

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA LEGAL
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



“LESIONES PRESENTES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES TOLUCA EN EL 2020, AÑO DE LA PANDEMIA”

**FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO
COORDINACIÓN GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES
SERVICIO MEDICO FORENSE TOLUCA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA LEGAL**

**PRESENTA A:
M.C. BLANCA ESTELA MORA MENDOZA**

**DIRECTOR:
M.L. MANUEL CAMACHO ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL**

**REVISORES:
E. en M.L. LETICIA GUZMAN SAMPAYO
E. en M.L. KARLA LIZBETH GOMORA MAYA
E. en M.L. MARINA MENDIETA TAPIA
E. en ANATO.PATOL. LAURA ALEJANDRA MENDOZA LARIOS**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2022

**“LESIONES PRESENTES EN MUJERES ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES TOLUCA
EN EL 2020, AÑO DE LA PANDEMIA”**

INDICE

Contenido

INDICE.....	3
RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO.....	7
DEFINICIONES DE LESIÓN.....	7
LESIONES CONSTUSAS.....	8
HERIDA OCASIONADAS POR ARMA BLANCA.....	11
TRAUMA OCULAR.....	13
QUEMADURAS	15
LESIONES OSTEOARTICULARES	16
LESIONES ODONTOLOGICAS	18
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	19
LA SUPERIORIDAD DEL HOMBRE SOBRE LA MUJER POR CULTURA MEXICANA.	20
HISTORIA DE LA DEFINICIÓN VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER	22
EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES POR ÁREA MÉDICA.....	25
LA PANDEMIA POR VIRUS SARS-COV2, FACTOR PARA QUE AUMENTARA O SE INICIARA LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER.....	27
RECUENTO 2020: ASÍ SE VIVIÓ LA PANDEMIA DE COVID-19	29
FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.....	31
VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO	35
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
JUSTIFICACIONES.....	39
Justificación Científica	39
Justificación Política.....	39
Justificación Social	40
Justificación Académica	40
Justificación Epidemiológica.....	40
HIPÓTESIS.....	41
OBJETIVOS.....	42
Objetivo general.....	42
Objetivos específicos.....	42
MÉTODO	43
Universo de trabajo y muestra o población de estudio.....	43

Criterios de exclusión.....	43
Criterios de eliminación:	43
Instrumentos de investigación	44
Desarrollo del proyecto.....	44
Límite de tiempo y espacio	44
Diseño de análisis	44
IMPLICACIONES ÉTICAS.....	45
RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
Bibliografía	599
Anexos	64

RESUMEN

El estudio de la violencia en contra de las mujeres por área médica ha sido poco estudiado, a nivel mundial países como España, Cuba y Perú de acuerdo a bibliografía publicada, se revisa este tema, incluso por zona geográficas donde más denuncias o registros, así como estudios de las características sociodemográficas de las poblaciones; en caso particular de nuestro país, México, la mayoría de los estudios y estadísticas son por área de sociología, periodismo y en materia de derecho humanos.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal y analítico, mediante el sistema IBM SPSS Statistics Version 21, donde se revisó con previa autorización oficial las certificaciones médicas de mujeres que presentaron lesiones, emitidos del primero de enero 2020 al treinta y uno de diciembre del 2020 atendidas en el Centro de Justicia para las Mujeres con sede Toluca donde se obtendrán aspectos sociodemográficos como edad, ocupación, estado civil, quien las agredió, la región anatómica lesionada y tipo de lesiones.

Mediante esta investigación se obtuvo que las lesiones tipo contusas son las más frecuentes y en segundo lugar las lesiones por arma blanca, concluyendo que el confinamiento por pandemia si fue un factor para que aumentara la violencia en contra de las mujeres, así como las mujeres de veinte a veinticinco años, dedicadas al hogar, estado civil solteras son las más afectadas; el agresor más frecuente es el concubino y los miembros inferiores es la región anatómica más común que donde se presenta las lesiones.

SUMMARY

The study of violence against women by medical area has been little studied, worldwide countries such as Spain, Cuba and Peru according to published bibliography, this topic is reviewed, including by geographical area where more complaints or records, as well as studies of the sociodemographic characteristics of the populations; In the particular case of our country, Mexico, most of the studies and statistics are by area of sociology, journalism and human rights.

An observational, cross-sectional descriptive and analytical study was carried out, using the IBM SPSS Statistics Version 21 system, where the medical certifications of women who presented injuries, issued from January 1, 2020 to December 31, 2020, were reviewed with prior official authorization. treated at the Women's Justice Center based in Toluca, where sociodemographic aspects such as age, occupation, marital status, who attacked them, the injured anatomical region and type of injury will be obtained.

Through this investigation, it was obtained that blunt-type injuries are the most frequent and secondly, stab injuries, concluding that the confinement due to the pandemic was a factor in increasing violence against women, as well as women from twenty to twenty-five years old, dedicated to the home, single marital status are the most affected; the most frequent aggressor is the concubine and the lower limbs is the most common anatomical region where the lesions occur.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIONES DE LESIÓN

En sentido general, lesión proviene del latín “*laedere*” significa “dañar”, es cualquier alteración dañosa producida en el cuerpo, particularmente en los tejidos, por una causa externa o una enfermedadⁱ.

El diccionario de la Real Academia Nacional De Medicina Legal define la lesión como la alteración morfoestructural que los agentes patógenos, sean físicos, químicos o biológicos, causan en el organismo en cualquiera de sus niveles de organización: molecular, celular, tisular, anatómico, corporal o social.ⁱⁱ

Cuello Colon en 1975 propone una definición amplia y concreta que dice: Desde el punto de vista legal, la lesión puede definirse como el daño causado en la salud física o mental de una persona.ⁱⁱⁱ

En 1871 cuando apareció por primera vez y claramente el concepto de lesión sugerida por el Dr. Luis Hidalgo y Carpio en el Código Penal Mexicano que decía: “bajo el concepto de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones y quemaduras, si no toda alteración de la salud y cualquier otro daño que deje huellas materiales en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por causa externa.^{iv}

Gilbert Calabuig refiere que las lesiones son todas las que, por si solas, no producen la muerte, si no que sin complicaciones o con ellas evolucionan hacia una curación que puede tener lugar con una *restitutio ad integrum* anatómica y/o funcional, o con secuelas que en la medida de lo posible deben repararse total o parcialmente, todo lo cual les concede el máximo interés médico-legal.^v

José Ángel Patito refiere que desde el punto de vista médico una lesión es "el producto de un traumatismo o la secuela orgánica o fisiopatológica que un organismo experimenta como consecuencia de una noxa externa". Desde el punto de vista jurídico, se conceptúa como lesión a: "todo daño en el cuerpo o en la salud". La noción de daño lleva implícita la idea de perjuicio. Se engloba dentro de este concepto a la resultante de la acción de un factor externo que afecte la estructura

anat6mica o sea que determine cambios en la morfologfa tanto interna como externa del organismo humano o que le provoque un detrimento en la salud en el aspecto psfquico, som6tico o funcional concerniente a alguno de los sentidos, 6rganos, aparatos, sistemas, miembros y/ o aptitudes en general.^{vi}

Vargas Alvarado refiere que lesi6n es sin6nimo de traumatismo, defini6ndola como toda alteraci6n anat6mica o funcional, que una persona causa a otra, sin 6nimo de matarla, mediante el empleo de una fuerza exterior.^{vii}

El C6digo del Estado de M6xico en el T6tulo Tercero Delitos Contra las Personas, Subt6tulo Primero Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal, Cap6tulo I Art6culo 236.- Lesi6n es toda alteraci6n que cause daos en la salud producida por una causa externa.^{viii} Siendo esta definici6n la que ocuparemos como referencia en nuestra investigaci6n, ya que los certificados expedidos est6n bajo lo dispuesto en este art6culo.

LESIONES CONSTUSAS

Las contusiones son traumatismos producidos por cuerpos romos; es decir, cuerpos que no tienen filo. El mecanismo de acci6n de estos agentes es por la fricci6n, presi6n, percusi6n y tracci6n; se agrupan en dos grandes grupos: Contusiones simples y complejas. Las contusiones simples son las producidas por un solo mecanismo de contusi6n, y comprenden el apergaminamiento, la excoriaci6n, la equimosis, derrames, herida contusa.^{ix}

Gisbert Calabuig las divide seg6n integridad de la piel: con integridad de la piel la equimosis, contusiones profundas, derrame de serosidad y derrame cavitario; con lesi6n cut6nea la excoriaci6n y herida contusa.^x

Excoriaci6n: Lesi6n superficial de la piel que se produce cuando el cuerpo contundente act6a de preferencia por un mecanismo de frotamiento. Se suele distinguir la erosi6n, en la que perdida de sustancia cut6nea afecta solamente a la epidermis sin descubrir el cuerpo papilar, de la excoriaci6n en la que hay un levantamiento m6s o menos extenso de la dermis con denudamiento del corion^{xi}. El agente contundente act6a por fricci6n y puede desprender la epidermis y llegar

hasta la dermis. Por esta razón, los autores mexicanos hablan de contusión dermoepidérmica; pero lo más frecuente es que abarque solo la epidermis, respetando su capa basal o germinativa. La excoriación tiene una tonalidad parda rojiza, y la epidermis así desprendida a veces puede verse arrollada en el extremo distal. Se localiza con mayor frecuencia en áreas descubiertas y, en especial, donde hay saliencias óseas. Autores como DiMaio distinguen tres tipos de excoriaciones: por raspado o deslizamiento, por presión o impacto, y por patrón.^{xii}

Equimosis: Esta lesión consiste en un derrame de sangre en los tejidos subcutáneos, a menudo en la capa adiposa o hipodermis, y se transparenta en la piel como una mancha. Para la formación de una equimosis se requieren las condiciones siguientes: ruptura de venas, vénulas, y pequeñas arterias, circulación sanguínea, presión arterial y venosa adecuada, coagulación de la sangre, extravasación de glóbulos rojos y glóbulos blancos en la vecindad.^{xiii}

Derrame: Se trata de acumulación de sangre y linfa, ya sea en el interior de cavidades naturales o de espacios neoformados, como resultado del daño vascular. En estos casos el agente traumático actúa por medio de la presión o de la percusión. Los derrames sanguíneos pueden ser el hematoma, la bolsa sanguínea y el derrame cavitario. Un hematoma es una acumulación de sangre que consiste en la coloración de esta en un espacio que se ha formado por la separación de planos de tejidos. En la piel origina un abultamiento y un cambio en el color.^{xiv}

Mordeduras: Son las lesiones contusas producidas por los dientes. Se deben a un mecanismo combinado de presión y tracción, pues los dientes primero hieren la piel, penetrando en los tejidos subcutáneos, y luego actúan como agentes de tracción. Las mordeduras pueden causarlas los animales o el hombre. En el primer caso plantean a menudo problemas de accidentes de trabajo; en el segundo, suelen ser lesiones dolosas. Estas heridas presentan a lo largo de sus bordes las huellas de los dientes que las han producido, siendo esta su principal característica. Suelen ser semilunares, múltiples y a menudo están rodeadas por una zona más o menos contusa y equimótica. A lo largo de esta semiluna se suceden las señales de los dientes, dispuestas en dos series contrapuestas que se corresponden con la

disposición que tienen los dientes en la respectiva arcada dentaria. De ahí su interés identificativo. Hay, sin embargo, gran variedad de lesiones de mordedura, que pueden ser desde simples excoriaciones o equimosis, hasta verdaderos arrancamientos de partes salientes. La mordedura humana presenta la forma de una herradura, en los casos bien definidos, con pequeñas soluciones de continuidad. Suelen asentar en nariz, orejas, labios y pezones, y a veces se producen arrancamientos.^{xv}

Heridas contusas: Son una solución de continuidad de la piel que puede extenderse a otros tejidos subyacentes y causadas por la acción de un instrumento contundente; además, obedecen a la sobredistensión de la piel, que supera su índice de elasticidad, el cual es de 2 a 3 kilos por cada 2 a 3 mm². la sobredistensión puede producirse por presión, percusión o tracción del agente contundente. La presión a veces se ejerce desde afuera y en otras ocasiones de adentro hacia fuera, como es el caso de un fragmento de hueso que en una fractura expuesta rompa la piel^{xvi}. En la producción de heridas contusas intervienen diferentes mecanismos: El cuerpo contundente actúa por medio de un ángulo más o menos agudo, pero no cortante, o por un punto que sobresale sin llegar a ser puntiagudo, de modo que la fuerza del instrumento se concentra en sitios limitados de la piel y vence su cohesión con más facilidad. La piel resulta fuertemente comprimida contra una cresta ósea más o menos afilada (arcada superciliar, cresta tibial), resultando herida de dentro afuera. El instrumento de forma redondeada golpea una región en la que el hueso subyacente es convexo, como sucede cuando se ponen en contacto un bastón con la calota craneal, caso en que se concentra la fuerza viva en una línea o punto, produciéndose con facilidad el desgarramiento de la piel. La piel puede ser herida de dentro afuera por las esquirlas o fragmentos de un hueso fracturado, concurriendo con el agente contundente que actúa desde fuera, en la producción de heridas cutáneas.^{xvii}

Las heridas contusas se caracterizan por una gran irregularidad, que depende de la región herida, de la fuerza y dirección del golpe, de la naturaleza del instrumento, etc. Si el instrumento golpea perpendicularmente, la herida es irregular, con los bordes dentados. El tejido subcutáneo se desgarrará más extensamente que la piel,

por lo que los bordes están despegados. Aparecen, además, excoriados y equimóticos. La profundidad es variable y el fondo desigual, con elementos que permanecen como puentes entre las paredes de la herida. Si actúa oblicuamente, se observa un mayor despegamiento de los bordes de la herida, despegamiento que a veces asume extensiones notables. El despegamiento de la piel puede combinarse con laceraciones de esta, dando lugar a colgajos irregulares, con la superficie profunda muy desigual y notablemente mortificada. Si la piel se distiende al ser aplastada entre la potencia vulnerante y un borde óseo subyacente, se suelen producir heridas alargadas y bastante regulares, que toman el aspecto de hendiduras lineales.^{xviii}

HERIDA OCASIONADAS POR ARMA BLANCA

El nombre de arma blanca se deriva del brillo metálico de la hoja que constituye la parte activa de este tipo de agente, brillo que algunos pueden confundir con el color blanco. En efecto, estas armas suelen estar conformadas por una lámina metálica, con filo en uno o más bordes, la cual puede tener un extremo agudo. En otros casos, consisten en un objeto cilíndrico o prismático que posee un extremo puntiagudo. Por tales razones, DiMaio y DiMaio dicen en forma concreta que estas heridas se deben a armas puntiagudas y afiladas y las dividen en cuatro grupos: heridas de puñal, heridas incisivas, heridas en tajadas y heridas terapéuticas o diagnósticas. El maestro Bonnet las divide en dos grupos, pero con diferentes criterios: Heridas extendidas predominantemente en superficie: herida incisa y herida contusocortante. Heridas extendidas predominantemente en profundidad: herida punzocortante y herida punzante. En un contexto general, toda herida está formada por bordes o labios, paredes y fondo. Los bordes se unen en los extremos, constituyendo colas o ángulos. Las paredes parten de los bordes y terminan en el fondo de la herida. En el caso de las heridas extendidas en superficie, las paredes son muy cortas y casi se confunden con los bordes; en cambio, en las heridas extendidas predominantemente en profundidad, las paredes son largas y afectan estructuras profundas del cuerpo.^{xix}

Heridas incisivas o cortantes: Constan de bordes lineales que se unen en extremos llamados colas o coletas. Hay una cola de entrada, que es corta y profunda, y una cola de salida, que es larga y superficial, debido a lo cual Lacassagne la llamó "cola de ratón". Estas heridas son producidas por armas de poco peso, que actúan por un borde afilado, como es el caso de la hoja de bisturí, o de la hoja tradicional de afeitarse o un fragmento de vidrio. Para separar tejidos, este tipo de agente debe hundir el filo en un extremo. a partir del cual se desliza sobre la piel, extrayéndose en el otro extremo. La hemorragia que se origina en estas heridas es externa. Ocasionalmente, dichas heridas se pueden producir por instrumento pesado, como el machete, cuyo filo se desliza, a la manera de un arco de violín. En este caso ambas colas son largas y con profundidad semejante. ^{xx}

Heridas punzocortantes: Tales heridas constan de un orificio de entrada, un trayecto y, a veces, de un orificio de salida. El orificio de entrada tiene bordes curvilíneos, que se unen en un extremo agudo y otro extremo obtuso, en forma de muesca o escotadura, estas características recuerdan el contorno de un pececito. La escotadura o muesca suele atribuirse al movimiento de rotación que el agresor imprime al instrumento para extraerlo del cuerpo de la víctima. Así, se habla de escotadura o muesca de salida izquierda o derecha (en relación con el observador), según que el instrumento haya sido empuñado con la mano derecha o izquierda, respectivamente. Estas heridas se infligen mediante instrumentos de hoja triangular con filo en uno o ambos bordes, los cuales se unen en un extremo agudo. Tomados por el puño, con la hoja debajo del borde cubital del antebrazo del agresor, se descargan con fuerza, de modo más o menos perpendicular, sobre el cuerpo de la víctima. Penetran por la separación sucesiva de tejidos. El trayecto es un conducto completo o terminar en fondo de saco, cualesquiera de ellos único o múltiples, según el número de penetraciones sin que el arma se haya extraído totalmente. El orificio de salida no es constante sino, por lo general, más pequeño que el orificio de entrada y tiene los bordes evertidos. La hemorragia que se origina es predominantemente interna. Entre los instrumentos que las producen se cuentan el puñal, el cuchillo de punta (de cocina) y el cortaplumas. ^{xxi}

Heridas punzantes: Se llaman así las producidas por instrumentos de forma alargada, de un diámetro variable, pero nunca muy considerable, de sección circular o elíptica, que terminan en una punta más o menos aguda (agujas, punzones, picahielos, etc.). Las heridas por instrumentos punzantes se definen por la existencia de un orificio de entrada, por un trayecto más o menos largo y, cuando traspasan por completo una zona del cuerpo, por un orificio de salida. El orificio adopta la forma de una hendidura de ángulos ligeramente redondeados, dicho de modo más gráfico, de ojal. Los ángulos son nítidos e iguales^{xxii}. El orificio de entrada reproduce la sección del instrumento y puede tener un anillo de contusión causado por la presión del mango, mientras que el mecanismo de producción consiste en la separación de los diferentes planos de tejidos. Las heridas punzantes son producidas por instrumentos de lámina con sección reducida, carente de bordes cortantes, la cual termina en un extremo agudo.^{xxiii}

Los objetivos del tratamiento de las heridas son parar la hemorragia, prevenir la infección, preservar la función y recuperar la forma. Consideraciones previas al tratamiento existen varios tipos de cierre de la herida; el cierre primario de la herida: Podemos realizar el cierre inmediato (sutura), una vez limpia y desbridada la herida; el cierre secundario: Consiste en dejar cicatrizar la herida espontáneamente mediante la formación de tejido de granulación (cicatrización por segunda intención); el cierre primario diferido: En estos casos dejaremos la herida abierta durante los 3 a 4 primeros días, con el fin de que vaya ganando gradualmente resistencia frente a la infección, y podamos realizar el cierre seguro posteriormente, siempre y cuando no aparezcan signos de inflamación o tejido desvitalizado.^{xxiv}

TRAUMA OCULAR

El Trauma Ocular Contuso se define como aquel originado por un objeto romo que contunde al globo ocular ocasionando daño tisular de diverso grado de afectación (Leve-Moderado-Severo) con compromiso de la función visual, temporal o permanente. Fisiopatológicamente el globo ocular sufrirá en primera instancia una brusca compresión (acortamiento del eje A-P) anteroposterior, con distensión

ecuatorial compensatoria. El retorno a la forma normal añadirá mayor trauma, explicándose así las lesiones en el segmento anterior o posterior. Puede clasificarse genéricamente en: Contusión Cerrada con indemnidad de las membranas que conforman y protegen el ojo(córnea-esclera) y con una gama de lesiones tisulares internas que van del grado más leve al severo. Contusión Abierta con ruptura de estas membranas, hallándose su ruptura generalmente a nivel del limbo esclerocorneal o en la inserción muscular de los músculos extraoculares (la esclera mide 0,6 mm a este nivel); objetivándose pérdida de humor acuoso, hemorragia o prolapso del contenido ocular: tejido uveal, compromiso del cristalino, humor vítreo y retina. León Fernández indica que es posible dividir las lesiones traumáticas oculares en no perforantes y perforantes. Esta clasificación es de gran utilidad, ya que permite distinguir el tipo de agente vulnerante. ^{xxv}

Laceración Palpebral: Es una solución de continuidad de la piel del párpado. El examen ocular completo previo a su reparación, incluye el fondo de ojo (FO) para descartar perforación del globo. Si se sospecha cuerpo extraño orbitario o ruptura del globo ocular se debe realizar TAC de órbita y cerebro. Se debe realizar diagnóstico diferencial con chalazión u orzuelo (su aspecto podría confundirse con una abrasión periorbitaria de la piel o laceración, pero no son de origen traumático).^{xxvi}

Equimosis Palpebral: Su etiología más frecuente es el traumatismo. Se presenta con: dolor, inflamación de párpados, hematoma. Puede no requerir tratamiento o bien antiinflamatorios tópicos y orales, según su severidad.^{xxvii}

Laceración conjuntival: Sus síntomas más frecuentes son dolor moderado, ojo rojo, sensación de CE e historia de traumatismo ocular. Se presenta como una solución de continuidad de la conjuntiva que tiñe con fluoresceína. Con hemorragia conjuntival y subconjuntival frecuente. Se debe realizar Exploración ocular completa, incluyendo el área de esclera subyacente, para descartar cuerpos extraños o la rotura del globo ocular o enfisema. Usualmente las hemorragias subconjuntivales se reabsorben espontáneamente sin necesidad de tratamiento, se utiliza ungüento antibiótico durante 4-7 días. Se puede prescribir parche oclusivo

durante 24 horas. Si el desgarro es grande se puede suturar. Si la herida es pequeña no requiere revisión. En los casos de grandes laceraciones, sin otra patología ocular concomitante, los pacientes deben ser revalorados en una semana. Se debe realizar diagnóstico diferencial con pterigión y pinguécula, patologías no son de origen traumático.^{xxviii}

QUEMADURAS

Las quemaduras son las lesiones resultantes de la acción de agentes físicos, químicos o biológicos que, al actuar sobre los tejidos, dan lugar a reacciones locales o generales cuya gravedad está en relación con su extensión y profundidad. Diversos agentes etiológicos producen lesiones de esta naturaleza, entre los que pueden citarse: Agentes físicos, químicos, biológicos; solo estudiaremos las quemaduras por agentes caloríficos, que transmiten el calor mediante objetos sólidos, líquidos en ebullición, vapores, gases o llama. La clasificación clásica de Dupuytren, establece diferentes grados según la respuesta que se produce en la región quemada.^{xxix}

Quemaduras de primer grado: Se denominan eritemas y consisten en un enrojecimiento de la piel resultante de la vasodilatación capilar local. Se acompañan de prurito y dolor por la irritación nerviosa. La lesión queda localizada en la epidermis y solo es visible en el vivo.^{xxx}

Quemaduras de segundo grado: Vienen definidas por la formación de vesículas o flictenas resultantes de la licuefacción del cuerpo mucoso de la dermis. Hacia este espacio se produce una liberación de histamina y de plasma que rellena las flictenas e infiltra el tejido vecino, dándole un aspecto edematoso. A menudo estas flictenas se desgarran antes de la muerte; en tal caso, el corion dérmico desnudo forma una placa apergaminada amarillo-negruzca o gris-parda, recorrida por una red vascular y, a veces, sembrada de equimosis.^{xxxi}

Quemaduras de tercer grado: En ellas hay destrucción parcial de la piel, originando la lesión conocida como escara, que interesa la dermis y el tejido

conjuntivo subyacente. La lesión presenta un aspecto blanco-grisáceo o gris-pardo y se apergamina en el cadáver. Al curar deja características cicatrices elevadas, radiadas, queloides a veces y retraídas, produciendo importantes desfiguraciones y trastornos funcionales.^{xxxii}

Quemaduras de cuarto, quinto y sexto grado: En ellas se produce una total destrucción del tejido, llegando a la carbonización, que afectará, según el grado, la dermis y la epidermis, el tejido celular subcutáneo y las envolturas del tejido muscular, así como los vasos, nervios y cavidades serosas. En un grado extremo llega a afectar los huesos.^{xxxiii}

LESIONES OSTEOARTICULARES

Esguince cervical: Es el resultado de una lesión combinada entre extensión /flexión de los tejidos blandos de la columna cervical, que ocasiona lesión de ligamentos con estiramiento de los músculos de la columna cervical debido a mecanismo de aceleración y desaceleración de energía transmitida al cuello. El médico familiar corrobora clínicamente el diagnóstico de esguince cervical y lo clasifica en grados de acuerdo a la clasificación de Quebec Task Force. Los signos clínicos típicos son dolor en el cuello, espasmo en los músculos paraespinales y esternocleidomastoideo. El dolor generalmente se desarrolla inmediatamente después del accidente y puede incrementar en pico de uno a dos días del evento. Los estudios radiológicos simples se solicitan para descartar lesiones óseas o degenerativas ya que existe evidencia de que los cambios radiológicos observados en la curvatura fisiológica de la columna cervical (rectificación o inversión de la lordosis) no siempre se correlaciona con el mecanismo de lesión o grado del esguince, pues su origen puede deberse a defectos posturales.^{xxxiv}

Luxación de la articulación temporomandibular: Se define como la separación completa de las superficies articulares de los cóndilos mandibulares. Los pacientes que sufren este tipo de luxación no son capaces de reducirla por sí mismos siendo ésta una característica que la diferencia de las subluxaciones. Algunos autores refieren que la mayoría de los casos se originan como consecuencia de

traumatismos (caídas, atropellos, accidentes domésticos, violencia entre personas); otros autores exponen la causa no traumática como la más común, pudiéndose producir de forma espontánea precipitada por ejemplo por bostezos, risa, canto, la apertura forzada de la boca en las intubaciones endotraqueales o la apertura prolongada de la boca durante tratamientos odontológicos o procedimientos endoscópico. Se pueden clasificar dependiendo de la localización anatómica del cóndilo en relación con la mandíbula, siendo la luxación anterior la posición más frecuente, en la que el cóndilo mandibular se localiza arriba y delante de la eminencia temporal. Según la duración de la misma pueden subclasificarse en agudas cuando es de minutos u horas, mantenida o crónica persistente de dos a tres meses y crónica recurrente cuando la mandíbula tiende a luxarse a lo largo del tiempo.^{xxxv}

Luxación de Cadera: La luxación traumática de la cadera como lesión aislada o asociada a fractura del acetábulo, la cabeza femoral, o ambas, es resultado de mecanismos de alta energía, principalmente de accidentes automovilísticos, seguido con mucha menor frecuencia por caídas de altura mayor de tres metros. La dirección de la luxación depende de la posición de la extremidad al momento del impacto, de la dirección de la fuerza aplicada y de la anatomía del fémur. La luxación posterior es diez veces más frecuente que la anterior, ésta se produce como resultado de una fuerza axial que actúa sobre el fémur con la cadera en flexión. La posición de la cabeza femoral al momento del impacto es determinante en la forma de la luxación, con flexión y aducción se favorece una luxación pura, mientras que con flexión y abducción se favorece fractura de la pared posterior del acetábulo previa a la luxación. La luxación anterior es resultado de una posición en abducción y una fuerza en rotación externa; si esa misma fuerza se aplica con la cadera en flexión la luxación es inferior obturatriz; por otra parte, si la fuerza se aplica en extensión, la luxación resultante es púbica. Al producirse la luxación se rompen la cápsula, el ligamento redondo y el labrum. Los grupos musculares adyacentes pueden lesionarse de igual manera. El cartílago articular de la cabeza femoral y del acetábulo también sufren daño directo a consecuencia del traumatismo.^{xxxvi}

Fractura: Es la solución de continuidad de un hueso, originada en este caso por un agente contundente. Como consecuencia de la presión o de la tracción, el hueso se incurva hasta dividirse, mientras que el daño puede oscilar desde una fisura o línea de fractura parcial hasta la multifragmentación. La fractura es simple cuando se divide el hueso en dos o más fragmentos grandes y conminuta cuando resultan numerosos fragmentos pequeños. Si el daño óseo queda recubierto por piel íntegra, se califica de fractura cerrada, en cambio, si los fragmentos de hueso rompen la piel, se denomina fractura expuesta. ^{xxxvii}

LESIONES ODONTOLÓGICAS

Las lesiones dentales traumáticas (LDT) son comunes, las estadísticas de la mayoría de los países muestran que una cuarta parte de todos los niños en edad escolar y casi un tercio de los adultos han sufrido. Las principales causas son golpes por: caídas, objetos, deportes, colisiones, actividades físicas de ocio y accidentes de tránsito, presentándose en mayor cantidad durante el otoño, casi todas las lesiones abarcan los dientes anteriores, principalmente los incisivos centrales superiores y por lo regular se afecta un diente. El patrón facial es otro aspecto a considerar. Las personas que presentan incisivos protruidos tienen casi dos veces más posibilidades de sufrir que otros con sobremordida horizontal normal. Se pueden clasificar dependiendo de las estructuras involucradas. Aunque existen varias clasificaciones la descrita por Andreassen y aceptada por la OMS es la siguientes: ^{xxxviii}

Lesiones de tejidos dentales y pulpares: grietas en el esmalte sin pérdida de estructura, fractura de la corona, fractura de esmalte, fractura de la dentina, fractura complicada que involucra: esmalte, dentina y pulpa, fractura de la raíz, fractura de la corona y raíz, fractura no complicada de la corona y raíz sin exposición pulpar, fractura complicada de la corona y raíz con exposición pulpar. ^{xxxix}

Lesiones del ligamento periodontal: Concusión donde no se observa incremento de la movilidad ni desplazamiento, existe dolor a la percusión; Desplazamiento dental

como: intrusión, extrusión y luxación lateral; Subluxación (movilidad); Avulsión (pérdida del diente).^{xi}

Lesiones óseas: Fractura de la pared alveolar, fractura del proceso alveolar, fractura de maxilar o mandíbula.^{xli}

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

El trauma craneoencefálico se define como una patología médico-quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la consciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o neurofisiológicos, o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas atribuibles al trauma, producto de la liberación de una fuerza externa ya sea en forma de energía mecánica, química, térmica, eléctrica, radiante o una combinación de éstas, resulta en un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y los vasos sanguíneos que irrigan este tejido. Comprende lesión primaria, secundaria y terciaria. ^{xlii}

Lesión primaria: Es el daño directo tras el impacto debido a su efecto biomecánico o por aceleración-desaceleración. En relación con el mecanismo y la energía transferida, se produce lesión celular, desgarro y retracción axonal y alteraciones vasculares. Depende de la magnitud de las fuerzas generadas, su dirección y lugar de impacto. Hay lesiones focales como la contusión cerebral, en relación con fuerzas inerciales directamente dirigidas al cerebro y lesiones difusas, como la lesión axonal difusa, en relación con fuerzas de estiramiento, cizallamiento y rotación.^{xliii}

Lesión secundaria: Sucede por una serie de procesos metabólicos, moleculares, inflamatorios e incluso vasculares, iniciados con el traumatismo, activando cascadas que incrementan la liberación de aminoácidos excitotóxicos (glutamato) que activan receptores MNDA/AMPA los cuales alteran la permeabilidad de membrana (aumentando el agua intracelular, liberan potasio al

exterior y permiten la entrada masiva de calcio en la célula), estimulando la producción de proteinasas, lipasas y endonucleasas que desencadenan la muerte celular inmediata por necrosis o por apoptosis celular. En el TCE grave se produce activación del estrés oxidativo, aumentando los radicales libres de oxígeno y N2, generando daño mitocondrial y del ADN. Estas lesiones son agravadas por daños intracraneales (lesión masa, hipertensión intracraneal, convulsiones, etc.) como extracraneales (hipoxia, hipotensión, hipoventilación, hipovolemia, coagulopatía, hipertermia, etc.).^{xliv}

Lesión terciaria: Es la manifestación tardía de los daños progresivos o no ocasionados por la lesión primaria y secundaria con necrosis, apoptosis (muerte celular programada) por desconexión, que produce eventos de neurodegeneración y encefalomalasia, entre otros.^{xlv}

LA SUPERIORIDAD DEL HOMBRE SOBRE LA MUJER POR CULTURA MEXICANA.

Los primeros colonizadores de América vivían en tribus y los jefes eran hombres. En la época de la conquista entre los años 1519 y 1521 los indígenas eran catalogados como una raza con relajamiento de la moral, al vivir con vestimenta cubriendo muy pocas regiones del cuerpo y una vida sexual libre, el alcoholismo y la suciedad, todos los hombres en ese entonces fueron liderados por otros hombres para levantarse en armas y así lograr que México se convirtiera en una nación libre e independiente, hasta que llego el tiempo del Porfiriato, donde el pensamiento europeo se cuela hacia nuestro país, se clasificaron a los mexicanos en tres clases: indígenas, criollos y mestizos; a su vez divididos en superiores y vulgares. Los mestizos vulgares se distinguían por ser los pelados, los léperos, todos ellos pobres y con una sexualidad animalizada, desenfrenada y sin moral alguna mismos que en la época de la revolución (1910 -1917) se convirtieron volviéndose a levantar en armas para convertir a México en una nación que pudiera elegir a sus candidatos y evitando la reelección, cambio que se le debe a los hombres por su valentía y patriotismo. Tres épocas muy importantes en la historia de México y que culturalmente se enaltece al hombre en ser valiente, fuerte, rescatador, héroe

sacrificado, rudo, cuidador de su nación y de sus mujeres. A esta cualidad se suma otra más, la de la virilidad. México entonces es una nación de hombres valientes, rudos, broncos, en suma: machos. Samuel Ramos en su libro *El perfil del hombre y la cultura en México* publicado en 1934 refiere que el Macho se asocia con un ser violento, grosero, irritable, peligroso, impulsivo, fanfarrón, superficial, desconfiado, inestable y falso. El machismo consiste en la actitud del hombre que considera que el sexo masculino es naturalmente superior al femenino, y la manifiesta con prepotencia, a la vez que, con paternalismo hacia las mujeres, así como mediante demostraciones de fuerza y virilidad. En la cultura mexicana y sus términos: machos, machismo o machistas, han pasado a ser parte del lenguaje cotidiano, tanto del habla común como dentro del ámbito académico, un ejemplo claro de cotidianidad es hasta nuestros juegos, como la lotería, donde ilustra a un hombre entre muchas cosas al “borracho, el valiente”. El cine mexicano, la televisión con programas y series, que son parte de nuestra cultura, nos han mostrado que la vida rueda en un hombre mexicano con la figura de macho charro y cantador, macho albañil, macho escritor o sastre, el macho oficial, soldado o héroe de la revolución, el macho camionero, el macho mecánico, el macho policía o el macho narcotraficante; y muy importante vamos adoptando conductas de nuestro país vecino donde la mayor casa cinematográfica de Estados Unidos de Norteamérica muestra un cine donde las mujeres adoptamos e imaginamos la vida de princesas y que al casarnos seremos felices para toda la vida. ^{xlvi}

María Elena Benítez Pérez, nos habla en su artículo lo arraigado que tenemos de anteponer sobre la violencia el valor de la familia. A lo largo de la historia se ha dado cierta diversidad de familias humanas y factores distintos han influido en su estructura y evolución. En el campo de las ciencias sociales es la referida a que la familia es una institución que se encuentra en todas las sociedades humanas, pero también que, en el tiempo y el espacio, ha adoptado variadas formas. Es así que, obviando etapas anteriores, nos situamos frente a la familia monogámica, un tipo de familia formada por parientes de sangre y afinidad que son la base principal del parentesco. “Para F. Engels 1972, la familia monogámica fue la primera forma de familia que tuvo por base condiciones económicas y no naturales y fue, más que

nada, el resultado de convertirse la familia en una unidad económica basada en la propiedad privada de un patrimonio y en la autoridad absoluta de un varón patrón, y agrega ‘el primer antagonismo de clases que apareció en la historia coincide con el desarrollo del antagonismo entre el hombre y la mujer en la monogamia; y la primera opresión de clases, con la del sexo femenino por el masculino. La monogamia fue un gran progreso histórico, pero al mismo tiempo inaugura, juntamente con la esclavitud y con las riquezas privadas, aquella época que dura hasta nuestros días y en la cual cada progreso es al mismo tiempo un regreso relativo y el bienestar y el desarrollo de unos a expensas del dolor y de la represión de otros’^{.xlvii}

HISTORIA DE LA DEFINICIÓN VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER

En el marco del I Congreso de Organizaciones Familiares celebrado en Madrid en diciembre de 1987 la violencia en la familia fue definida como “toda acción u omisión de uno o varios miembros de la familia que dé lugar a tensiones, vejaciones u otras situaciones similares en los diferentes miembros de la misma. Se entiende por malos tratos a la mujer aquellos que se producen en el ámbito doméstico, privado, equiparables a modelos de conducta y de comunicación propios de una relación asimétrica, no equitativa, de dominación y en la que el agresor –normalmente el hombre- tiene una relación de pareja –conyugal o no con la víctima”^{.xlviii}

Declaración de Madrid pronunciada en el VI Congreso Mundial de Familias en mayo del 2012 define: “La familia natural está inscrita en la naturaleza humana y se basa en la unión voluntaria de un hombre y una mujer en la alianza matrimonial de por vida. La institución del matrimonio sobre todo ofrece a la pareja amor y alegría y también tiene como objetivo la procreación y la educación de los hijos. La unión matrimonial también ofrece (i) seguridad en tiempos de problemas, (ii) el fundamento de una sociedad que equilibre el orden y la libertad y (iii) la solidaridad entre generaciones”^{.xlix}

El 9 de junio de 1994 en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, los Estados del Continente Americano sumaron esfuerzos para crear, en el Pleno de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, la Convención

Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ('Convención de Belém do Pará'). México, comprometido con los principios rectores, la no violencia y la no discriminación, de la Convención, ratificó este instrumento internacional de naturaleza jurídica vinculante el 19 de junio de 1998. Fue en este documento donde se define por violencia contra la mujer a la acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado; así como que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, donde quiera que ocurra.ⁱ

Actualmente Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.ⁱⁱ

La legislación actual en México firma convenios internacionales, pero el código actual maneja la agresión en contra de la mujer de la siguiente manera: El Código del Estado de México en el Título Tercero Delitos Contra las Personas, Subtítulo Primero Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal, Capítulo I Artículo 236.- Lesión es toda alteración que cause daños en la salud producida por una causa externa y para el caso que nos ocupa citaremos que si la lesión es provocada a un ascendiente, descendiente, hermano, pupilo, tutor, cónyuge, concubina o concubinario, o mantenga una relación sentimental o afectiva con el inculpado, es circunstancia que agrava la penalidad, y aumenta el tiempo de prisión, si la lesión fue cometida por un integrante de su núcleo familiar. En el Artículo 240 mencionan

que las penas se incrementarán cuando las lesiones sean cometidas por un hombre en agravio de una mujer, con quien haya tenido una relación sentimental, afectiva o de confianza, trabajo o institución educativa, razones de carácter profesional o por razón de género. Se entiende por razones de género, a las lesiones asociadas a la exclusión, subordinación, discriminación, misoginia o explotación del sujeto pasivo.

El Doctor Vargas Alvarado en su libro de Sexología Forense, habla sobre el Síndrome de la mujer maltratada y lo describe como sinónimo de violencia de género, que consiste en la agresión psíquica o física de la mujer por parte de un hombre vinculado sentimentalmente a ella, en el presente o en el pasado. También refiere que la teoría acerca de la violencia contra la mujer es, que la violencia es un medio de resolver problemas y demostrar autoridad, permitiendo al marido sentirse superior dentro de la familia. Otra definición que hace hincapié es de violencia física: es la aplicación de la fuerza material sobre el cuerpo de la persona ofendida, y debe ser de tal grado que domine la resistencia de esta. De acuerdo con los estudios en el departamento de medicina legal de Costa Rica, la víctima presenta las características siguientes: edad entre 25 y 29 años; estado civil casada; ocupación ama de casa; nivel académico enseñanza media incompleta; día de la agresión domingo; medios de agresión: mano abierta, puño cerrado y punta pie; tipo de lesiones equimosis, hematomas; localización: cabeza, muslos; incapacidad temporal: en una tercera parte de los casos ninguna, una semana 46%, menos de un mes 16%; secuelas: ninguna en agresión manual, amputaciones y anquilosis en lesión por arma blanca, cicatrices en caso de quemadura. ^{lii}

El instituto nacional de estadística y geografía, realizó una Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) así como las experiencias de las mujeres en la escuela, el trabajo y la comunidad con distintos tipos de violencia; la violencia física y el medio utilizado para ello (vgr., pellizcos, jalones de cabello, empujones, bofetadas, golpes, patadas, o ataques con arma punzocortante o de fuego) en ámbitos escolar, laboral, comunitario y familiar. En violencia sexual, se incluyó intento de violación, exhibicionismo o acecho y acoso sexual a través de medios electrónicos o virtuales. Del tres de octubre al dieciocho de noviembre del

dos mil dieciséis, realizó la encuesta a mujeres de quince años y más, el tamaño de la muestra fue de 142, 363 viviendas, y como periodo de referencia tomaron los siguientes tiempos: A lo largo de la vida, a lo largo de la vida de estudiante, a lo largo de la vida laboral, Durante la infancia hasta antes de los 15 años, Últimos 5 años (octubre de 2011 a octubre de 2016), Últimos 12 meses (octubre de 2015 a octubre de 2016). Como resultados obtuvieron que el 34% sufrió violencia física, siendo los estados de mayor proporción Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Aguascalientes y Querétaro. En el ámbito familiar el 2.8 % experimento violencia física en su familiar el último año. sin considerar al esposo o pareja, siendo los agresores más señalados son los hermanos, el padre y la madre; la Violencia física ejercida contra las mujeres de 15 años y más por su actual o última pareja, esposo o novio a lo largo de la relación fue de 17.9%. y todas las violencias señaladas solo denunciaron el 5.6% de las mujeres encuestadas.^{liii}

EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES POR ÁREA MÉDICA.

El estudio de la violencia en contra de las mujeres por área médica ha sido poco estudiada, a nivel mundial solo países como España, Cuba y Perú de acuerdo a bibliografía publicada, se observa que hacen estudios por zona geográficas donde más denuncias o índices altos de violencia en contra de la mujer tienen registrados y estudian más las características sociodemográficas de las poblaciones; en caso particular de nuestro país, México, la mayoría de los estudios y estadísticas son por área de sociología, periodismo y en materia de derecho humanos, desafortunadamente esta última dependencia ha tomado el tema por las omisiones o falta de prioridad de las autoridades en el esclarecimiento de los casos , falta de atención y omisión al momento de judicializar alguna carpeta y por último el resultado de la investigación o sentencia no es satisfactoria para la mujer o la familia.

Cárdenas Turrent et al. realizó una investigación es de tipo observacional, descriptiva, transversal y prospectiva en los albergues Rafael Lucio y Casa de la mujer Veracruzana, en la ciudad de Xalapa, Veracruz de noviembre de 2016 a diciembre de 2017, a 268 mujeres entre los 18 a 67 años de edad víctimas de

violencia y las características del tipo de lesiones bucodentomaxilares el 26% tenía de 18 a 27 años y el 25% entre 28 y 37 años de edad; el 45% se dedicaban al hogar y el 43% tenía un empleo; dentro de las lesiones más comunes fue 18% ruptura de la mucosa labial, 18% hematomas; lesión con agente vulnerante 11%, lesiones en vestíbulos 10%, lesión con agente corto contundente 9%; fractura de mandíbula 7.8%, fractura de órgano dentario 6%, lesiones en gingivia 6%, lesiones en lengua 5.6%, fractura de maxilar 4.5%.^{liv}

Gustavo Olaiz et al, trabajo en el Instituto Nacional de Salud Pública, en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud, entrevistó a 26 042 mujeres de todos los estados de México, de 15 años o más usuarias del sector salud, que acudieran a la unidad médica con la finalidad de recibir atención, el 34.5 % sufrieron violencia de pareja en su vida y el 7.8% afirmó violencia física con su pareja actual, el 14.1% refiere violencia en el embarazo y el 4.4% recibieron golpes en el abdomen, el 42.2% reconoció violencia física en la niñez, y el estado civil más afectado fue unión libre en un 27.4 % seguido del casada en un 22.6%.^{lv}

La Dra. Jeinys Joven Rodríguez et al, realizó un estudio descriptivo y de corte transversal de las mujeres de más de 15 años atendidas en el Departamento Provincial de Medicina Legal por recibir lesiones intencionales en el Municipio de Sagua la Grande, Cuba; desde enero de 2013 hasta enero de 2014 con vistas a caracterizarlas según los aspectos biopsicosociales, médicos legales y criminológicos que intervienen en el hecho y la víctima. El objetivo principal es establecer un diagnóstico de las causas y las condiciones que generan el incremento de la violencia y el maltrato físico sobre la mujer. La recolección del dato primario se efectuó mediante la revisión de los expedientes de menor complejidad investigativa de la Policía Nacional Revolucionaria y los expedientes de fase preparatoria de la instrucción penal y la observación directa a través de las consultas clínicas médicos legales, en las que se aplicaron el modelo del dictamen de sanidad legal del lesionado y un cuestionario. sus resultados fueron: Edad: 36 a 45 años (34.3%), entre 15 y 25 años (20.9%), y entre 26 y 35 años (19.4%); el estado civil

con pareja estable, pero no desglosa porcentaje de la condición de estado civil; nivel de escolaridad enseñanza media superior, tampoco desglosa porcentajes de otros niveles de escolaridad; la ocupación ama de casa 50.7%, seguidas de obrera calificada y no calificada de 34.3%; la mayor frecuencia de las lesiones fue por agentes lesivos contundentes 92.5% cortantes 6%, perforo-cortantes 1.5%; en relación con el agresor cónyuge 40.3% conocido 17.9%, familiar hombre 20.9%,excónyuge 1.5%; y el lugar del hecho la casa. Las lesiones más frecuentes fueron las no graves que no necesitaron asistencia médica y como ultimo agrega que el móvil del hecho de mayor frecuencia fue el pasional 62.7%, seguido de materiales 14.9%, ajuste de cuentas 11.9% y la riña un 10.4%.^{lvi}

LA PANDEMIA POR VIRUS SARS-COV2, FACTOR PARA QUE AUMENTARA O SE INICIARA LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER

Aldo Medina-Gamero et al, refiere que según diversos estudios, la pandemia provocada por la COVID-19, el aislamiento social y el confinamiento de las personas en sus respectivos domicilios, como medidas de prevención para evitar el contagio, habrían contribuido al incremento de la violencia doméstica presente en muchos hogares, por ser las condiciones idóneas para que los elementos de la violencia de género se potencien, como: el mayor aislamiento de los miembros de la familia, menor acceso a los centros de salud y establecimientos de protección, que en otro tiempo permitían canalizar la denuncia, dando lugar a una situación de mayor indefensión e impunidad del agresor.^{lvii}

Miguel Lorente-Acosta et al, refiere que el objetivo principal de la violencia de género no es el daño, sino el control y sometimiento de la mujer a los dictados y referencias que impone el agresor a partir de los elementos estructurales de la sociedad y la cultura. Por eso, se trata de una violencia continuada en el tiempo, dentro de la cual se producen agresiones físicas, psíquicas y sexuales y, por ello, su impacto sobre la salud supera al efecto que podría tener la suma de los ataques aislados, más o menos repetidos. La estrategia de control, consiste en el que el agresor juega con los elementos estructurales a nivel social y con el control individual para aislar a la

mujer de sus fuentes de apoyo externo, fundamentalmente familia, amistades y entornos, con el doble objetivo de aumentar el control y conseguir impunidad por la violencia que ejerce. El confinamiento, por su parte, crea las condiciones idóneas para que los elementos de la violencia de género se potencien: aísla aún más a las mujeres, aumenta el control por medio de la clausura formal en el hogar, facilita la impunidad al aumentar las barreras para que las mujeres puedan salir de la violencia y crea un contexto que facilita el uso de cualquiera de sus formas ante el más mínimo estímulo. El objetivo principal de la violencia de género es controlar a la mujer, meta que el agresor percibe lograda en esta fase al ver limitada la salida del hogar de la mujer, y al creer que las posibilidades de que la mujer rehaga su vida tras una posible ruptura se ven muy reducidas bajo las circunstancias sociales y económicas generadas por la pandemia. Todo ello debe ser analizado en sentido evolutivo y debe tener en cuenta que el factor de riesgo más importante, por lo que afecta a la percepción de pérdida de control, es la separación de la mujer. Por lo tanto, cualquier iniciativa en este sentido, bien al consumir la ruptura y separación, o bien al advertir o anunciar que lo va a hacer, incrementa el riesgo de nuevas agresiones y, sobre todo, de letalidad. Los estudios que han analizado el aumento de la violencia de género y de los homicidios tras desastres confirman este incremento del riesgo tras situaciones que facilitan el control sobre la víctima, y cómo este se dispara al percibir que se pierde cuando las circunstancias se modifican, especialmente cuando la mujer se separa o anuncia que lo hará. Las circunstancias del confinamiento hacen que la violencia sea más continuada, repetida, que las agresiones puedan dirigirse a regiones anatómicas distintas de las habituales.^{lviii}

Rosario Valdez-Santiago et al, realizó un análisis de la información obtenida de 5084 mujeres adultas (20 años o más) que participaron en la Ensanut 2020 Covid-19,¹⁸ la cual tiene un diseño probabilístico, polietápico y estratificado, con representatividad nacional, por estrato rural, urbano y metropolitano, en nueve regiones del país: Pacífico-Norte (Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa, Sonora), Frontera (Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas), Pacífico-Centro (Colima, Jalisco, Michoacán), Centro-Norte (Aguascalientes,

Durango, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas), Centro (Hidalgo, Tlaxcala, Veracruz), Ciudad de México, Estado de México, Pacífico-Sur (Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla) y Península (Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán). El periodo de levantamiento de campo fue entre el 18 de agosto y el 13 de noviembre de 2020. Donde se encontró que la edad promedio es de 44 años, el 30% tenía nivel educativo de primaria o menos y 20% licenciatura o más. El 58% se encontraba unida, 48% cuenta con seguridad social, 30.4% pertenece a la clase social bajo en las condiciones de bienestar y una proporción similar se ubica en la clase social medio 34% y alto 35%; 20.5% vive en localidades pequeñas, 49.4% en ciudades grandes; Por motivos de la contingencia, en 35.9% de los hogares donde habitan estas mujeres alguna persona dejó de recibir ingresos y en 23.1% de los hogares al menos una persona perdió el empleo. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres que reportaron cualquiera de los tipos de violencia en el hogar ya los habían experimentado antes del confinamiento. Previo al confinamiento reportaron: 83.8% agresión física, 77% agresión psicológica, 71.5% violencia sexual, 63.2% violencia económica. Durante el confinamiento el 35% reportó que las agresiones “ya existían y siguieron”; 22.9% reporto “fueron más frecuentes”; que por primera vez en el confinamiento de presente: 21.8% agresión psicológica, agresión económica en 35.3%, agresión sexual 11%, agresión física 14%.^{lix}

RECUESTO 2020: ASÍ SE VIVIÓ LA PANDEMIA DE COVID-19

El 24 de marzo inició la Fase 2 en México, “inicio de la pandemia”, 26 días después del primer caso. El 30 de marzo se confirmaron 1094 casos y 28 defunciones en el país. En Abril, los hospitales mexicanos se comenzaron a preparar para atender los casos de COVID. Aunque una de las medidas más exitosas para contener la pandemia era la aplicación de pruebas, México descartó la aplicación de pruebas masivas y fue el 21 de abril se dio por iniciada la temida Fase 3 en México, después de 857 muertes y 9,501 casos confirmados. En mayo, aunque al inicio de la contingencia se creía que la COVID no afectaba de manera importante a los niños, el 15 de mayo la OMS publica un informe científico sobre el síndrome inflamatorio

multisistémico en niños y adolescentes, temporalmente relacionado con la COVID-19. El 18 de mayo comienza la “Nueva Normalidad” en México. Se inicia reapertura de los municipios de la esperanza, es decir, aquellos que no presentan contagios. Estos territorios dejaron la cuarentena y regresaron a sus actividades cotidianas, siempre bajo la vigilancia de la Secretaría de Salud. El primero de junio en México se comienza a utilizar el sistema de semáforo por regiones para realizar la reapertura en las zonas más afectadas, pero no todas entidades federativas podrán salir de la cuarentena el mismo día. Para el 30 de junio, México acumulaba 220,657 casos confirmados y 66,910 casos sospechosos. Además, contaba con 23,389 casos confirmados activos y 27,121 defunciones. El 31 de julio, las autoridades sanitarias de México confirmaron más de 424,000 contagios por Covid-19 y 46,000 fallecidos. Mientras que la OMS pedía a los países aplicar más y más pruebas para contener la pandemia, las autoridades mexicanas mantenían su postura sobre la aplicación de pruebas masivas. Sin embargo, con la visita de una delegación de epidemiólogos alemanes en agosto, la CDMX recibió una donación importante de estos dispositivos por parte del gobierno de Alemania; de esta manera las autoridades sanitarias capitalinas aplicarían 100,000 tests en la ciudad. El 30 de agosto México llegó a 591,712 casos confirmados de COVID-19, al tiempo que sumó 63,819 decesos. México no se quedaba atrás en la carrera por hallar una dosis, para septiembre, avanzaban los cuatro proyectos de posibles vacunas contra COVID-19. Uno de los proyectos es dirigido por la empresa veterinaria Avimex en alianza con la UNAM y el IMSS, otro pertenece al Instituto de Biotecnología de la UNAM, el tercero es presentado por la Universidad Autónoma de Querétaro, y el cuarto lo realizan investigadores de la Universidad Autónoma de Baja California y del Tecnológico de Monterrey. El 9 de septiembre, ex secretarios de Salud presentaron un plan alternativo de salud para enfrentar la pandemia de COVID-19 y resolver la crisis sanitaria que enfrenta México desde marzo, pues aseguraron que la situación en México es grave y el gobierno no ha dado una solución para controlar la crisis. A principios de octubre, en México la Secretaría de Salud cambió la metodología para medir el número de personas contagiadas y fallecidas por COVID, incrementando los números drásticamente. En tan solo 24 horas se contabilizaron

más de 28,000 nuevos casos y 2,789 muertes. El 21 de octubre, el gobierno mexicano gestionó un proyecto de cooperación financiera no reembolsable del Gobierno de Japón por 598 millones de yenes, por parte del gobierno de Japón, para Fortalecer el Sistema de Cuidado de la Salud mediante la Provisión de Equipos Médicos en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS), un proyecto en apoyo a México por COVID-19. A finales de noviembre la OMS mostró su preocupación por la situación en México. El organismo consideró que el aumento de casos y muertes por COVID-19 en México demuestra que el país está en una situación “mala” que es “muy preocupante” y piden seriedad en la respuesta y a los líderes que sean ejemplares en el uso de mascarillas y otras medidas. En la recta final del 2020, la esperanza llegó para la mayoría de las naciones, pues algunas vacunas habían sido declaradas efectivas. En México, las autoridades anunciaron que se aplicó las primeras 250,000 dosis antes de que se termine el año.^{lx}

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Un factor es un elemento, circunstancia o influencia, que contribuye a producir un resultado^{lxi}, aterrizando por el tema que nos ocupa, buscar factores de riesgo o desencadenantes que favorecen que exista la violencia en contra de la mujer es atribuir que todas las mujeres que repitan la circunstancias están destinadas a sufrir violencia, y la verdad es que no, la bibliografía refiere que no hay edad ni estatus social que libre a las mujeres de violencia, pero si existen elementos que se repiten constantemente aunque pasen las generaciones y cada generación tendrá un elemento nuevo, por hablar de los años del siglo XX donde la mujer no tenía participación social ni económica, en pleno siglo XXI donde la mujer ya tiene esta participación y sigue siendo violentada, en lo particular yo creo que no es más que el autoestima de cada mujer para permanecer en un ciclo de violencia, sin embargo hay mujeres quien han terminado relaciones sentimentales, que buscan el divorcio, la separación de bienes y siguen siendo violentadas, a lo que también me hace pensar que es el hombre quien no ha aceptado que ya no es y no podrá con la independencia de la mujer y es ahí donde se presenta la violencia.

Alejandro Díaz-Martínez et al, estudiaron la violencia intrafamiliar y describen tres factores: orgánicos, psicológicos y psiquiátricos; los factores orgánicos que pueden predisponer a la agresión y están asociados a casos de violencia son lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales y con anormalidades en el funcionamiento de la serotonina. Los factores psicológicos son diversos entre ellos afirman que los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes al alcohol. Debe resaltarse que sólo un 10 % de los maltratadores posee una patología psiquiátrica severa. Yoshikawa encontró que una educación temprana en este campo e intervenciones familiares oportunas y efectivas pueden reducir el riesgo de criminalidad juvenil. Los factores psiquiátricos que se han reportado es donde los niños que son testigos o víctimas directas de violencia presentan altas probabilidades de padecer depresión y otros tipos de sintomatología emocional, Parkers ha encontrado un alto porcentaje de problemas psiquiátricos, incluyendo síntomas de estrés post-traumático y obsesión por la venganza entre individuos que han perdido a una persona amada por asesinato. Mulvey, al revisar la literatura del tema ha concluido que la enfermedad mental también es un factor de riesgo para la violencia. En este artículo se concluye que las causas de la violencia intrafamiliar son de naturaleza compleja y que su estudio debe contemplar los factores biológicos, el medio ambiente inmediato, los factores de tipo social y familiar y los aspectos culturales. En México, de acuerdo a información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) se revela que la violencia intrafamiliar tiene lugar en el 30.4%. La familia es el lugar en el que se ejerce, de manera más constante violencia sobre el género femenino, sobre todo por parte de sus compañeros sentimentales. Interés es el relativo a que en el 94% de los casos de violencia familiar denunciados las “receptoras” son mujeres y en el 90% de los casos los “generadores”, son hombres.^{lxii}

Isabel Ruiz-Pérez et al, menciona que frente al abordaje epidemiológico clásico de «factores de riesgo», centrado en el agresor o en la víctima y desde la visión de la epidemiología social, hay que estudiarlo según Heise que propone «un marco

ecológico integrado» para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer, en cuatro ámbitos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. Lo que plantea es un modelo multinivel en el que no existe un solo factor causal, sino más bien una interacción de factores que operan en niveles distintos y que pueden favorecer la violencia o proteger frente a ella. Factores socioculturales: Es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad entre hombres y mujeres, instrumento de dominación y control social; el poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado. Factores individuales: El alcoholismo es uno de los más frecuentemente mencionados. Alberdi et al, menciona que hay que diferenciar entre las causas de la violencia y los factores que la refuerzan, el consumo de alcohol aumenta la frecuencia y la gravedad de la conducta violenta. Factores comunitarios: Las mujeres de clases sociales inferiores la refieren más frecuentemente que las mujeres de clases sociales superiores, pero no está claro por qué la pobreza incrementa el riesgo de la violencia. Factores familiares: Tanto los conflictos de pareja como el dominio del hombre de la economía y la toma de decisiones en la familia pueden constituir importantes factores de riesgo para una situación de violencia. Factores protectores: Cuando la mujer tiene autoridad y poder fuera de la familia, el maltrato es infrecuente; también disminuye la violencia de forma notable cuando se produce una rápida intervención de otros miembros de la familia.^{lxiii}

Laura Magda López Angulo et al, realizó un estudio de intervención durante 2009-2010, que incluyó todas las mujeres víctimas de violencia íntima, del municipio Cienfuegos, Cuba. Analizó las zonas geográficas de mayor prevalencia de denuncias de los delitos de lesiones y amenazas de las mujeres del municipio, el Área I, dicha área, en el momento del estudio era la de menor nivel socioeconómico y de mayor violencia social. La edad promedio de las mujeres fueron entre 25 a 39 años, estos resultados pueden estar relacionados con factores de índole sociológicos ya que en esta etapa inician la relación en pareja, expectativas relacionadas a la configuración del vínculo. La ocupación más frecuente fue ama de casa en un 46 %, los autores consideraron que la ocupación ama de casa

constituye un factor de riesgo, por considerar que la carencia del control económico conlleva a una inseguridad respecto al futuro y sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias adversas. Se reflejó un franco predominio en la configuración del vínculo de parejas convivientes con el 86 %, lo que en México se le llama unión libre, sin embargo, se encuentra que dentro de las relaciones de pareja son los esposos los causantes de la mayor parte de las lesiones que se infringen hacia las mujeres. Se evidenció que las lesiones físicas clasificadas como leves son las más frecuentes (93 %) y solo fueron lesiones graves en un 7 %.^{lxiv}

Guerra-Rosas et al aplicó a 815 estudiantes mujeres voluntarias de mexicanas en Veracruz-Boca del Río, entre 18 y 35 años de edad, un Inventario percepción de los factores de riesgo para ser víctima de violencia feminicida (IPFRVVF), el cual consta de 30 ítems. lo realizo ya que en el primer semestre del año 2020, Veracruz se colocó en el segundo lugar a nivel nacional por feminicidios, siendo estos cincuenta y dos; y concluyo que la postura de las mujeres ante la percepción a ser víctima de feminicidio es baja, el ámbito donde se percibe con mayor inseguridad es transporte público; para el caso que nos ocupa de las treinta preguntas, siete nos enriquece a nuestro estudio: el 71% se sintió presionada o forzada para comenzar una relación; el 59% ha intentado terminar una relación pero su pareja no lo acepto o permitió; el 85% ha regresado con su pareja, aunque ya no quiera hacerlo y de ellas el 96% regreso por presión familiar; el 83% ha recibido agresiones por un hombre ajeno a la familia; el 90% ha recibido agresiones por un hombre de la familia (padre, tío, abuelo, hermano, primo); el 4% durante su infancia fue maltratada; el 8.5% durante su infancia vio a su madre ser maltratada.^{lxv}

Guerra-Rosas et al, también habla de varios factores entre ellos los sociales, comunitarios, de relación o familiares e individuales describiéndolos de la siguiente forma: Los factores sociales son referentes a la sociedad que alienta o inhabilita a la violencia, por ejemplo: la posibilidad de conseguir armas de fuego, normas sociales y culturales como la posición de desigualdad de las mujeres, pobreza y uso cotidiano de la violencia. Los factores comunitarios son los contextos comunitarios donde se desenvuelve el individuo como escuela, trabajo y vecindario, por ejemplo,

la aceptación de papeles tradicionales de género, uso normativo de la violencia dentro de la comunidad, oferta, acceso, uso y de los recursos legales y de las actividades de prevención o trabajo de las instituciones del Estado. Los factores de relación o familiares es el vínculo y cercanía que tiene agresor y víctima, las relaciones cercanas, mantenidas con amigos, familia y pareja, por ejemplo hombres con muchas compañeras sexuales, convivencia sin unión legal, presencia de hijos de parejas anteriores, insatisfacción marital, violencia previa dentro de esa pareja o anteriores, maltrato durante el embarazo, manifestación de celos, diferencia de edad entre la pareja, bajo o diferente nivel educativo. Los factores individuales: se encuentran los que presenta el individuo que facilita el ser víctima de violencia: son las características demográficas, trastornos psíquicos o de personalidad, baja autoestima, miedo, antecedentes de comportamientos agresivos, o ser víctima de maltrato durante la infancia, bajo nivel educativo, uso nocivo de alcohol/drogas, aceptación de la violencia. En una relación de dominio/control violento, la separación buscada por la mujer se manifiesta como el principal riesgo de feminicidio, superando a la denuncia al agresor.^{lxvi}

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

Elizabeth Álvarez Ramírez et al, realizaron un estudio para conocer la relación entre la violencia (física, verbal-psicológica y económica-sexual) experimentada en el noviazgo y sus consecuencias en la vida académica de hombres y mujeres universitarios. Se trabajó con una muestra de 415 estudiantes universitarios de la Ciudad de México (331 mujeres y 84 hombres) con un rango de edad de 18 a 28 años que estuvieran involucrados en una relación de noviazgo con un mínimo de 6 meses de relación; donde su resultados le permitieron confirmar que la violencia en el noviazgo es un fenómeno social de gran relevancia, como se reporta en la literatura su efecto negativo en la vida académica de los estudiantes universitarios, es uno de los predictores del bajo desempeño, problemas de aprendizaje, deserción, baja eficiencia terminal e incluso la deserción. La violencia económica y sexual fue la que tuvo correlaciones más altas; es decir, que el sentirse despojado de la parte económica que su pareja le otorga, son obligados a realizar actos sexuales sin su consentimiento o que su pareja no se cuide a la hora de estar en

intimidad, le genera malestar que afecta su desempeño, los desmotiva y los lleva a querer estar más tiempo en la universidad. La violencia durante el noviazgo se ha caracterizado como los actos u omisiones que generan o tengan la intención de generar daño emocional, físico o sexual a la pareja afectiva con la que se comparte una relación íntima formal o no formal. Según Chung, ha sido definida como aquella en donde ocurren actos que lastiman a la otra persona, en el contexto de una relación en la que existe atracción y en la que los dos miembros de la pareja se citan para salir juntos. Otros autores la definen como cualquier intento por controlar o dominar a una persona física, sexual o psicológicamente, generando algún tipo de daño en ella. Esta forma de violencia incluye actos de agresión física como cachetadas, puños, patadas, empujones, sofocaciones, ataques con un arma, etc., así como agresiones verbales y emocionales, como intimidaciones; denigraciones; humillaciones; amenazas; llamar a la otra persona con nombres peyorativos, criticarla, insultarla y devaluarla constantemente; acusarla falsamente, culparla por situaciones negativas; ignorarla, minimizarla o ridiculizar sus necesidades. Otras conductas en donde se busca dominar a la otra persona, como aislarla de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a fuentes de información o asistencia, así como aquellos comportamientos que afectan económicamente a la otra persona, como hacerla depender o explotarla económicamente.^{lxvii}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hablar de agresión física en contra de la mujer está obligado a estudiarlo con una perspectiva amplia, contemplando el concepto de violencia de género, un tema muy sensible en esta época que nos toca vivir, ya que con el empoderamiento de la mujer se ha logrado incrementar la cultura sobre la denuncia, situación que antes nuestras leyes no contemplaban como delito y que ahora no solo se contempla, si no que además nos sigue costando muchas vidas si no se actúa a tiempo, ya que se ha estado elevando las cifras de violencia extrema contra la mujer que es “el feminicidio”.

Estudiando las definiciones que van evolucionando conforme el tiempo pasa, nos damos cuenta que realmente la mujer no solo es agredida en casa, si no que, en cualquier lugar, y que la sociedad venia normalizando conductas y acciones y no se veía como una agresión y menos como un delito. La primer definición fue en Madrid en el año 1987 donde se empezó a difundir de forma mundial sobre la violencia en la familia y se conceptualizaba como malos tratos en el ámbito doméstico y privado; y que fue modificada y trabajada por varios años y congresos, hasta que en el año 1994 en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, que contempla que toda acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado; siendo esta definición que actualmente al día de hoy en México consideran para toda actuación jurídica, protocolos y en procuración de justicia.

Toda la información sobre violencia de genero se basa en periodismo y política, y el campo medico no ha sido explotado de la forma que pudiera impactar este tema, es por ello que mi investigación tiene como objetivo exponer el tipo de lesiones y las características sociodemográficas de las mujeres que sufren violencia, dicha información fue recolectada solo en el año 2020 donde México y todo el mundo paso por una crisis de salud y economía, ya que no importando raza ni clase social, el virus SAR-COV 2 enfermo a millones de habitantes de todo el mundo y por su alto grado de contagiosidad obligo a gobiernos a implementar “un confinamiento”

situación que se vio afectada la economía del mundo entero, que consistió en ventas y adquisición de productos de necesidad básica, provocando que familias enteras convivieran las veinticuatro horas todos los días de la semana, situación que estudiaremos si se convirtió en una causa o factor para que la violencia contra la mujer iniciara o se exacerbara, pero con un enfoque muy importante, se analizara en tres etapas: antes, durante y después de confinamiento que se vivió en los municipios del Valle de Toluca, siendo esta la población que atiende el Centro de Justicia para las Mujeres sede Toluca.

Entre las características sociodemográficas que estudiaremos será conocer el principal agresor y reportar si tiene algún parentesco sentimental con la víctima, rango de edad más frecuente en que las mujeres son agredidas, el estado civil que en el momento de la agresión presentaba la víctima, analizar tipo de lesiones y regiones anatómicas donde más son atacadas, y si la agresión manual y con arma blanca continúan siendo los mecanismos de producción más frecuentes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las Lesiones presentes en mujeres atendidas en el Centro de Justicia para las Mujeres Toluca en el 2020, año de la pandemia?

JUSTIFICACIONES

Justificación Científica

La medicina legal, aplica el método científico en la investigación de delitos para la procuración y administración de justicia; para el caso que nos ocupa, la utilidad del presente estudio analizara las lesiones presentes en las mujeres en el año 2020, mismo donde se vivió el confinamiento por pandemia virus SARS-COV2, y si este aislamiento fue un factor para que aumentara o iniciaría en algunos hogares la violencia contra la mujer, hay estudios en otras partes del mundo, por ejemplo Haití tras el terremoto, incendios en Austria y Tsunami en Japón, que posterior a crisis de salud y economía, como fue la pandemia, aumento el número de denuncias por violencia de género, por lo que uno de nuestros objetivos es hacer la comparación los meses previos al confinamiento y posterior a ello que vivió México en el año 2020, siendo nuestra población estudiada los municipios del Valle de Toluca.

Justificación Política

El estado Mexicano al tener la presión de la comisión nacional de derecho humanos, se ha hecho de grupos policiacos, fiscalías especializadas, leyes y protocolos para la atención de violencia de género, sin embargo, no hay poder político o figura pública que logre una lucha eficaz contra el crimen sin hablar de género, solo exclusivamente por ser de nacionalidad mexicana, y hablando de garantizar una vida libre de violencia y la libertad y autonomía de las mujeres como sujetos plenos de derechos; esta más alejada de la realidad. Nuestro estudio tiene un gran impacto político que pretende ayudar a conocer factores sociodemográficos que presentan las mujeres violentadas y dar a conocer si el confinamiento fue o no un factor para el aumento de casos.

Justificación Social

El mayor impacto de esta investigación, es lo social, la mujer en la sociedad juega un papel muy importante, desde que es el sexo que permite preservación de la humanidad, que por roles culturales es la encargada del cuidado de la familia, a la crianza y educación de los hijos. Por la carencia de responsabilidad paterna también juega el rol de ser proveedora económica más el rol de madre, esto conlleva a que ha aumentado la educación y la conquista del campo laboral donde sigue siendo un reto tener las mismas oportunidades e igualdad. Es penoso ver que una mujer es independiente económicamente pero aún no culturalmente y continua con idea de pensamiento de codependencia psicológica donde la hace vulnerable a violencia intrafamiliar.

Justificación Académica

Toda la información sobre violencia de género se basa en periodismo y política, y el campo médico no ha sido explotado de la forma que pudiera impactar este tema, es por ello que mi investigación tiene como objetivo exponer el tipo de lesiones y las características sociodemográficas de las mujeres que sufren violencia.

Justificación Epidemiológica

La variación en la ocurrencia de la enfermedad y las razones de esa variación, requiere de un estudio, a lo que llamamos estudio epidemiológico, para el caso que nos ocupa estudiaremos tipo de lesiones y características sociodemográficas de las mujeres violentadas, que nos permitirá interpretar observaciones científicas de las circunstancias generales bajo las cuales se suscita la violencia y así enriqueciendo la medicina legal en temas actuales donde somos una disciplina que desempeña un gran papel en los tribunales

HIPÓTESIS

Las lesiones como las equimosis, excoriaciones, hematomas y herida contusa, son las más frecuentes en las mujeres agredidas.

El estado civil más frecuente en mujeres que sufren violencia será la unión libre.

El agresor más habitual por excelencia será la pareja sentimental de la mujer agredida.

La región anatómica de mayor agresión es la cara.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar tipo de lesiones presentes en las mujeres atendidas en el Centro de Justicia para las Mujeres Toluca en el año 2020, comparando su prevalencia en los meses del confinamiento, y observando las características sociodemográficas que se convierten en factores donde las mujeres son vulnerables a la violencia.

Objetivos específicos

1. Conocer qué tipo de lesiones sufren las mujeres
2. Observar aspectos sociodemográficos como el rango de edad, estado civil y ocupación, de las mujeres que sufren violencia
3. Conocer el agresor más habitual
4. Determinar qué región anatómica es la más frecuentemente lesionada
5. Analizar de las lesiones en cara cuantas dejo cicatriz
6. Analizar el número de usuarias por mes y determinar si en los meses de confinamiento hubo aumento de violencia física.

MÉTODO

Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo transversal y analítico.

Diseño del estudio: Previa autorización oficial, se estudiaron todos los certificados emitidos del primero de enero al treinta y uno de diciembre del año 2020, a mujeres de cualquier edad, que se atendió en el centro de Justicia para las Mujeres con sede Toluca, donde se obtuvieron aspectos sociodemográficos como edad, ocupación, estado civil, quien las agredió, la región anatómica lesionada y tipo de lesiones.

Operacionalización de variables: ver anexo Cuadro 1

Autorización oficial ver anexo 2

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA O POBLACIÓN DE ESTUDIO

Criterios de inclusión:

- Mujeres que se realizó certificado psicofísico y lesiones, emitidos en el centro de justicia para las mujeres sede Toluca del primero de enero del 2020 al treinta y uno de diciembre del 2020.
- Que en el momento de la certificación presentaron lesiones
- Que los certificados contaron como mínimo los siguientes datos: edad, ocupación y estado civil.

Criterios de exclusión

- Certificados de mujeres que no presentaron lesiones en el momento de la certificación.

Criterios de eliminación:

- Certificados que no contaron con los siguientes datos: edad, ocupación y estado civil.

Instrumentos de investigación

Se recolecto la información mediante el sistema IBM SPSS Statistics Version 21, donde previamente se cargaron todas las variables, revisando cada uno de los certificados emitidos del primero de enero 2020 al treinta y uno de diciembre del 2020, minuciosamente se revisarán y si cumplieron con todos los criterios de inclusión formara parte de nuestra investigación.

Desarrollo del proyecto

La residente utilizo su propio equipo de cómputo para la recolección de información que consiste en una Lap Top lenovo L440, Think Pad, teniendo a la vista los certificados que se encuentran resguardados en el Centro de Justicia para las mujeres sede Toluca, vaciara toda la información.

Límite de tiempo y espacio

En el mes de Febrero Marzo y Abril del 2022 se recolecto la información dentro de las instalaciones del Centro de Justicia para las Mujeres con sede Toluca en un horario de lunes, martes, viernes y Domingo de las nueve a quince horas, y en el mes de mayo del 2022, se realizó el análisis de datos en el hogar de la residente.

Diseño de análisis

Se llevo a cabo la metodología cuantitativa a partir de la estadística descriptiva.

Se realizarán frecuencias, porcentajes, representaciones gráficas, cuadros.

IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Ley General de Salud, Título Quinto, Investigación para la Salud, Artículo 100 basada en la Declaración de Helsinki, el presente estudio se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación

La presente investigación será realizada previa autorización de la Fiscalía General del Estado de México, Coordinación General de Servicios Periciales, Coordinación

Medica Región Toluca, por lo que no se tomara consentimiento informado por cada expediente.

De acuerdo a los comités de ética, mi investigación responde a las necesidades de salud de la población, y no se exponga a los participantes a riesgos inaceptables e innecesarios, pues solo se trabajará con documentales.

RESULTADOS

En la tabla 1, podemos ver el número de mujeres por mes que presentaron lesiones al momento de la certificación médico legal, y el grafico 2, se observa que junio fue el mes con menos casos y en septiembre fue el mes de presento más casos.

Mes	Número de casos
Enero	273
Febrero	281
Marzo	289
Abril	244
Mayo	266
Junio	116

Mes	Número de casos
Julio	279
Agosto	272
Septiembre	381
Octubre	378
Noviembre	301
Diciembre	324

Tabla 1: Número de casos por mes

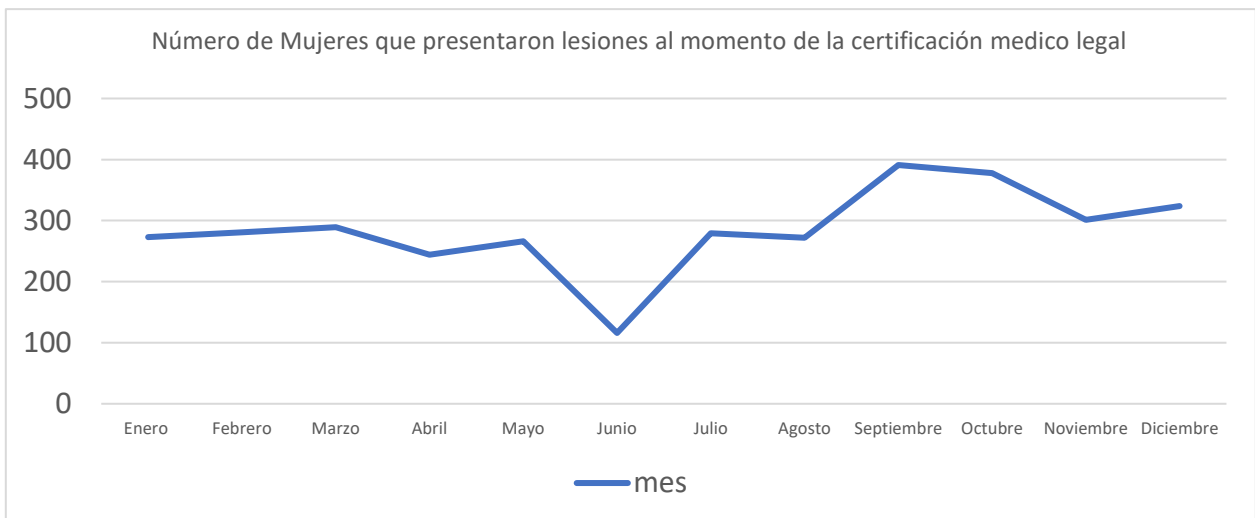


Gráfico 2: comparación de números de casos por mes.

En la gráfica número 3 se muestra la edad en la que las mujeres presentan agresión física, siendo esta de los cero años hasta los noventa y nueve años, el 21.91% perteneció al grupo de edad de 20 a 25 años; el 18.97% al grupo de edad de 26 a 30 años; el 14.24% al grupo de edad de 31 a 35 años; el 9.7% al grupo de edad entre 40 a 50 años.

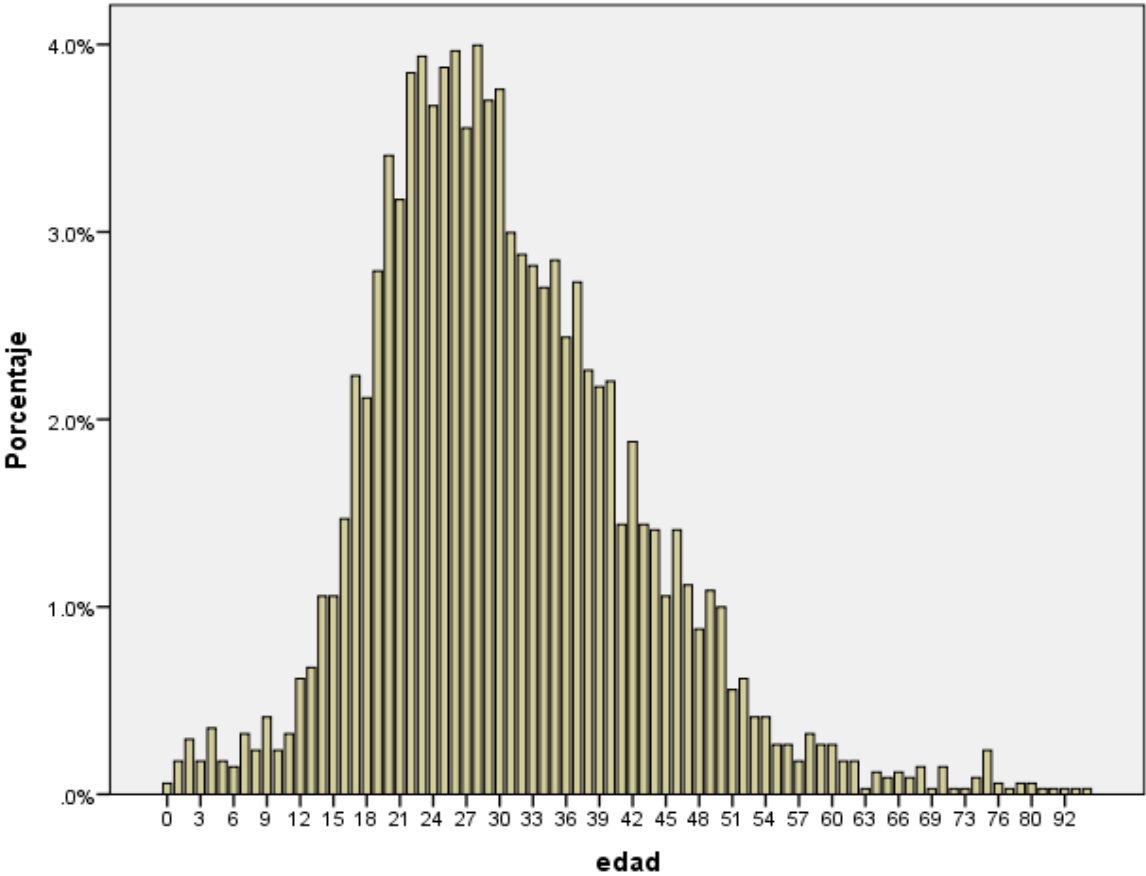


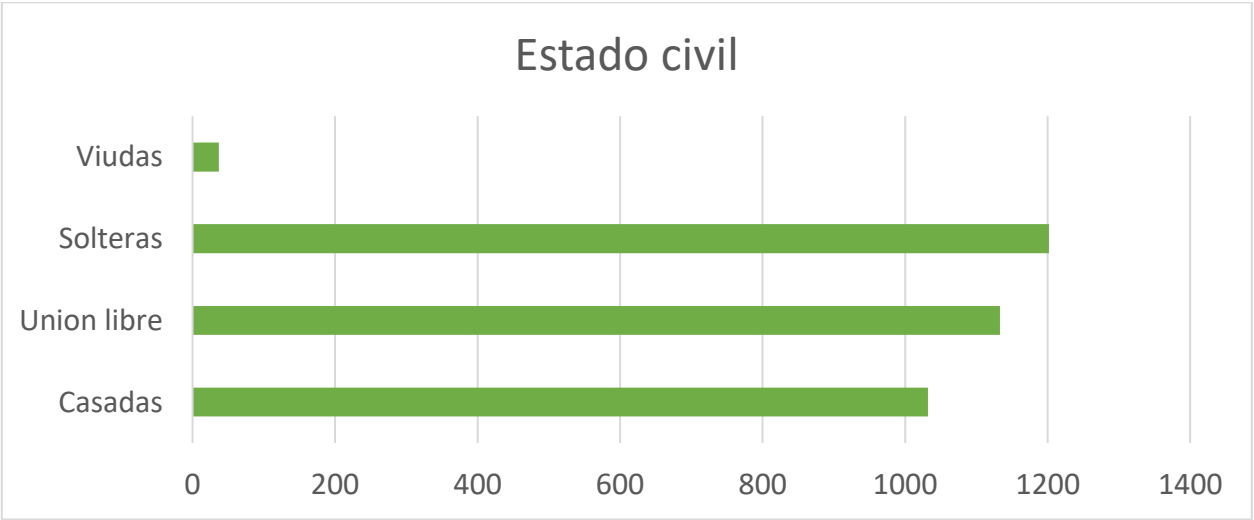
Gráfico 3: Edad de las mujeres que presentaron lesiones al momento de la certificación

La gráfica número 4, nos muestra el porcentaje de la ocupación que en el momento de la certificación médico legal, desempeñaban las mujeres de nuestro universo de trabajo, el 46 % se dedican al hogar, el 45 % cuentan con un trabajo, y el 9% son estudiante, lactante y jubiladas.



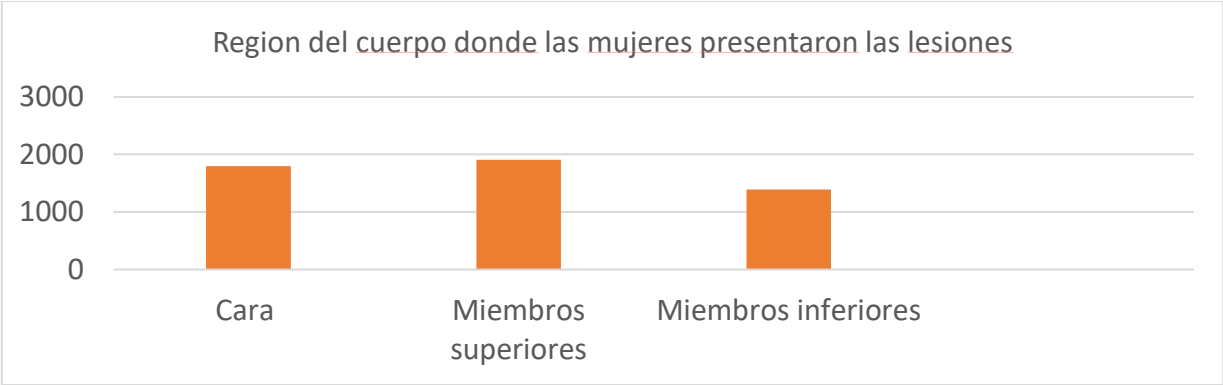
Grafica 4: Porcentaje de ocupación

En la gráfica 5, nos sintetiza el estado civil que en el momento de la certificación las mujeres reportaron, 1032 casadas, 1133 unión libre, 1202 solteras, 37 viudas.



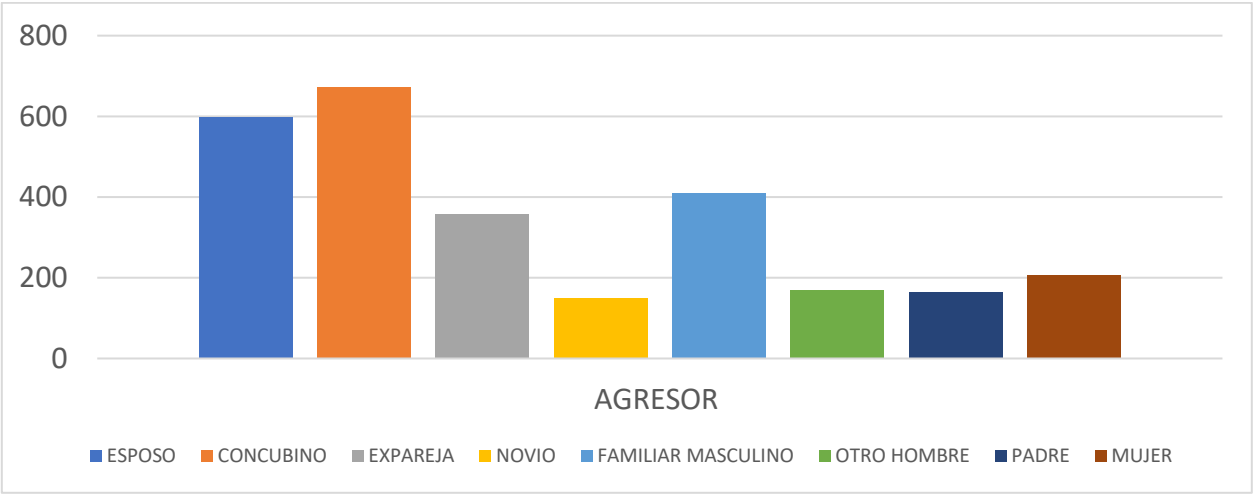
Grafica 5: Estado civil

En el grafico 6, se muestran las regiones corporales donde las mujeres presentaron lesiones al momento de la certificación médico legal, quedando de la siguiente manera: 1797 casos en cara y de esos, 53 casos reportaron que, si dejan cicatriz, en miembros superiores 1909 casos y en miembros inferiores 1391 casos.



Grafica 6: regiones del cuerpo donde se reportó lesiones

El agresor no se encontró descrito en todos los casos, solo en 2731 certificados se encontró esa información, de los cuales el 24.6 % corresponde a que el concubino es el agresor más frecuente seguido del esposo con un 21.89%, otro familiar masculino con un 15.04%, expareja el 13.07 %, hombre sin relación familiar 6.2%, el padre en un 6%, el novio el 5.5%, y el 7.5% la agresión viene de otra mujer como se puede observar en la gráfica de barras siguiente señalada con el número siete.



Grafica de barras 7: Agresor denunciado.

En total se encontraron descritas diecinueve tipos de lesiones que presentaron las mujeres en el momento de la certificación médico legal, detalladas en la tabla siete, las primeras cinco se agruparon por mecanismo de lesión que pertenece a las contusas, y también se agruparon las lesiones por arma blanca.

	Lesión	Número de casos
Contusas	Equimosis	3034
	Excoriación	1168
	Hematoma Subgaleal	76
	Hematoma Palpebral	47
	Herida Contusa	102
	Mordedura Humana	67
Heridas Por Arma Blanca	Herida Cortante	50
	Punzocortante	12
	Punzante	1
	Herida Suturada	43
Quemaduras	Primer Grado	7
	Segundo Grado	2
Lesiones osteoarticulares	Luxación en Cadera, Hombro y Temporomandibular	6
	Fracturas	30
	Esguince Cervical	17
	Trauma Ocular	48
	Lesión en Dientes	21
	Alopecia Por Arrancamiento De Pelo	15
	TCE Severo	2
	Trauma Penetrante En Tórax	1

Tabla 8: lesiones descritas en los certificados de lesiones.

DISCUSIÓN

Nuestra investigación arroja que, de nuestro total de 3404 casos estudiados, el mes de junio presento menos casos con un total de 116 y en el mes de septiembre fue donde más casos se presentó con un total de 381. Analizando lo siguiente, el 24 de marzo donde se declara fase dos en el Estado de México, el 21 de abril se declara la fase tres que nos permitían la apertura de negocios para actividades esenciales, con el proyecto de la nueva normalidad declarada el 18 de mayo, teniendo que el tiempo de máximo aislamiento social fue del 21 de abril al 18 de mayo y se obtuvo un promedio de 266 casos por mes, y en estos tres meses no aumento el número de casos, pero si se observa una disminución en el mes de junio donde es el primer mes que se vive la nueva normalidad con la apertura de varios negocios y disminuye el aislamiento estricto, sin embargo la fase tres continuo todo el año, y los casos fueron ascendiendo con un pico máximo en el mes de septiembre manteniéndose el segundo semestre del 2020 con un promedio de 322 casos al mes, por lo que se concluye que comparando enero y febrero con un promedio de 277 casos al mes donde no existía el aislamiento, 266 casos promedio en aislamiento estricto y 322 promedio casos en el segundo semestre 2020 donde se siguió viviendo con un aislamiento parcial se concluye que si aumento el número de casos de agresión física en la pandemia por COVID.

Comparando nuestro estudio con el de Rosario Valdez-Santiago et al, donde las mujeres reportaron violencia física en el hogar antes del confinamiento en un 83.8% y durante el confinamiento el 35% reportó que las agresiones “ya existían y siguieron”; 22.9% reporto “fueron más frecuentes”; y que por primera vez en el confinamiento de presento agresión física 14%, podemos decir que efectivamente el confinamiento que se vivió por la pandemia fue un factor para que aumentara la agresión física en contra de las mujeres.

La edad en la que las mujeres presentan agresión física es de los cero años hasta los noventa y nueve años según nuestro estudio, y el grupo de edad donde más casos se registro fue el de 20 a 25 años representado con un 21.91% de los casos, seguido con el 18.97% al grupo de edad de 26 a 30 años; el 14.24% al grupo de edad de 31 a 35 años y el 9.7% al grupo de edad entre 40 a 50 años.

Comparando nuestro estudio con el del Doctor Vargas Alvarado en Costa Rica que se presenta más en el grupo de edad de 25 a 29 años, aquí en el Valle de Toluca es de 20 a 25 años, actualmente; comparándolo con el estudio que realizo Cárdenas Turrent et al en Veracruz su mayoría del 26% tenía de 18 a 27 años rango de edad que coincide con nuestro estudio y releva que se sigue presentándose en México; comparándolo con estudios realizados en Cuba donde el rango de edad entres 36 a 45 años es el más afectado. La edad en la que se presenta más agresión contra la mujer se puede deber a que en edad temprana la mujer mexicana se embaraza, se casa o decide la unión libre y esto hace que estén expuestas más las mujeres jóvenes. Concluyendo también en que el rango de edad más frecuente estará representado por mujeres en edad reproductiva de veinte a treinta y cinco años, con un total de 1877 casos que equivale al 55% de nuestra población, ya que el factor de mayor peso ante el miedo de la separación es la crianza de los hijos.

La ocupación de nuestro universo de trabajo es muy importante, ya que como refiere Isabel Ruiz-Pérez et al, las mujeres de clases sociales inferiores sufren agresión física más frecuente que las mujeres de clases sociales superiores, pero no está claro por qué la pobreza incrementa el riesgo de la violencia, y como lo refiere Laura Magda López Angulo et al, constituye un factor de riesgo, por considerar que la carencia del control económico conlleva a una inseguridad respecto al futuro y sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias adversas; sin embargo al ser dependientes económicamente del agresor influye el que la violencia sea continua; el estudio de Cárdenas Turrent et al, donde el 45% se dedicaban al hogar y el 43% tenía un empleo son muy parecidos con nuestros resultados ya que nuestro estudio releva que el 46 % se dedican al hogar, el 45% cuentan con un trabajo, por

lo que se concluye que México al igual que Cuba y Costa Rica las amas de casa son las más violentadas.

El estado civil, nuestra hipótesis iba encaminada a que el estado civil unión libre, fuese el de mayor predominio ya que es el de mayor elección en la población joven actualmente puesto que evita tener compromisos legales e involucrar menos las leyes morales de la familia, evitando la red de apoyo, y teniendo más poder y control sobre la mujer, así como lo refería en sus estadísticas Gustavo Olaiz et al, que realizo un estudio en todos los estado de la República Mexicana por parte de la Secretaría de Salud, reportando que el estado civil más afectado fue unión libre en un 27.4 %; Rosario Valdez-Santiago et al, quien realizo la encuesta Ensanut 2020 Covid-19,1 la cual tuvo presencia en nueve regiones de la República Mexicana revelo que el 58% de las encuestadas se encontraba en unión libre; Laura Magda López Angulo et al refiere que en Cuna el 86% de las mujeres que se encuentran en una relación convivente lo que aquí en México se le denomina unión libre son víctimas de violencia intima; contra una sola referencia bibliográfica del Dr. Vargas Alvarado que las casadas eran las más afectadas, pero nuestro estudio arrojó que las solteras con un total de 1202 casos que representa por el 35% de la población estudiada, seguido del 33.2% en unión libre, 30% casadas.

Nuestra hipótesis sobre el agresor queda confirmada, ya que se presumía que por excelencia seria la pareja o esposo de la mujer agredida, pero no se descarta que cualquier familiar varón agrede a su familiar mujer. El 24.6 % corresponde a que el concubino es el agresor más frecuente coincidiendo con Gustavo Olaiz et al, que realizo un estudio en todos los estados de la República Mexicana por parte de la Secretaría de Salud, reportando que el estado civil más afectado fue unión libre y por lo tanto el concubino agrede más que el esposo con una pequeña diferencia ya que este concierne al 21.89% de los casos; el tercer agresor más frecuente en un familiar masculino con un 15.04% de los casos, nuestro estudio se puede comparar con los resultados de Guerra-Rosas, quien refiere que las agresiones por un hombre de la familia es el padre, tío, abuelo, hermano, primo, sin embargo nosotros estudiamos al padre por separado reportándolo en un 6% de los casos. La expareja

como agresora está representada por un 13.07% de los casos y esto se debe como lo refiere Gustavo Olaiz et al, que los varones no aceptan que se concluyó la relación. Analizando el Artículo 240 del código penal del Estado de México donde mencionan que las penas se incrementarán cuando las lesiones sean cometidas por un hombre en agravio de una mujer, con quien haya tenido una relación sentimental, podemos incluir como agresor al concubino, esposo, novio y expareja corresponde al 65% de nuestra población.

Elizabeth Álvarez Ramírez et al, realizaron un estudio para conocer la relación entre la violencia (física, verbal-psicológica y económica-sexual) experimentada en el noviazgo a 415 estudiantes universitarios de la Ciudad de México, no menciona números, refiere solo que sus resultados le permitieron confirmar que la violencia en el noviazgo es un fenómeno social de gran relevancia, y la violencia económica es la más frecuente, sin embargo nuestro estudio reporta que el 5.5% reporto agresión física por su novio.

La hipótesis donde se presumía que las lesiones como las equimosis, excoriaciones, hematomas y herida contusa, son las más frecuentes en las mujeres agredidas, es confirmada, ya que son provocadas con las manos y pies siendo estos las principales partes anatómicas que se usan para agredir, además que si estudiamos que el objetivo de la violencia es el control y las manobras de sujeción o sometimiento, como es la presión en los brazos o antebrazos, siendo también está la parte anatómica más lesionada reportada en un 56% de los casos en miembros superiores, el 52% en cara y el 40% en miembros inferiores. El 89% de nuestra población presento al menos una equimosis, y en orden de frecuencia le sigue la excoriación, la herida contusa, hematoma subgaleal, mordedura humana, herida cortante, el trauma ocular, hematoma palpebral, herida suturada, fracturas, lesión en dientes, esguince cervical, alopecia por arrancamiento de pelo, herida punzocortante, quemadura de primer grado, luxaciones, quemadura de segundo

grado, traumatismo craneoencefálico que requirió hospitalización y una caso de heridas penetrante punzantes en tórax y que no perdió la vida.

Comparando nuestro estudio con el Doctor Vargas Alvarado donde refiere que la cabeza y los muslos son los más afectados fue diferente, ya que la población estudiada presento más lesiones en miembros superiores;

Cárdenas Turrent et al. realizo su estudio en los albergues en Veracruz las lesiones bucodentales más comunes, reportando fractura de órgano dentario en un 6%, comparándolo con nuestro estudio reporto 21 casos siendo esto 0.6%.

Comparando nuestro estudio con Cuba, donde la doctora Jeinys Joven Rodríguez et al, reporto que la mayor frecuencia de las lesiones fue por agentes lesivos contundentes 92.5% es parecido al nuestro resultado al 89% de nuestra población; arma blanca con el 7.5% y nuestro estudio reporto que se reportó en el 1.8 % de los casos coincidiendo solo en el mecanismo contuso.

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo analizar tipo de lesiones presentes en las mujeres atendidas en el Centro de Justicia para las Mujeres Toluca en el año 2020, y estas fueron las lesiones tipo contusas y en segundo lugar las lesiones por arma blanca, confirmando que el confinamiento por pandemia si fue un factor para que aumentara la violencia en contra de las mujeres, y donde las mujeres de veinte a veinticinco años, dedicadas al hogar, estado civil solteras son las más afectadas; el agresor más frecuente es el concubino y los miembros inferiores es la región donde se presenta más frecuente las lesiones.

RECOMENDACIONES

La fiscalía mexiquense antes de la pandemia ya contaba con un servidor informático para la denuncia en línea, pero fue hasta el aislamiento social donde tuvo más propaganda de su existencia y su uso, sin embargo un factor negativo para que esta forma de denuncia se lleve a cabo es que las usuarias tengan algún equipo con internet; otra herramienta pensada en las comunidades de escasos recursos fue la unidad móvil, durante la pandemia por redes sociales se dio a conocer de su ruta, sin embargo un factor negativo es que la mayoría de las personas que siguen las redes sociales de la fiscalía mexiquense son los mismos empleados de dicha institución y no la población en general, para tal caso yo propongo que para el futuro cuando el panorama se visualice que México sufrirá otra pandemia u otro motivo que presente las condiciones de aislamiento social, se promueva la difusión continua y actualizada como lo fue los hospitales y la aplicación de vacunas por televisión abierta las denuncia por internet y el calendario de asistencia de unidades móviles.

Implementar educación sobre violencia en contra de la mujer a madres de estudiantes a nivel preescolar y primaria, siendo esta nuestra población más afectada, así como en nivel secundaria, medio superior y superior a las estudiantes mujeres para que continúen con los estudios y que se corte la herencia de depender económicamente del agresor, siendo este el factor de mayor peso ante la inseguridad de la crianza de los hijos y su futuro.

Bibliografía

- ⁱ Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- ⁱⁱ Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- ⁱⁱⁱ Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- ^{iv} Salvador Martínez Murillo. Medicina Legal. Edición 17^a. Méndez Editores
- ^v Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- ^{vi} José Ángel Patito. Medicina Legal. Buenos Aires Argentina. Ediciones Centro Norte 2000
- ^{vii} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017.
- ^{viii} CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO. Publicada en el Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno” el 20 de marzo de 2000. Última Reforma POGG 21 de enero de 2022.
- ^{ix} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017
- ^x Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- ^{xi} Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009

- ^{xii} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017
- ^{xiii} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017
- ^{xiv} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017
- ^{xv} Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009

- ^{xvi} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017

- ^{xvii} Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009

- ^{xviii} Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009

- ^{xix} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017

-
- xx Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017
- xxi Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017
- xxii Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. E. Villanueva Cañadas. Séptima edición. Elsevier España 2009
- xxiii Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017
- xxiv J. M. Arribas Blanca , J. R. Castelló Fortetb , N. Rodríguez Pataa , A. Sánchez Olasoc y A. Antequera Pérezd. Cirugía menor en heridas (laceraciones). Heridas en cara y manos. Grupo de trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia. SEMERGEN. Madrid 2002; 28 (5) : 249-64.
- xxv Glenda Viales López. Patología traumática ocular. Medicina legal de Costa Rica. Volumen 33 (2) septiembre 2016. ISSN 1409-0015
- xxvi Glenda Viales López. Patología traumática ocular. Medicina legal de Costa Rica. Volumen 33 (2) septiembre 2016. ISSN 1409-0015
- xxvii Glenda Viales López. Patología traumática ocular. Medicina legal de Costa Rica. Volumen 33 (2) septiembre 2016. ISSN 1409-0015
- xxviii Glenda Viales López. Patología traumática ocular. Medicina legal de Costa Rica. Volumen 33 (2) septiembre 2016. ISSN 1409-0015
- xxix Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- xxx Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- xxxi Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- xxxii Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- xxxiii Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. España Séptima edición. Elsevier. 2009
- xxxiv Guía de practica clínica: atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel de atención actualización 2014. SS-008-08.
- xxxv Gómez de Terreros Caro; Martínez Jimeno; Gómez Gutiérrez; Ramos Herrera. Luxación temporomandibular. Maniobra de Nelaton: exposición de un caso y revisión de la literatura. Sanidad militar. 2020; 76 (1): 36-38, ISSN: 1887-8571
- xxxvi Luis Justino Fernández Palomo. Nueva clasificación para la luxación traumática de la cadera. Hospital American British Cowdray. Ciudad de México.

Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología 2001; número 15(6): Nov.-Dic: 280-287

^{xxxvii} Eduardo Vargas Alvarado. Traumatología forense. México. Editorial Trillas. Segunda edición. 2017

^{xxxviii} Johann Vladimir Uzcátegui Quintero, Alinne Hernández Ayala, Ricardo González Plata, Enrique Ríos Szalay. Tratamiento restaurador de lesiones dentales traumáticas. Reporte de tres casos clínicos. Revista odontológica mexicana. Volumen 21, número 3, julio-septiembre 2017. Pp 185-197

^{xxxix} Johann Vladimir Uzcátegui Quintero, Alinne Hernández Ayala, Ricardo González Plata, Enrique Ríos Szalay. Tratamiento restaurador de lesiones dentales traumáticas. Reporte de tres casos clínicos. Revista odontológica mexicana. Volumen 21, número 3, julio-septiembre 2017. Pp 185-197

^{xl} Johann Vladimir Uzcátegui Quintero, Alinne Hernández Ayala, Ricardo González Plata, Enrique Ríos Szalay. Tratamiento restaurador de lesiones dentales traumáticas. Reporte de tres casos clínicos. Revista odontológica mexicana. Volumen 21, número 3, julio-septiembre 2017. Pp 185-197

^{xli} Johann Vladimir Uzcátegui Quintero, Alinne Hernández Ayala, Ricardo González Plata, Enrique Ríos Szalay. Tratamiento restaurador de lesiones dentales traumáticas. Reporte de tres casos clínicos. Revista odontológica mexicana. Volumen 21, número 3, julio-septiembre 2017. Pp 185-197

^{xlii} José D. Charry. Juan F. Cáceres, Andrea C. Salazar, Lisseth P. López, Juan P. Solano. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Revista Chilena de Neurocirugía número 43 años 2017. Pp 177-182.

^{xliii} José D. Charry. Juan F. Cáceres, Andrea C. Salazar, Lisseth P. López, Juan P. Solano. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Revista Chilena de Neurocirugía número 43 años 2017. Pp 177-182.

^{xliv} José D. Charry. Juan F. Cáceres, Andrea C. Salazar, Lisseth P. López, Juan P. Solano. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Revista Chilena de Neurocirugía número 43 años 2017. Pp 177-182

^{xlv} José D. Charry. Juan F. Cáceres, Andrea C. Salazar, Lisseth P. López, Juan P. Solano. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Revista Chilena de Neurocirugía número 43 años 2017. Pp 177-182.

^{xlvi} María Elena Benítez Pérez. MACHOS Y MACHISTAS. HISTORIA DE LOS ESTEREOTIPOS MEXICANOS. ZEYDA RODRÍGUEZ MORALES. La ventana. Revista de estudios de género *versión impresa* ISSN 1405-9436. volumen 5 no.39 Guadalajara ene./jun. 2014

^{xlvii} La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. CEDEM / NOVEDADES EN POBLACIÓN. RNPS: 0638 • ISSN: 2308-2984 • No.26 • julio-diciembre de 2017.

^{xlviii} Ma Pilar González Lozano et al. VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: UNA REVISIÓN. Psicopatología clínica legal y forense. Volumen 3, Número 3, 2003. pp 23-39

-
- xlix Declaración de Madrid 2012. Congreso Mundial de Familias, Matrimonio y Familia, el futuro de la sociedad. Madrid, 25 al 27 de mayo 2012. Servicio de documentación. Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra.
- l [CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER "CONVENCION DE BELEM DO PARA" \(oas.org\)](#)
- li [Violencia contra la mujer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)
- lii Eduardo Vargas Alvarado. Sexología forense. México. Trillas segunda edición 2012
- liii https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentation_ejecutiva.pdf
- liv Cárdenas BS, Limón IG. Clasificación de lesiones odontológicas en mujeres víctimas de violencia física. Revista Mexicana Medica Forense, 2019, 4(3):16-26.
- lv Gustavo Olaiz, MSP, Rosalba Rojas, PhD, Rosario Valdez, Aurora Franco, Oswaldo Palma. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México.. Salud pública de México volumen 48, suplemento 2 de 2006.
- lvi Dra. Jeinys Joven Rodríguez , Dr. Baldomero Loy, Dr.C. Ricardo Rodríguez Jorge , Lic. Rafaela Oneida González Pereira. Caracterización de la mujer víctima de lesiones intencionales. ACTA MEDICA. Centro volumen 9 numero 4 2015.
- lvii Aldo Medina-Gamero* y Mónica Regalado-Chamorro. Pandemia, confinamiento y violencia de género: un trinomio peligroso. Carta al editor. Universidad Privada del Norte, Lima, Perú. Elsevier 2021.
- lviii Miguel Lorente-Acosta. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. Revista Española de Medicina Legal. Mayo 2020; 46 (3) 139-145.
- lix Rosario Valdez-Santiago; Aremis Villalobos-Hernández, Luz Arenas-Monreal, Karla Flores, Luciana Ramos-Lira. Violencia en el hogar contra mujeres adultas durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19 en México. Salud Pública de México / vol. 63, no. 6, noviembre-diciembre de 2021.
- lx [Recuento 2020: así se vivió la pandemia de COVID-19 \(conexiones365.com\)](#)
- lxi [definicion de factor - Buscar con Google.](#)
<https://www.google.com.mx/search?q=definicion+de+factor+&s>
- lxii Alejandro Díaz-Martínez, Ramón Esteban-Jiménez. Violencia intrafamiliar. Gaceta Medica de México. Volumen 139, Numero 4, Julio-Agosto 2003.
- lxiii Isabel Ruiz-Pérez; Pilar Blanco-Prieto; Carmen Vives-Cases. Violencia contra la mujer en la pareja: Determinantes y respuestas sociosanitarias. Gaceta Sanitaria Número 18. Suplemento 2. España. 2004.
- lxiv Laura Magda López Angulo, Ana Ivis Muñoz Alcuria, Yusleyvis González Dueñas. Resultados de la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres que

denuncian la violencia íntima. Cienfuegos, 2010. Revista Medisur. Diciembre 2013, Volumen 11, Numero 6.

^{lxv} Guerra-Rosas, Ana Laura; Limón-Espinoza, Ipsa Guadalupe; Cabrera-Castillo, Manuela. Percepción de los factores de riesgo para ser víctima de violencia feminicida en mujeres de la Universidad Veracruzana. Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud. Editorial Universidad Veracruzana Periodo julio-diciembre 2021

^{lxvi} Guerra-Rosas, Ana Laura; Limón-Espinoza, Ipsa Guadalupe; Cabrera-Castillo, Manuela. Percepción de los factores de riesgo para ser víctima de violencia feminicida en mujeres de la Universidad Veracruzana. Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud. Editorial Universidad Veracruzana Periodo julio-diciembre 2021

^{lxvii} Elizabeth Álvarez Ramírez, Claudia López Becerra. Violencia en el noviazgo y sus consecuencias en la vida académica de hombres y mujeres universitarios. Revista especializada en ciencias de la salud 23 (1-2); 41-48. 2020.

ANEXOS

Anexo 1:

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
Fecha de certificación	Tiempo, determinado por el día, el mes y el año, en que se hace u ocurre una cosa.	Día, mes, año	Cuantitativa Nominal	Tiempo	1
Edad	Es la edad cronológica del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Años cumplidos al momento de la certificación	Cuantitativa ordinal	Años cumplidos	2
Ocupación	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.	La actividad que desempeña puede o no tener remuneración monetaria.	Cualitativa nominal	Nombre de la actividad	3
Estado civil	Calidad o posición que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obliga	calidad o posición que ocupa un individuo dentro de la sociedad	Cualitativa nominal	Casada Unión libre Soltera Viuda	4
Agresor	Persona que comete una acción violenta a otra persona con la intención de causar un daño.	Papel que desempeña una persona en las relaciones interpersonales.	Cualitativa nominal	Pareja actual Expareja Padre Familiar masculino Mujer Desconoce	5
Región anatómica	La división del cuerpo humano en regiones. Cada región corporal principal se subdividen en varias regiones más pequeñas que ayudan a la compartimentalización	Región anatómica que sufrió daño en la salud producida por una causa externa.	Cualitativa nominal	Cara Extremidades superiores Extremidades inferiores	6
Lesión	Toda alteración que cause daños en la salud producida por una causa externa.	Daños a la salud provocadas por un Humano agresor.	Cualitativa nominal	Equimosis Excoriación Hematoma Herida Contusa Herida Cortante Herida Punzocortante Herida Punzante Herida Sutura Esguince cervical Trauma ocular Trauma en diente Fractura Quemadura Tracción de Pelo Mordedura humana Luxación TCE severo Trauma penetrante en tórax	7

Anexo 2:

