



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Hijar Medina, Martha C.; Valdez Santiago, Rosario; Flores Regata, Lili; Blanco, Julia
Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar
Salud Pública de México, vol. 45, núm. 4, julio-agosto, 2003
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645403>

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

redalyc.org

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

Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar

Martha Hijar-Medina, Dra en C,⁽¹⁾ Lili Flores-Regata, MSP,⁽²⁾
Rosario Valdez-Santiago, M en Antropol,⁽¹⁾ Julia Blanco, M en C.⁽¹⁾

Hijar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J.
Atención médica de lesiones intencionales
provocadas por la violencia familiar.
Salud Publica Mex 2003;45:252-258.

El texto completo en inglés de este artículo está
disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Hijar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J.
Medical care of injuries caused intentionally
by domestic violence.
Salud Publica Mex 2003;45:252-258.

The English version of this paper
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Describir y analizar las características de la demanda provocada por lesiones intencionales, en especial las provocadas por violencia familiar en los servicios de urgencias de hospitales públicos de la Ciudad de México. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, en el cual se incluyeron variables relacionadas con el agresor, el agredido y con la atención médica. Se diseñó un cuestionario, que se aplicó durante los meses de enero a abril de 1998 en cuatro hospitales seleccionados. Se realizó un análisis con base en frecuencias simples, ji cuadrado, razón de momios con sus respectivos intervalos de confianza de 95%, y se aplicó modelo de regresión logística ajustado por las variables asociadas con este tipo de demanda. **Resultados.** De los 598 casos que presentaron lesiones intencionales, 16% correspondió a violencia familiar. Los más afectados fueron el sexo femenino (76%), y jóvenes entre 15 y 29 años de edad (46%). Las variables que se encontraron asociadas con la demanda por lesiones provocadas por violencia familiar, en comparación con otro tipo de violencia, fueron: edad mayor de 30 años (RM 2.36, IC 95% 1.13-4.90), sexo femenino (RM 8.60, IC 95%/4.25-17.40) antecedentes de lesiones previas (RM 4.93, IC 95% 2.03-11.95), el hogar como lugar de ocurrencia (RM 36.25, IC 95% 16.598-79.18) y escolaridad primaria o menos (RM 2.33, IC 95% 1.03-5.26). **Conclusiones.** Los resultados encontrados coinciden con reportes de otros estudios sobre el tema, y son de gran utilidad como antecedentes para la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la Atención Médica de la Violencia Familiar, que entró en vigencia en marzo de 2000. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: lesiones intencionales; servicio de urgencia en hospital; violencia doméstica; México

Abstract

Objective. To describe and analyze the causes of emergency care services for intentional injuries, especially those caused by domestic violence, at four public hospitals in Mexico City. **Material and Methods.** A cross-sectional study was conducted between January and April 1998, which included variables related with the victim, the aggressor, and the medical care provided to the victim. A questionnaire was applied to individuals who had been injured intentionally. Statistical analysis of data consisted of simple frequencies, the χ^2 test, and odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI). A logistic regression model was also used to adjust for variables associated with the injury requiring emergency medical care. **Results.** A total of 598 cases of intentional injuries were analyzed, 16% of which were due to domestic violence. Females were the most frequent victims (76%), followed by young people between 15 and 29 years old (46%). Variables associated with medical care due to injuries by domestic violence were: age 30 or older (OR 2.36, 95% CI 1.13-4.90), female gender (OR 8.60 95% CI 4.25-17.40), history of injuries (OR 4.93 95% CI 2.03-11.95), home as place of occurrence (OR 36.25 95% CI 16.59-79.18), and low education level (OR 2.33 95% CI 1.03-5.26). **Conclusions.** Study findings are consistent with those from other studies and call for enforcement of the Mexican Official Norm for Medical Care of Domestic Violence (Norma Oficial Mexicana para la Atención Médica de la Violencia Familiar) established in March 2000. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: intentional injuries; emergency service, hospital; domestic violence; Mexico

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Jefatura de Enseñanza de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz, México.

El problema de la violencia se puede definir y clasificar de formas muy variadas según la disciplina que lo aborde, el ámbito donde ocurra, el motivo y las personas afectadas.¹ En el ámbito de la salud la violencia se ha aceptado como un problema de salud pública, debido a que una de sus consecuencias es la lesión física, la cual provoca demanda de atención médica, discapacidad o la muerte.

Sin embargo, el problema va más allá del ámbito de la salud física, siendo de fundamental importancia los daños psicológicos y el impacto social que ocasionan.^{2,3} La magnitud de la violencia se refleja en el aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad, desequilibrio emocional, discapacidad permanente o temporal.⁴ Sus efectos se observan, principalmente, en los grupos más vulnerables de la sociedad: ancianos, menores de edad, jóvenes, mujeres y, en general, la población en edad productiva.

El estudio de este problema debe considerar los diversos ámbitos donde ocurre y los actores involucrados, ya que no es lo mismo la violencia acontecida en la vía pública, generalmente entre desconocidos, que la violencia familiar desarrollada fundamentalmente en el hogar, espacio considerado paradójicamente como el más seguro. Estas características de la violencia familiar han derivado en un subregistro importante; entre las razones principales se encuentran la relación cercana entre agredidos y agresores, el temor de la víctima a denunciar a sus propios familiares, y el impacto de la denuncia en la desintegración familiar. La mayoría de los estudios^{5,6} sobre el problema, que se han realizado en nuestro país, se han enfocado en la violencia contra la mujer. Es importante no perder de vista que tal fenómeno no se limita a este grupo, sino que afecta también a menores de edad, ancianos y, en general, a cualquier miembro de la familia que se encuentre en desventaja.

Es importante tomar conciencia acerca de que la violencia familiar no es un acto privado, sino que afecta a toda la sociedad. Por tal razón en México, en 1999, se presentó la Norma Oficial Mexicana Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar NOM-190-SSA1-1999. El objetivo que persigue es establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar. Incluye desde la definición del problema, registro de información, políticas de aplicación en las instituciones de salud pública y privadas, hasta los criterios específicos que deberán observar los prestadores de servicios, no sólo para la detección y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sino para su notificación

legal, investigación, sensibilización, capacitación y actualización del personal encargado de proporcionar los servicios de salud.⁷

Puesto que las áreas de urgencias hospitalarias constituyen la vía de entrada de este tipo de eventos a los servicios de salud, el presente estudio tuvo como objetivo principal describir y analizar las características de la demanda en los hospitales públicos de la Ciudad de México, provocada por lesiones intencionales en general y, en particular, las ocasionadas por la violencia familiar.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal en cuatro hospitales públicos de la Ciudad de México, Distrito Federal (La Villa, Balbuena, Iztapalapa y Xoco). Dichas unidades fueron seleccionadas por ser las que más concentran en la Ciudad de México la demanda generada por lesiones, tanto accidentales como intencionales. La población en estudio fueron las personas que demandaron atención médica, debido a lesiones intencionales, en los servicios de urgencia, de dichos hospitales durante los meses de enero a abril de 1998.

El presente trabajo sólo incluye los casos de los que se reportó, ya fuera por parte del lesionado o de un acompañante, que las lesiones habían sido provocadas intencionalmente por otra persona.

Para el cálculo del tamaño muestral se tomó en cuenta la demanda generada, por lesiones, al servicio de urgencias en cada hospital, considerando que la tercera parte de dicha demanda se debía a lesiones como consecuencia de un hecho violento. Debido a que la demanda era diferente para cada hospital se utilizó la fórmula de proporciones, fijando un nivel de confianza de 95%, obteniéndose un total de 598 casos, correspondientes a lesiones intencionales. El tamaño definido para cada hospital se obtuvo con base en el peso de la demanda por lesiones a cada uno de ellos. La selección de los casos se efectuó mediante muestreo sistemático.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, previamente probado y validado, que incluyó variables relacionadas con el agredido, con el agresor y con la atención médica. Las variables relacionadas con el agredido fueron edad, sexo, escolaridad, consumo de alcohol, de drogas o de medicamentos, previo al evento, antecedentes de lesiones, gravedad (se consideraron graves las lesiones en las cuales hubo hospitalizados, o gente que falleció a consecuencia de las mismas), estado físico, tipo de lesión y región corporal afectada. En función de

la naturaleza de la lesión ésta se codificó conforme a lo que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9ª Revisión, en el Capítulo Traumatismos y Envenenamientos (800-999); y la causa externa se codificó con los códigos E960-E969.⁸

Las variables relacionadas con el agresor fueron consumo de alcohol o drogas (obtenidas mediante el reporte del agredido) y parentesco con el lesionado. A partir de la relación existente entre agredido y agresor, y de los motivos de la agresión, se categorizó el tipo de violencia⁹ de la forma siguiente:

Familiar. Uso de la fuerza física por una o más personas contra otra, con la intención de provocar un daño físico, que se da entre cónyuges o familiares, independientemente del sitio de ocurrencia y del nivel de parentesco.

Otro tipo de violencia. Se consideró como tal el uso de la fuerza física por una o más personas contra otra, con la intención de robar, o producir un daño físico, y que es ejercida por desconocidos o conocidos, independientemente del sitio de ocurrencia. Esta categoría incluye la riña y el asalto.

En cuanto a las variables relacionadas con la atención médica se incluyeron atención pre hospitalaria, quién otorgó esa atención, días de estancia hospitalaria y motivo de egreso.

El cuestionario fue aplicado por médicos residentes previamente capacitados. Siempre que fue posible el informante fue el lesionado; en caso contrario, se entrevistó al acompañante o testigo de los hechos. En los casos fatales los datos individuales se recolectaron en el servicio de patología de la unidad médica.

Se realizó un análisis univariado de los datos mediante el cálculo de frecuencias simples para cada una de las variables de interés, y se compararon las características de las lesiones, producto de violencia familiar, con las producidas por otro tipo de violencia, utilizando el estadístico ji cuadrado; mediante análisis bivariado se determinó la asociación entre dichas variables y la demanda por lesiones provocadas por violencia familiar. Finalmente, se elaboró un modelo de regresión logística utilizando el método *Step Wise*, con base en las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado y con aquellas que, como fue el caso de la escolaridad, aun sin haber resultado estadísticamente significativas, se consideraron fundamentales para aproximarse a entender el problema de la violencia familiar como causa de lesiones, que provocan la demanda de atención médica de urgencias en hospitales públicos de la Ciudad de México.

Resultados

Se obtuvo información de 598 personas atendidas por lesiones intencionales. Los casos se distribuyeron de la siguiente manera, en función del hospital donde fueron atendidos: 130 (22%) en la Villa, 126 (21%) en Balbuena, 91 (15%) en Iztapalapa y 251 (42%) en Xoco. Del total de casos, 144 (24%) correspondieron a mujeres y 454 (76%) a hombres, y 36 casos correspondieron a lesiones autoinfligidas, no incluidas en el análisis.

En el cuadro I se presenta la distribución de frecuencias para las principales variables consideradas en el estudio según tipo de violencia. El 16.4% (92) correspondió a lesiones por violencia familiar y el resto a otro tipo de violencia. Se observan diferencias considerables en la distribución por sexo, pues para los otros tipos de violencia (riña y asalto) la mayor parte de los casos correspondieron al sexo masculino, mientras que en el caso de la violencia familiar las mujeres fueron las más afectadas (76% de los casos).

El grupo de edad más afectado por cualquier tipo de violencia fue el de 15 a 29 años. En el caso de la violencia familiar se observó que en 50% de los casos los lesionados fueron mayores de 30 años. En cuanto al nivel de escolaridad, no hubo diferencias significativas por tipo de violencia para esta variable.

Las lesiones más frecuentes fueron fracturas y heridas, siendo los miembros superiores e inferiores las regiones anatómicas más afectadas en el caso de lesiones ocasionadas por otro tipo de violencia. En los casos de violencia familiar, la cara y el cráneo fueron las regiones más afectadas, concentrando 60% de las lesiones. Lo anterior está relacionado con la causa externa, ya que en la violencia familiar los golpes con manos, puños y pies (causa externa E960.0) ocasionaron 82% de las lesiones, mientras que representaron 52% en otro tipo de violencia.

La proporción de casos graves fue significativamente mayor en las lesiones producto de otro tipo de violencia; sólo 4% de los casos de violencia familiar requirió hospitalización.

El 35% de los lesionados tenían antecedentes de lesiones previas, como accidente automovilístico, golpes, caídas y atropellamientos. En el caso de la violencia familiar fue más frecuente dicho antecedente. No hubo diferencia significativa según tipo de violencia en lo referente a la ingesta de alcohol por parte del agredido. En el caso del agresor, sólo en un porcentaje muy bajo se tuvo información al respecto, y la misma fue proporcionada por el agredido. Lo anterior limitó la utilidad de esta variable para el análisis posterior.

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SIMPLES ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y OTRO TIPO DE VIOLENCIA.
CIUDAD DE MÉXICO, 1998

Variables	Violencia familiar		Otro tipo de violencia		Valor de p	Variables	Violencia familiar		Otro tipo de violencia		Valor de p
	n (92)	% (16.4)	n (470)	% (83.6)			n (92)	% (16.4)	n (470)	% (83.6)	
Sexo						Estado físico al ingreso a urgencias					
Masculino	22	23.91	414	88.09	0.000	Consciente	90	98.90	461	98.50	0.771
Femenino	70	76.09	56	11.91		Otros	1	1.10	7	1.50	
Edad						Ingesta de alcohol en el lesionado					
0-14 años	5	5.43	12	2.58	0.006	Sí	21	23.08	140	31.46	0.112
15-29	42	45.65	293	62.88		No	70	76.92	305	68.54	
30-44	37	40.22	115	24.68		Ingesta de drogas en el lesionado					
45-59	6	6.52	42	9.01		Sí	1	1.23	19	5.03	0.129
60 y más años	2	2.17	4	0.86		No	80	98.77	359	94.97	
Nivel de educación						Ingesta de alcohol en el agresor					
Primaria y menos	30	33.33	162	35.06	0.752	Sí	38	41.30	88	19.06	0.000
Secundaria y más	60	66.67	300	64.94		No	39	42.39	73	15.63	
Tipo de lesión y región afectada						Sin datos	15	16.30	305	65.31	
Fracturas, heridas de tórax, etcétera	37	40.22	347	73.83	0.000	Ingesta de drogas en el agresor					
Fracturas de huesos de la nariz, heridas y contusiones cara	55	59.78	123	26.17		Sí	5	5.43	21	4.50	0.000
Causa externa*						No	54	58.70	63	13.49	
E960.0	75	83.33	242	51.93	0.000	Sin datos	33	35.87	383	82.01	
E965	1	1.11	60	12.88		Dónde ocurrió					
E966	7	7.78	86	18.45		Hogar	69	75.0	26	5.53	0.000
E968	7	7.78	78	16.74		Otro sitio	23	25.0	444	94.47	
Gravedad†						Atención prehospitalaria					
Sí	7	7.61	89	18.98	0.008	Sí	23	25.0	187	40.13	0.006
No	85	92.39	380	81.02		No	69	75.0	279	59.87	
Lesiones previas						Motivo de egreso					
Sí	26	28.57	48	10.46	0.000	Alta voluntaria	0	0	4	5.97	0.127
No	65	71.43	411	89.54		Mejoría	4	50.00	52	77.61	
						Defunción	2	25.00	4	5.97	
						Traslado a otra unidad	2	25.00	7	10.45	

* E960.0: pugilato o lucha sin armas (lucha con manos, puños y pies); E965: ataque con arma de fuego y explosivos; E966: ataque con instrumentos cortantes y punzantes; E968: ataque por otros medios y los no especificados

† Se consideraron graves las lesiones que resultaron en hospitalización o muerte del agredido

Sólo 37% de los lesionados recibieron atención pre hospitalaria, otorgada principalmente por un facultativo (atención formal). La mayoría de los lesionados fueron atendidos en el servicio de urgencias. El princi-

pal lugar de ocurrencia para la violencia familiar fue el hogar, y en otras violencias, la vía pública.

En el cuadro II se observa que en los casos de violencia familiar, cuando la víctima fue del sexo femeni-

no, la pareja fue el agresor en 74% de los casos. En el caso de los hombres, el principal agresor fue el cuñado, si bien conviene resaltar que la pareja ocupa el segundo lugar como agresora, ocasionando 18.2% de las lesiones.

El cuadro III muestra las razones de momios crudas correspondientes a los factores que se asociaron con la demanda por lesiones como consecuencia de violencia familiar, en comparación con otro tipo de violencia, destacando el sexo femenino, la baja escolaridad, la edad mayor de 30 años, los golpes, y las fracturas de huesos de la cara, además del hogar como sitio de ocurrencia.

El modelo ajustado, que permite aproximarnos a entender la demanda por lesiones provocadas por violencia familiar, quedó integrado por las siguientes variables: sexo, edad, antecedentes de lesiones, el sitio de ocurrencia y nivel de escolaridad (cuadro IV). Es importante mencionar que la variable escolaridad, aun cuando en las etapas de análisis previos no había resultado significativa, al incluirse en el modelo se convierte en una variable que lo ajusta y se vuelve estadísticamente significativa, de manera que las personas con nivel de escolaridad inferior a secundaria tienen una mayor probabilidad de demandar atención por lesiones producto de violencia familiar. En este modelo se observa cómo el sexo femenino presenta una probabilidad 8.60 veces mayor de presentar lesiones como consecuencia de violencia familiar que el sexo masculino (IC 95% 4.25-17.40), controlando por edad, antecedentes de lesiones previas, sitio de ocurrencia y

nivel de escolaridad. La evaluación de este modelo mostró una especificidad de 97% y sensibilidad de 64%, quedando 96% de las observaciones bajo la curva de ROC.

Discusión

Conviene ubicar los resultados del presente trabajo en el contexto de un estudio que explora los diversos tipos de violencia como causa de lesiones intencionales,

Cuadro II
PARENTESCO ENTRE AGRESOR Y AGREDIDO EN LOS CASOS
DE VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN SEXO.
CIUDAD DE MÉXICO, 1998

Parentesco del agresor	Sexo del agredido				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Espos(a), novio(a)	4	18.2	52	74.2	56	60.9
Padre, madre	3	13.6	2	2.9	5	5.4
Hijo(a)	1	4.5	1	1.4	2	2.1
Cunado(a)	6	27.3	10	14.3	16	17.4
Hijastro(a)	3	13.6	1	1.4	4	4.3
Sobrino(a)	1	4.5	2	2.8	3	3.3
Tío(a)	1	4.5	0	0	1	1.1
Hermano(a)	3	13.6	1	1.4	4	4.3
Yerno, nuera	0	0	1	1.4	1	1.1
Total	22	100	70	100	92	100

Pearson χ^2 (9) = 29.8711 $Pr = 0.000$

Cuadro III
VARIABLES ASOCIADAS CON LA DEMANDA POR LESIONES
PROVOCADAS POR VIOLENCIA FAMILIAR.
CIUDAD DE MÉXICO, 1998

Variables	RM*	IC 95%	
Edad			
0-29 años	1		
30 y más años	1.8	1.16	2.84
Sexo			
Masculino	1		
Femenino	23.5	13.6	40.8
Nivel de educación			
Primaria y menos	1		
Secundaria y más	1.08	0.67	1.73
Lesiones previas			
Sí	3.43	1.99	5.88
No	1		
Gravedad			
Sí	0.35	0.16	0.77
No	1		
Causa externa			
960	4.12	2.37	7.15
Otras	1		
Tipo de lesión y región afectada			
Otro tipo de fracturas, heridas y contusiones	1		
Fractura de huesos de la nariz, herida y contusiones en cara	4.19	2.64	6.65
Dónde ocurrió			
Hogar	52.6	33.3	100.0
Otro sitio	1		
Atención prehospitalaria			
Sí	1		
No	2.01	1.22	3.32

* Razón de momios cruda

Cuadro IV
**VARIABLES ASOCIADAS CON DEMANDA POR LESIONES
 PROVOCADAS POR VIOLENCIA FAMILIAR.
 CIUDAD DE MÉXICO, 1998**

Variables	RM	IC 95%	
Sexo			
Femenino	8.60	4.25	17.40
Masculino	1		
Edad			
< 29 años	1		
30 y más años	2.36	1.13	4.90
Lesiones previas			
Sí	4.93	2.03	11.95
No	1		
Sitio de ocurrencia			
Hogar	36.25	16.59	79.18
Otros	1		
Nivel de escolaridad			
Primaria y menos	2.33	1.03	5.26
Secundaria y más	1		
Modelo ajustado			
Máxima verosimilitud=	-111.75, χ^2 (5)= 264.55, $p=0.000$		
Prueba de bondad y ajuste=	χ^2 (45)= 57.15, $p= 0.1057$		
Curva ROC=	0.9568		

y de éstas las que provocan demanda a servicios de urgencia hospitalarios. Incluye solamente a la población que demanda atención en hospitales para población abierta de la Ciudad de México, por lo que da cuenta de un patrón de violencia que afecta a determinados grupos de población que acuden a ese tipo de unidades, donde la demanda por lesiones intencionales pudiera ser diferente a la presentada en hospitales privados o en áreas rurales, de manera que nuestros resultados no son generalizables.

Una vez hecha esta aclaración, podemos señalar que los resultados del estudio revelan que existen diferencias en los factores que se asocian con la violencia familiar, comparados con otro tipo de violencia. El primer aspecto a resaltar es la diferencia por sexo entre los agredidos según el tipo de violencia; mientras que en la riña o el asalto los hombres son los actores principales, tanto en el papel de agredidos como de agresores, las mujeres son las principales víctimas de la violencia familiar, cuyo principal victimario es el componente masculino de la pareja. Esto es consistente con lo ha-

llado en otros estudios, tanto a escala internacional,^{10,11} como en el ámbito nacional^{12,13} y refleja las condiciones de inequidad en las que se dan las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Valga mencionar que, según algunos autores,¹⁴ en las mujeres la violencia familiar es la causa principal de demanda de atención en los servicios de urgencias.

En general, la edad de los agredidos fue mayor en el caso de las lesiones producto de violencia familiar, en comparación con aquellos lesionados por otro tipo de violencia. Ello podría explicarse en función de que los grupos jóvenes de la población tienen comportamientos que los exponen más a la violencia en la vía pública, como es el caso de la riña con sus pares.¹⁵

Es importante mencionar que, en este estudio, el grupo de menores de 15 años de edad estuvo subrepresentado, ya que los usuarios de los hospitales incluidos son fundamentalmente adultos. Lo anterior no permitió analizar las lesiones intencionales en los niños y las niñas. A esta limitante se añade el hecho de que muchas de estas lesiones en menores de edad se enmascaran bajo el rubro de "accidentales". Sin embargo, en casi la totalidad de los casos incluidos en este estudio el agresor fue siempre alguno de los padres.

El hecho de que el antecedente de lesiones previas sea más frecuente en las víctimas de violencia familiar nos habla de la persistencia de condiciones que permiten que estas agresiones se perpetúen. Esto es consistente con lo reportado en estudios previos, en donde se señala que las mujeres maltratadas por sus parejas tienen un mayor riesgo de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes, en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos, lo cual agrava los riesgos a su salud.¹⁶

Por otra parte, la asociación entre un menor nivel educativo y la violencia familiar nos habla del peso que tienen las condiciones sociales en este tipo de hechos. Sin embargo, este hallazgo hay que interpretarlo con precaución, pues los usuarios de los hospitales incluidos en este estudio representan a una población fundamentalmente de bajos recursos y con un nivel educativo medio o bajo, por lo que no están representados sectores más favorecidos, en los cuales el papel de la educación podría actuar de manera diferente. La relación entre bajo nivel educativo y la violencia que sufren o ejercen las mujeres es un aspecto que ha sido documentado en estudios previos,¹⁴ por lo que es importante tomar en cuenta este aspecto al momento de proponer modelos de intervención en los casos de violencia familiar.

Aunque el consumo de alcohol se ha asociado con la conducta violenta, la metodología aplicada en el presente trabajo no permitió su correcta medición, ya que la información sobre el agresor se dificultó cuando éste

fue un desconocido. Esta limitación en los datos no permitió establecer comparaciones entre los tipos de violencia.

Aunque algunas limitaciones del estudio ya han sido señaladas en los párrafos anteriores, es importante resaltar que los resultados sólo pueden referirse a las lesiones que demandan atención hospitalaria, ya que las lesiones físicas menos importantes no son registradas. Este subregistro es aún más importante en el caso de lesiones producto de violencia familiar, pues los agredidos prefieren no involucrar a los agresores cuando comparten un vínculo afectivo con éstos, y sólo acuden a los servicios de urgencia en casos extremos, por lo que no puede descartarse la existencia de un sesgo de selección.

Asimismo, tampoco podemos descartar la existencia de un sesgo de información, pues es posible que algunas lesiones producto de violencia familiar se hayan clasificado como accidentales o como otro tipo de violencia.

Lo anterior nos conduce a reflexionar acerca de las limitaciones, ya estudiadas en el presente trabajo, que pudieran presentarse en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, debido a las principales características que presenta el fenómeno. A nuestro juicio hay cuatro motivos por los que la norma podría presentar limitaciones en la aplicación:

Los vínculos sanguíneos y afectivos entre agresor y agredido dificultan el reporte de las lesiones, por el temor a una violencia mayor o por las barreras sociales que rodean el fenómeno.

La demanda a los servicios de salud se presenta debido a la percepción de gravedad de las lesiones ocasionadas, limitándose a la salud física.

El personal de salud no está familiarizado, o no se quiere ver involucrado con el fenómeno, lo que dificulta su detección y por consecuencia su notificación, debido a las implicaciones legales que este personal adquiere cuando reporta un hecho violento.

Por último, el fenómeno de la violencia familiar, en particular, va más allá de las lesiones físicas e incluye el maltrato psicológico, el abandono y el maltrato sexual, problemas que no han sido abordados en este estudio, por lo que es fundamental el desarrollo de investigaciones en las que se aborde este problema, incluyendo los daños a la salud mental, en dos aspectos: como consecuencia, y como causa del problema.

Es necesario definir mejor el papel que ha de desempeñar el sector salud, tanto en la prevención como en las respuestas a las necesidades de las víctimas de la violencia. Análisis contextuales nos ayudarían a darle un equilibrio a la participación del sector salud, sin medicalizar el problema, así como a la participación de otras disciplinas en su tratamiento, atención y prevención, es decir, acciones y compromisos claros, según cada sector.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX. Violencia contra la mujer. Washington, DC: OPS, 1999:15-25.
2. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998;21(6):1-10.
3. Hernández D. Pobreza urbana y violencia doméstica en hogares de la Ciudad de México. *Acta Sociológica* 1998; 22: 25-43.
4. Lozano R. Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.
5. Ramírez JC, Uribe G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993; 35:148-160.
6. Valdez R, Sanín LH. La violencia durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996; 38: 352-362.
7. Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana. "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (NOM-190-SSA1-1999). México, D.F.: Secretaría de Salud, 8 de marzo de 2000.
8. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena Revisión. Washington, DC: OPS, 1975.
9. Reiss A, Roth J. Understanding and preventing violence. Washington DC: National Academy Press, 1993.
10. Stark E, Flitcraft A. Violence among intimates: An epidemiological review. En: Van Hasselt Handbook of Family Violence. Nueva York (NY): Plenum Publishing Corp 1988:293-318.
11. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women. The hidden health burden. Program on Women, Health and Development. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1994.
12. Saucedo-González I. Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México. *Perinatol Reprod Hum* 1996;10(2): 100-110.
13. Ramírez JC, Patiño MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. *Cad Saude Publica* 1996;12(3):405-409.
14. McLeer S, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department. *Am J Public Health* 1989; 79: 65-66.
15. López MV, Híjar MC, Rascón RA, Blanco J. Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia. El caso de México, 1979-1992. *Rev Saude Publica* 1996;30(1):46-52.
16. Council on Cientific Affairs. Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992;267(23):31-84.