



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

**“GRAVEDAD DE LAS LESIONES Y TIPOS MAS FRECUENTES EN
VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA LA MUJER ATENDIDA EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

PRESENTADO POR DRA. NANCY CRISTAL RODRIGUEZ UVALLE

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

DIRECTOR DE TESIS DR. HECTOR EDUARDO SANCHEZ APARICIO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. -2018-



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.

**GRAVEDAD DE LAS LESIONES Y TIPOS MAS FRECUENTES EN
VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA LA MUJER ATENDIDA EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS**

Autor: Dra. Nancy Cristal Rodríguez Uvalle

Vo. Bo.
Dr. Sergio Cordero Reyes


Profesor Titular del Curso de Especialización
en Medicina de Urgencias

Vo. Bo.
Dr. Federico Lazcano Ramírez



Director de Educación e Investigación




SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

**GRAVEDAD DE LAS LESIONES Y TIPOS MAS FRECUENTES EN
VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA LA MUJER ATENDIDA EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS**

Autor: Dra. Nancy Cristal Rodríguez Uvalle

Vo. Bo.

Dr. Héctor Eduardo Sánchez Aparicio



Director de la Tesis

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General Balbuena

AGRADECIMIENTOS.

A mi familia:

Mama por este apoyo incondicional y amor que cada día me brindas y por siempre preguntarme y alentarme a seguir.

Papa por tener esas palabras indicadas en el momento justo, para motivarme a continuar.

Abuelita Toña por siempre preocuparse por mi, y asegurarse a cada momento que mi alimentación se adecuada.

A mis hermanas de generación por esos bellos momentos de alegrías, risas, enojos y por lo que cada una me aporta a diario.

A ti por no dejarme sola nunca, siempre ayudarme a seguir adelante, soportar buenos y malos momentos, y ser mi reloj de tiempo para terminar y no dejarme desistir.

A mis Maestros y Doctores que contribuyeron en el día a día de mi enseñanza y crecimiento profesional.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	02
2. MATERIAL Y MÉTODOS	25
3. RESULTADOS	26
4. DISCUSIÓN	41
5. CONCLUSIONES	44
6. RECOMENDACIONES	45
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
8. ANEXOS.....	50

RESUMEN

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: «El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, ya sea en grado de tentativa o efectivo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que cause o pueda causar lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte».

Material y Metodos: Estudio clínico, Diseño Observacional, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.

Resultados: Se estudiaron a 128 pacientes con violencia de genero, encontrándose la Edad mas afectada de 21-30 años, escolaridad secundaria y ocupación ama de casa. Sitio de ocurrencia de agresión domicilio, Violencia mas frecuente Violencia Emocional y posterior física, ejercida por el Conyugue, y la gravedad de las lesiones solo en 5% ponene en peligro la vida y el 3% dejan con disfunción de algún órgano o sistema.

Conclusiones: Los resultados de este estudio concuerdan con la literatura con la que contamos y nos arroja el tipo de población en donde se debe prevenir mas este tipo de violencia asi como nos prepara para esperar cierto tipo de lesiones.

Palabras claves: Violencia Genero; Femicidio; Agresion a la mujer.

INTRODUCCION

La violencia contra las mujeres y las niñas, por el simple hecho de serlo, es la violación más extendida de derechos humanos en el mundo; que impacta en la salud, la libertad, la seguridad y la vida de las mujeres y las niñas. Así mismo, socava el desarrollo de los países y termina en violencia contra la sociedad en su conjunto. El feminicidio es el resultado de la violencia contra la mujer y las niñas en su forma más extrema. En México se registraron 6.2 asesinatos de mujeres al día durante el 2015. Por ello es indispensable invertir en prevención y en combatir la impunidad, para proteger mejor a las víctimas e incrementar la responsabilidad y los recursos asignados a la respuesta a esta pandemiamundial, de esta forma poder apoyar de manera oportuna y con mejores recursos a las pacientes afectadas.

Actualmente se están diseñando políticas públicas, que tiene como prioridad impulsar y acelerar las acciones para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, especialmente tomar medidas en los espacios y situaciones identificados como los de mayor incidencia, por ello de forma intrahospitalaria debemos de tener en monitorización constante a aquellas pacientes que son víctimas de estos ataques, de esta forma saber el tipo de lesiones más frecuentes que estas llegan a tener, así como la gravedad de las mismas y estar preparados para el tipo de atención médica que vamos a brindar, así como del equipo multidisciplinario que como médico de urgencias estamos obligados a activar para su manejo integral, y el equipo de personal de la salud encargado de su tratamiento y prevención de nuevos eventos.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres. Sin embargo aun se suscitan situaciones de maltrato y violencia contra los grupos mas vulnerables, de acuerdo al genero, edad, y la condición física o mental, la orientación sexual u otros factores ¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: «El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, ya sea en grado de tentativa o efectivo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que cause o pueda causar lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte»⁸.

Existen diferentes tipos de violencia según el lugar donde son infligidas y el grupo afectado se clasifican como:

1. **Violencia interpersonal.** Según donde tenga lugar:

a. **Violencia doméstica (VD) o violencia intrafamiliar:**

1) Violencia hacia *la mujer por su pareja (VMP)*.

2) Violencia en *la infancia*.

3) Violencia hacia *las personas mayores*.

b. **Violencia en la comunidad:**

1) Violencia *infligida por extraños*.

2) *Violencia laboral.*

3) *Violencia en el ámbito escolar.*

2. **Violencia colectiva.** Definida como el uso instrumental de la violencia por grupos, o personas en su nombre, contra otros grupos, con fines políticos, económicos o sociales. Supone la violación de los derechos humanos de grupos, pueblos y comunidades.

3. **Violencia autoinfligida.** Su máxima expresión, el suicidio, es una de las primeras causas de muerte violenta en muchos países ⁸.

También hay otra forma de presentación de la violencia que son efectuadas dentro del núcleo familiar tal es el caso de la **violencia familiar**, la cual se define como malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidos por personas del medio familiar y dirigidos generalmente a los miembros más vulnerables de la misma. Con frecuencia se identifica con Violencia Doméstica, por ser la que se produce en el ámbito doméstico o familiar⁸. La violencia familiar se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad del ser humano¹.

La Asamblea General de Naciones Unidas, define a la **Violencia de género** como: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o

la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o en la vida privada⁸. Sin embargo esta puede ser producida hacia cualquier tipo de genero, por le contrario se define **Violencia contra las mujeres** como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público². Que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer, que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona ¹.

Los tipos de violencia contra las mujeres son:

- I. La violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio;
- II. La violencia física.- Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas;
- III. La violencia patrimonial.- Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes

y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

IV. Violencia económica.- Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral;

V. La violencia sexual.- Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, y

VI. Cualquier otra formas análoga que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres ².

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública ya que según la OMS globalmente, el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas a su pareja ³. El tipo de violencia mas frecuencia es el conyugal, en todo el mundo casi un tercio (30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, en algunas regiones, esta cifra se eleva hasta el 38%. A nivel mundial el 38% del numero total de homicidios femeninos se debe

a la violencia conyugal. El 7% de las mujeres han sido agredidas sexualmente por una persona distinta a su pareja, las mujeres que han sufrido esta forma de violencia son 2 a 3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2.6 veces más propensas a sufrir de depresión y ansiedad³.

En los últimos 16 años, más de 50 encuestas basadas sobre la violencia en la población de varias partes del mundo. En estos estudios se pregunta a mujeres de experiencia personales, esta encuesta indica que entre el 10% y el 50% de las mujeres que han tenido compañeros han sido golpeadas o de lo contrario agredida físicamente por un hombre íntimo en algún momento de su vida. Se reporta el tipo de fuerza, 23% reporta fuerza física, el 20% el uso de gritos, el 12% había sido forzada mientras estaba dormidos y el 6% informó el uso de amenazas⁵.

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011) se encontró que el 44.9% de las mujeres casadas o unidas ha sufrido violencia por su pareja a lo largo de su relación y que una de cada tres mujeres casadas o unidas recibió violencia por su pareja en el último año. Por edad, la mayor proporción de mujeres agredidas fueron jóvenes (15 a 29 años). El tipo de violencia más frecuente fue la de tipo emocional (89.2%), seguida por la económica (56.4%), la física (25.8%) y la sexual (11.7%). En

cuanto a las mujeres solteras, el 37.2% reportó haber sufrido violencia por su pareja o expareja ¹⁹.

Existen diferentes factores de riesgo y de protección de violencia de pareja y de violencia sexual alguno de ellos: Las mujeres con grados inferiores de instrucción presentan un riesgo mas alto de ser víctimas de actos de violencia infringida por la pareja; los antecedentes de actos de violencia como víctima; Algunos factores modificables que se asocian a la violencia de pareja son disminuir la aceptación de la violencia, un acceso creciente de las mujeres a la educación, modificar las leyes que discriminan a las mujeres, y poner en práctica políticas más equitativas en materia de género⁴.

La OMS utiliza un«modelo ecológico» para explicar el conjunto de causas que determinan su aparición y cuyas raíces se encuentran en factores individuales, relacionales, culturales y sociales y su interrelación entre ellos:

1. **Factores sociales:** normas que autorizan el control de los hombres sobre las mujeres en el modelo social patriarcal. Las actitudes socioculturales respecto a la masculinidad y feminidad, los estereotipos y prejuicios que justifican la relación de dependencia y sumisión de la mujer respecto al hombre, en función de los roles asignados. Aunque se están produciendo cambios importantes, los roles y valores de la sociedad patriarcal aún persisten mayoritariamente⁸.

2. **Factores comunitarios:** factores en el marco de la comunidad, que incluyen entre otros: aislamiento de la mujer; falta de apoyo social; falta de acceso a la educación, la cultura y el trabajo; pobreza, y exclusión de la vida pública y del poder⁸.
3. **Factores relacionales:** conflictos familiares y en las relaciones de pareja. Estilos de relación de pareja, (jerárquica/ asimétrica), control del dinero y de la toma de decisiones⁸.
4. **Factores individuales:** los aspectos biográficos, como personalidad, educación, historia de abusos y de violencia en la familia de origen, experiencia de rechazo parental, trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y drogas ⁸.

Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el perpetrado por un marido u otra pareja masculina, la violencia de pareja a menudo llamada violencia doméstica adopta diversas formas, Violencia física que va desde golpes, puñetazos y patadas a los asaltos con un arma y homicidio; Y la violencia sexual adopta formas tales como Sexo o participación forzada en actos sexuales degradantes. A menudo se acompañan de abusos emocionales comportamientos como prohibir a una mujer de verla familiares y amigos en humillación o intimidación. Las Restricciones económicas como la de obligar a una mujer a trabajar o confiscar sus ganancias y otros comportamientos controladores ⁶.

La *violencia en la pareja* es un proceso continuado de conductas violentas ejercidas contra la mujer por su pareja con el fin de conseguir el control y la sumisión. Este proceso se inicia habitualmente con expresiones y actos que tras la apariencia de afecto, apoyo y protección suelen encubrir actitudes de dominio y control (exigencia de exclusividad en la relación, celos, abandono del trabajo, control de gastos, del tiempo, selección de amistades). Estas conductas no suelen ser identificadas por la mujer como maltrato, El abuso evoluciona hacia la progresión en intensidad y frecuencia. La violencia física o la muerte nunca son la primera manifestación del abuso. El desarrollo temporal de este proceso de violencia no es lineal, sino cíclico y siempre progresivo. En 1979, Leonore Walker describió la teoría del ciclo de la violencia basado en su experiencia en la terapia con mujeres maltratadas. La autora describe una violencia cíclica como una sucesión de fases desiguales en tiempo, intensidad y frecuencia, y sustentada en un escenario cotidiano de microviolencias. Se describen tres fases: Primera fase (acumulación de tensión) el maltratado se muestra hostil e irritable, con conductas impredecibles, contradictorias y hostiles. Segunda fase: Explosión de violencia: Aparecen las agresiones (psicológicas, física y sexuales), la mujer se siente indefensa, culpable. El momento donde piden ayuda y puede ser una oportunidad para la intervención. Tercera fase reconciliación o luna de miel: El maltratador manifiesta arrepentimiento y promete cambiar, Hace concebir a la mujer esperanza de cambio que no se materializan, tras un periodo variable vuelve a producirse la situación de tensión reiniciándose el ciclo una y otra vez ⁸.

La violencia infligida por la pareja perjudica la salud física y mental de las mujeres y sus hijos(as); las mujeres que han sufrido la violencia de pareja comunican con mayor frecuencia una salud deficiente o muy mala⁴. Las mujeres son más susceptibles de sufrir depresión y ansiedad que los hombres a quienes se les asoció más con desordenes por el uso de alcohol o drogas. La OMS reportó que en el mundo 73 millones de mujeres adultas sufren de depresión mayor cada año, puede llegar a una prevalencia de 40% en países desarrollados. El suicidio, como la expresión extrema de enfermedad mental, es la quinta causa de muerte en mujeres de 20 a 44 años. Los factores que incrementan el riesgo de suicidio en mujeres incluyen el antecedente de abuso sexual en la infancia así como violencia de pareja y abuso de alcohol u otras sustancias. Los problemas de salud mental, particularmente la depresión, son las causas principales de discapacidad en las mujeres de cualquier edad¹⁹.

La violencia contra las mujeres y las niñas se manifiesta interpersonalmente (Es decir, entre mujeres y hombres individuales), derivadas de relaciones de poder incorporadas y aceptadas dentro de la comunidad local y de la sociedad en general. El análisis de estas dinámicas de poder es necesario, no sólo para las relaciones individuales, sino dentro de la estructura que sustentan estas desigualdades⁶.

La Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia propone los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de prácticas públicas federales, las cuales son: la igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; El respeto a la dignidad humana de las mujeres; La no discriminación, y la libertad de las mujeres ².

Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, las cuales pueden ser identificadas desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; al agresor, y a quienes resulten afectados en este tipo de situaciones ¹. Esta atención médica incluye la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible 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 ¹.

En el servicio de urgencias durante la práctica clínica diaria, recibimos en múltiples ocasiones pacientes con trauma ligado a una agresión de género, como institución del sector público, social y privada cuando otorgamos atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o

sexual, se deberá registrar cada caso y notificarlo a la Secretaria de salud, dando aviso al Ministerio Publico para efectos de procuración de justicia a que haya lugar ¹.

Como personal de salud, estamos obligados a identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar su grado de riesgo en el desarrollo de las actividades cotidianas, para su detección debemos de realizar un procedimiento de tamizaje de forma rutinaria, y en de ser un caso probable, realizar una entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual, económico o de abandono, como actos únicos o repetitivos, simples o combinados, para constatar o descartar su presencia ¹.

Cuando nos encontramos frente a un caso de violencia debemos de registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo: nombre de la o el usuario afectado, el tiempo que refiere de vivir en situación de violencia, el estado físico y mental que se deriva del examen y la entrevista, la descripción minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico, tratamiento médico y la orientación que se proporcionó y

establecer, en su defecto, la impresión diagnóstica o los problemas clínicos debidos a violencia familiar o sexual en cualquiera de sus variedades ¹.

Nos enfrentamos a todo tipo de paciente, incluyendo pacientes embarazadas en quienes debemos de valorar lo siguiente: la falta o el retraso 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 ocasionadas durante el embarazo, dolor pélvicocrónico e infecciones genitales recurrentes durante la gestación ¹.

En los casos de urgencia médica, la exploración clínica instrumentada del área genital podrá hacerla el o la médica del primer contacto, previo consentimiento explícito informado de la o el usuario afectado, en presencia de un testigo no familiar, cuidando de obtener y preservar las evidencias médico legales ¹.

No es raro que con frecuencia estemos frente a casos de violación sexual, estos son casos de urgencia médica y requieren de atención inmediata, los objetivos que se deben de seguir para la atención a personas violadas son:

1. Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas.
2. Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención psicológica. ³.

Las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la

utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada. ⁴. Informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención a través de la profilaxis y de acuerdo a la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA⁵. Registrar las evidencias médicas de la violación, cuando sea posible y previo consentimiento de la persona afectada ¹.

En el servicio de urgencias los índices de detección de violencia doméstica por parte de los prestadores de salud en hospitales y servicio de urgencias son muy bajos. Un estudio identificó que esto se debe probablemente a el temor a ofender al paciente, la falta de entrenamiento y la falta de tiempo, como barreras para una adecuada atención. En otro estudio se describe que el 90% de los profesionales de salud nunca recibieron capacitación en violencia contra la mujer, mientras que el 10% que recibió capacitación tuvo una actitud cognoscitiva y afectiva más favorable hacia la identificación y atención de mujeres maltratadas. En el servicio de urgencias está reportado también que la escasa capacitación sobre el tema (59,9%), el temor a involucrarse en asuntos legales(52,6%) y el carácter privado de la violencia (50,7%) constituyen más barreras para la identificación y referencia de las víctimas ⁷.

Existen diferentes marcadores o indicadores que nos hablan de agresión de género cuando nosotros realizamos la Exploración Física de un paciente como son:

1. Indicadores de abandono: Se manifiestan en la alimentación, la higiene, el control y cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico, o por necesidades medicas atendidas tardíamente o no atendidas⁷.
2. Indicadores de maltrato fisico: Son los hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefalicos, trauma ocular⁷.
3. Indicadores de maltrato psicologico: Autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperaron, entre otros.
4. Indicadores del Maltrato sexual: Lesiones o infecciones genitales, anales del tracto urinarioune encuentra relacionada con baja autestima, ideas y actos relacionados con el paciente o externas la pobiliadestal, ayuda (coniciones legales)⁷.

Un sistema de salud eficaz debe complementar las políticas de la respuesta para prevenir la violencia. Todos los médicos, incluidos los de atención primaria, Salud reproductiva (por ejemplo, planificación familiar y Atención post-aborto) y proveedores de servicios de salud mental, deben ser capacitados antes y durante el servicio para al menos, saber cuándo y cómo preguntar sobre la violencia, la atención de primera línea para proporcionar y cómo apoyo. Aunque el reconocimiento de este objetivo no es realista en muchos ambientes de

colocación en servicios de salud de defensores de la prevención de la violencia contra las mujeres puede mejorar la atención recibida por las mujeres y apoyar a los proveedores de servicios de salud. Los servicios deben ser monitoreados para evaluar el acceso, aceptabilidad y calidad de la atención prestada a las mujeres o sobrevivientes de la violencia. Estos servicios deben recopilar Información de forma segura y confidencial, sino también para informar las políticas, monitorear los servicios y su respuesta. Se necesita investigación para identificar qué funciona, evaluar las prácticas prometedoras y desarrollar nuevas estrategias de prevención y respuesta a la violencia contra la mujer, con especial énfasis en las familias de bajos y medianos ingresos⁹.

El código penal federal publicado en el Diario de la Federación el 14 agosto de 1931 y con última reforma publicada DOF 12-03-15, en su capítulo decimonoveno, Delitos contra la vida y la integridad Corporal, en su **Artículo 288** define bajo el nombre de lesión las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, y toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa¹⁷.

Artículo 289: Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días, se le impondrán de tres a ocho meses de prisión, o de treinta a cincuenta días multa, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardare en sanar más de quince días, se le impondrán de

cuatro meses a dos años de prisión y de sesenta a doscientos setenta días multa¹⁷.

En estos casos, el delito se perseguirá por querrela, salvo en el que contempla el artículo 295, en cuyo caso se perseguirá de oficio.

Artículo 290.- Se impondrán de dos a cinco años de prisión y multa de cien a trescientos pesos, al que infiera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable¹⁷.

Artículo 291.- Se impondrán de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna, o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales¹⁷.

Artículo 292.- Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pié, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre, cualquiera función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible¹⁷.

Se impondrán de seis a diez años de prisión, al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales¹⁷.

Artículo 293.- Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida, se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores¹⁷.

El código penal federal de misma forma que las lesiones, clasifica según abuso sexual o violación aquella persona que por medio de uso de la violencia o sin esta obligue a la víctima a realizar un acto sexual.

Artículo 260. Comete el delito de abuso sexual quien ejecute en una persona, sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la cópula.

A quien cometa este delito, se le impondrá pena de seis a diez años de prisión y hasta doscientos días multa.

Para efectos de este artículo se entiende por actos sexuales los tocamientos o manoseos corporales obscenos, o los que representen actos explícitamente sexuales u obliguen a la víctima a representarlos¹⁷.

También se considera abuso sexual cuando se obligue a la víctima a observar un acto sexual, o a exhibir su cuerpo sin su consentimiento¹⁷.

Si se hiciera uso de violencia, física o psicológica, la pena se aumentará en una mitad más en su mínimo y máximo¹⁷.

Artículo 261. A quien cometa el delito de abuso sexual en una persona menor de quince años de edad o en persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, aun con su consentimiento, o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo en sí o en otra

persona, se le impondrá una pena de seis a trece años de prisión y hasta quinientos días multa.

Si se hiciera uso de violencia, la pena se aumentará en una mitad más en su mínimo y máximo¹⁷.

Artículo 262. Al que tenga cópula con persona mayor de quince 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 representantes¹⁷.

Artículo 265. Comete el delito de violación quien por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a veinte años.

Para los 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.

Se considerará también como violación y se sancionará con prisión de ocho a veinte años 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 ofendido¹⁷.

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 ofendida¹⁷.

Artículo 266. Se equipara a la violación y se sancionará de ocho a treinta años de prisión:

I. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de quince 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; y

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 quince años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere 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 mitad¹⁷.

Artículo 266 Bis.- Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentará 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 amasio 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 circunstancia 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;

IV.- El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada¹⁷.

De acuerdo a un censo estudiado en la ciudad de México, se encontraron 1288 defunciones de mujeres por homicidio en el periodo del 2005 al 2013, teniendo como causa básica de defunción 6 principales diagnosticos: 1. Herida por proyectil de arma de fuego: (uno o multiples) en cráneo, torax, abdomen, pelvis y extremidades; 2. Asfixia: estrangulamiento, ahorcadura, obstrucción de orificios respiratorios, sofocación, sumersión, confinamiento; 3. Herida por instrumento cortante o punzocortante: que lesionan paquete vascular de cuello, penetrante de torax, penetrante de abdomen; 4. Otros traumatismos: Conjunto de trumatismos, traumatismo raquimedular, traumatismo craneoencefálico, traumatismo cerrado de torax, traumatismo cerrado de abdomen. En todo el periodo de este estudio su causa de muerte más común son las heridas de proyectil de arma de fuego, seguidas siempre de las asfixias en sus diferentes modalidades, teniendo las heridas por proyectil de arma de fuego un 35%, Asfixia 22%, Heridas por arma punzocortante o cortante o punzante 18%, Traumatismo craneoencefálico 12%, Otros traumatismos 12% y quemaduras con 1% ¹⁸. Según este estudio el principal motivo de agresión y muerte es la

riña conyugal correspondiente al 12.1% del total de los homicidios de mujeres. Esto nos demuestra la importancia del estudio de este fenómeno en mujeres de cualquier edad¹⁸. La escolaridad y la ocupación de la víctima es de importancia debido al grupo poblacional que es más vulnerable, en este estudio destacan como nivel escolar principalmente afectado aquellas que contaban con secundaria, y la ocupación de la víctima era de aquellas que se dedicaban a labores del hogar en un 27%, seguidas por empleadas con un 26%. El grupo etario más afectado se ubica en las mujeres que tienen entre 21 a 25 años 12.5% seguida por las de 26 a 30 años con el 11.2%¹⁸. Dentro de este estudio se establecieron relaciones de parentesco o amistad, sin embargo, el hecho de que cerca del 30% del total de los cadáveres hayan sido encontrados en su hogar es un dato indirecto de que estas relaciones entre la víctima y su agresor existen y son una constante en los casos de feminicidios¹⁸.

La violencia de género como un problema de salud pública así como de derechos humanos debe ser atendida de forma prioritaria y con un enfoque integral, ético y de calidad por sus consecuencias en la salud de quienes la padecen, principalmente en el área de salud mental. Con esta perspectiva, la Secretaría de Salud del Distrito Federal puso en marcha el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género desde el año 2002, con la finalidad de realizar acciones de prevención, detección, atención, referencia y seguimiento de víctimas de violencia de género. Así mismo, desde 2007 implementó los Servicios de Prevención y Atención de la Violencia de Género

(SEPAVIGE) con el propósito de incrementar estas acciones así como otorgar atención psicológica especializada a mujeres en situación de violencia a través de psicoterapia grupal mediante la aplicación de tres enfoques terapéuticos: sistémico, breve estratégico y psicodinámico breve, esto en apego al marco jurídico vigente en materia de derechos de la mujer y de salud¹⁹. Para el cumplimiento de esta normativa se han realizado en las unidades de salud, y en específico donde cuentan con un SEPAVIGE, capacitaciones constantes al personal de salud sobre esta temática y se han generado documentos como el Manual de Procedimientos para la Atención Integral de Víctimas de Género en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud, la Guía para la Detección y Atención de la Violencia en la Mujer, Guía para la Detección y Atención de la Violencia en las Personas Adultas Mayores, Guía para la Detección y Atención de la Violencia en Niños y Niñas, y la Guía de Intervención Psicológica con Mujeres en Situación de Violencia de Género¹⁹.

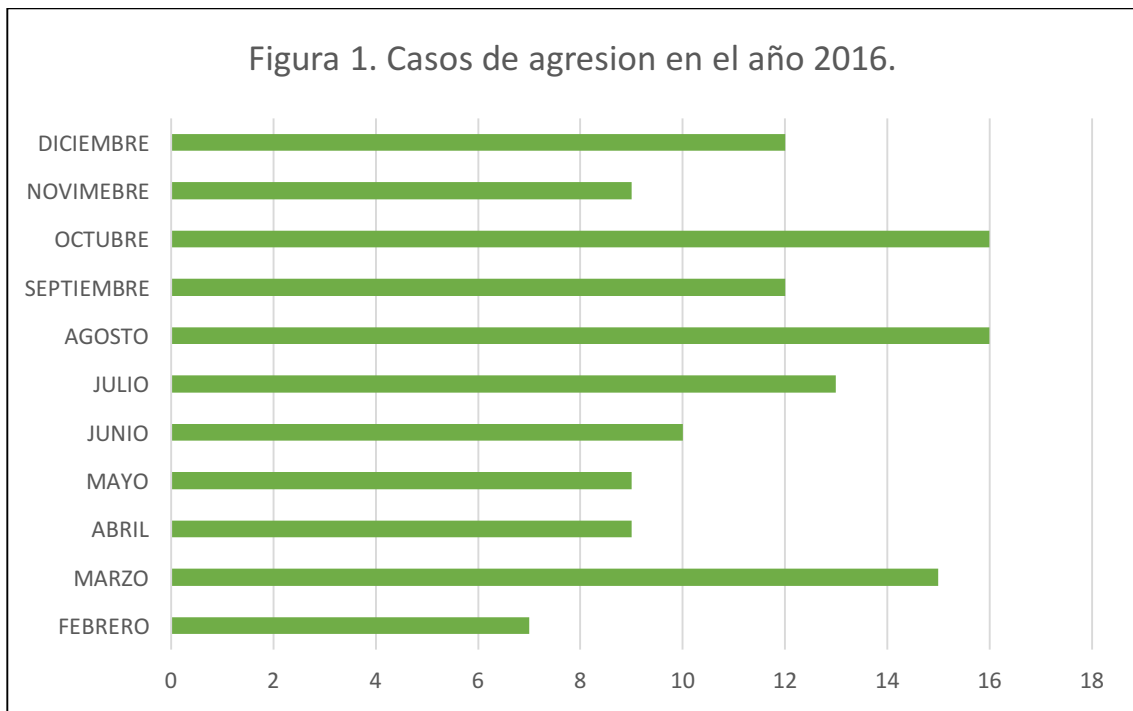
MATERIAL Y METODOS

Estudio clínico, Diseño Observacional, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.

Se realizó un estudio en el Hospital General de Balbuena, en el periodo comprendido 01 de Enero del año 2016 al 01 Diciembre del año 2016. Se estudiaron a pacientes del sexo femenino que hayan sufrido agresión de genero de forma intrafamiliar, con un total de 128 pacientes que posterior a la agresión de genero acudieron al servicio de Urgencias para recibir atención médica, captados por el servicio de SEPAVIGE. Para el registro de datos generales se diseñó cedula de recolección de datos (Anexo I), la cual incluye los siguientes rubros: Edad, Ocupación, Escolaridad, Agresor, Objeto agresor, Toxicomanías del agresor, Sitio de ocurrencia de la agresión, Tipo de lesiones más frecuentes, Tipo de violencia, Gravedad de las lesiones, Localización de las lesiones y tiempo de estancia hospitalaria, para la recolección de datos se revisaron expedientes del Archivo clínico del Hospital General de Balbuena de donde se obtenían las variables a estudiarse. Recabándose todos los datos en Base de datos en programa de Excel 2016, y posterior cálculo de porcentaje y estadísticas en el mismo programa, graficándose resultados. Desde el punto de vista bioético por ser un estudio observacional y retrospectivo corresponde a una investigación sin riesgo, se trabajó como identificación del paciente solo con número de expediente para protección de la información de las pacientes según la Ley de Protección a Víctimas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 128 pacientes del género Femenino. De las cuales según el número de casos que se reportaron por mes en el año 2016, los porcentajes de cada mes fueron: Febrero 7 casos (5%), Marzo 15 casos (12%), Abril 9 casos (7%), Mayo 9 casos (7%), Junio 10 casos (8%), Julio 13 casos (10%), Agosto con 16 casos (13%), Septiembre 12 casos (9%), Octubre 16 casos (13%), Novimebre 9 casos (7%), Diciembre 12 casos (9%), siendo los meses con mayor incidencia Agosto y Octubre. (Ver Figura 1).



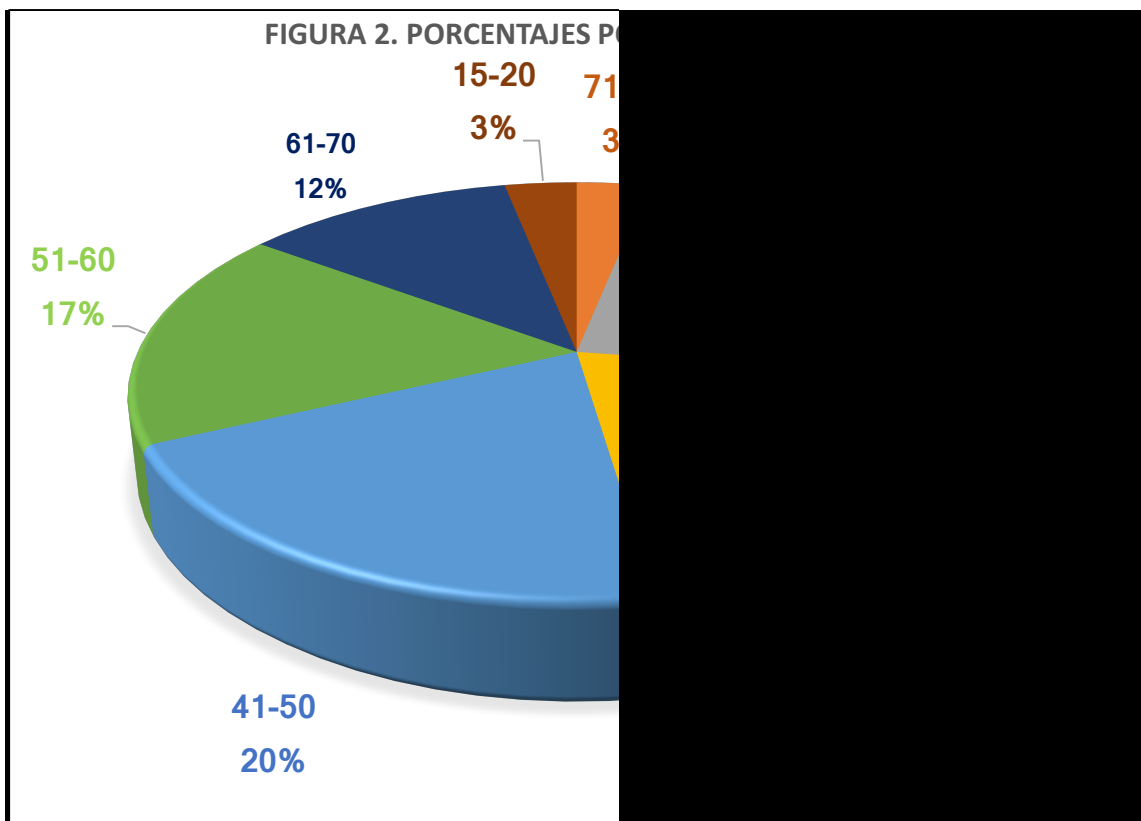
Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Las pacientes dentro del estudio oscilaron en edades entre 15 y 80 años, de los cuales se encuentra como edad minima 19 años, edad máxima 72 años, con un promedio de edad de 41.8, y una Moda de edad de 26 años. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Grupo de Edades.		
GRUPO EDADES	# PACIENTES	% EDAD
15-20	4	3%
21-30	31	24%
31-40	26	20%
41-50	26	20%
51-60	22	17%
61-70	15	12%
71-80	4	3%

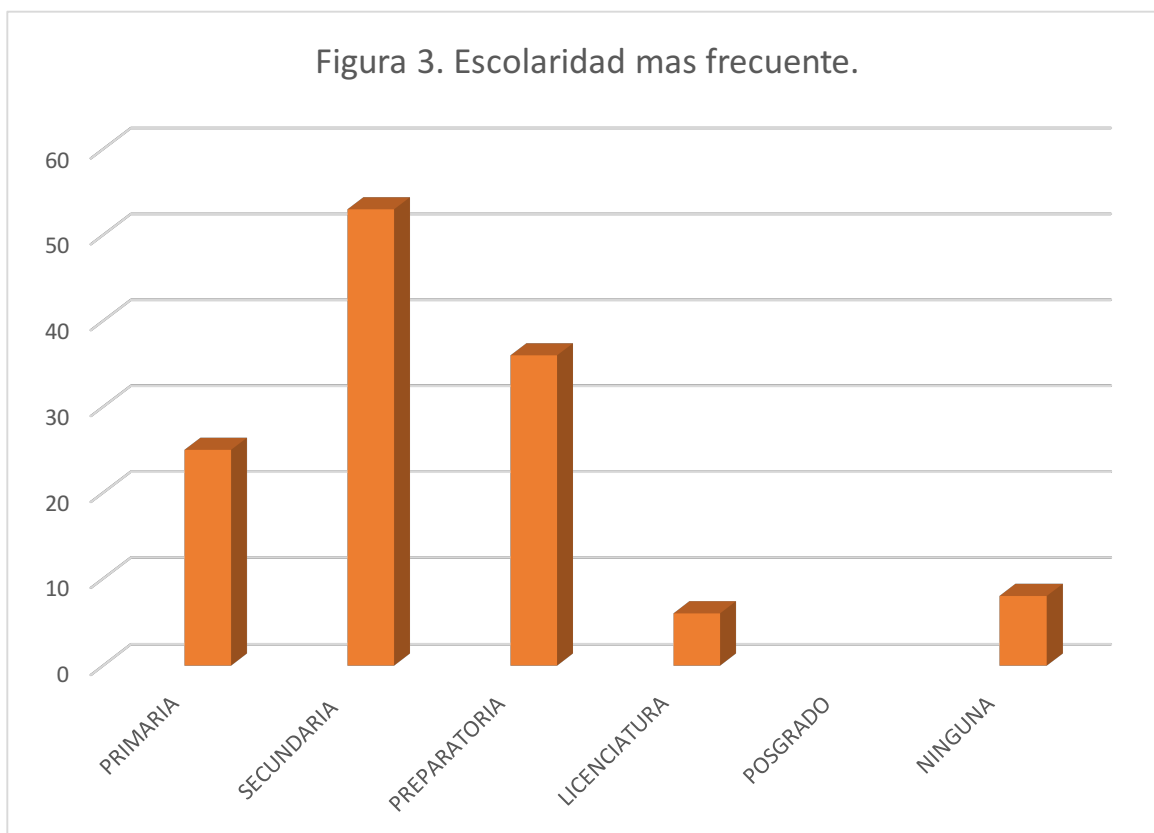
Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Por grupos de edades el más frecuente fue de 21 a 30 años de edad con un 24%, seguido de 31 a 40 años de 20% y 41-50 años de 20%. (Ver figura 2).



Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Entre otros datos epidemiológicos acerca de la violencia de género en el estudio, se encontró que la escolaridad máxima de las pacientes en 6 casos fue de Licenciatura, y en 8 casos de ellos no contaban con ningún estudio. El nivel escolar más frecuente fue la Secundaria en 53 de los casos. (Ver Figura 3).



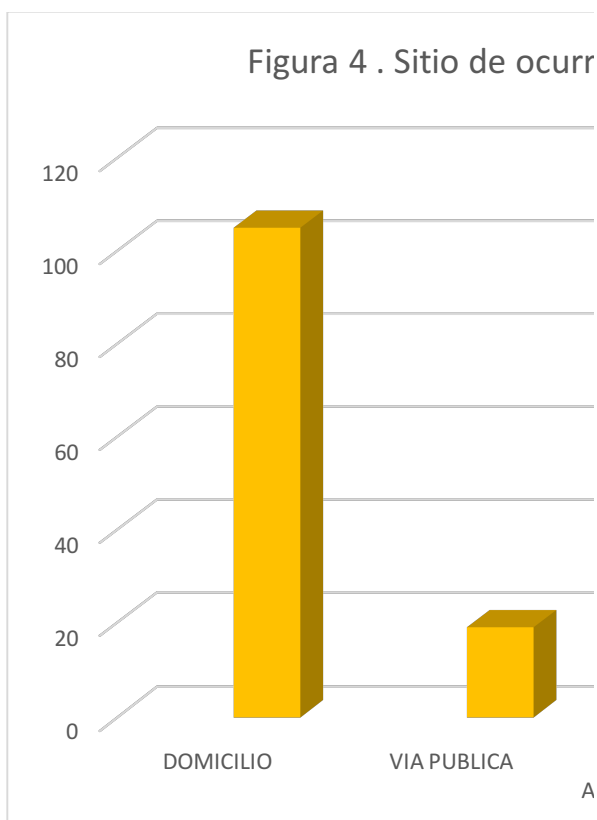
Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

La ocupación de la mayor parte de las afectadas fue Ama de casa en 63 de los casos, seguido por Estudiantes en 20 casos, el resto su ocupación era de ayudante en general y comerciantes, solo en 3 de los casos se encontró desempleado o sin ocupación en ese momento la víctima.

Dentro de los casos de agresión de género que se revisaron, en su mayor parte el ataque se llevó a cabo dentro del domicilio de la víctima en 105 de las 128 agresiones y de forma más infrecuente en otra localización fuera de esta. (Ver Tabla 2 y Figura 4).

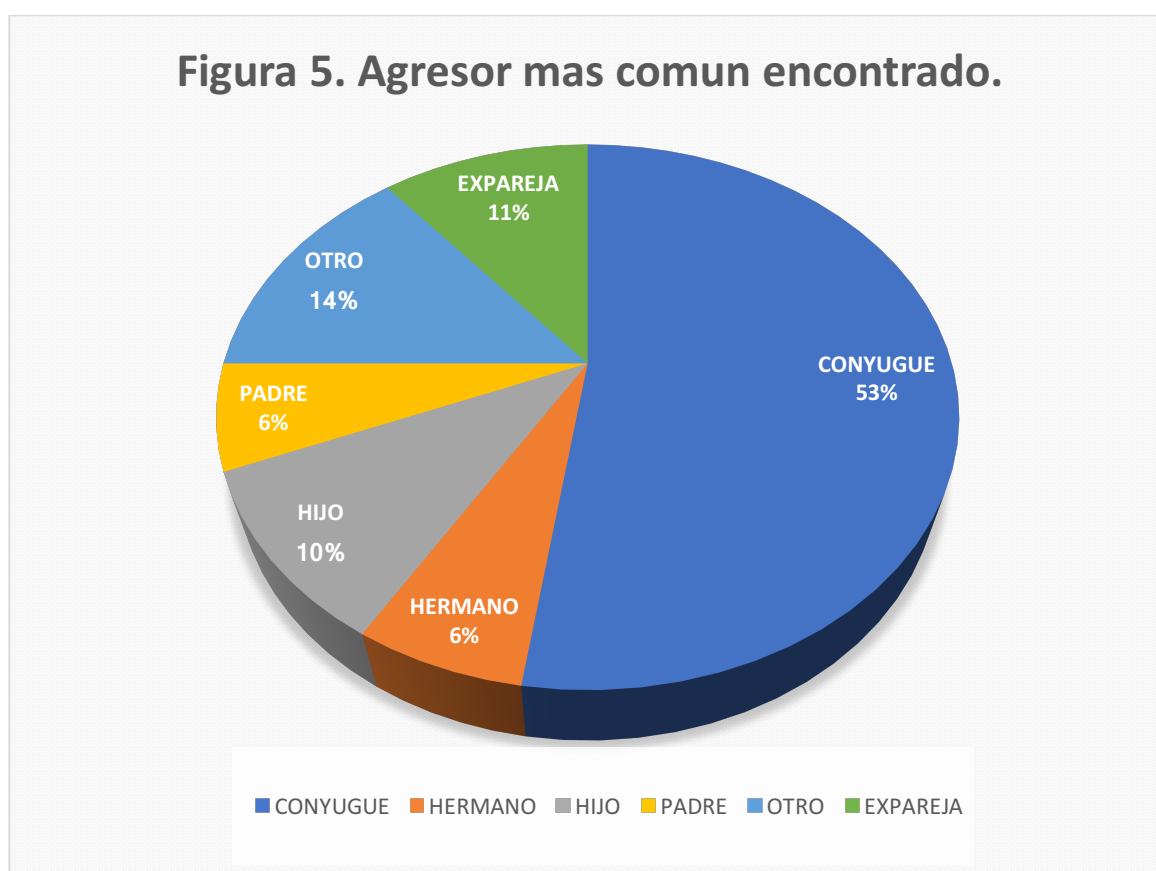
Tabla 2. Sitios de ocurrencia	
SITIO DE OCURRENCIA	
1 DOMICILIO	105
2 VIA PUBLICA	19
3 TRABAJO DEL AGRESOR O VICTIMA	
5 OTRO	4

Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.



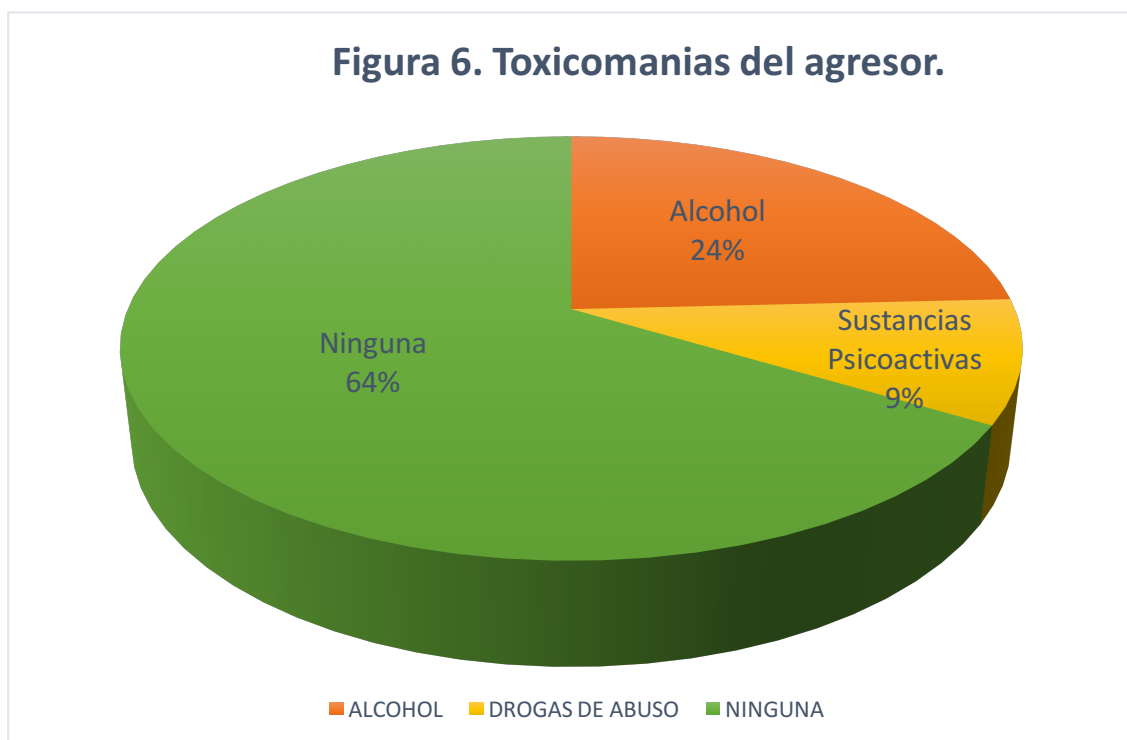
Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

El agresor en la violencia domiciliar que se encontró más frecuentemente asociado fue la de tipo conyugal, esto quiere decir que en un 53% de la totalidad la agresión fue por parte de la pareja sentimental en ese momento, en un 11% se debió a la expareja de la víctima, la agresión por parte del hijo de la víctima fue en un 10% y el padre de la víctima fue en un 6%, dentro de otros agresores que ocupan un 14% se encuentran sobrino, yerno y suegro. (Ver Figura 5).



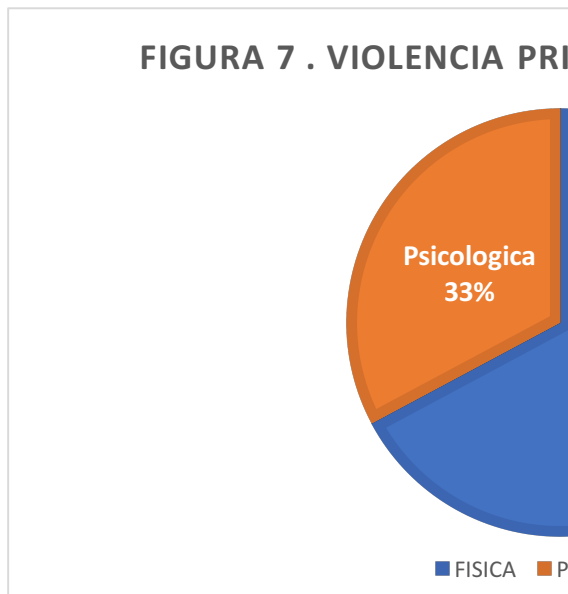
Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Por su parte los agresores que se encontraban bajo ingesta de bebidas etílicas fue en 24% de los casos y con efectos de alguna otra droga ilícita fue de 9%, en su mayoría los agresores no se encontraban bajo efecto de alguna sustancias psicoactivas 64%. (Ver figura 6).



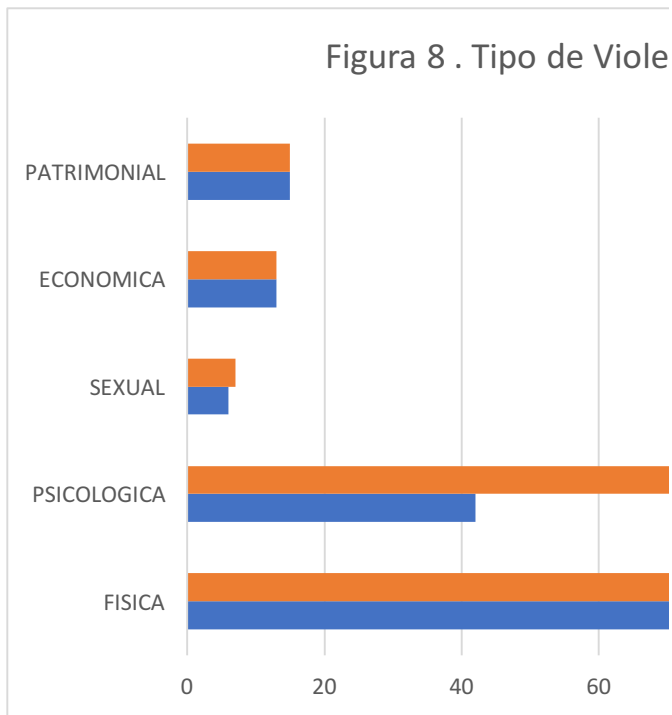
Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

El tipo de violencia que se ejerció de forma primaria fue la física, en la mayoría de los casos la primera acompañada de Violencia Psicológica por parte del mismo agresor en un 67% de la totalidad, en un 33% la agresión primaria fue la psicológica. (Ver figura 7).



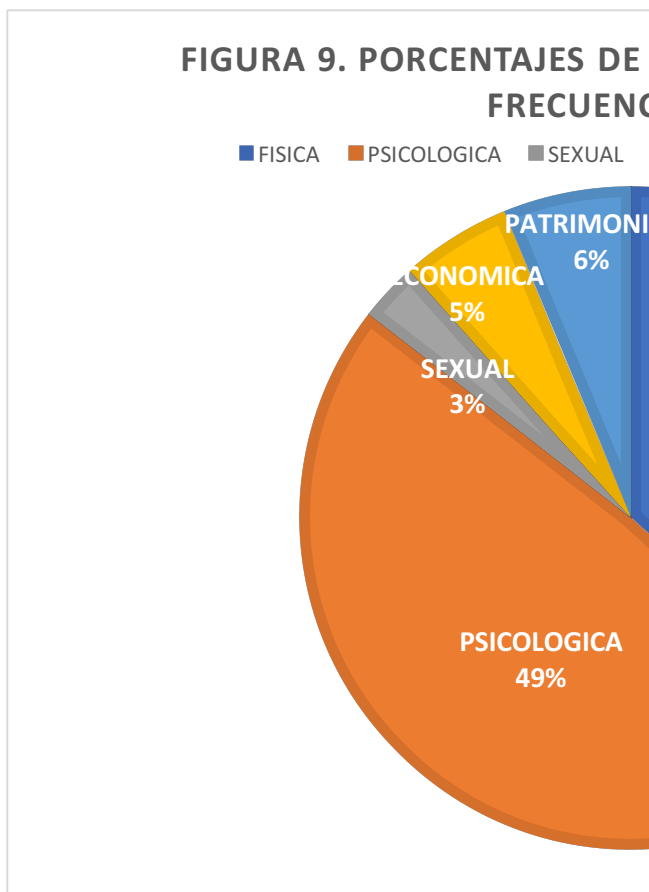
Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Sin embargo, estos resultados muestran que la mayoría de los agresores ejercían más de un tipo de violencia, en este caso la psicológica se acompañaba de la física; en su totalidad de los casos la patrimonial y la económica se acompañaron de otro tipo de violencia, la violencia sexual en 5 de sus 6 casos se acompañó de violencia física. En la Figura 8 se muestra el número de casos de violencia que fueron reportados con más de un tipo de violencia, como podemos observar la Psicológica fue la que más frecuentemente se encontró sola. Sin embargo, por su parte la Agresión Física, en su mayor parte se acompañó de otro tipo de violencia ya sea psicológica, sexual, económica o patrimonial (Ver Figura 8 y 9).



Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

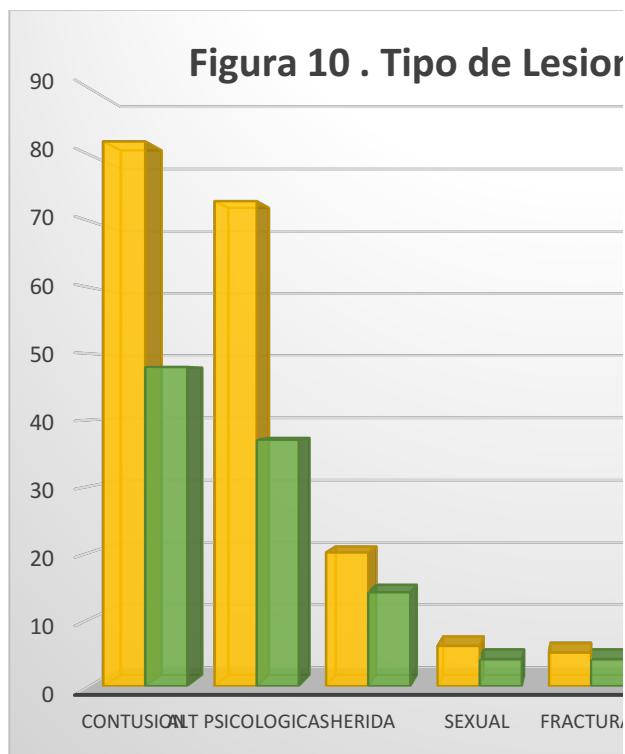
El tipo de violencia según su porcentaje por la frecuencia que se presento fue la agresión psicológica en un 49% de su totalidad, la violencia física con 37%, Violencia Económica con 5%, Patrimonial 6%, Violencia sexual del 3%.



Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Los tipos de lesiones más frecuentes que se encontraron fueron las contusiones en 82 ocasiones, y se encuentran solo alteraciones psicoemocionales en 73 ocasiones, ellas también acompañadas de otro tipo de lesiones. Se encuentran 6 casos de abuso sexual, acompañado en 4 ocasiones de lesiones físicas como contusiones y alteraciones psicoemocionales. En 20 casos se ocasionaron heridas por objetos cortantes y corto contundentes. En 5 casos fueron Fracturas en 4 de 5 fracturas de cráneo, en una ocasión fractura de extremidades superiores, solo en dos ocasiones se reportaron casos de

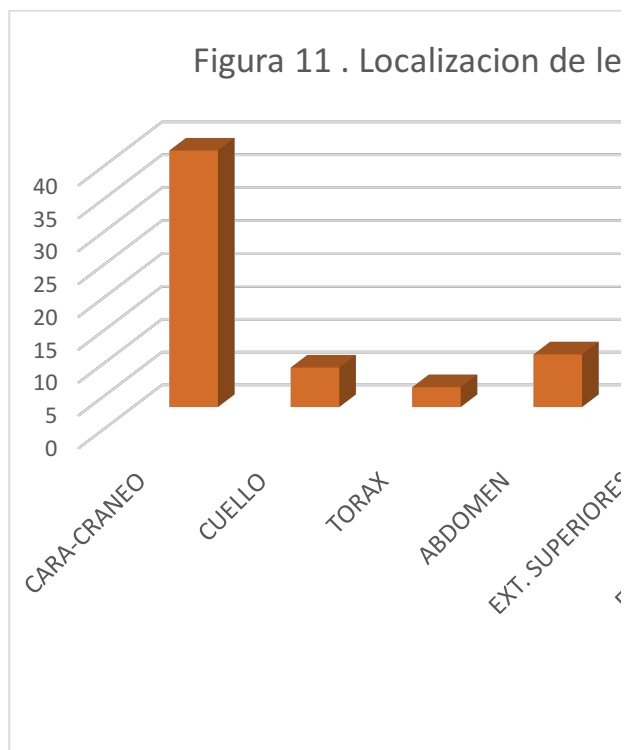
quemaduras, en una ocasión caso de luxación de una extremidad y en otro caso la presencia de escoriaciones. Dentro de otros casos se encuentra la presencia de Amenaza de aborto en 1 ocasión y Parto fortuito con trauma cerrado de torax en un caso. (Ver Figura 10).



Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

La localización más frecuente de las lesiones fue en Cara y Cráneo con 39 lesionadas en esta zona anatómica, en 38 ocasiones se encontraron solamente alteraciones Psicoemocionales, en extremidades superiores se encontraron con 27 lesiones, en regiones como abdomen se encontraron 8

lesiones y en tórax 3 lesiones, en genitales se encontraron por 6 lesionadas relacionadas con abuso sexual. (Ver Figura 11).

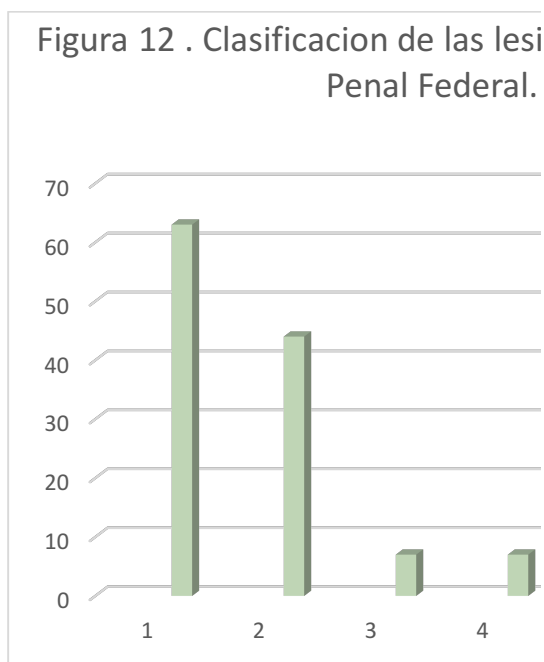


Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Según la localización de las lesiones, se buscó intencionadamente la gravedad de las mismas así como el grado de funcionalidad o si atenta la vida la lesión según el código penal federal, en donde se encontró que la mayoría de las lesiones no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de 15 días, tal es el caso de 63 pacientes en las que se llevóa cabo el estudio, en segundo lugar con 44 pacientes victimas que como secuela quedan con alteraciones psicoemocionales, en 7 casos de los estudiados fueron lesiones ocasionadas que ponen en peligro la vida, como lo fue choque hemorrágico grado IV, Hemorragia subaracnoidea con contusiones frontales, Trauma cerrado de

abdomen con hemorragia obstétrica, Traumatismo craneoencefálico severo con fracturas de base de cráneo, de obrita, trauma facial, trauma de abdomen penetrante que requirió de manejo quirurgico, sin embargo no se notificó defunción de las mismas, en 5 de los casos las lesiones ocasionadas contribuyeron para disminuir alguna facultad de las victimas, como fue el caso de caída de pieza dental, en otro de los casos las lesiones contribuyeron para la incapacidad permanente para trabajar, y en otro de los casos la inutilización completa de alguno de los órganos como es el caso de una enucleación de ojo.

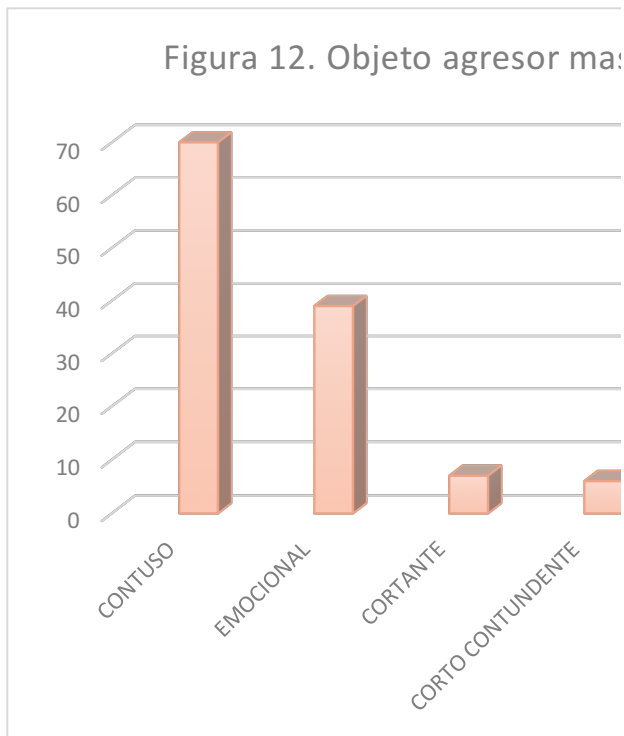
(Ver Figura 12).



Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

1. Lesiones que tardan en sanar menos de 15 días; 2. Alteraciones Psicoemocionales; 3. Lesiones que ponen en peligro la Vida; 4. Lesiones que tardan en sanar más de 15 días; 5. Lesiones que contribuyen para disminuir alguna facultad; 6. Lesiones que contribuyen para incapacidad permanente; 7. Lesiones que ocasionan la inutilización completa de alguno de los órganos; 8. Lesiones que dejan cicatriz en cara.

Los objetos con que se ocasionaron las lesiones por el orden de frecuencia en le que se encontraron fueron objetos romos en 70 ocasiones de todos los casos, violencia emocional en 39 casos sin presencia de lesiones físicas, objetos cortantes dentro de los que se encontraron tijeras, navas y cuchillos fueron en 7 casos, objetos corto contundentes que ocasionaron lesiones en las víctimas de forma cortante se presentaron en 6 ocasiones, agresiones sexuales sin agresión física por otro objeto se debió en 4 casos, con un objeto caliente que llamaremos agua hirviendo en 1 caso provocando quemadura de 2do grado, y por proyectil de arma de fuego en 1 ocasión que provoco fractura en mano (Ver tabla 3 y Figura 12).



Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

Tabla 3. Objeto agresor más frecuente.

OBJETO AGRESOR	# PACIENTES
Objeto Romo (contuso)	70
Emocional	39
Cortante	7
Corto contundente	6
Sexual	4
Objeto caliente	1
Proyectil arma de fuego	1

Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

El tiempo de estancia hospitalaria secundario a las lesiones ocasionadas por la agresión las dividimos en tiempo en horas de estancia en urgencias,

donde se encontró como Tiempomínimo de estancia en urgencias de 1 hora, y tiempo máximo de estancia en urgencias fue de 20 horas, calculando un promedio en horas de estancia hospitalaria de 6.01, y con una Moda de 4 horas (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Tiempo de estancia hospitalaria.	
EDAD	HORAS ESTANCIA
EDAD MAX	20
EDAD MIN	1
PROMEDIO EDAD	6.01
MODA HORAS	4

Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

En 14 ocasiones se requirió de mayor tiempo de estancia no solo en sala de urgencias sino en piso de alguno de los servicios del nosocomio, donde la estancia máxima fue de 25 días, y la estancia mínima de 2 días, con un promedio de 7.35 días de estancia, relacionadas las estancias prolongadas con las lesiones que pusieron en peligro la vida (ver Tabla 5).

Tabla 5. Días de estancia hospitalaria fuera de urgencias	
Tiempo maximo	25días
Tiempo minimo	2días
Promedioidias	7.35días

Fuente: Archivo clínico Hospital General Balbuena 2016.

DISCUSION

Este estudio se llevó acabo con la finalidad de observar la frecuencia en el año 2016 de agresión de Genero, sin importar el tipo de violencia que se ejerciera pero que fuere de forma inter domiciliaria o por familiares que se encontraran directamente relacionados de alguna línea familiar con la víctima. Buscamos en especifico características epidemiológicas de las victimas asi como del tipo de agresión y la forma en la que estas la presentan.

Las edades más frecuentes que fueron afectadas en este estudio fueron entre los 21-30 años de edad, lo cual concuerda según las estadísticas de la Encuesta Nacional la cual reporto que la mayor parte de la agresión la reciben jóvenes de 15 a 29 años.^{18,19} Según la OMS las pacientes más propensas a recibir agresión son aquellas con un nivel educativo menor, lo cual según este estudio concuerda con el nivel de escolaridad Secundaria en 41% de la totalidad de las pacientes estudiadas, sin embargo, si a este porcentaje agregamos el nivel mínimo de estudios y aquellas pacientes que no cuentan con escolaridad hablamos de un 67% de las pacientes estudiadas.^{4,18} Según este estudio la ocupación de Ama de casa se presenta de forma más frecuente en las pacientes, este grupo de pacientes se encuentra con más vulnerabilidad en comparación de otros grupos poblacionales.¹⁸

El sitio de lugar de ocurrencia de la agresión fue en el domicilio de la paciente en 82% seguido de agresión en la vía publica en el 19% de las pacientes siendo

esta una minoría, de acuerdo a la literatura refiere que más del 50% de las pacientes han recibido agresión en su domicilio y su agresor es un hombre íntimo de alguna parte de su vida; de la misma forma en comparación con este estudio el agresor más común fue el conyugue actual de la pareja en un 53%, y la agresión por otro hombre íntimo fue su expareja en el 11%, concordando con la literatura que refiere que el agresor conyugue es en aproximadamente el 30%.^{3,5}

Se describe en diversos estudios que el motivo de agresión y muerte es la riña conyugal correspondiente al 12.1%, encontramos nosotros en este estudio que las lesiones más frecuentes en la agresión física fueron contusiones en diversas localizaciones del cuerpo en un 43%, a pesar de que no encontramos estudios que describieran las lesiones más frecuentes encontramos posterior a feminicidios y se coincide con este estudio en las lesiones traumáticas más frecuentes como son Traumatismo craneo encefálico, trauma cerrado de tórax, trauma de abdomen y trauma penetrante de abdomen.^{4,18,19}

El tipo de violencia más frecuente que encontramos en nuestro estudio fue la Psicológica con 49%, Física 37%, Patrimonial 6%, Económica 5%, Sexual 3%; en comparación con los estudios que reportan la más Frecuente Emocional en 89.2%, Económica 56.4%, Física 25.8% y la sexual 11.7%, concordando con este estudio con el más frecuente que es la emocional y la más infrecuente que es la sexual.^{19,5}

Dentro de los limitantes de este estudio debemos destacar que por su carácter observacional existe seso de información ya que no siempre se documenta en expedientes de forma precisa tanto antecedentes epidemiológicos de las pacientes como el tipo de lesiones que estas tuvieron y el tiempo de estancia en el servicio, por lo que algunos de estos casos tuvieron que excluirse. También se debe hacer notar que durante el manejo de expedientes clínicos existen expedientes que no coincidan con la identificación del paciente por lo que fueron descartados, así mismo muchos expedientes no se encontraban disponibles debido a que estaban siendo usados durante las consultas de seguimiento o el expediente se encontraba incompleto.

CONCLUSIONES

La violencia contra la mujer no es un problema de índole personal o privado, sino social y que constituye una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los hombres y mujeres, que han conducido a patrones sociales violentos. Con estas bases encontramos en este estudio datos alarmantes acerca de que la violencia mas común viene desde el núcleo familiar favorecido por el conyugue que seguramente la impone sobre la mujer, donde su domicilio es el lugar menos seguro de todos, y que en la mayor parte de las veces un hombre íntimo será la persona que someta ante alguna de los diversos tipos de violencia.

La violencia Emocional es aquella que mas frecuentemente se presenta, este tipo de violencia también es la que mas se relaciona a trastornos agregados como adicciones al alcohol o algún otra droga ilícita y aumenta el 2.6 veces de probabilidad de producir o desarrollar algún intento suicida, sobre el contexto de agresión de genero, la violencia ejercida de forma emocional se presenta a través de insultos y humillaciones, sin embargo la agresión física que es el segundo lugar según frecuencia como objeto agresor primario se encuentran los objetos romos como son manos, puños y patadas, lesiones que hasta en un 5% van a poner directamente en peligro la vida, y la violencia sexual que a pesar de tener porcentajes menores puede ser la violencia que mas complicaciones puede presentar ya que esta se acompaña primariamente de casos de feminicidios y resulta ser la mas graves y mayores secuelas de vida.

Este estudio nos ayuda a demostrar el verdadero riesgo en el que se encuentra la mujer por el simple hecho de serlo, de vivir en su domicilio y tener un conyugue, ya que puede ser potencialmente una población vulnerable para la violencia, así como al darnos los medios más frecuentes en los que se llevan a cabo también nos habla de que podemos hacer para evitarlos y/o disminuirlos, de forma intrahospitalaria sabemos que la mayoría de las lesiones no pondrán en peligro la vida, pero que significativamente hasta en 1 de cada 15 pacientes debemos de buscar lesiones de mayor gravedad y/o que pongan en riesgo algún órgano vital, así como debemos de aprender como personal de salud a tener un protocolo y forma de actuación ante este tipo de situaciones, para dar un adecuado manejo medico y llevar acabo de forma adecuada las notificaciones pertinentes al ministerio publico para protección de la victima.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere continuar con una base de datos de aquellas pacientes que se atienden por agresión de genero en el servicio de Urgencias.
2. Se debe de dar aviso al Ministerio Publico en caso de sospecha de agresión de genero asi como al personal encargado de SEPAVIGE para su posterior control.
3. En el servicio de urgencias y como médicos de primer contacto debemos de estar instruidos acerca del procedimiento a realizar y como debmos de manejarnos ante casos como estos.
4. Se sugiere realizar este estudio con mas años de seguimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
2. LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA Última Reforma DOF 17-12-2015.
3. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: Qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra, 2012.
5. THE LANCET, Violence against women: global scope and magnitude, Vol 359, April 6, 2002.
6. Lancet, Prevention of violence against women and girls: lessons from practice, 2015; 385: 1672–84.
7. SEMERGEN, Violence against women: Knowledge and attitudes of health professionals of a problem on the increase, 2016.
8. M.^a C. Fernández Alonso y S. Herrero Velázquez, Atención a situaciones de violencia en Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia, 20, 475-508.

9. Claudia García-Moreno, KelseyHegarty, Ana Flavia Lucas d'Oliveira, et all. Violence against women and girls 2: The health-systems response to violence against women. SEMERGEN.
10. Anglin, Deirdre; Mitchell, Connie, Rosen's Emergency Medicine. Publicado January 1, 2014. Páginas 872-884.e3. © 2014.
11. Goldman-Cecil Medicine.Feder, Gene; MacMillan, Harriet, Intimate Partner Violence, L..Publicado January 1, 2016. Páginas 1629-1633.e2.2016.
12. David Martín-Baena, Isabel Montero-Piñar, Vicenta Escribà-Agüir etall. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences.
13. Las mujeres en Mexico: Estadísticas sobre desigualdad de genero y violencia contra las mujeres. Instituto nacional de estadística y geografía. 2010.
14. ONU Mujeres, MANUAL DE PLANES DE ACCIÓN NACIONALES SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, 2010.
15. Mary Ellsberg, Diana J Arango, Matthew Morton, et all. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?? November 21, 2014.
16. Sian Oram, Hind Khalifeh, Louise M Howard, Violence against women and mental health, November 14, 2016.
17. CÓDIGO PENAL FEDERAL, TITULO DECIMONOVENO: Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal; CAPITULO I: Lesiones. Nuevo Código

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931,
Última reforma publicada DOF 12-03-2015.

18. Nadia Mireya Franco Hernandez, Trabajo de investigacion: Caracterización de feminicidios ocurridos en la ciudad de Mexico del 2015 al 2013, CD MX Junio 2017.

19. Secretaria de salud Gobierno del Distrito Federal. Características epidemiológicas de casos atendidos por violencia de genero. Mexico. Mayo 2014.

ANEXO I. Cedula de recolección de datos.

No. Expediente.	
Edad	
Escolaridad	
Ocupacion habitual	
Escolaridad	
Agresor	
Objeto agresor	
Toxicomanias del agresor	
Sitio de ocurrencia de la agresion	
Tipo de lesion	
Lesionmas frecuente	
Gravead de la lesion	
Tiempo de stancia hospitalaria	
Localizacionmas frecuente de la leison	
Tipo de violencia	

ANEXO II.

