la obligación de cuidarlo, se le castigara con una pena de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, privándolo además de la patria potestad o de la tutela.

Al que sin motivo justificado, abandone a sus hijos o a su cónyuge sin recursos para atender a sus necesidades de subsistencia, se le aplicara de un mes a cinco años de prisión privándolo de los derechos de la familia y pago, como reparación del daño, de las cantidades no suministradas oportunamente por el acusado (Art. 336).

Al que, intencionalmente, se coloque en estado de insolvencia, con el objeto de eludir el cumplimiento de las obligaciones alimentarias que la ley determina, se le impondrá pena de prisión de seis meses a tres años. El juez resolverá la aplicación del producto del trabajo que realice el agente, a la satisfacción de las obligaciones alimentarias de este (Art. 336 bis)

El delito de abandono de hijos se perseguirá por oficio y, cuando proceda, el Ministerio Público promoverá la designación de un tutor especial que represente a las víctimas del delito ante el juez de la causa, quien tendrá facultades para designarlo.

Tratándose del abandono de hijos, se declarará extinguida la acción penal, oyendo previamente a la autoridad judicial al representante de los menores, cuando el procesado cubra los alimentos vencidos y otorgue garantía suficiente a juicio del juez, para la subsistencia de los hijos (Art. 337)

Si del abandono resultare alguna lesión o la muerte, se presumirá esta como premeditada, para los efectos de aplicar las sanciones a que estos delitos correspondan (Art. 339)

Al que encuentre abandonado en cualquier sitio a un menor incapaz de cuidarse a sí mismo, se le aplicará de uno a dos meses de prisión o días de multa, sino diere aviso inmediato a la autoridad u omitiera prestarle auxilio necesario, cuando pudiere hacerlo sin riesgo personal (Art. 340)

Los ascendientes o tutores que entreguen en casa de expósitos un niño que este bajo su potestad, perderá por ese solo hecho los derechos que tengan sobre la persona y bienes del expósito (Art. 343)

En la legislación penal existe la sanción de prisión, de uno a cinco años, para quien prive ilegalmente a otro de su libertad con el propósito de realizar un acto sexual, el cual, se persigue a petición de la persona ofendida o su legítimo representante. Si el autor de este delito restituye la libertad a la víctima sin haber practicado el acto sexual, dentro de los tres días siguientes, la sanción será de un mes a dos años de prisión (Art. 365 bis).

Este delito sustituye al de raptó, que tenía una pena simbólica y la acción penal cesaba con el matrimonio. Afortunadamente su sistematización cambia para considerarlo como una modalidad de la privación ilegal de la libertad.

<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD Norma Oficial Mexicana NOM- 190-SSA1-1999, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR</p>

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM- 190 SSA1-1999 Prestación de los Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.

JAVIER CASTELLANOS COUTIÑO, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3º, fracciones III, XVIII, 5º, 6º, 13, apartado A, 169, 171 y demás relativos de la Ley General de Salud, 2º, 6º, 7º, 10, 11, fracción XI, 41, 43 y 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28, 31, fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la siguiente Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.

CONSIDERANDO

Que con fecha de 20 de octubre de 1999, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción Y, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la

expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999, PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR**

ÍNDICE

PREFACIO

0. INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO

2. CAMPO DE APLICACIÓN

3 REFERENCIAS

4. DEFINICIONES

5. GENERALIDADES

6. CRITERIOS ESPECÍFICOS

7. REGISTRO DE INFORMACIÓN

8. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES Y MEXICANAS

9. BIBLIOGRAFÍA

10. OBSERVANCIA DE LA NORMA

11. VIGENCIA

11. APÉNDICES INFORMATIVOS 1 Y 2

Prefacio

En la elaboración de este Proyecto de Norma participaron:

SECRETARÍA DE SALUD

Coordinación de Asesores del C. Secretario de Salud
Dirección General de Asuntos Jurídicos

Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario

Coordinación de Asesores
Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Consejo Nacional de Vacunación

Dirección General Adjunta de Epidemiología
Dirección General de Salud Reproductiva
Dirección General de Promoción de la Salud
Dirección General de Estadística e Informática

Subsecretaría de Coordinación Sectorial
Centro Nacional de Rehabilitación
Coordinación de Salud Mental
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
Hospital de la Mujer

Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
Instituto Mexicano de Psiquiatría
Instituto Nacional de Pediatría
Instituto Nacional de Salud Pública
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Secretaría de la Defensa Nacional
Dirección General de Sanidad Militar

Secretaría de Marina
Dirección General de Sanidad Naval

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Dirección General de Asistencia y Concertación
Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social
Dirección de Modelos de Atención

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal
Dirección de Asuntos Jurídicos
Subdirección de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Subdirección Médica

Petróleos Mexicanos
Asesoría Jurídica
Gerencia de Servicios Médicos

Organización Panamericana de la Salud
Consultoría de Salud Reproductiva
Consultoría de Salud Reproductiva
Consultoría de Mujer, Salud y Desarrollo

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Consultoría de Salud y Nutrición

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Secretaría de Gobernación
Consejo Nacional de Población

Comisión Nacional de la Mujer
Programa Nacional de la Mujer
Consejo Consultivo
Contraloría Social

Programa Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000
Consejo Consultivo

Secretaría de Relaciones Exteriores
Coordinación General de la Unidad de Asuntos Internacionales de la Mujer

Secretaría de Desarrollo Social
Dirección General del Instituto Nacional Indigenista

Secretaría de Educación Pública
Dirección General de Materiales y Métodos Educativos

Instituto Nacional de la Senectud
Dirección de Asistencia

Cruz Roja Mexicana
Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana

Procuraduría General de la República
Dirección General de Coordinación Interinstitucional

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad
Subprocuraduría de Procedimiento Penales
Dirección General de Atención a Víctimas del Delito
Dirección General de Asuntos de Menores e Incapaces
Dirección General de Albergue Temporal de Justicia del Distrito Federal
Dirección General de Investigación de Delitos Sexuales
Centros de Atención a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar
Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales

Gobierno de Coahuila
Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario en el Estado de Coahuila
Centro de Mujer, Unidad Saltillo

Secretaría del Gobierno del Distrito Federal
Instituto de la Mujer del Distrito Federal
Secretaría de Salud del Distrito Federal
Dirección de Desarrollo Social del Distrito Federal
Dirección General de Equidad y Desarrollo Social

Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León
Consejo Estatal de Población del Estado de Nuevo León
Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León

Gobierno de Puebla
Consejo Estatal de Población de Puebla

Comisión Nacional de Derechos Humanos
Programa de Asuntos de la Mujer, el Niño y la Familia

Comité Nacional de Consulta y Participación de la Comunidad en Seguridad Pública
Comisión de Derechos Humanos en el Distrito Federal
Segunda Visitaduría

Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Programas de Investigación de Violencia Intrafamiliar en Facultades e Institutos

Colegio de México
Dirección del Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano
Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer

Sociedad Mexicana de Criminología

Organismos no Gubernamentales
Federación de Mujeres Universitarias
Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia
Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C.
Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población
Red por la Salud de las Mujeres en el Distrito Federal
Centro de Comunicación e Información de la Mujer, A.C.
Grupo de Educación Popular con Mujeres, A.C.
Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México
Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres, A.C.
Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C.
Instituto de Atención a la Violencia, A.C.
Unidad de Atención Psicológica, Sexología y Educativa para el Crecimiento Personal, A.C.
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.
Centro de Apoyo a la Mujer "Margarita Magón, A.C."
Centro de Orientación para los Adolescentes

0. Introducción

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre los hombres y mujeres, y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y pueblos indígenas.

De este contexto, se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. No obstante, subsisten aún, profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles (en función del sexo, la edad o la condición física), que se manifiestan cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso del poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que socialmente son más vulnerables: las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones discapacitantes, o en desventaja, física, económica o cultural

Independientemente de su estructura, la función básica de los arreglos familiares o domésticos deben en formación de personas contribuir a establecer con los demás, relaciones respetuosas y equitativas, lo que seguramente incide positivamente en el control de formas de relaciones sociales violentas.

Aún en nuestro país no se conoce el modo preciso y directo la magnitud y repercusiones de este problema de salud pública, la violencia familiar -también identificada como violencia doméstica por caracterizar formas de relación en unidades domésticas- no debe minimizarse. El aspecto de daños a la salud se da tanto en lo

biológico -desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, hasta la muerte-, como en lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad. El embarazo no libra a las mujeres de violencia familiar.

El reto es coadyuvar a la prevención y disminución de la violencia familiar y promover estilos de vida saludables, por la frecuencia en que, según estimaciones sucede, y las consecuencias que genera, afectando la vida, la salud, la integridad y desarrollo de las personas, las familias y las comunidades.

Para combatir la violencia familiar y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar la equidad entre los géneros y entre todas las personas, y construir espacios donde el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y a las diferencias entre congéneres, sean las bases de las relaciones interpersonales y sociales.

Asimismo, se requiere realizar nuevas investigaciones en el tema, que permitirán conocer la magnitud y algunas características del problema, para estar en condiciones de afrontarlo mejor, de diseñar o forzar políticas públicas y tomar decisiones para la prevención y la atención integral de los involucrados y lograr su paulatino abatimiento.

Con la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, el Gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer, que se encuentran plasmados en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979); Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989); Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena, 1993); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" (OEA, 1994); Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (Beijing, 1995)

1. OBJETIVO

La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.

2. CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicio de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud.

3. REFERENCIAS

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar:

3.1 NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar

3.2 NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

3.3 NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

3.4 NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.5 NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica

3.6 NOM-025-SSA2-1994, Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

3.7 NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores.

3.8 NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

3.9 NOM-173-SSA1-1998, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.

4. DEFINICIONES

Para los fines de esta Norma se entenderá por:

- 4.1 Atención médica de la violencia familiar, al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental, de las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.
- 4.2 Consejería, al proceso de análisis y apoyo, mediante el cual o el prestador de servicios de atención médica, con elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas a la o el usuario respecto de su situación
- 4.3 Detección de probables casos, a las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar, entre la población en general.
- 4.4 Discapacitado o persona con discapacidad, al ser humano que presenta de manera temporal o permanente una disminución de sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal.
- 4.5 Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.
- 4.6 Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos en los cuales el personal de salud, deberá hacer registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.
- 4.7 Grupos vulnerables, a las niñas, niños, adolescentes; mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.
- 4.8 Identificación del grado de riesgo, a la valoración que a través de un interrogatorio mínimo, permite identificar la presencia de maltrato, la probabilidad de incremento de la frecuencia y la gravedad del mismo debido a la violencia familiar, entre las o los usuarios en situación de riesgo o entre las o los usuarios en situación de riesgo o entre la población en general.
- 4.9 Indicadores de abandono <<debidos a violencia familiar>>, a los signos y síntomas, físicos o psicológicos, debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, que puede manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas

tardíamente o no atendidas.

- 4.10 Indicadores de maltrato físico <<debidos a violencia familiar>>, a los signos y síntomas, -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la génesis de los mismos, recientes o antiguos, con o sin evidencia clínica o mediante auxiliares de diagnóstico, en ausencia de patologías condicionantes.
- 4.11 Indicadores de maltrato psicológico <<debidos a violencia familiar>>, a los síntomas y signos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- como el estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.
- 4.12 Indicadores de maltrato sexual <<debidos a violencia familiar>>, a los síntomas y signos, físicos - lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja estima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social o incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva o sexual.
- 4.13 Participación social, al proceso que promueve y facilita el involucramiento de la población y las autoridades de los sectores público, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.
- 4.14 Prestadores de servicio de salud, a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.
- 4.15 Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registran los aspectos relevantes de la atención médica de una o un usuario, contenidos en el expediente clínico.
- 4.16 Usuaría o usuario, a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- 4.17 Violencia familiar, al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

La violencia familiar comprende

- 4.17.1 Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud
- 4.17.2 Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico
- 4.17.3 Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- 4.17.4 Maltrato sexual, a la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para disentir.

5. GENERALIDADES

- 5.1 Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, los cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la o el usuario

afectado; el que pudo haber realizado el maltrato, y el involucrado indirectamente en este tipo de situaciones, ya que todos estos pueden requerir la prestación de los servicios de salud.

Incluye la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

5.2 Las instituciones de salud deberán participar en el diseño, aplicación y evaluación de los programas de promoción de la salud -educación para la salud, participación social y participación operativa.

5.3 Las instituciones de salud deberán proporcionar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, en su caso apoyo legal, psicológico u otros para los cuales estén facultados, a las personas que se identifiquen como usuarias o usuarios involucrados en violencia familiar.

5.4 El personal de salud proporcionará la información y atención médica a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación, así como apoyos legal y psicológico para los cuales estén facultados

5.5 Las instituciones públicas y privadas que proporcionen servicios de salud, deberán proveer los mecanismos internos necesarios, o en su caso contar con un manual de procedimientos apropiados a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar, que garantice la correcta aplicación de la presente Norma.

5.6 La atención médica otorgada a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados, conforme a la capacidad resolutive de la unidad, para lo cual podrán en su caso de estimarlo conveniente, tomar en cuenta las aportaciones que puedan brindar organismos de la sociedad civil especializados en el tema, siempre y cuando no contravengan la presente Norma.

5.7 En la atención de las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, las o los prestadores de servicios de salud deberán apegarse a los criterios de oportunidad, calidez, confiabilidad, honestidad y respeto a su dignidad.

5.8 Las instituciones públicas y privadas que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situaciones de violencia familiar, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato que se anexa en el Apéndice informativo 1 de esta Norma.

5.9 Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica, deberán registrar e informar a la Secretaría de Salud de las o los usuarios afectados por violencia familiar, conforme a lo (que se) establecen en las disposiciones aplicables y los manuales que al efecto emita la Secretaría de Salud.

6. CRITERIOS ESPECÍFICOS

Los prestadores de servicios de atención médica deberán observar los criterios que a continuación se indican:

6.1 En materia de educación para la salud, los prestadores de servicios de sector público deberán:

6.1.1 Participar en programas educativos para la prevención y detección de la violencia familiar, dirigidos a la población en general.

6.1.2 Promover estilos de vida saludables y cambio de actitudes que incluyan el desarrollo de las

responsabilidades compartidas al interior de las familias, como se desprende desde las perspectivas de equidad y género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico.

6.2 En materia de participación social, el personal que presta servicios de atención médica deberá:

6.2.1 Promover la integración de grupos, de promotores comunitarios y de redes sociales para prevenir y combatir la violencia familiar en coordinación con las dependencias competentes. Su función será estimular su participación en acciones de detección, información y orientación.

6.2.2 Promover acciones conjuntas para la prevención de la violencia familiar con autoridades comunitarias y municipales, así como con la sociedad civil y organismos no gubernamentales y especialistas en violencia familiar, entre otros, en coordinación con las dependencias competentes, siempre y cuando no contravengan la presente Norma.

6.3 En materia de comunicación educativa, los prestadores de servicios de salud del sector público deberán:

6.3.1 Participar y en su caso evaluar campañas educativas para informar, orientar y motivar la participación de la población sobre las formas en que se puede prevenir y combatir la violencia familiar, en coordinación con las dependencias competentes.

6.3.2 Promover la participación activa de la población y realizar acciones en comunidades, tendientes a prevenir la violencia familiar.

6.3.3 Apoyar la coordinación con otras dependencias, para reforzar sistemas educativos para la prevención de la violencia familiar.

Para la detección y diagnóstico

6.4 Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar y valorar el grado de riesgo, durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalizados y en otros servicios de salud.

6.5 Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar en un clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando la confidencialidad.

Debe incluir la historia del maltrato físico, psicológico, sexual o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración mínima del grado de riesgo en el que viven las o los usuarios afectados por esta situación

Debe determinar si los signos y síntomas que presenta -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual o de abandono, como eventos únicos o combinados, para constatar y descartar su presencia.

En caso de que la o el usuario no esté en condiciones de responder durante la entrevista, el prestador de servicios de salud se dirigirá en su caso, a su acompañante, sin perder de vista que pudiera ser el probable agresor de violencia familiar. Cuando la imposibilidad de la o el usuario se deba al desconocimiento o manejo deficiente del español, apoyarlo con un traductor de su confianza.

6.6 Registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo en su caso: nombre de la o el usuario afectado, lugar donde fue encontrado o encontrada y condiciones en que se hallaba, estado físico o mental de la misma o el mismo, en su caso la descripción minuciosa de las lesiones, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico y tratamiento médico y la orientación que se proporcionó.

6.7 Valora en el caso de maltrato en mujeres embarazadas el retraso considerable en los cuidados prenatales;

la historia previa de embarazos no deseados, amenazas de aborto, abortos, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer; lesiones durante el embarazo; dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante la gestación. El diagnóstico estará apoyado cuando sea posible de exámenes de laboratorio y gabinete, utilizar los materiales disponibles que contribuyan y faciliten dicho diagnóstico, que puedan brindar organismos de la sociedad civil especializados en el tema, cuando no contravengan la presente Norma.

6.8 Integrar y registrar en el expediente clínico el diagnóstico del probable caso de violencia familiar con base en antecedentes, síntomas y signos, elaborando historia clínica completa, practicando en su caso pruebas psicológicas, de laboratorio o gabinete -en donde ello sea posible-, que apoyen el establecimiento de la relación causal de la violencia familiar de las o los usuarios involucrados, considerando los posibles diagnósticos diferenciales. Establecer en su defecto, la impresión diagnóstica o los problemas clínicos debidos a la violencia familiar en cualquiera de sus variedades.

6.9 Apoyar la detección de los probables casos de violencia familiar, la valoración del grado de riesgo, la detección de la probable vinculación con adicciones y el maltrato psicológico y sexual, en donde ello sea posible, mediante la aplicación de entrevistas planeadas por prestadores de servicios médicos idóneos y capacitados para este fin.

Para el tratamiento y la rehabilitación

6.10 Orientar el tratamiento de las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar al otorgamiento de una atención médica integral y de las secuelas específicas, refiriéndolos para ello a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme establecen las disposiciones aplicables y los manuales que al efecto emita la Secretaría de Salud, de conformidad con la presente Norma.

6.11 Considerar el plan terapéutico de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, el manejo y el seguimiento periódico que procure evitar reincidencias y complicaciones, realizado por prestadores de servicios de salud especializados o capacitados par este fin.

En los casos en que se sospeche la comisión de delitos en la o el usuario afectado por violencia familiar, se deberán proveer los mecanismos internos necesarios o en su caso contar con un manual de procedimientos apropiado, a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar, que garantice la correcta aplicación de esta Norma.

6.12 Referir preferencialmente, a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades -atendiendo a las disposiciones específicas que al efecto se emitan- a las o los usuarios afectados por violencia familiar que manifiestan alteraciones psicológicas, trastornos psiquiátricos, alteraciones físicas u orgánicas -directas o consecuencias de la violencia familiar. La intervención deberá estar a cargo de profesionistas especializados y técnicos facultados de las especialidades pertinentes.

6.13 Desarrollar procedimientos específicos para la atención médica de la o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, en los servicios de salud -mental o de otras especialidades- bajo los lineamientos establecidos en cada institución, apegados a la normatividad vigente.

La rehabilitación deberá mejorar la capacidad de la o el usuario para realizar actividades necesarias para su desarrollo físico y mental, y cuando así sea conveniente, la adecuada participación o reintegración en su núcleo familiar y social.

6.14 Cuando la infraestructura lo permita, impartir consejería en los servicios médicos, con personal que haya recibido capacitación especial, propiciando un proceso de comunicación y análisis mediante el cual se brinden elementos para que la o el usuario tome decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre las alternativas para la prevención y atención de la violencia familiar.

Para dar aviso al Ministerio Público

6.15 Avisar al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, en los casos

donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar y, en su caso, solicitar su intervención ante la incapacidad médica o legal de la o el usuario o la existencia de riesgo en su traslado, para que acuda un médico legista a la unidad de salud y la o el usuario afectado por la violencia familiar, reciba servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social.

6.16 El médico tratante, podrá informar y orientar a la o el usuario afectado por violencia familiar o, en su caso, a su acompañante, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la Agencia del Ministerio Público correspondiente, la finalidad de ejercer la acción legal que corresponda.

6.17 En aquellos casos en donde no prevalezca una urgencia médica, una vez que la o el usuario involucrado en situación de violencia familiar haya recibido los primeros auxilios médicos y sea su voluntad, será canalizado a la Agencia del Ministerio Público o a la Agencia Especializada correspondiente en caso de que se presuma violación, abuso sexual, estupro, hostigamiento sexual o sus equivalentes, debiendo ser acompañado en su caso, por personal del servicio de trabajo social, siempre y cuando el traslado no implique riesgo para la integridad de la usuaria o el usuario.

6.18 En los casos en que se valore que existe una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función, por lesión directa del área genital, la exploración clínica o armada de la misma, podrá realizarla el médico de primer contacto, en caso de no contar con médico especialista, en presencia de un familiar o su representante legal y un testigo no familiar, que puede ser personal médico, previa sensibilización de la o el usuario*, respetando los sentimientos y la confiabilidad del caso. Al mismo tiempo o después de proporcionar los primeros auxilios, se deberá dar aviso al Ministerio Público para que se haga llegar del apoyo pericial que corresponda. La condición de urgencias y los hallazgos deberán quedar debidamente registrados en el expediente clínico. (*Nota: se deberá de recabar siempre el consentimiento bajo información del usuario mediante la firma o huella dactilar, o bien de su representante legal. En el caso de urgencia, y a falta de la aceptación por falta de consciencia del acto jurídico del afectado por violencia familiar, deberán de firmar dos médicos sobre la actuación).

Para la sensibilización, capacitación y actuación

6.19 Otorgar y, en su caso, recibir sensibilización, capacitación o actualización de conformidad con las disposiciones aplicables y los contenidos de esta Norma.

Promover las acciones de sensibilización, actualización y capacitación para la formación de personal encargado de proporcionar los servicios de salud, y apoyar en caso de solicitud -en acciones similares- que se desarrollen en otros sectores, de conformidad con las disposiciones aplicables.

6.20 Comprende los elementos siguientes:

6.20.1 Marco conceptual: equidad y violencia de género, derechos humanos, salud mental, sexual y reproductiva, entre otros.

6.20.2 El análisis de factores asociados a la violencia familiar.

6.20.3 La magnitud, las consecuencias médicas y sociales, su vulnerabilidad física, psicológica y social -ante la modificación de la conducta, la mejoría de la dinámica familiar, la notificación y la denuncia-.

6.20.4 La identificación de usuarios afectados por violencia familiar e identificación del grado de riesgo.

6.20.4.1 El reconocimiento de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual y de abandono en los casos de violencia familiar.

6.20.4.2 El reconocimiento de afecciones a la salud causadas por violencia familiar.

6.20.4.3 El tamizaje de rutina en la población general y grado de riesgo en las o los usuarios afectados por violencia familiar.

- 6.20.5 El manejo de usuarios involucrados en situación de violencia familiar, con observancia en los establecido en las disposiciones específicas que al efecto se emitan.
- 6.20.5.1 Atención médica inmediata, continua y de rehabilitación de secuelas.
- 6.20.5.2 Manejo psicológico y/o psiquiátrico inicial.
- 6.20.5.3 Canalización a un servicio o servicios especializados para dar continuidad y seguimiento al caso clínico.
- 6.20.5.4 Procedimientos de referencia a servicios de salud mental y trabajo social entre otros.
- 6.20.5.5 Procedimientos de referencia a centros de orientación, de atención integral, de terapia de apoyo, a redes sociales, entre otros.
- 6.20.6 Procedimientos de aviso al Ministerio Público cuando corresponda, en términos de las acciones aplicables.
- 6.20.7 Orientación, consultoría y asesoría a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar sobre centros especializados para el tratamiento, consejería legal y asistencia social.

Para la investigación

- 6.21 Promover y realizar, en las instituciones del Sector Salud, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar, que permitan tanto la cuantificación como identificación de las causas y determinantes del fenómeno -patrones sociales, culturales y repercusiones económicas-, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual -física y psicológica- y en la colectiva.
- 6.22 Promover y realizar, en instituciones del Sector Salud y de los otros sectores, investigaciones interdisciplinarias, que permitan diseñar mecanismos tendientes a modificar la percepción que tienen del fenómeno los servidores públicos y coadyuvar en el proceso de planeación, formulación de políticas y programas para la prevención y a elevar la calidad de las acciones, que para la atención de las y los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, se realizan en los establecimientos de salud

7. REGISTRO DE INFORMACIÓN

- 7.1 Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológicas SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa.
- 7.2 Para cada probable caso de violencia familiar atendido por las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberá llenarse además el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar, el cual contiene variables sobre las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, el evento y la atención proporcionada conforme al Apéndice Informativo 2. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas.
- 7.3 En el caso que las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar fallezcan a causa de la misma, el Modelo 2000 del certificado de defunción* incluye el apartado de circunstancias que dieron origen a la lesión, la leyenda atribuible a violencia familiar, especificando en caso de homicidio, si este involucró violencia familiar. Esto permitirá la codificación de la posible causa de muerte a partir de la X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Y06 y Y07).
- (*NOTA: Todo certificado de pérdida de la vida que tenga como causa de muerte a la violencia, deberá ser emitido por el Servicio Médico Forense, y las anotaciones estadísticas corresponderán a la oficina de Trámites Funerarios de la Secretaría de Salud local).

- 7.4 Con el fin de contribuir al mejor conocimiento de estos eventos podrá realizarse investigaciones especiales a través de encuestas, autopsias verbales*, revisión de expedientes clínicos y seguimiento de unidades centinela. Lo anterior en el contexto del diseño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Accidentes y Lesiones (SIVEPAL). (*Nota: no se da el concepto de necropsia verbal por lo que se presenta a confusiones de interpretación por la literalidad del concepto escrito)
- 7.5 Toda usuaria o usuario involucrado en situación de violencia familiar que acuda en primera instancia a alguna institución de procuración de justicia, será remitido en su oportunidad a una unidad médica del Sistema Nacional de Salud para su atención y registro*. Será responsabilidad de dicha unidad médica el llenado de los formatos correspondientes. (NOTA: La remisión deberá de ser por ley, a hospitales oficiales como los estipula el Código de Procedimientos Penales del Fuero Común para el Distrito Federal y para el fuero federal en toda la República en el artículo 125, que a la letra dice: La curación de las personas que hubieren sufrido lesión o enfermedad proveniente de delito, se hará por regla general en los hospitales públicos bajo la dirección de los médicos)
- 7.6 Las categorías, variables y clasificaciones de la información captadas por diversas unidades médicas deberán responder a un marco conceptual único, a criterios comunes preestablecidos, nacionales, estatales y locales, por institución, tipo de actividad y servicio, a fin de asegurar la integración y concentración de la información generada en distintas instituciones, así como la posibilidad de comparación y complemento e intercambio de información a nivel nacional, sea proveniente de otros sectores -como el de Administración de Justicia o de otras fuentes de información-, encuestas sobre el tema.
- 7.7 La autoridad sanitaria local es responsable de la recopilación inicial de la información y del envío de los resultados hacia el nivel estatal y nacional de acuerdo a los flujos y procedimientos definidos por los sistemas institucionales de información. La periodicidad de la información será continua para el registro, mensual para su concentración institucional y anual para la integración y difusión nacional.
- 7.8 Es competencia de cada institución entregar a la Secretaría de Salud, a través de los canales ya establecidos para tal efecto, los reportes de concentración y la base de datos, correspondientes a los numerales 7.1 y 7.2 respectivamente. La Secretaría de Salud será responsable de la integración y difusión de la información que apoye el diagnóstico, el diseño de políticas y la toma de decisiones en materia de violencia familiar.

8. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES Y MEXICANAS

Esta Norma Oficial Mexicana no tiene concordancia con lineamientos y recomendaciones mexicanas e internacionales.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 9.1 Casamadrid Mata, O. R. Intervención Jurídica de las Instituciones Públicas en México. En: Loredó Abdalá, A. Maltrato al menor. México, D.F., Nva. Editorial Interamericana; 1994 p.127-129
- 9.2 CONMUJER, UNICEF, MILENIO FEMINISTA. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. Declaración y Plataforma de Acción. Objetivos estratégicos y medidas: C. La Mujer y la Salud; párrafos 89-111; páginas 75-102.
- 9.3 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Convención sobre los Derechos del Niño. México, 1ª Ed., mayo 1990.
- 9.4 Loredó Abdalá, A. Diversas formas de maltrato. En: Loredó Abdalá, A. Maltrato al Menor. México, D.F. Nva. Editorial Interamericana; 1994 p. 9-10
- 9.5 México Poder Legislativo. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. I Legislatura: Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar y Marco Jurídico Internacional; Colección Ordenamientos Jurídicos, diciembre 1998.
- 9.6 OPS (PALTEX). Desjarlais, R., Eisemberg, L., Good, B. y Kleiman, A. Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Cap. VIII. Mujeres, p. 238-328.
- 9.7 OPS. Serie de Publicaciones: Comunicación para la Salud N° 10, 1996. La Violencia en las Américas: La pandemia social del Siglo XX. 1ª reimpresión, 1997. p.32

- 9.8 OPS/OMS: División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Shrader, E., Sagot, M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia familiar. Protocolo de investigación. Washington, D.C.: OPS, c 1998, p. 144
- 9.9 Secretaría de Gobernación, CONMUJER. Programa Nacional de Violencia Familiar 1999-2000. 1ª Ed. 1999
- 9.10 Lima Malvido, M. L. Modelo de Atención a Víctimas en México. 2ª de, Editorial Talleres Gráficos de la Cámara de Diputados. abril 1997.
- 9.11 Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios. Manual: Estrategias para luchar contra la violencia doméstica: Un manual de Recursos. Naciones Unidas. Sociedad Mexicana de Criminología, Cruz Roja Mexicana, PNUD. Traducción inglés a español, 1997

10. OBSERVANCIA DE LA NORMA.

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de la Entidades Federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

11. VIGENCIA

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación

México, D.F., a 4 de febrero del 2000

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
EL PRESIDENTE DEL COMITÉ CONSULTIVO DE
NORMALIZACIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

DR. JAVIER CASTELLANOS COUTIÑO

c) Canalización _____ Referencia _____

Seguimiento del caso

Área de trabajo social

Área de psicología

Área de medicina preventiva

Área de asistencia social

Pronóstico

Notificación _____ Nombre y cargo del receptor _____

Agencia del Ministerio Público

Fecha

día mes año

Presidencia Municipal

Jurisdicción Sanitaria

Nombre de la Agencia del MP

Otra instancia

Médico notificante

Firma

Notificante

Firma

**ADSCRIPCIÓN DE UNIDADES DE MEDICINA LEGAL EN HOSPITALES,
AGENCIAS INVESTIGADORAS Y JUZGADOS CÍVICOS**

AGENCIA	DIRECCIÓN	MEDICINA LEGAL	MINISTERIO PÚBLICO	JUZGADO CÍVICO	PLANO GUÍA-ROJI
1ª	Plaza del estudiante número 23 Col. Del carmen (Cuauhtémoc)		51-30-81-41	57-02-02-08	59 : 3C
2ª 7ª	Francisco del Paso y Troncoso Esq. Fray Servando Teresa de Mier Col. Jardín Balbuena (Venustiano Carranza)	55-52-90-45	52-42-78-96		59 : 6C
3ª	Álvaro Obregón y Valladolid Col. Roma (Cuauhtémoc)	55-92-69-38 55-92-69-08		55-92-17-12	58 : 3F
4ª	Chimalpopoca número 100 Col. Centro (Cuauhtémoc)	55-78-31-61 55-88-53-47	51-30-81-46 51-30-81-45	55-78-31-54 55-11-30-62 57-61-16-60	59 : 6B
5ª 6ª	Zarco y Violeta Col. Guerrero (Cuauhtémoc)	55-48-16-25	51-30-81-33	55-46-62-95 55-92-58-43	59 : 3A
7ª	Aldama y Mina Col. Guerrero		51-30-81-92		
8ª	Obrero Mundial y Av. Cuauhtémoc Col. Viaducto Piedad (Benito Juárez)	55-38-78-89	55-24-63-45	55-19-21-99	67 : 2F
9ª	Calz. México-Tacuba y Mar Arábigo Col. Tacuba (Miguel Hidalgo)		51-30-82-33	55-27-35-54	58 : 1B
31ª 10ª	Div. del Norte y Municipio Libre Col. Sta. Cruz Atoyac (Benito Juárez)	56-40-50-45	52-00-95-06	56-05-98-01	67 : 6F
11ª y 30ª	Gral. Sostenes Rocha; Priv. G. Rocha Parque Lira Tacubaya (Miguel Hidalgo)	55-15-5-591	51-30-82-34	55-15-49-97 55-15-58-78	67 : 2B
12ª	Bretaña y Orinoco Col. Portales (Benito Juárez)	55-39-05-93	52-00-95-29 55-39-29-83	55-39-05-91	68 : 6B
13ª	Excelsior y Gayol Eing Daza Col. Industrial (Gustavo A. Madero)	56-25-80-27	51-30-80-98 51-3083-54	55-17-62-52	50 : 5C
14ª	22 de Febrero y Castilla Col. Azcapotzalco (Azcapotzalco)	55-61-69-30	51-30-83-75 51-30-83-54	56-25-73-53	49 : 4C
15ª	Vicente Villada y Pedro Moreno Col. 15 de Agosto (Gustavo A. Madero)	55-77-32-33	51-30-80-96 51-30-80-97 51-30-80-98	56-25-73-62	50 : 4E
16ª	A. 981 5ª Sección Aragón (Gustavo A. Madero)	57-79-46-57 57-99-46-58	51-30-80-39		69 : 2D
17ª			55-42-77-78 55-42-77-84		
18ª	Sur 157 y Calle Té Col. El Progreso (Iztacalco)	56-57-58-27	52-00-94-30	56-57-53-94	69 : 3A
19ª	Victoria y Callejón 5 de Mayo Col. Iztapalapa (Iztapalapa)	56-91-08-57	52-42-78-01	56-85-10-43	78 : 1A
20ª	Campana del Ébano y Combate de Celaya U. Hab. Vicente Guerrero (Iztapalapa)	56-91-08-57	56-91-77-17 56-91-76-72	56-91-79-19 56-91-77-17	78 : 1F
21ª	Venustiano Carranza S/N Cuauhtepc Barrio Bajo (Gustavo A. Madero)	53-06-02-24	51-30-80-66 51-30-80-67		41 : 3A
22ª	Teculpan y Zompotita Col. Romero de Terrenos (Coyoacán)	55-54-32-69	52-00-93-50	55-54-57-48	76 : 3E
23ª	Metamoras y Joluita Tlalpan (Tlalpan)		52-00-93-00 52-00-93-10	55-73-24-74	85 : 5E
24ª	Av. México y Av. Toluca Col. Tizapán (Villa Álvaro Obregón)		52-00-95-50	56-16-28-57	76 : 5E
25ª	Jardín Obregón S/N Col. (Magdalena Contreras)	56-45-22-13	51-30-85-09		75 : 2B
26ª	Ignacio Ramírez y L. Castillo León Col. La Manzanita (Cualimulpa)	56-25-84-24	51-30-87-92	55-70-17-53	74 : 2A
27ª	Gladitas y Cuiláhuac Col. San Pedro (Xochimilco)	56-75-45-55	52-00-91-51 52-00-96-59	56-76-48-42	95 : 2A

28ª	Plaza Mariano Escobedo S/N Col. Tiáhuac (Tiáhuac)		55-42-75-24	58-42-04-89	88 : 3D
29ª	Av. Jalisco y Av. México Col. Villa Milpa (Milpa Alta)	56-25-91-05		58-44-07-84	106 : 4D
31ª			52-00-95-06		
32ª			52-00-93-57		
33ª	"HOSPITAL BALBUENA" D. F. Cecilio Robelo y Sur 103 Col. Jardín Balbuena (V. Carranza)	55-52-43-20	55-42-77-94 55-52-77-95		59 : 5D
34ª	"HOSPITAL DR. RUBÉN LEÑERO" D. F. Plan de San Luis y Díaz Mirón Col. (Miguel Hidalgo)		53-41-13-25		58 : 2D
35ª	"HOSPITAL DE XOCO" D. F. Av. Coyoacán y Bruno Traven Col. Gral. Anaya (Coyoacán)		56-88-90-73 56-88-93-21		76 : 1E
36ª	"CRUZ ROJA MEXICANA" A. C. Av. San Juan de Aragón y Anzar Col. Granjas Modernas (Gustavo A. Madero)		51-30-82-25 51-30-82-26		50 : 4F
37ª	"CRUZ ROJA MEXICANA" A. C. Av. Ejército Nacional número 1032 Col. Polanco (Miguel Hidalgo)	53-95-98-92	53-95-11-11	56-25-87-37	57 : 4F
38ª	"HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE Canal Nacional Esq. Laura Méndez Cuenca. Col. (Miguel Hidalgo)	55-75-35-89	56-95-13-34 56-25-93-51		67 : 6D
40ª	Eje 5 Norte y Av. Las Culturas Col. El Rosario (Azcapotzalco)		51-30-93-83 51-30-83-84	53-82-76-17	49 : 1A
41ª	HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN ISSSTE Calz. Ignacio Zaragoza S/N Hospital Zaragoza ISSSTE Col. Cabeza de Juárez (Iztapalapa)	56-25-86-54	51-33-78-64	5625-73-91	70 : 3A
42ª	HOSPITAL "MAGDALENA DE LAS SALINAS" IMSS Av. Politécnico Nacional y Colector 5 Col. Magdalena de las Salinas (Gustavo A. Madero)		51-30-80-43 55-86-83-25		50 : 4B
43ª	HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE Av. Universidad y Río Mixcoac ISSSTE Col. Florida (Álvaro Obregón)		51-30-87-43 56-63-34-04		76 : 1D
44ª	Calle 3 S/N, junto a la ENEP Zaragoza Unidad Guelatao (Iztapalapa)	56-25-57-40	51-33-78-65 51-33-78-55		69 : 3F
45ª			52-00-95-73 52-00-95-74		
46ª	"DELITOS SEXUALES" PGJDF Gral. Sostenes Rocha y Vicente Eguía Parque Lira Col. Daniel Garza (Miguel Hidalgo)	56-25-82-07	51-30-82-40		50 : 5C
47ª	"DELITOS SEXUALES" PGJDF Tecuilapán y Zompatlilla Col. Romero de Terreros (Coyoacán)		55-54-29-43		76 : 3E
48ª	"DELITOS SEXUALES" PGJDF Fray. S. Teresa de Mier y Francisco Del Paso y Troncoso Col. Jardín Balbuena (Venustiano Carranza)		52-42-77-81 52-42-77-86		59 : 6E
49ª	"DELITOS SEXUALES" PGJDF Vicente Villada y 5 de febrero Col. Gustavo A. Madero (Gustavo A. Madero)		56-25-87-49		50 : 40D
50ª	"AGENCIA CENTRAL DEL MINISTERIO PÚBLICO"		51-30-80-08 51-30-81-04		
51ª	ESPECIALIZADA EN POLICÍA JUDICIAL				54 : 9A
52ª	CON DETENIDO		52-00-93-10		85 : 5E
53ª			52-00-95-51 52-00-95-92		
54ª	CON DETENIDO		52-00-94-02		69 : 3A
55ª	CON DETENIDO PGJDF		51-30-83-54 51-30-83-75		49 : 4C
56ª					

57ª	*ASUNTOS DEL MENOR* PGJDF		52-42-26-36 52-42-63-07		59 : 4A
58ª	*ROBO DE INFANTE* PGJDF		52-00-95-52		76 : 4A
59ª	*ROBO DE INFANTE* PGJDF				50 : 5C
60ª	*CENTRAL DE ABASTOS*		52-00-94-32		69 : 5AB/6AB
61ª	*ASUNTOS DEL TURISTA* PGJDF Flores número 2 Col. Juárez (Cuauhtémoc)		52-42-63-28 56-25-81-49		58 : 5E
62ª	*ASUNTOS DEL TURISTA* PGJDF				59 : 4C
63ª	*ASUNTOS DEL TURISTA* PGJDF		51-30-81-52		60 : 4B
64ª	Chichimecas y Tepalcatzin Col. Ajusco (Coyoacán)		52-00-93-93 52-00-93-94		
65ª			52-00-93-37		
33ª Juzgado Cívico	Conjunto Pino Suárez Col. Centro (Cuauhtémoc)			56-27-46-98 56-27-46-99	59 : 5B
66ª	Norte 13 y Boulevard Puerto Aéreo Col. (V. Carranza)		52-42-77-93	57-62-61-78 5-762-61-50	60 : 5A
67ª			52-42-77-91		
68ª			52-00-923-20		
69ª			52-42-78-05 52-42-78-06		
70ª			52-47-78-07 52-47-78-08		
71ª			55-97-90-57 55-97-91-41		
			52-42-60-40 52-42-62-34		
	Centro de Atención a la Víctima		52-42-62-46 52-42-62-47		
	Delitos Sexuales		55-75-05-42 55-75-64-61		
	Contra las Adicciones		56-25-72-26 56-25-75-04		
	Víctimas de Delitos Violentos		56-25-72-15 56-25-72-47		

SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F. Av. Jardín número 357 Col. Del Gas (49 : 6E) (Azcapotzalco)	Conmutador 53-55-58-88 53-55-57-97 Ext. 237
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE MEDICINA LEGAL	53-55 88 12
COORDINACIÓN DE MEDICINA LEGAL Zarco y Violeta Col. Guerrero Delegación Cuauhtémoc	55-46-16-25

SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.

HOSPITALES PEDIÁTRICOS

HOSPITAL PEDIÁTRICO "AZCAPOTZALCO" Av. Azcapotzalco número 731 y Castilla Col. Azcapotzalco (Azcapotzalco)	(Neonatología)	55-61-08-91 55-61-28-54
HOSPITAL PEDIÁTRICO "COYOACÁN" Moctezuma número 18 Col. Del Carmen	(Terapia Intensiva) (Coyoacán)	55-54-28-60
HOSPITAL PEDIÁTRICO "IZTACALCO" Terrapién de Río Frío y Coyuya Col. La Cruz	(Hematología) (Iztacalco)	56-50-25-86 56-50-26-19
HOSPITAL PEDIÁTRICO "IZTAPALAPA" Calz. Ermita Iztapalapa 780 Col. Granjas de San Antonio	(Iztapalapa)	56-85-41-23 56-85-41-37 56-85-36-77
HOSPITAL PEDIÁTRICO "LEGARIA" Calz. Legaria número 347 e Ignacio Allende Col. México Nuevo	(Neurología y Neurocirugía) (Miguel Hidalgo)	55-27-14-47
HOSPITAL PEDIÁTRICO "MOCTEZUMA" Av. Oriente 158 número 189 Col. Moctezuma 2a sección	(Cirugía) (Venustiano Carranza)	55-71-17-37
HOSPITAL PEDIÁTRICO "PERALVILLO" Tolnahuacán y Prolongación Zarco número 14 Col. San Simón Tolnahuacán	(Cuauhtémoc)	55-83-38-2 55-83-38-23 55-83-41-80
HOSPITAL PEDIÁTRICO "SAN JUAN DE ARAGÓN" Av. 506 y 521 Col. San Juan de Aragón	(Ortopedia) (Gustavo A. Madero)	55-51-00-39 55-51-00-03 55-51-00-07
HOSPITAL PEDIÁTRICO "TACUBAYA" Arq. Carlos Lazo y Gaviotas Col. Tacubaya	(Quemados) (Miguel Hidalgo)	55-15-61-70 55-15-79-20
HOSPITAL PEDIÁTRICO "VILLA" Av. Hidalgo y Av. Cantera	(Neonatología) (Gustavo A. Madero)	55-77-09-51 57-81-40-98
HOSPITAL PEDIÁTRICO "XOCHIMILCO" Calz. Nativitas y Prolongación 16 de Septiembre Col. Xaltocán	(Xochimilco)	56-76-04-66 56-76-49-93 56-76-05-55

HOSPITALES MATERNO INFANTILES DEL D.F.

HOSPITAL PEDIÁTRICO "XOCHIMILCO" Calz. Nativitas y Prolongación 16 de Septiembre Col. Xaltocán	(Xochimilco)	56-76-04-66 56-76-49-93 56-76-05-55
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "CUAJIMALPA" Av. 16 de Septiembre y Victoria Pueblo de Contadero	(Cuajimalpa)	58-12-05-70 58-12-32-69
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "CUAUTEPEC" Av. Emiliano Zapata número 17 Col. Cuauhtepc Barrio Bajo	(Gustavo A. Madero)	53-06-06-22 53-06-21-90 53-06-24-47
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "INGUARÁN" Estaño e Inguarán Col. Felipe Ángeles	(Venustiano Carranza)	57-95-66-13 57-95-67-64
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "DR. NICOLÁS M. CEDILLO" Parque Vías (atrás del C.C.H. Azcapotzalco) Col. Azcapotzalco	(Azcapotzalco)	55-61-75-73 53-94-05-65
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "TOPILEJO" Santa Cruz número 1 Col. San Miguel Topilejo	(Tlalpan)	58-48-04-49 58-45-76-41
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "MAGDALENA CONTRERAS" Av. Luis Cabrera número 619 Col. San Jerónimo Lídice	(Contreras)	56-83-50-94 56-83-50-48
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "TLÁHUAC" Av. Hidalgo y Cuauhtémoc	(Tláhuac)	58-42-36-04 58-42-36-02 58-42-36-10

HOSPITALES GENERALES DEL D.F.	
HOSPITAL GENERAL "BALBUENA" Av. Cecilio Robelo y Sur 103 Col. Jardín Balbuena (Venustiano Carranza)	55-52-66-67
HOSPITAL GENERAL "DR. GREGORIO SALAS FLORES" Del Carmen número 42 Col. Centro (Cuauhtémoc)	57-02-03-46 57-02-07-69
HOSPITAL GENERAL "IZTAPALAPA" Av. Ermita Iztapalapa Col. Citali (Iztapalapa)	56-91-89-15 56-91-88-15
HOSPITAL GENERAL "MILPA ALTA" Km. 5 de la Carretera Milpa Alta-Chalco (Milpa Alta)	58-44-06-98 58-44-06-49
HOSPITAL GENERAL "DR. RUBÉN LEÑERO" Plan de San Luis y Díaz Mirón Col. Santo Tomás (Miguel Hidalgo)	53-41-45-20 53-41-45-80
HOSPITAL GENERAL "VILLA" Calz. San Juan de Aragón No. 285 Col. Granjas Modernas (Gustavo A. Madero)	55-77-57-58 55-77-39-09
HOSPITAL GENERAL "XOCO" Av. México-Coyoacán y Bruno Traven Col. Xoco (Benito Juárez)	56-88-90-30 56-88-91-31
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, SALUD Y DESARROLLO SOCIAL	
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.	
CENTROS DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA	
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "TLÁHUAC" Av. Hidalgo y Cuauhtémoc (Tláhuac)	5842-36-04 5842-36-02 5842-36-10
"JÓVENES POR LA SALUD" VENUSTIANO CARRANZA Ernesto P. Uruchúrtu Esquina Prolongación Río Churubusco Col. Adolfo López Mateos (Venustiano Carranza)	5756-12-59 5758-63-31
"JÓVENES POR LA SALUD" XOCHIMILCO Prolongación División del Norte Esq. Av. México Col. San Marcos (Xochimilco)	5676-27-67 5676-28-85
"JÓVENES POR LA SALUD" GUSTAVO A. MADERO Margarita Maza de Juárez s / n Esq. Vallejo Col. Patera (Gustavo A. Madero)	
DELEGACIONES REGIONALES PGJDF	
ÁLVARO OBREGÓN Av. Toluca número 10-2° piso Col. Progreso (Plano Guía-Roji: 76-4A)	56-16-18-63 56-25-88-80
AZCAPOTZALCO 22 de Febrero y Castilla Oriente Col. Del Maestro (Plano Guía-Roji: 49-4C)	56-25-88 -74 56-25-88-75
BENITO JUÁREZ Av. Municipio Libre y División del Norte Col. Del Valle (Plano Guía-Roji: 67-6F)	55-88-50-54 56-25 -88-83 56-88 -50-03
COYOACÁN Tecualiapan y Zompatitla Col. Romero de Terreros (Plano Guía-Roji: 76-3E)	55-54-56-34 55-54-41-45
CUAJIMALPA Cerrada Ignacio Ramírez y L. Castillo León Col. La Manzanita (Plano Guía-Roji: 74-2A)	55-70 17 53 55-70 31 36 56-25 87 26
CUAUHTÉMOC Aldama y Mina Col. Guerrero (Plano Guía-Roji: 58-3F)	56-25-88-85 55-35-20-51
GUSTAVO A. MADERO Vicente Villada y 5 de Febrero Col. 15 de Agosto (Plano Guía-Roji: 50-4E)	57-81-65-49 56-25-88-81 56-25-86-82
IZTACALCO Calle 157 y Av. Té Col. Ramos Millán (Plano Guía-Roji: 69-3A)	56-57-63-16 56-50-77-54 56-25-88-81
DELEGACIONES REGIONALES PGJDF	
IZTAPALAPA Telecomunicaciones y Calle 3 Col. Tepalcates (Plano Guía-Roji: 69-4F)	56-25-89-83 56-25-89-30 56-25-89-81

MAGDALENA CONTRERAS Av. Toluca número 19-2° piso Col. Progreso Tizapán (Plano Guía-Roji: 76-4A)	56-16-18-63 56-25-88-80
MIGUEL HIDALGO Sóstenes Rocha y Parque Lira Col. Tacubaya (Plano Guía-Roji: 67-2B)	56-25-88-82 52-71-20-33 52-71-18-22
MILPA ALTA Jojutla y Matamoros Col. La Joya (Plano Guía-Roji: 85-5E)	56-25-88-88 55-73-24-74 55-73-92-03
TLALPAN Jojutla y Matamoros Col. La Joya (Plano Guía-Roji: 85-5E)	56-25-88-88 55-73-24-74 55-73-92-03
TLÁHUAC Telecomunicaciones y Calle 3 Col. Tepalcates (Plano Guía-Roji: 69-4F)	56-25-89-83 56-25-89-30 56-25-89-81
VENUSTIANO CARRANZA Av. Francisco del Paso y Fray Servando Teresa de Mier Col. Jardín Balbuena (Plano Guía-Roji: 59-6E)	56-25 86 47
XOCHIMILCO Jojutla y Matamoros Col. La Joya (Plano Guía-Roji: 85-5E)	56-25 88 88 55-73 24 74 55-73 92 03
OFICINAS CENTRALES Tlaxcala número 208 Col. Condesa (Plano Guía-Roji: 67-5B)	52-86-94-95 55-34-34-34 55-34-34-35
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "ÁLVARO OBREGÓN" Cerrada Vicente Ambrussiv s / n entre Girardón y Periférico Col. Sta. Ma. Nonoalco, Mixcoac (Plano Guía-Roji: 49-2A)	56-11-00-28
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "AZCAPOTZALCO" Tierra Negra número 334-C Col. Tierra Nueva (Plano Guía-Roji: 49-2A)	53-82-05-53
CENTRO DE ENLACE "PEMEX-AZCAPOTZALCO" Camino Santa Lucía número 171 Col. Santa Lucía (Plano Guía-Roji: 48-6F)	52-50-25-11 5254-20-44 Ext. 23216
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "BENITO JUÁREZ" José María Col. Del Valle (Plano Guía-Roji:)	55-24-71-58
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "COYOACÁN" Berlín número 30 Col. Del Carmen (Plano Guía-Roji: 76-2E)	55-54-49-85 55-54-93-31
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "CUAUHTEMOC ORIENTE" República de Venezuela s / n altos Mercado "Abelardo Rodríguez" Col. Centro (Plano Guía-Roji: 59-4C)	57-02-07-32 57-02-04-32
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "CUAUHTEMOC PONIENTE" Adomidera número 50 Col. Un Hogar para Nosotros (Plano Guía-Roji: 58-2D)	53-41-36-95
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "GUSTAVO A. MADERO-NORTE" Norte 27 número 7 Col. Nueva Vallejo 2a sección (Plano Guía-Roji: 49-3F)	55-67-65-23
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "GUSTAVO A. MADERO-ORIENTE" Av. 414 número 176 Col. Unidad Aragón 7a sección (Plano Guía-Roji: 51-6C)	57-69-15-18
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "IZTAPALAPA-CENTRO" Cruz del Sur número 52 Col. Prado Churubusco (Plano Guía-Roji: 77-2C)	56-70-39-64 56-70-11-89
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "IZTAPALAPA-SUR" Calz. Ermita-Iztapalapa número 2549-C Col. Jacarandas (Plano Guía-Roji: 78-3F)	56-42-35-08
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "MIGUEL HIDALGO" Bahía de Coquí número 76 Col. Verónica Anzures (Plano Guía-Roji: 58-4D)	52-60-07-19
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "TLALPAN" Periférico Sur y 4a Oriente Col. Isidro Fabela (Plano Guía-Roji: 85-2D)	56-06-00-46
CENTRO DE INTEGRACIÓN "VENUSTIANO CARRANZA" Oriente 168 número 402 Col. Moctezuma 2a sección (Plano Guía-Roji: 60-5A)	57-62-13-99 57-62-53-32

CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "NAUCALPAN" 2a Cerrada de Av. Universidad número 15 Col. Ampliación Industrial Naucalpan (Plano Guía-Roji: 48-6B)	
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL "NEZAHUALCOYOTL" Acequia número 277 Col. Porfirio Díaz (Plano Guía-Roji: 70-3B)	57-65-06-79
CENTRO DE INTEGRACIÓN "TLALNEPANTLA" Hidalgo número 8 Col. Bosques de México (Plano Guía-Roji: 39-4C)	53-62-35-19

RELACION DE ESTADOS QUE CONTEPLAN EL TIPO PENAL DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LA LEY SUSTANTIVA PENAL

ESTADO	TIPO PENAL DE VIOLENCIA FAMILIAR	OBSERVACIONES
AGUASCALIENTES	No existe	Lesiones (agravante) Art. 105 y 107 y lo que resulte
BAJA CALIFORNIA	Art. 242 Bis	Reformas publicadas en el Periódico Oficial del 24 de junio de 1998. Hay una Iniciativa de Ley para Prevenir y Sancionar la Violencia Intrafamiliar.
BAJA CALIFORNIA SUR	No existe	Lesiones y lo que resulte. Asimismo, existe una Agencia del Menor y la Mujer donde se ventilan estos asuntos.
CAMPECHE	No existe	Lesiones. Art. 253 y 260, y lo que resulte. Este tipo de asuntos son ventilados por el DIF.
COAHUILA	Art. 310	Este artículo entrará en vigor hasta el 1° de septiembre de 1999; además, existe una Ley de Asistencia y Atención para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Publicada en el Periódico Oficial del 7 de enero de 1997, consta de 3 capítulos, 31 artículos y 4 transitorios
COLIMA	No existe	Hay una Ley para la Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar, consta de 52 artículos y 2 transitorios, la cual fue publicada el 11 de febrero de 1998, mediante Decreto 33.
CHIAPAS	No existe	Lesiones agravadas. Art. 116, 112 y lo que resulte. Hay una Ley de Prevención, Asistencia y Atención de la Violencia Intrafamiliar publicada en el Periódico Oficial del 8 de julio de 1998, consta de 5 títulos y de 26 artículos.
CHIHUAHUA	No existe	Lesiones y lo que resulte.
DISTRITO FEDERAL	Art. 343 bis y 343 ter.	Hay una Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, la cual consta de 29 artículos.
DURANGO	No existe	Lesiones (agravante). Art. 251 y 252, Abandono de personas y lo que resulte. Se cuenta con una Dirección General de Representación Civil y Familiar.
GUANAJUATO	No existe	Lesiones (agravante). Art. 215. Hay una Iniciativa de Ley para Prevenir y Sanciona la Violencia Intrafamiliar.
GUERRERO	No existe	Hay una Ley de Asistencia y prevención de la Violencia Intrafamiliar y Ley para el Bienestar e Incorporación Social con Discapacidad. Publicadas en el Periódico Oficial del 13 de abril de 1999.
HIDALGO	No existe	Lesiones (agravante). Art. 143.
JALISCO	No existe	Lesiones (agravante). Art. 211. Hay una Iniciativa de Ley para Prevenir y Sancionar la Violencia Intrafamiliar.
ESTADO DE MÉXICO*	No existe	Lesiones (agravante). Art. 241 y 242.
MICHOACÁN	No existe	Lesiones (agravante). Art. 276.
MORELOS	No existe	Lesiones (agravante). Art. 125. Hay una Ley de Prevención y Asistencia Contra la Violencia Intrafamiliar, publicada en el Periódico Oficial del 20 de enero de 1999, y consta de 4 títulos.
NAYARIT	No existe	Lesiones (agravante). Art. 311.
NUEVO LEÓN	No existe	Lesiones (agravante). Art. 306.
OAXACA	Art. 404, 405 y 406	Reformas Publicadas en el Periódico Oficial del 7 de febrero de 1998.
PUEBLA	No existe	Lesiones (agravante). Art. 309.

QUERÉTARO	No existe	Lesiones (agravante). Art. 129 y 130. Existe una Propuesta de Ley para Prevenir y Sancionar la Violencia Intrafamiliar.
QUINTANA ROO	No existe	Lesiones (agravante). Art. 102.
SAN LUIS POTOSI	Art. 284 bis, 384 ter y 242 quáter	Además los Art. 284 ter, 284 quáter, 284 quinque, 242, 345, 345 Ter, 346, 347, 360, 351, 351 Bis, 353, 356 y 188 Bis. Reformas Publicadas en el Periódico Oficial del 31 de octubre de 1998. Existe una ley para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar o Doméstica. Publicada en el Periódico Oficial del 28 de julio de 1998, consta de 21 artículos y 2 transitorios.
SINALOA	No existe	Lesiones (agravante). Art. 137.
SONORA	No existe	Existe una Iniciativa de Reformas al Código Penal del Estado, en el que se agrega al Título Decimosexto, el capítulo VIII, con el rubro de Violencia Familiar, contemplado en los artículos 275 Bis, 275 Ter, 275 Quáter y 279. Existe un Proyecto de Ley para Prevenir y Sancionar la Violencia Intrafamiliar.
TABASCO*	No existe	Lesiones (agravante). Art. 179. Existe la Ley para la Prevención y Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar, la cual entró en vigor el 16 de mayo de 1999.
TAMAULIPAS	Art. 368 bis, 368 ter, 368 quáter, 375 y 391 bis	Además existe una Ley de Prevención, Atención y Asistencia de la Violencia Intrafamiliar, aprobada el 27 de mayo de 1999, consta de 5 títulos, 27 artículos y 2 transitorios (pendiente de su publicación en el periódico Oficial), y una Iniciativa de Nueva Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar.
TLAXCÁLA	No existe	Lesiones agravadas. Art. 256 y 261.
VERACRUZ	No existe	Lesiones agravadas. Art. 113 y 117. Hay una Ley de Asistencia Social y Protección a Niñas y Niños, promulgada en el Periódico Oficial el 8 de septiembre de 1998, consta de 4 capítulos y 87 artículos.
YUCATÁN	No existe	Lesiones agravadas. Art. 356 y 363.
ZACATECAS	No existe	Hay Iniciativa para Regular la Violencia Intrafamiliar.

FUENTE: Procuraduría General de la República. Subprocuraduría de Coordinación General y Desarrollo. Dirección General de Coordinación Interinstitucional. México, 22/07/99.

* NOTA: Hasta el 21 de julio de 1999, se tiene conocimiento, de manera extraoficial, que estas dos entidades federativas cuentan con iniciativas de reformas a su Código Penal, donde contemplan ya el tipo penal de violencia familiar.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACNUR, CEPAL, CINU, FAO, FNUAP, UNICEF, UNIFEM, OIT, OMS, OPS, PNUD, PNUMA; "Con ganas de vivir... Una vida sin violencia, es un derecho nuestro". Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Oficina Regional para México y Centroamérica (PNUFID). 1998.
2. Aguirre Zurita P., Granados Shiroma M., Madrigal R., et. al; "Salud Reproductiva y Violencia Contra la Mujer: un análisis desde la perspectiva de género". Asociación Mexicana de Población /AMEP. Consejo Estatal de Población. Nuevo León, Méx. 1998.
3. Alternativas Pacíficas AC. Refugio. Leal A.; "Una propuesta: Modelo de Acompañamiento a Mujeres Sobrevivientes de Violencia Familiar". Programa de Atención Integral a Mujeres Sobrevivientes de Violencia Familiar. Monterrey, Nuevo León. México. 1999. Pp. 10-14.
4. Amnistía Internacional. "Los Derechos Humanos, un Derecho de la Mujer". Boletín núm. 14 de la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual. 1996.
5. Archavanitkul K., Prarnualratana A.; "Factors affecting women's health in Thailand, Paper presented at the Workshop on Women's Health in Southeast Asia". Population Council, Jakarta, October 1990. Pp. 29-31
6. Ariz Iparraguirre L., Castillo Chepetla N.; Tesis "Violencia Familiar: proyecto para material educativo". Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM. 1998.
7. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. I Legislatura; "Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, y Marco Jurídico Internacional". Diario Oficial de la Federación. México. 30 de diciembre de 1997.
8. Banco Interamericano de Desarrollo /BID; "El Costo del Silencio. Violencia Doméstica en las Américas". Morrison-Biehl Editores. 1999.
9. Benbow S., Hadda P.; "Sexual abuse of the elderly mentally ill". Postgrad. Med. J. Oct. 1993. 69(816): 803-807.
10. Bennett L., Lauson M.; "Barriers to Cooperation between Domestic-Violence and Substance Abuse Programs, Families in Society". The Journal of Contemporary Human Service. May 1994. Pp.277-286.
11. Benbow S., Haddad, P.; "Sexual abuse of the elderly mentally ill". Postgrad. Med. J. 1993; 69(816): 803-807.
12. Berenguer, A., "Alternativas desde la medicina legal y experiencias sobre la violencia familiar". Corporación de la Mujer. violencia en la intimidad. Corporación de la Mujer. Bogotá, Colombia. 1984.
13. Berkowitz, Carol D, et al.; "American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse". USA. 1992. Pp.23
14. Blume E.; "Spoiled love: an overview, secret supervisors uncovering incest and its aftereffects in women". New York. Ed. J. Wiley. 1990. Pp.1-20.
15. Bourget D., Bradford J.; "Homicidal parents". Can. J. Psychiatry. 1990. 35(3:233-238).
16. Bunch Ch.; "Los Derechos de la Mujer como Derechos Humanos". Mujer y Violencia Doméstica. Instituto de la Mujer. Santiago de Chile. 1991. Pp. 15-31

17. Bunch Ch.; "La intolerable violencia contra las mujeres y las niñas". *Mujer y Violencia Doméstica*. Instituto de la Mujer. Santiago de Chile. 1991.
18. Budenz D., Faber R., *et. al.*; "Ocular and optic nerve hemorrhages in abused infants with intracranial injuries". *Ophthalmology*. Pennsylvania, Philadelphia, 101(3), march 1994. Pp.559-565.
19. CAFEMINA. *Mujeres hacia el 2000. "Deteniendo la Violencia"*. San José, Costa Rica: Programa: "Mujer no estás sola". 1994.
20. Campbell J., Parker B.; "Battered women and their children". *Annual Review of Nursing Research*. Vol. 10. New York. Springer Publishing Co. 1992. Pp.77-94.
21. Campbell J., Peggy A.; "The dark consequences of marital rape". *American Journal of Nursing*. Jul 1989. Pp.946-949.
22. Campbell J., Lewandowski L.; "Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children". *The Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 20. Num. 2, Jun 1997. Pp.353-373.
23. Canada Police UK USA. *Law Magazine*; "Elder abuse". Editorial WWLIA/Police Station/Elder Abuse. *Legal Dictionary*. Law. 1997.
24. Carrillo, R.; "La violencia contra la mujer: obstáculo para el desarrollo". *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Flora Tristán Ediciones. Perú, 1991. Pp. 161-192.
25. Castellano M.; "Violencia en el medio familiar". En Gisbert J. *Medicina legal y toxicología*. Edit. Masson. 1998. Pp.445-453.
26. Castellanos Sainz, J.; "Deontología y derecho". *Apuntes de medicina legal*. Vol. I. Editorial Ex-Libris, México. 1997.
27. Castellanos Sainz, J.; "Fisiopatología". *Apuntes de medicina legal*. Vol. II. p. 87-160. Editorial Caliope. México, 1998.
28. Castellanos Sainz, J.; "Criminalística y criminología". *Apuntes de medicina legal*. Vol. III Editorial Ediliven. México. en prensa. 1999.
29. Center for Health and Gender Equity. *Population Reports*; "Ending violence against women". Series L, Number 11. Volume XXVII, Number 4. December 1999.
30. Center for Reproductive Law and Policy, CRLP, y Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS); "Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan la vida reproductiva de las mujeres en América Latina y el Caribe", 1997. Email:info @ crlp.org y demus @ amauta.rep.net.pe
31. Centro de Atención a Víctimas; "Alianza por la igualdad". Programa Nacional de la Mujer. Informe de avances de ejecución. México, 1997.
32. Centro de Atención a Víctimas; "Perfil estadístico de violencia familiar" México, 1997.
33. Chiocca E., "Haken baby syndrome: a nursing perspective". *Pediatr-Nurs*. USA 21(1) Jan-Feb. 1995. Pp. 33-38.
34. Chistoffel, K.; "Violence death an injury in US children an adolescents". *Am. J. Dis. Child*. 1990; 144(6): 697-706.
35. Código Civil para el Distrito Federal. Modificaciones; "Adiciones y derogaciones con relación a la violencia familiar". *Diario Oficial de la Federación*. 30 de diciembre de 1997.

36. Código Penal para el Distrito Federal. Modificaciones; "Adiciones y derogaciones con relación a la violencia familiar". Diario Oficial de la Federación. 30 de diciembre de 1997.
37. Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal; "Modificaciones, adiciones y derogaciones con relación a la violencia familiar". Diario Oficial de la Federación. 30/12/97.
38. Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal; "Modificaciones, adiciones y derogaciones con relación a la violencia familiar". Diario Oficial de la Federación. 30/12/97.
39. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer /CLADEM; "Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer". Convención de Belem Do Pará". Lima, CLADEM, Sept. 1994.
40. Comunicación de la Mujer AC; "Mutilación genital femenina". Vida, salud, sexo. Gambia. Año 2. Núm. 5. 1999.
41. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.
42. Conferencia Mundial de los Derechos Humanos. Viena, 1993.
43. Consejo Nacional de Población /CONAPO; "Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Violencia y el Desarrollo". Comité Técnico para la Revisión de Avances. CIPD+5. México. Informe, 1999.
44. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. 1979.
45. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. 1965.
46. Convención Nacional de Derechos del Niño.- 41 Derechos básicos, ratificados por México. 1990.
47. CORIAC. Cervantes F., Liendro E.; "Experiencia de trabajo con hombres que se reconocen violentos". México, D.F. 1998 (Tomado de: Sólo para hombres, generalidades sobre violencia masculina; Villegas H.; DIF San Nicolás, Nuevo León. 1997)
48. Corsi J.; "Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social". Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós. 1994. Pp.15-63.
49. Costa A.; "Elder abuse". MEDLINE (R) 1993. J. Et. Nurs. 1993 Jun; 20(2): 375-89.
50. Council on Scientific Affairs. American Medical Association; "Violence against women; relevance for medical practitioners. J. Am. Med. Ass. 1992. 267(23).
51. Cuadernos: Mujer-Salud/1. Gómez, A.; Red de la Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 1996.
52. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. 1995.
53. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, 1995.
54. COVAC / UNICEF; "Manual sobre maltrato y abuso sexual a los niños: aspectos psicológicos, sociales y legales". México. 1995-1995.
55. Coyne A., Reichman W., Berbig L.; "The relationship between dementia and elder abuse". Am. J. Psychiatry. 1993. 150(4): 643-646.
56. Danion J.; "Antidepressive agents and memory" MEDLINE ® 1993. Encephale. 1993 July; 19 Spec No 2: 417-22

57. De Lahuanta E.; "Hidden trauma: the mostly missed diagnosis of domestic violence". Am. J. Emerg-Med. USA, 13(1), 1995. Pp. 74-76.
58. Deslandes, Suely F.; "Care of children and adolescents suffering domestic violence: analysis of a service". In: The impact of social violence on health. Reports in Public Health. Río de Janeiro. Vol. 10, Supl (1) 1994.
59. Díaz Olavarrieta C., Sotelo J.; "Domestic violence in Mexico". J. Am. Med. Ass. Vol. 275, Núm. 24, 1996. Pp.1937-1941.
60. DIF, CEPNL, Gob. E. N. L.; "Síntesis de análisis y propuestas sobre la situación de la mujer, 1994". Comité Estatal Coordinador para la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, China. 1995.
61. Diverkar, S., et. al.; "Abortion in unmarried girls". Heath population perspectives and issues. 1979. 2(4): 308321.
62. DSR-III-R; "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Masson, S.A. Cap. Trastornos de la personalidad. 1988.
63. Duarte P., González G.; "La lucha contra la violencia de género en México". De Nairobi a Beijing. 1985-1995. Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC) México. 1994.
64. Duberstein P., Conwell I., Caine E.; "Interpersonal stressors, substance abuse and suicide". J. Nerv. Ment. Dis. Feb. 1993; 181(2): 80-85.
65. Ellesberg M., et. al.; "Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. 1999.
66. Dulf; "Violencia familiar y consecuencias psicosociales". En Martínez Taboas (Ed). Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 1991. 4(1)
67. Elú M.; "Maternidad sin riesgos en México". Núm. 11. julio 1999 (1999-09-23)
68. Espejel Piña M.; Tesis "Círculo virtuoso del estrés, trabajo y estudio". Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. México. 1997.
69. Farrington K.; "La relación entre el estrés y la violencia doméstica: conceptualizaciones y hallazgos actuales de Psicología y Educación". Vol. 4. Núm 2. 1991. Pp.87-103.
70. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna. "Working with victims of organized violence from different cultures". 1995.
71. Fondo de Prevención de la Violencia Familiar: Family Violence Prevention Fund, FUPF; <http://www.fupf.org/>
72. G. De Asís, Simone; "Abused children and adolescents: past, present and prospects for de future". The impact of social violence on health, reports in public health. Río de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escuela Nacional de Saúde pública. Vol. 10, suplemento 1. 1994.
73. Gallagher; "Becoming whole again" Tab Bock, Palo Alto, Calif. 1991.
74. García Moya M.; Grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, A.C; "Estudio de la violencia doméstica y la salud". San Cristóbal de las Casas, Chiapas. México. 1995.
75. García Pablos De Molina A.; "Introducción y teorías de criminalidad" Manual de criminología. Esparsa-Calpe. España 1988.

76. García M., Sayavedra G.; "Violencia, poderío y salud de las mujeres". COLMEX. Salud reproductiva y sociedad. Año II. Mayo-diciembre. Núm. 6-7. 1995. Pp.24-29.
77. Gisbert Calabuig J.; "Lesiones criminales: tipología criminal". Medicina legal y toxicología. Masson-Salvat 4ª ed. Barcelona, 1990. Pp.235-236.
78. Gómez A.; "Violencia contra las mujeres: un ejercicio del poder". Cuadernos: Mujer-Salud/1. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. 1996.
79. González Blanco A.; "Delitos sexuales en la doctrina y en el derecho positivo mexicano". Edit. Porrúa. México. 1980.
80. González Montes S.; "La violencia doméstica y sus repercusiones para la salud reproductiva en una zona indígena". COLMEX. Salud reproductiva y sociedad. Año II. Mayo-diciembre. Núm. 6-7. 1995. Pp.10-17.
81. Grafstrom M., Nordberg A., Winblad B.; "Abuse is the eye of the beholder". Report by family members about abuse of demented persons in home care. A care population based study. Scand. J. Soc. Med. Dec. 1993; 21(4); 247-255.
82. Graftstrom M., Norberg A., Hadberg B.; "Relationships between demented elderly people and their families: a follow-up study of caregivers who had previously report abuse when caring for their spouses and parents" J. Adv. Nurse. 1993; 18(11): 1747-1757.
83. Halpérin D., et. al.; "Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva". Result of a cross sectional survey. British Medical Journal, 1996, 312: 13269.
84. Heise, Lori; "Violencia contra la mujer: La cara oculta sobre la salud". Organización Panamericana de la Salud. Nov. 1994. p. 86. Ed. World Discusión Papers. Num. 255. Washington, DC. 1994.
85. Hernández Cruz O.; "Las familias y las niñas de la calle, un acercamiento (Estadística 1993-1996) " Fundación Casa Alianza México. Con ganas de vivir... Una vida sin violencia es un derecho nuestro. Organización de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. México. 1998.
86. Hjar Medina M., Yáñez Tapia A., Lozano, Chávez; "Violencia y lesiones". Salud Mental, SSA. 15(1) México. 1992, Pp.15-23.
87. Hyle I.; "Abuse and neglect of the elderly-a Nordic perspective report from Nordic research Project". Scand. J. Soc. Med. 1993; 21(2): 126-128.
88. INOPAL III. Population Council; "Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud". Documentos de trabajo, núm. 26, 1998.
89. INOPAL III. Population Council; "La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación". Documentos de trabajo, núm. 1, 1998.
90. IPAS; "Intersección de riesgos a la salud". NC 27516 USA. 1999.
91. Kane R., Ouslander O., Abrass Y.; "Geriatría clínica". McGraw-Hill. 3ª ed. México. 1997.
92. Kempe C.; "The battered child syndrome". Journal of the American Medical Association. 1962.
93. Kempe; "Síndrome del niño golpeado". Journal of the American Medical. 1962.

94. Klein H., Chao B.; "Sexual abuse during childhood and adolescence as predictors of HIV related sexual risk during adulthood among female sexual partners of injection drug users". *Violence against women*. 1995. 1(1): 5576.
95. Knight B.; "¿Asesinato, suicidio o accidente?". *Medicina forense de Simpson. El Manual Moderno*. 10ª edic. p. 129-139. México, 1994.
96. Knight B.; "Medicina forense de Simpson". Cap. 7 Lesiones regionales; Cap.21 Ética de la práctica médica. *Manual Moderno*. México. 1994.
97. Lachs M., Fulmer T.; "Recognizing elder abuse and neglect. *Clin. Geriatr. Med.* 1993; 9(3): 665-681.
98. Laura A, Osuma E.; "Violencia familiar: aspectos generales en psiquiatría legal y forense" Vol. II, Cap. 84. Edit. Colex. Madrid, 1994. pp.943-983.
99. Larrain, Soledad y Teresa Rodríguez. 1993; Orígenes y control de la violencia doméstica contra la mujer" Paltiel, Freda I. 1993. "La Salud Mental y Salud en las Américas: En Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 541.
100. Levin A.; "Focal pointers". *American Academy of Ophthalmology*. Vol. III. Num. 1. March 1999.
101. *Ley General de Salud*. Ed. Delma. 4ª edición. México, 1997.
102. *Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal*. "Artículos 107 y 186" *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. 21 enero 1999.
103. Lima Malvino M.; "Servicios a víctimas en México". *Modelo de Atención a Víctimas en México*. LVI Legislatura de la Cámara de Diputados. México. 1997.
104. López M., Hajar M., *et al.*; "Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia". *El caso de México, 1979-1992*. *Rev. Salud Pública*, 30(1).1996.
105. Loredó Abdalá A., Reynés M., Carbajal, R., *et al.*; "El niño maltratado: una realidad actual en México". *Act. Pediatr. Méx.* 1984. 28-37.
106. Loredó Abdalá A., Reynés M., *et al.*; "El maltrato al menor: una realidad creciente en México". *Bol. Med. Hosp. Infant. Méx.* 1986. 43: 425-433.
107. Loredó Abdalá, A., Bobadilla, M., *et al.*; "Síndrome del niño maltratado: aspectos físicos, emocionales y sociales". *Rev. Méx. Ped.* 1987. 54: 123-131.
108. Loredó Abdalá, A., Comejo, B., Ulloa-Aguirre, A., y col.; "Comportamiento endocrino del niño maltratado en la fase aguda de la agresión". *Bol. Med. Hosp. Infant.* 1989. 46: 272-276.
109. Loredó Abdalá A., Oldak S., Carbajal R., Reynés M.; "Algoritmo del niño maltratado en un centro hospitalario del tercer nivel". *Bol. Med. Hosp. Infant. Méx.* 1990. 47: 91-95.
110. Loredó Abdalá, A.; "Niño maltratado: problema médico-social". *Acta Ped. Méx.* 1991. 12: 78-80.
111. Loredó Abdalá, A., Sierra, G.; "Síndrome de Munchausen en niños: informe de dos casos". *Bol. Med. Hosp. Inf. Méx.* 1991. 48: 121-125.
112. Loredó Abdalá A.; "El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención". *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1993. 50: 898-902.
113. Loredó Abdalá A., Carbajal L.; "The abuse child: some ethical considerations on its care". *Bol. Méd. Hosp. Inf. México. Instituto Nacional de Pediatría*. Dic 1993. 50(2), Pp.898-902.

114. Loredó Abdalá A.; "El maltrato al menor". México Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1994.
115. Marcus M.; "Alcohol and other drug abuse in elders (published erratum appears in D ET Nurs 1993 Jul-Aug; 20(4):168) J ET Nurs. 1993 May-Jun; 20(3):106-10
116. Márquez Piñero R.; "Criminología". Trillas. México. 1991.
117. Martínez Murillo, Saldivar S.; "Medicina legal". Decimasexta edición. Cap. XXVII Instinto sexual. Méndez Editores. S.A. de C.V. México. 1991. Pp.215-238.
118. Martínez Taboas A., "Abuso físico durante la niñez: hallazgos, conceptualización y consecuencias". Revista Intercontinental de Psicología y Educación. México. Vol. 4, núm. 1. 1991.
119. Martínez Taboas; "Violencia familiar y consecuencias psicosociales". Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 4(1) 1991.
120. McClain P., Sack, J., Froehke R., Ewigman B.; "Estimates of fatal child abuse and neglect". United States. 1979 through 1988. Pediatrics. 1993. 91(2): 338-343.
121. McCreddie C., Tinker A.; "Review: abuse of elderly people in the domestic setting: a UK perspective". Age. Ageing. Jan.1993. 22(1): 65-69.
122. McGregor, James A., *et al.*; "Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: results of a prospective controlled evaluation. AM. J. Obst-Gynecol. Vol. 173. Num. 1. Pp.157-167.
123. McMahon A.; "Substance abuse among the elderly". Nurse. Pract. Forum. 1993. 4(4): 231-238.
124. Meglioli A.; "Módulo legislativo sobre violencia contra la mujer". Nueva York. Grupo Parlamentario Interamericano (GPI) 1997. Contacto. Info @ ipfwhr.org
125. Mercy J., Davidson L., Goodman R., Rosenburg M.; "Patterns of homicide victimization in the city of Los Angeles, 1970-1979. Bull. NY. Acad. Med. 1986; 62(5): 423.
126. Minayo M.; "Violencia social". Memorias. II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas. Universidad Central de Venezuela. 1997.
127. Montiel J.; "Lesiones de las víctimas". Criminalística. Tomo I. Ed. Limusa SA de CV. México. 1990. Pp. 176-183.
128. Moon A., Williams O.; "Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American", Caucasian-American, and Korean-American elderly Women. Gerontologist. Jun. 1993. 33(3): 386-395.
129. Nelson E., Zimmerman C.; "Household survey on domestic violence in Cambodia". Ministry of Women's Affairs. Project Against Domestic Violence. Cambodia. 1996.
130. Nelson T.; "Violence against women". World Watch. Jul-Aug. 1996.
131. Neuman E.; "Victimología: el rol de la víctima en los delitos convencionales y no convencionales". 1ª reimpresión. Cárdenas Editor y Distribuidor. México. 1992.
132. Neuman E.; "Victimología". Cárdenas Editor y Distribuidor. Cap. II. Tipología de las víctimas, Baja California, México. 1992. Pp.57-75.
133. Newberger M.; " The helping hand striker again". Unintended consequences of child abuse reporting. J. Clin. Child Psychol. 1983. (12:309-315)

134. Norton L., Peipert J., *et. al.*; "Battering in pregnancy. An assessment of two screening methods". *Obstet-Gynecol. USA*, 85(2) march 1995. Pp. 321-325.
135. Novoa M.; "El Derecho como obstáculo al cambio social". 4ª ed. Siglo XXI. México. 1980. Pp.15.
136. ONAPLAN / BID; "Protocolo de atención a la violencia intrafamiliar en el sector salud". República Dominicana. 2000.
137. Organización de Estados Americanos /OEA; "Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer". Convención de Belem Do Pará. 1994. }
138. Organización Mundial de la Salud /OMS; "Convención sobre los Derechos del Niño". Asamblea General de las Naciones Unidas. Estados Unidos, 1989.
139. Organización Mundial de la Salud /OMS; "Explotación sexual comercial del niño: dimensiones sanitarias y psico-sociales". Monografía presentada en el Congreso Mundial contra la Explotación Sexual del Niño. Estocolmo, Suecia. 27-31 agosto 1996.
140. Organización Mundial de la Salud /OMS; "Statistic annual, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997". Ginebra, 1996.
141. Organización Mundial de la Salud /OMS; "Violence against women". A priority health issue. Ginebra, 1997.
142. Organización Mundial de la Salud /OMS./ OPS; "Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo: violencia contra las mujeres". 1998.
143. Organización Mundial de la Salud /OMS/ WHO /FRH /WHD /96.10; "Mutilación genital femenina". Informe de un grupo de trabajo técnico. Ginebra, Suiza. 17-19 julio 1995.
144. Organización Mundial de la Salud /OMS-OPS. A49-VR-6; "Sexta sesión plenaria". 1998.
145. Organización Mundial de la Salud /OMS; "Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer". Asamblea General de las Naciones Unidas. Estados Unidos, 1997.
146. Organización Mundial de la Salud /OMS; "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer". Asamblea General de las Naciones Unidas. 1993.
147. Organización de las Naciones Unidas /ONU; "Declaración Universal de los Derechos Humanos" Resolución 217 A(XXX), Asamblea General. 1948.
148. Organización de las Naciones Unidas /ONU; "Declaración de los Derechos del Niño". 1959.
149. Organización de las Naciones Unidas /ONU; "World programme of action concerning disabled, Personas". 1981.
150. Organización de las Naciones Unidas /ONU; "Esfuerzos encaminado a erradicar la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad". Informe del Secretario General, ONU. Comisión de Condición Jurídica y Social de la Mujer. Viena. 14-23 marzo. 1988.
151. Organización de las Naciones Unidas /ONU: Asamblea General; "Convención sobre los Derechos del Niño". 1989.
152. Organización de las Naciones Unidas /ONU; Población y Desarrollo; "Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo". Volumen 1. El Cairo. 1994.

153. Organización de las Naciones Unidas /ONU. Resolución A/ res/48/104 y 49.5; "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer". Estados Unidos, 1994.
154. Organización de las Naciones Unidas /ONU; "Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo". Población y Desarrollo. Vol. 1. El Cairo, 1994.
155. Organización de las Naciones Unidas /ONU. Resolución E/ CN.4/1996/52; "Council, report of the special reporter on violence against women". United Nations Economic and Social. 1996.
156. Organización de las Naciones Unidas /ONU; "Con ganas de vivir... una vida sin violencia es un derecho nuestro". Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Oficinas Regionales para México y Centroamérica. 1998.
157. Organización Panamericana de la Salud /OPS; "Construyamos una sociedad sin violencia". Programa: Mujer, salud y desarrollo.. agosto, 1996. Vol. I. pp.1-36
158. Organización Panamericana de la Salud /OPS; "La violencia en las Américas". Serie de Publicaciones: Comunicación para la salud. Núm. 10. México, 1997.
159. Organización Panamericana de la Salud /OPS-OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; "Leyes Centroamericanas sobre Violencia Intrafamiliar". Belice, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá. Agosto 1997.
160. Organización Panamericana de la Salud /OPS. "Protocolo de atención a personas afectadas por violencia familiar". Manual: Guía de procedimientos y responsabilidades del equipo multidisciplinario de salud que atiende a personas afectadas por violencia familiar. Diseños e impresiones. Panamá. 1998.
161. Organización Panamericana de la Salud /OPS; "La autocrítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar". Shagrader E., Sagot M. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Regional sobre Mujer, Desarrollo (HDP /WHO), Washington, DC. EUA. Febrero, 1998.
162. Organización Panamericana de la Salud /OPS; "Las condiciones de la salud en las Américas". Vol. I. Publicación Científica 524. Washington, DC. 1990.
163. Ortiz De la Huerta D., D'Heyver C., García J., Urbina Cedillo C.; "Antología para la unidad temática: salud del adulto mayor". Radiografía del envejecimiento. Facultad de Medicina. UNAM. Ciclo 95-96. Pp.7-18
164. Paltiel Freda; "La salud mental de las mujeres en las Américas". Editorial Género, Mujer y Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica núm. 541. 1993.
165. Parker B., McFarlane J., Soeken K.; "Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women". Obstetrics and Gynecology. 1994. 84(3): 323328
166. Penfield A.; "Frontal lobotomy and affective behavior". Norton. Nueva York, 1951.
167. Poder Legislativo, Asamblea Legislativa del Distrito Federal I Legislatura; "Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar y marco jurídico internacional". Colección: Ordenamientos Jurídicos. México, 1998.
168. Poppe P.; "Los medios de comunicación para colaboradores en la prevención de la violencia doméstica". Johns Hopkins University. Center for Communication Programs. 1997.
169. Portillo; "Estudio en 6 juzgados penales en Lima, Perú". 1996.
170. Primera Asamblea de Representantes del Distrito Federal; "Reglamento de atención de minusválidos en el Distrito Federal". 1990.

171. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal /PGJDF; "Directorio de Servidores Públicos". México. 1999.
172. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal /PGJDF; "Manual de atención a víctimas del delito". México. 1999.
173. Procuraduría General de la República /PGR; "Legislación estatal en violencia familiar". Subprocuraduría de Coordinación General y Desarrollo. Dirección General de Coordinación Interinstitucional. 1999.
174. PROFAMILIA; "Encuesta de prevalencia, demografía y salud". Demographic and Health Survey, Colombia, 1990.
175. PRONAVI; "Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000: esquema de trabajo interdisciplinario e interinstitucional". 1999.
176. Prouty J.; "Identifying abuse in the home by listening to the children". Mass-Nurse. USA, 64(9), 1994. Pp.16.
177. Quiroz, A.; "Cuestiones medico-forenses relativas a lesiones". Medicina forense. Editorial Porrúa. 7ª ed. México. 1993. Pp.444-446.
178. Ramírez R., Uribe G.; "Mujer y violencia: un hecho cotidiano". Rev. Salud Pública de México, Vol. 35, núm 2, mar-abr. 1993. Pp.148-160.
179. Ramos Lira L., Romero Mendoza M., Jiménez E.; "Violencia doméstica y maltrato emocional. Consideraciones sobre el daño psicológico". COLMEX. Salud reproductiva y sociedad. Año II, mayo-diciembre, Núm. 6-7. 1995. Pp.18-23.
180. Randal M., Haskell L.; "Sexual violence in women's live; finding from the women's Safety Project, a community based survey". Violence against women. March. 1995. Pp.613.
181. Ravindran S.; "Health implications of sex discrimination in childhood". OMS/ UNICEF. 1986.
182. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de atención médica. Ediciones Delma. 4ª edición. México, 1997.
183. Reyes Calderón J.; "Criminología". Cárdenas Editor y Distribuidor. Cap. IV. Explicación de la criminalidad. Baja California, México. 1996. Pp.107-122.
184. Ribera Casados J., Cruz Jentoft A.; "Geriatría". IDEPSA Internacional de Ediciones y publicaciones. Editorial Uriach. España. 1991. Pp.1-5.
185. Roberts, Quillian; "Preventing violence through primary care intervention". Nurse. Pract. 1992. 17(8): 62-70.
186. Rodgers K.; "Wife assault: the findings of a national survey". Juristic Service Bulletin, Statistics Canada, 1994, 14(9).
187. Rodríguez Manzanera L.; "Victimización de una sociedad mexicana". Rev. Lanud al Día (Órgano del Instituto Latinoamericano de Criminología para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente) ONU. Año 4, núm. 10. Costa Rica. 1981.
188. Romero R., Campiño S.; "Consumo de drogas y violencia". Organización Mundial de la Salud. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. 1994. Pp.43-49.
189. Rosado Sánchez N.; Tesis "Abuso sexual en menores". Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM. México. 1999

190. Rosenberg, Gelles, Holinger, *et. al.*; "Violence: Homicide, assault and suicide". En: Amler R., Dull, R., Closing the gap. Am. J. Prev. Med. 1987; a Suppl. 164-178.
191. RSMLAC. "Los consensos de El Cairo: monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres". Proceso Cairo +5, 1998-1999.
192. Sabotta, D. "Fatality after report to a child abuses registry in Washington State, 1973-1986". Child Abuse Negl. 1992. 16(5): 627-635.
193. Sánchez Saigado C.; "Trabajo social y vejez: teorías e intervención". E. H. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina. Cap. II. Pp. 24-41.
194. Sauri Riacho D.; "Algunas reflexiones sobre los delitos contra la salud desde la perspectiva de género: Con ganas de vivir... Una vida sin violencia es un derecho nuestro". Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Oficina Regional para México y Centroamérica. México. 1998.
195. Saveman, B., Hallberg, Y., Norberg, A., Eriksson, S.; "Patterns of abuse of the elderly in their own homes as reported by district nurses". Scand. J. Prim. Health. Care. 1993. 11(2): 111-116.
196. Saveman B., Norberg A.; "Cases of elder abuse, intervention and hopes for the future, as reported by home service personnel". Scand. J. Caring, Sci. 1993; 7(1): 21-28.
197. Schei B., Bakketeig L.; "Gynecological impact of sexual and physical abuse by spouse: study of a random sample of Norwegian women". British Journal of Obstetrics and Gynecology. 1989, 9: 1379-1383.
198. Secretaría de Gobernación; "Programa Nacional de la Mujer 1995-2000". Diario Oficial de la Federación. México, D.F. 21 de agosto de 1996.
199. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Salud Reproductiva; "El aborto en los Códigos Penal y Procedimientos Penales de los Estados de la República". México, D.F. enero 1997.
200. Secretaría de Salud, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud; "Proyecto de la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de los Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar". México, D.F. Diario Oficial de la Federación, 20 oct. 1999.
201. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; "Factores de Riesgo en la Mortalidad Materna" (Violencia Familiar) Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia /Eclampsia. México. 1999.
202. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 001-SSA2-1993. Requerimientos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los minusválidos". 1993.
203. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 005-SSA2-1993. De los servicios de Planificación Familiar. 1993.
204. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 010-SSA2-1993. Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana" 1993.
205. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 007-SSA2-1994. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido". 1994.
206. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 008-SSA2-1994. Para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente". 1994.
207. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 017-SSA2-1994. Para la vigilancia epidemiológica". 1994.

208. Secretaría de Salud; Norma Oficial Mexicana. NOM 025-SSA2-1994. Para la prestación de los servicios de salud en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica". 1994.
209. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 166-SSA1-1998. Del expediente clínico". 1997.
210. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores". 1997.
211. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM 173-SSA1-1998. Para la atención integral para personas con discapacidad". 1998.
212. Secretaría de Salud; "Norma Oficial Mexicana. NOM-190-SSA1-1999. Prestación de los servicios de salud: criterios para la atención médica de la violencia familiar". 1999.
213. Senado de la República; "Seminario sobre violencia familiar". Coordinación de Equidad en la Comisión Nacional de la Mujer. Esponda B. México, 14 abril 1999.
214. Senado de la República; "Violencia familiar" (PGJDF, CAVI, DGSR, ONG's, otros) México. 1999.
215. Shaw M.; "The survey of federally sentenced women". Citado en "The Arbour". Report Correctional Services of Canada 1996.
216. Shimura T., Nakasawa S., *et al.*; "Neuropathological study of battered child syndrome: Eight autopsy cases". *Noshinkei-Geka, Japan*, 22(1), Jan. 1994. Pp.23-28.
217. Shrader E., Sagol M.; "Protocolo de Investigación: La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar". Organización Panamericana de la Salud. 1998.
218. Sierra G., Loredó Abdalá A., Carbajal R., Villaseñor Z.; "Abuso y negligencia en el desarrollo fetal: nueva controversia acerca del síndrome maltratado". *Rev. Mex. Pediatr.* 1989; 56: 311-320.
219. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia /DIF Nuevo León y Consejo Estatal de Población; "Coloquio: tercera edad". Nuevo León. México. 1992.
220. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia /DIF; "Concentración de datos estadísticos sobre Menores Maltratados". México, 1996-1997.
221. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia /DIF; "Prestaciones infantiles" 1962. Ley Federal para evitar el Maltrato y Atender al Niño Lesionado". México, DF. 1974.
222. Sorenson S., Peterson; "Traumatic child death and documented maltreatment history". *American Journal of Public Health*. Los Angeles. 1994. 84(4). Pp.623-627.
223. Stak E., Flicraft A.; "Spouse abuse". Rosemburg M., Fenley M., from: *Violence in America: a public health approach* New York. Oxford University Press. 1991.
224. Stak E., Flicraft A.; "Violence in America: a public health approach spouse abuse". Rosemburg M., Fenley M. Oxford University Press. 1991.
225. Stone L.; "La violencia, una epidemia". Ref. Conferencia del evento: salud de niños y adolescentes en el umbral del año 2000. Bolonia, Italia. 1997.
226. Swiss S., Giller J.; "Rape a crime of war: a medical perspective". *Journal of the American Medical Association*, 1993. (270:612615).
227. Szwabo P.; "Substance abuse in older women". *Clin. Geriatr. Med.* 1993; 9(1): 197-208.

228. Teke P.; "Lesionología". Cap. 2. Medicina legal. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago de Chile. 1993. Pp. 55-134.
229. Tribunal Superior de Justicia en el D.F. Servicio Médico Forense /SEMEFO; "Estadísticas". México. 1998.
230. Twemlow, Stuart W.; "The psychoanalytical foundations of a dialectic approach to de victim /victimizer relationship". Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 23(4). 1995. Pp.545-561.
231. UNDP; "Género y Legislación en América Latina y el Caribe". 1998. <http://www.anemoneweb.com/legislation/>
232. UNICEF; "Manual sobre maltrato y abuso sexual a los niños: aspectos psicológicos, sociales y legales". Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres. México, 1994-1995.
233. UNICEF/ COVAC; "Manual sobre maltrato y abuso sexual a los niños". México. 1995.
234. UNICEF/ FNUAP; "Contra la violencia familiar". Versión explicada de la ley. Asociación Dominicana Pro-bienestar de la Familia. República Dominicana. 1998. Pp. 24-97.
235. Valdez Santiago R., Arenas Monreal L., Castro Pérez R.; "Manual de capacitación para prestadores de servicios de salud para detectar y manejar casos de violencia contra mujeres embarazadas". México. Septiembre 1998
236. Vargas Alvarado E.; "Medicina Forense y Deontología Médica". Ed. Trillas. 1986. Pp. 666-685.
237. Vázquez R., Tamayo G.; "Violencia y Legalidad". Cap. III. Derechos y relaciones de poder. Lima. Edit. Visual Service SRL. 1989.
238. Vicente Esther; "La Ley sobre Violencia Doméstica y la Actuación Política de las Mujeres en Puerto Rico; Vigiladas y castigadas". Seminario Regional "Normatividad Penal y Mujer en América Latina y el Caribe". Lima, 1993. Pp.87-99.
239. Viloria V.; Productividad diaria médico-legal de la 45ª y 20ª agencias del Ministerio Público. Libro de Gobierno del Servicio de Medicina Legal /SSGDF. Septiembre, 1999.
240. Von Henting H.; "Estudios de psicología criminal" Esparsa-Calpe. Vol. 3. Madrid, España. 1960. Pp. 25.
241. Walker L.; "Learned helplessness and the cycle of violence, the experience of terror, terrifying love. Why battered women kill and how society responds". USA, Harper Perennial, 1990. Pp.42-63; 65-97.
242. Walker, *et al.*; "National and health determinants of school failure and dropout adolescent girls in Kingston, Jamaica". Washington DC. International Center of Research on Women. Nutrition of Adolescent Girls Research Program. Num 1. 1994.
243. Watts C., Osman S., Win E.; "The private is public. A study of violence against women in Southern Africa". Zimbabwe, Women in Law and Development in Africa, 1995.
244. William B., Abrams Berkow; "Manual Merck de Geriatria". Editorial: Ediciones Doyma. México. 1992 Pp.1207-1215.
245. World Health Organization /WHO; "Violence Against Women, WHO Consultation". Geneve, 5-7 February. 1996.
246. World Health Organization /WHO; "Violence Against Women. A priority health issue". Ginebra, WHO, Jul. 1997.

247. World Health Organization. *Statistics annual, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997*. Geneve 1998.
248. Yáñez. "Sobre casos registrados en la división de delitos contra la libertad sexual". (Estudio en 6 juzgados en Lima, Perú. DIDCOL. Pórtillo 1996.
249. Yunes, Joao; "Mortalidad por causas violentas en la Región de las Américas". *Bol. of Sanitation Panama* (4) 114, num 4. 1993. Pp.302-316.
250. Zierler S., *et. al.*; "Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection". *American Journal of Public Health*. 1991. 81(5): 572575.