

**MODELO INTEGRADO
PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL**

Manual de Operación



**GOBIERNO
FEDERAL**

**MÉXICO
2010**

SALUD



Vivir Mejor

MODELO INTEGRADO PARA LA
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE
LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

MANUAL OPERATIVO

Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual • Manual Operativo

Segunda Edición 2009

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Homero 213, 7° piso
Colonia Chapultepec Morales
C.P. 11570, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

Se imprimieron 15,000 ejemplares
Se terminó de imprimir en diciembre de 2009
ISBN 970-721-249-7

Esta publicación fue elaborada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con Mujer y Medio Ambiente A.C. y con IPAS México, A.C. y con el apoyo del Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, PNUD.

Desarrollo General de Modelo y Evaluación Técnica de los Contenidos:
Aurora del Río Zolezzi, Adalberto J. Santaella Solís.

Desarrollo de Contenidos:

Claudia Moreno Urquiza Nadine Gasman Zylbermann, Mara Zaragoza Ledesma, Adriana Ortega Ortíz, Rubén Ramírez Sánchez, Cecilia Ramos Carrillo, Tilemy Santiago Gómez, Deborah Billings, María Elena Collado, Rocío Zepeda Rocha, Alejandra Ortega Rueda, Graciela Domínguez Luna, Cynthia Galicia M., Hilda Salazar, Rebeca Salazar, Gloria Salaza., Raquel Marchetti Lamagni, Fernando López Cruz.

Consejo Editorial:

Presidenta, Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Directora Ejecutiva, Dra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General Adjunta de Equidad de Género. Comité Editorial, Lic. Georgina Amina Aquino Pérez, Lic. Lilia Flores Ramírez, Corrección de Estilo, Mtra. María Imilse Arrue Hernández.

DIRECTORIO

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretario de Innovación y Calidad

Lic. Laura Martínez Ampudia

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales

Comisionado Coordinador de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

C.P. Tomás Limón Lepe

Titular del Órgano Interno de Control

Lic. Bernardo Fernández del Castillo Sánchez

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini

Directora General de Comunicación Social

DIRECTORIO

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General

Dra. Susana Prudencia Cerón Mireles

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dr. Adalberto Javier Santaella Solís

Director de Violencia Intrafamiliar

Lic. Georgina Amina Aquino Pérez

Subdirectora de Atención a la Violencia

Lic. María Luisa Güido Williamson

Subdirectora de Prevención de la Violencia

ÍNDICE

Presentación	7
Sección I. Marco de Referencia	9
Capítulo 1 Conceptos básicos sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres	11
Capítulo 2 Modelo operativo. Componentes centrales	33
Capítulo 3 Responsabilidades legales del personal de salud en el marco de la atención a la violencia	43
Sección II. Atención Médica	69
Capítulo 4 Detección de casos de violencia	71
Capítulo 5 El Impacto psicológico de la violencia. Intervención psicológica.	83
Capítulo 6 Servicios esenciales y especializados	95
Capítulo 7 Evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal	127
Capítulo 8 Referencia, contrarreferencia y seguimiento	155
Sección III. Prevención	165
Capítulo 9 Promoción de la salud	167
Referencias	177
Bibliografía	183
Bibliografía Jurídica	195
Agradecimientos	201



PRESENTACIÓN

El manual operativo para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres (VFSM) es una selección de estrategias extraídas de la experiencia nacional e internacional, con las que se ha construido una modalidad de atención centrada en las necesidades específicas de quienes viven en contextos de violencia.

Este manual operativo es parte del Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual, que plantea en tres documentos las acciones para la atención a la violencia desde tres ámbitos de decisión:

- Documento Estrategia. Dirigido a los Secretarios de Salud estatales.
- Documento Planeación Estatal. Dirigido a los responsables de los programas estatales de atención a la violencia.
- Manual operativo. Dirigido a los prestadores de servicios de salud.

El manual está organizado en tres secciones: **I Marco de referencia, II Atención médica y III Prevención.** Dentro de la atención médica se desarrollan los siguientes componentes centrales:

- Identificación de la situación de violencia.
- Consejería especializada:
 - Evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal.
- Atención médica esencial y especializada.
- Referencia, contrarreferencia y seguimiento.

SECCIÓN I

MARCO DE REFERENCIA

Capítulo 1

Conceptos básicos sobre violencia familiar, violencia sexual y violencia contra las mujeres

Capítulo 2

El modelo operativo. Componentes centrales

Capítulo 3

Responsabilidades legales del personal de salud en el marco de la atención a la violencia



CAPÍTULO 1

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR, VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



CAPÍTULO 1

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR, VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

MARCO GENERAL

Definiciones sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, define en el numeral 4.27. como violencia familiar *“el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurran.”*¹

La definición no limita la violencia al ámbito del hogar, contempla la posibilidad de que la misma ocurra en lugares públicos sin importar la relación de parentesco.

La violencia entre los miembros de las familias es un fenómeno muy extendido que debe visibilizarse a través del personal de salud sensibilizado y capacitado para su detección, con el apoyo de actores comunitarios; a través de acciones de promoción que permitan que las mujeres identifiquen las diversas formas de la violencia familiar, violencia sexual y de género para promover alternativas de solución al problema.

La violencia es un problema social y de salud naturalizado que se reproduce a través de la ideología, de las instituciones, del imaginario social y grupal. Las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales son dos de sus causas lo que explica por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia. No es casual que las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas, las minorías sexuales sean más vulnerables a la violencia debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad.

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005¹ identifica como grupos en condición de vulnerabilidad a los que señala la Comisión Nacional de los Derechos Humanos *“son aquellos grupos o comunidades que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género, o discapacidad, se encuentran en situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas”**

* Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México. Concepto de derechos fundamentales. Disponible en: <www.enj.org>. [30-NOV-2009]

Si bien cualquier miembro de la familia –mujer u hombre– puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte de otro –también de cualquier sexo– hay suficientes evidencias que muestran que son las niñas, los niños y las mujeres quienes mayoritariamente viven situaciones de violencia. Es por ello que la violencia ha sido reconocida como un problema social y de salud pública tanto en México como en el ámbito internacional.

Existen muy diversos términos y expresiones para referirse a la violencia contra las mujeres. Es frecuente escuchar hablar de las mujeres maltratadas o mujeres golpeadas, de violencia doméstica o violencia intrafamiliar y violencia basada en el género. Para los efectos de este Modelo, nos adscribimos a las definiciones que establece la NOM-046, y a las definiciones que expresan los consensos alcanzados en el ámbito internacional y que describen las múltiples dimensiones del problema.

“La violencia contra la mujer es cualquier 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.”²

Asimismo, se establece que la violencia contra las mujeres:

“Es consecuencia del orden de género que se establece en la sociedad, orden socialmente construido que determina una jerarquía y poder distintos para ambos sexos. Según este orden las mujeres se encuentran en una posición subordinada frente a los hombres, los que a su vez ejercen poder sobre ellas de distintas maneras, siendo la violencia una manifestación de ese poder. Este orden es avalado y mantenido por el conjunto de la sociedad, a través de las costumbres, las leyes e instituciones. La discriminación y la violencia hacia las mujeres es aceptada socialmente porque forma parte del sistema social establecido.”³

“La violencia contra las mujeres, en cualquiera de sus formas, a lo largo del ciclo de vida y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de los derechos humanos. Es también un obstáculo para la equidad y un problema de justicia. Por las graves implicaciones que tiene para la salud de las mujeres, debe ser considerada una prioridad de salud pública.”⁴

La importancia de las definiciones citadas radica en que establecen que las causas de la violencia contra las mujeres provienen de un orden social basado en las diferencias de poder y la jerarquía existente entre hombres y mujeres, que es un problema relacionado con la justicia y la equidad social.

TIPOS DE VIOLENCIA: DEFINICIONES OPERATIVAS

Violencia física. Se refiere al *"uso de la fuerza física o de armas de ataques que lesionan o hieren, por ejemplo golpear, asfixiar, morder, arrojar objetos contra la otra persona, patear, empujar, utilizar armas, tales como (revólver, cuchillo u objeto punzo cortante). El abuso físico suele agravarse a lo largo del tiempo y puede culminar con la muerte de la mujer."*⁵ La NOM-046 lo reconoce como maltrato físico y lo define como *"el acto de agresión que causa daño físico."*^{*} Es la forma más evidente de violencia, sin embargo las consecuencias psicológicas pueden ser más graves que las secuelas físicas de la violencia.

Violencia psicológica. Es el abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la estima hacia una o varias personas, mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor. La NOM 046 la reconoce como maltrato psicológico y lo define como: *"la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos:"*¹

Es preciso destacar que frecuentemente las diferentes expresiones de la violencia se presentan de manera combinada, sobre todo con la psicológica que acompaña al resto de las formas de agresión.

Algunos ejemplos de violencia psicológica son:

- Menospreciar o humillar frente a otras personas.
- Gritar y ofender.
- Celar, ejercer control.
- Aislar de la familia y amigos.
- Amenazar o dañar a personas o cosas queridas.
- Maltratar o dar muerte a los animales domésticos.
- Amenazas de golpes o muerte.
- Amenazar con quitar los hijos y las hijas.

Aunque la violencia psicológica es la que se da en mayor medida, está presente en todas las demás formas de violencia; es necesario identificarla cuando se presenta de manera única, puesto que es a la que se le pone menos atención y requiere un tratamiento específico.

Abandono. La NOM 046 señala que: *"Es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud."*¹

* En la mayor parte de las entidades federativas de la República Mexicana este tipo de violencia está tipificado como delito.

Maltrato sexual. La NOM-046-SSA2-2005, define el maltrato sexual como *“la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.”*

Se refiere al acto que con fines lascivos cometa una persona de cualquier sexo contra otra para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento, con o sin fines de cópula, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación, así como sometimiento por fuerza física o moral.

Este concepto incluye todas las formas de coerción sexual, por ejemplo: el hostigamiento, la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales tales como el manoseo, exposición a la pornografía. Comprende acciones que obligan a una persona a participar en actos sexuales sin su consentimiento; incluye el sexo forzado incluso por razones económicas, la violación durante una cita lo que puede incluir la administración de alcohol y drogas; la violación marital, la violación por grupos de hombres (pandilleros); el incesto; el embarazo forzado; el tráfico en la industria del sexo⁵⁻⁸ incluyendo las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio.

La violación se concreta en el uso de la fuerza física o coacción emocional, para penetrar en los orificios vaginal, oral o anal de una persona sin su consentimiento. Asimismo, el ataque sexual es un contacto sexual que no cuenta con el consentimiento de la mujer y no necesariamente incluye penetración. En la mayoría de los casos, el atacante es alguien que la mujer conoce y tanto la violación como el ataque sexual pueden ocurrir por única vez o continuamente.

Violencia Sexual. *“Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.”*¹ La violencia sexual es la que permanece más oculta, particularmente la que ocurre en la familia contra las mujeres y niños o niñas.

- **Violencia Económica.** Se refiere al control del dinero, a no informar el monto de los ingresos familiares y a impedir el acceso a ellos.
- **Violencia Patrimonial.** Se refiere al control del patrimonio, herencia o bienes materiales de la pareja o hijos.
- **Violencia Institucional.** Este tipo de violencia ha sido definido como una forma específica de abuso que las instituciones, privadas o públicas, cometen hacia las personas, se genera en dos niveles y puede causar daño físico o emocional:
 1. De la institución hacia sus propios trabajadores.
 2. De la institución hacia usuarios de los servicios que dicha institución presta.

Este último tipo de violencia incluye la negación del tratamiento, no referir a otros servicios, suministro deliberado de información defectuosa o incompleta, largas esperas injustificadas o discriminatorias para ser atendidas en las instalaciones, maltrato verbal, negación de medicamentos y atención, manejo del dolor como generador de culpa.* Amnistía Internacional ha señalado que los actos de violencia contra la mujer que causan dolor o sufrimiento físico o mental grave, y que pueden ser prevenidos por los Estados, son prohibidos por la Convención de la ONU contra la Tortura y Otro Tratamiento o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante.⁷

LAS CAUSAS DE LA VIOLENCIA

La violencia es parte de nuestra realidad. Todas las personas, en diferentes contextos geográficos, políticos y culturales, con independencia de su condición económica, edad, etnia y sexo son objeto de violencia en sus múltiples expresiones cotidianas. La violencia está presente en todas partes, en las calles, las escuelas, los centros de trabajo y en los hogares. Los medios de comunicación nos muestran todos los días imágenes o descripciones de hechos violentos.

El uso de la violencia es motivo de preocupación y reprobación social que se expresa en el rechazo a la guerra, el genocidio, el homicidio, el terrorismo. Sin embargo, estos fenómenos son valorados de distinta manera, según el contexto en el que se presentan y los grupos sociales a los que afectan. Lo que en una sociedad o en un determinado momento histórico es considerado violento, puede no serlo en un contexto distinto. La aceptación, tolerancia o sanción de las conductas violentas varía de una sociedad a otra y se modifica en el tiempo, al modificarse las creencias y los valores. Más aún, en nuestra sociedad se expresan de manera simultánea manifestaciones ambivalentes de reprobación y tolerancia ante la violencia, en particular hacia algunas de sus manifestaciones y ámbitos de ocurrencia.

El uso ancestral de la violencia como un mecanismo para la resolución de conflictos entre personas, grupos y naciones ha llevado a su interpretación como un rasgo inevitable de la conducta humana. Esta idea de que la violencia es un rasgo inherente a la naturaleza humana impide la comprensión de sus causas y limita las posibilidades de su prevención y de la atención a sus consecuencias.

La violencia es un comportamiento aprendido que tiene sus raíces en la cultura, en la forma como se estructuran y organizan las sociedades. La utilización de la violencia como un mecanismo para reducir los conflictos se aprende desde la niñez y se transmite de una generación a otra a través de la familia, los juegos, la educación, el cine o los medios de comunicación.

* En la legislación mexicana se establecen las obligaciones para las instituciones de salud así como para los prestadores y prestadoras de servicios de salud.
La violencia institucional está asociada al incumplimiento de estas obligaciones.

Si bien la violencia se ejerce de muchas maneras y sus consecuencias se manifiestan en daños de diversa índole, todos los actos violentos ya sea entre personas, grupos, comunidades o países, tienen en común el objetivo del sometimiento y el control de la otra parte, es decir, el ejercicio del poder mediante la fuerza.

- El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud publicado en 2002 por la Organización Mundial de la Salud, define la violencia como *“el uso deliberado de la fuerza física y el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”*⁹

*“Para que una conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.”*¹⁰

El poder se puede definir como la habilidad de las personas o grupos de provocar la obediencia de otras personas o grupos. Para ejercer el poder, las personas o grupos deben poseer recursos superiores a los que tienen las personas que obedecen, recursos que éstos valoran y necesitan. Los recursos se refieren no sólo a bienes materiales o dinero, sino también a la aprobación social, prestigio, a los servicios, a la seguridad, etcétera.¹¹

La violencia contra las mujeres, en particular la que es infligida por la pareja, es frecuentemente explicada por razones individuales, es decir por características específicas tanto de la persona que agrede como de la que es agredida. También existe la percepción, muy generalizada, de que la violencia contra las mujeres en el contexto familiar es un fenómeno exclusivo de las familias o comunidades pobres. Estas creencias son erróneas. El abuso de alcohol y drogas son factores que influyen o que favorecen el surgimiento de la violencia, pero no son su causa. De igual manera, la pobreza, el desempleo, la falta de acceso a la educación, el hacinamiento, la falta de disponibilidad de bienes y servicios y la carencia de recursos, no son por sí mismos causas de la violencia, son factores que configuran condiciones de vida y situaciones que la propician y la favorecen; sin embargo, la violencia afecta a las personas, hogares y comunidades de todas las condiciones sociales y niveles de ingreso.

La diversidad de situaciones sociales y de historias personales configura los factores de riesgo de violencia que requieren explicaciones que no se limiten al campo de acción y conocimientos de los distintos profesionales que pueden poner mayor énfasis, ya sea en las patologías individuales o en aspectos del entorno social. La atención integrada de la violencia contra las mujeres requiere que el problema sea comprendido de manera integral e integrada, es decir, que se refiera a las características de las personas involucradas en el problema, agresores y quienes viven situaciones de violencia, al contexto en el que se desenvuelven, para identificar las necesidades y las capacidades de atención en los diferentes servicios que se requieren.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ES UNA MANIFESTACIÓN DE LAS INEQUIDADES

La violencia que se ejerce contra las mujeres ha sido considerada por mucho tiempo como algo “natural” y de carácter privado. No ha sido sino hasta muy reciente cuando el movimiento de mujeres, aunado a la preocupación y acción de los gobiernos, ha hecho visible el problema y lo han posicionado en la agenda pública.

El origen de la violencia contra las mujeres se encuentra enraizado en las creencias que tiene la sociedad sobre las mujeres y los hombres. En México, como en casi todo el mundo, persisten las creencias sobre lo que deben ser los comportamientos femeninos y masculinos con base en estereotipos muy marcados: a esto se le llama roles o construcción de género. Se suele pensar que las mujeres son por naturaleza dulces, sumisas, sentimentales, pasivas, y que los hombres son fuertes, activos, agresivos y dominantes.

Con base en estas creencias se justifica que los hombres impongan su voluntad y autoridad sobre las mujeres, incluso recurriendo a la violencia. El comportamiento masculino de dominación y control no es natural, es resultado de la construcción de los géneros y sus relaciones que van modelando las actitudes y conductas diferenciadas entre unos y otras.

- El término género se refiere a las diferencias de comportamiento, de actividades y de actitudes de mujeres y hombres, que tienen su origen en la educación y la cultura. Dichas diferencias no están determinadas por la biología, sino que son resultado de las creencias sociales sobre lo que deben ser las mujeres y los hombres. El mayor valor que la sociedad asigna a los hombres ha originado una posición de desventaja para las mujeres que se traduce en un menor acceso a recursos, oportunidades y toma de decisión. El género da cuenta de las relaciones entre hombres y mujeres caracterizadas por la asimetría de poder. La violencia contra las mujeres es una expresión de las desigualdades de género.*

Las actitudes de violencia hacia las mujeres se deben a la exaltación y la valoración social de ciertas características consideradas como masculinas y, por lo tanto, no deben ser juzgadas como patológicas.¹³ Las mujeres, por su parte, asumen y reproducen los roles de sumisión y subordinación socialmente aceptados como parte de la feminidad. Tales conductas son resultado de un entorno social que avala el poder y la autoridad de los hombres sobre las mujeres.

Como resultado, estas desigualdades limitan la posibilidad de las mujeres para desarrollar y ejercitar sus capacidades, para su propio beneficio y para el conjunto de la sociedad. Por ello, la atención a la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de género implica reconocerla como un problema que se explica por la posición de desventaja social de las mujeres frente a los hombres. Significa tomar en cuenta las características e historias personales de mujeres que viven en situación de violencia y sus agresores, sin perder de vista el contexto social en el que ocurre la violencia.

* Salazar, R. Tratados de Libre Comercio y Equidad de Género. En: UNIFEM. Globalización y su Institucionalidad, los TLC como instrumento de Profundización del proceso de globalización, importancia de la perspectiva de género en los TLC. Tegucigalpa, Honduras; 2005.

LA VIOLENCIA SE VIVE Y APRENDE EN TODOS LOS ÁMBITOS DE LA VIDA, INCLUYENDO LA FAMILIA

En nuestra sociedad prevalece una imagen idealizada de familia a la que se percibe como el núcleo básico indivisible (madre, padre, hijos e hijas) que convive en armonía y amor. Sin embargo, esta imagen contrasta con la realidad cotidiana de un espacio en el que se expresan, simultáneamente, relaciones de colaboración y conflicto y en el que con frecuencia el poder se ejerce por cualquier medio, aun en contra de los derechos individuales. La experiencia muestra que justamente en el ámbito familiar es donde se registra la mayor prevalencia de violencia contra las mujeres y que es un hombre afectivamente cercano, generalmente la pareja, quien la inflige.

La creencia de que la familia debe ser preservada a toda costa implica la negación de la realidad del contexto familiar que, con frecuencia, se encuentra muy alejado del ideal e impide dar una atención adecuada al problema de la violencia que ocurre en las familias y a las consecuencias que tiene para la salud física y mental de quienes viven en situación de violencia.

Existe una gran variedad de familias y de arreglos de convivencia que es necesario tener en cuenta para comprender el contexto personal, cultural y afectivo en el que ocurre la violencia. La diversidad de familias está determinada por las distintas formas de convivencia y por el tipo de relaciones que establecen las personas que la componen.¹⁴ Las familias pueden estar formadas por personas que tienen lazos legales, de parentesco consanguíneo o vínculos afectivos que le dan cohesión y sentido de pertenencia. Muchas familias están formadas por una pareja –ya sea en matrimonio legal o no– y las hijas e hijos solteros; otras, están compuestas por la madre o el padre y los hijos e hijas solteros. Otras formas de convivencia son las familias extensas formadas por una o varias parejas con hijos e hijas, otros parientes como abuelas o abuelos, tíos y tías, e incluso algunas personas que no son parientes. Existen familias compuestas por parejas divorciadas o separadas con los hijos de matrimonios anteriores y, en algunos casos, con hijos comunes. Las parejas de homosexuales, ya sean de hombres o de mujeres, con o sin hijos e hijas, también son otra forma de familia. No todas las familias se forman con base en una pareja, algunas se constituyen con personas que conviven juntas por lazos de amistad y afecto y comparten gastos y responsabilidades. No debe suponerse que la violencia familiar sólo ocurre en un determinado tipo de hogar y ésta debe ser considerada como tal, con independencia de la forma que adopte la familia en la que se origine el problema.

El ejercicio de la autoridad se convierte comúnmente en generador de violencia como mecanismo de control de los hombres hacia los demás integrantes de la familia, particularmente hacia las mujeres. La rigidez de las jerarquías y el apego a las creencias respecto a lo que deben ser los comportamientos de mujeres y hombres son elementos que se deben considerar para evaluar el riesgo de violencia contra las mujeres en la familia.

Es necesario enfatizar que existe una doble moral sobre la violencia en el ámbito doméstico que a la vez la rechaza socialmente y la justifica o tolera porque ocurre entre las cuatro paredes de la vivienda. Esta visión de la violencia dentro del hogar como un asunto privado sustenta la idea de que no se debe intervenir y contribuye al agravamiento del problema.¹² Por ello es necesario insistir en que la violencia contra las mujeres en la familia es un problema público a pesar de que suceda, la mayoría de las veces, en la esfera de lo privado.

EL MODELO ECOLÓGICO AYUDA A LA COMPRESIÓN INTEGRAL DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA

La violencia contra las mujeres no se puede atribuir a una sola causa, es un problema que obedece a factores sociales, psicológicos, legales, culturales y biológicos. El modelo denominado ecológico –recomendado por especialistas en el tema^{7,10,13 y 15} enfoca el problema desde la perspectiva de los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, y ayuda a identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores. (Figura 1.1)

De acuerdo con este modelo, los factores que influyen en la probabilidad de experimentar o cometer violencia interactúan en cuatro niveles:

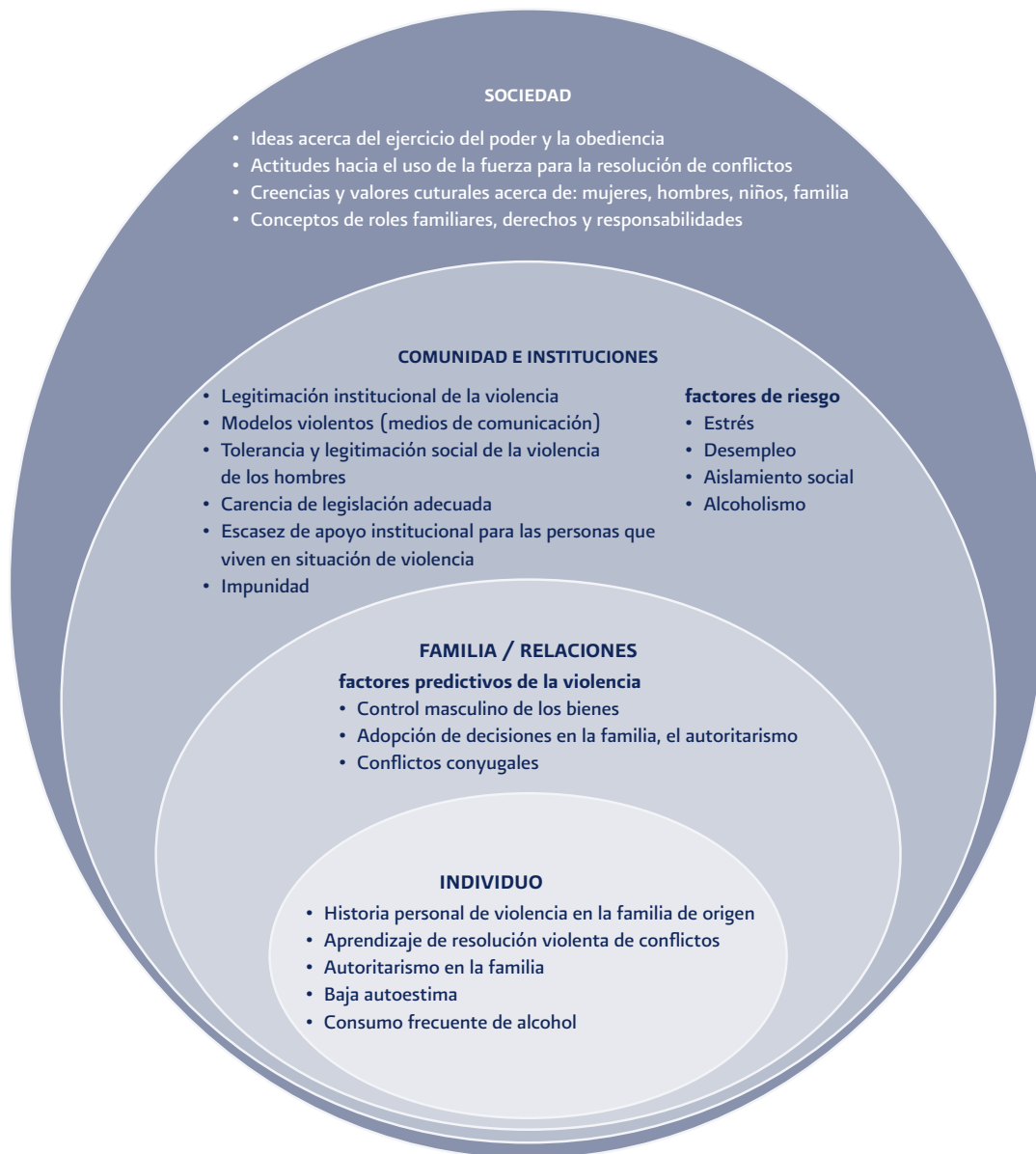
- **El nivel individual de las personas.** Se refiere a los antecedentes personales que influyen en el comportamiento del individuo y en sus relaciones. Se consideran en este ámbito las experiencias de maltrato sufrido en la niñez o de presencia de episodios violentos, el aprendizaje de la resolución de conflictos por medios violentos, la baja autoestima tanto de las mujeres que viven en situación de violencia como de los hombres violentos.
- **El nivel familiar/relacional.** Es el contexto de las relaciones más cercanas del individuo en el que el abuso tiene lugar, generalmente la familia u otra relación de trato íntimo, la pareja, las amistades. Se refiere a las relaciones familiares autoritarias que se expresan en el control masculino de los bienes y de la toma de decisiones dentro de la familia, y a los conflictos conyugales como factores predictivos de la violencia.
- **El nivel de la comunidad.** Se refiere a la influencia de valores, usos, costumbres y dinámicas de organización comunitaria que establecen y refuerzan el aislamiento de las mujeres, la falta de apoyo social, la tolerancia y legitimación social de la violencia. En este nivel se encuentran las instituciones y estructuras sociales en las que se desarrollan las relaciones sociales y las características que incrementan el riesgo de actos violentos. Las instituciones son el medio de reproducción de las creencias, normas sociales y estereotipos prevalecientes sobre las mujeres y los hombres, por ejemplo, la escuela, los medios de comunicación, la Iglesia, el ámbito laboral, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad, etcétera. La pobreza y el desempleo son también factores que inciden en condiciones que favorecen la presencia de la violencia. La falta de una legislación y servicios para las mujeres en situación de violencia, así como la atención inadecuada que las agrede aún más son elementos explicativos. El aislamiento de las mujeres, tanto de la comunidad como de la familia, y la impunidad de los agresores, contribuyen a la reproducción del problema.

- **El nivel de la sociedad.** Es el contexto más amplio y se refiere a factores relativos al medio económico y social, a las formas de organización de la sociedad, a las normas culturales y a las creencias que contribuyen a crear un clima en el que se propicia o inhibe la violencia. Está relacionado con los mecanismos de socialización, formales y no formales, que articulan y refuerzan las relaciones de poder; que pregonan los esquemas de autoridad y subordinación para hombres y mujeres, respectivamente; que toleran el castigo físico a las mujeres, a las niñas, los niños; que estimulan y aceptan la violencia como medio para resolver los conflictos; que sostienen y defienden la ubicación de las mujeres como “propiedad” de los hombres. Se refiere a las relaciones desiguales de poder entre ambos en todos los ámbitos; a las ideas sobre la obediencia, a las concepciones sobre la familia y los derechos y deberes de sus integrantes. En este nivel se ubican las políticas públicas en diversos ámbitos (económicas, educativas, sanitarias y sociales) que contribuyen a mantener las desigualdades entre los diferentes grupos de la sociedad.

Como se puede observar en la *Figura 1.1*, se ilustran las interrelaciones e interacciones entre los cuatro niveles. El análisis mediante el modelo ecológico permite advertir que la atención de la violencia contra las mujeres debe comprender múltiples medidas mediante la participación de una diversidad de actores e instituciones, para con ellos abarcar los diferentes niveles en los que se manifiesta.

FIGURA 1.1

MODELO ECOLÓGICO DE FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



EL CICLO DE LA VIOLENCIA

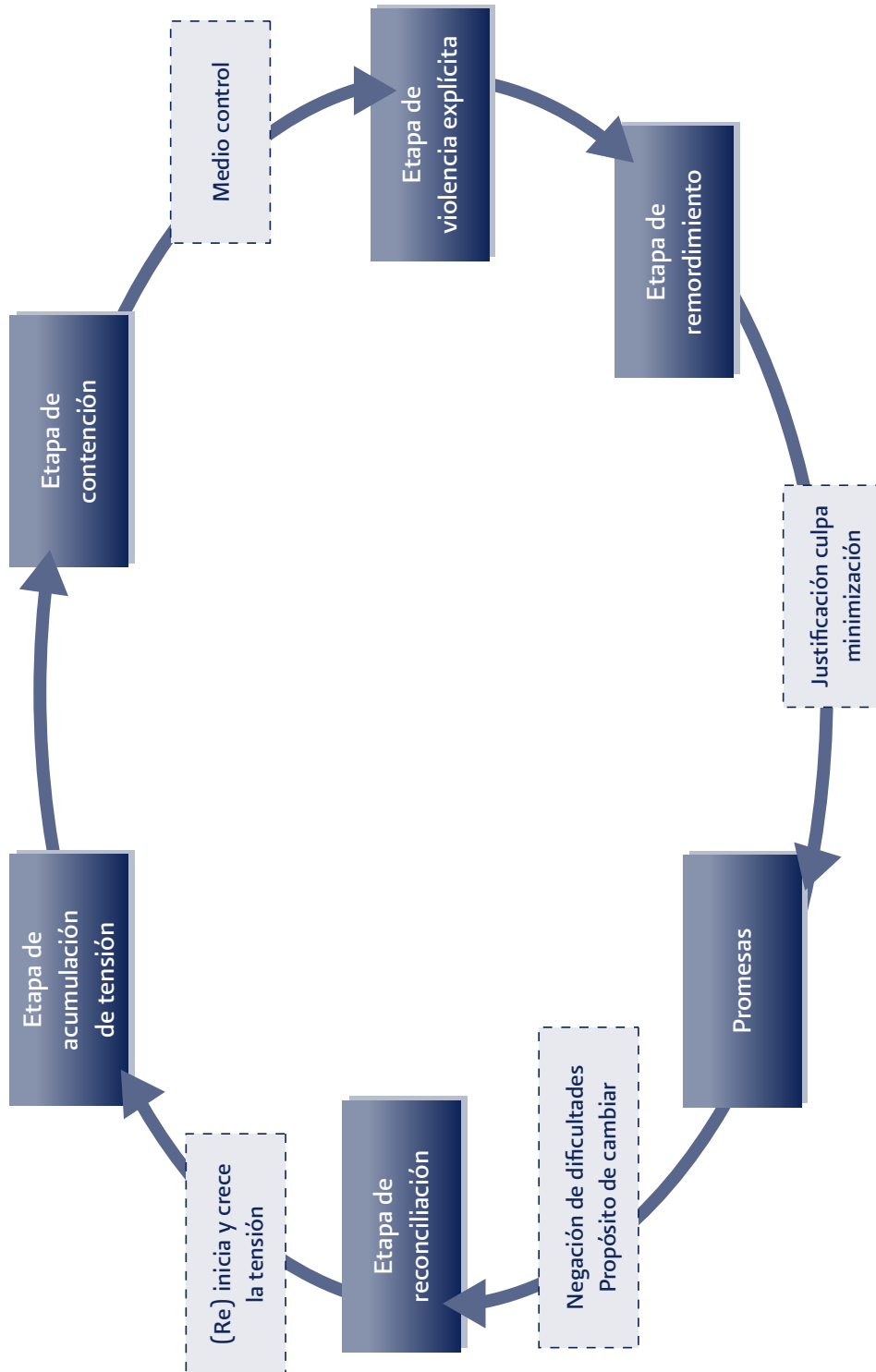
La violencia tiene profundos efectos psicológicos que deterioran la autoestima, provocan sentimientos de impotencia e inhiben la capacidad de las mujeres, las niñas y los niños para crecer, optar por oportunidades sociales, tomar decisiones respecto a la situación en la que viven. A esta incapacidad para enfrentar la situación en la que se encuentran se le ha denominado síndrome de indefensión aprendida, se refiere a las actitudes de aceptación, culpa y pasividad que suelen ser interpretadas erróneamente como falta de voluntad para enfrentar las agresiones. La dependencia económica de las mujeres, el miedo a las represalias, la esperanza de que las conductas violentas del agresor cambiarán cuando él muestra arrepentimiento, son mecanismos que intervienen en la reproducción de la violencia. La autoincriminación de la agredida y la creencia de que la conducta de la pareja depende de su propio comportamiento, es otro de los mecanismos de su reproducción. *“La mujer permanece en el ciclo de la violencia hasta que pierde la esperanza.”*¹⁷

Las conductas violentas contra el componente femenino de la pareja generalmente aparecen desde que inicia la relación, y se agravan con el paso del tiempo. Es común que estas conductas se extiendan a otros miembros de la familia, sobre todo a las niñas y los niños, los que a su vez aprenden a comportarse violentamente o a tolerar el abuso.

Existe una creencia, muy extendida, que sostiene que las mujeres que viven en situación de violencia tienen cierta responsabilidad en ella, es decir, la provocan o la propician y, además, la toleran porque les gusta. No es así. Estas apreciaciones impiden la comprensión acerca de la enorme dificultad e incluso la imposibilidad de las mujeres para romper con el ciclo de la violencia sin ayuda externa. Como se ilustra en la *Figura 2*, el ciclo de la violencia tiene varias etapas: acumulación de tensión, contención, violencia explícita, remordimiento, promesas y reconciliación.¹⁸

FIGURA 1.2

EL CICLO DE LA VIOLENCIA



El aislamiento en el que se mantienen las mujeres que viven en situación de violencia, les impide percibir formas alternas de vida y de relaciones interpersonales, por lo cual, la asumen como lo “normal” hasta que tienen acceso a medios que les permitan tomar conciencia de las afecciones y las afectaciones. La comprensión de estos efectos de la violencia es crucial para quienes prestan servicios de salud, ya que ubica el problema en su justa dimensión y evita, ya sea la minimización del problema o la culpabilización de las mujeres por la violencia de la que son objeto.

Es importante saber que la violencia suele agravarse cuando la mujer determina poner fin a la relación, hacer una denuncia o iniciar los trámites de divorcio, ya que al enfrentar la pérdida de control y sometimiento de la mujer, el agresor adopta actitudes extremas. Otros factores como el embarazo, el uso de anticonceptivos, el aborto –ya sea espontáneo o provocado–, el nacimiento de hijos no deseados o del sexo femenino y la decisión de la mujer de buscar un trabajo pueden también ser factores para que los niveles de la violencia aumenten. Las percepciones de riesgo de las mujeres que acuden a solicitar apoyo deben ser consideradas con mucha seriedad para el diseño de las medidas de protección y seguridad que deban tomarse.

Por todo lo anterior, los programas y acciones para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres deben contribuir a eliminar sus causas, atenuar las condiciones que la favorecen y prevenir los factores de riesgo, mediante una infraestructura de apoyo que proporcione a las mujeres que se encuentran en situación de violencia las condiciones mínimas para remontar su situación; por ejemplo, informarlas sobre sus derechos y brindarles alternativas de asesoría legal y apoyo psicológico; enlazarlas con las instituciones de atención existentes como refugios, oficinas de atención a la mujer y organizaciones no gubernamentales especializadas e, incluso, explorar las alternativas de obtención de ingresos y capacitación para lograr su autonomía económica.

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Según el Banco Mundial la violencia de género es responsable por uno de cada cinco años de vida saludable perdidos (AVISA) por las mujeres en edad reproductiva y estudios recientes destacan que es causa significativa de enfermedades y muertes femeninas, producto de golpizas durante el embarazo, de violaciones conyugales, de abuso sexual en la niñez, de abortos practicados en malas condiciones sanitarias, de esterilizaciones forzadas, de carencias alimenticias y de escaso acceso a los servicios de salud, entre otras.

Otros datos en el ámbito mundial, señalan que por lo menos una de cada cinco mujeres en algún momento de su vida ha sido maltratada física o sexualmente por uno o varios hombres. En muchos casos, en los que se incluyen mujeres embarazadas, niñas, jóvenes, son objeto de ataques graves, sostenidos o repetidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, reportó que 40 estudios cuantitativos llevados a cabo en 24 países durante el año 2000, revelaron que entre 20 y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de su pareja y que por lo menos una de cada cinco sufre violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Otro dato relevante es que el tipo más común de abuso es la “violencia doméstica” o el maltrato físico, emocional o sexual de las mujeres por parte de sus parejas íntimas.

Se estima que en América Latina y el Caribe, 50% de las mujeres sufre algún tipo de violencia dentro de la familia, sin contar otras formas de violencia que afectan a las mujeres y niñas en diferentes espacios sociales.⁴

En 1993, un estudio de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), estableció que de 45 a 60% de los homicidios contra mujeres se perpetran dentro de la casa y que la mayoría de estos homicidios son cometidos por el marido o el conviviente. Asimismo, los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que sufrieron violencia que entre las que no la padecieron.¹⁹

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN MÉXICO

En México se están multiplicando los esfuerzos por contar con datos y estudios que permitan conocer la magnitud y características de la VFSM, tanto por parte de las instituciones académicas y civiles, como de las gubernamentales. Los indicadores con los que se cuenta permiten describir las características y el impacto de la violencia. Algunos datos importantes son:

- La alta prevalencia de la violencia hacia las mujeres y hacia los niños y las niñas.
- El alto porcentaje de hombres, generalmente el de la pareja, que son responsables de la violencia contra las mujeres.
- Las diferentes manifestaciones de la violencia contra las mujeres tienen graves consecuencias en su salud física y mental y atentan contra su integridad personal.
- La violencia física está ineludiblemente acompañada de la violencia psicológica y, eventualmente, de la sexual.
- La violencia sexual tiende a invisibilizarse en la medida en que es perpetrada por una persona emocionalmente involucrada con la agredida.
- Las mujeres en situación de violencia, generalmente sufren múltiples agresiones en el tiempo y éstas suelen agravarse progresivamente, convirtiéndose esto en un padecimiento crónico.
- Los hombres que agreden a sus parejas con frecuencia muestran un alto control de su comportamiento frente a otras personas.

Para contar con una estimación con representatividad nacional y estatal de la magnitud del fenómeno, la Secretaría de Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó la primera Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en el año 2003 (ENVIM). Posteriormente se actualizó la información a través de la segunda encuesta realizada entre agosto y octubre de 2006 (ENVIM), con una muestra de 22 318 usuarias, de 15 años de edad y más, que acudieron a hospitales y centros de salud del primer y segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, con representatividad para 31 entidades federativas.*

* No se pudo levantar la encuesta en el estado de Oaxaca.

Entre los resultados más relevantes del estudio se encuentra que 33.3% de las mujeres viven en violencia de pareja actual, 42.9% ha sido agredida alguna vez en su vida por su pareja, y 60.0% ha sufrido violencia alguna vez en su vida, ya sea por su pareja o por familiares. (Cuadro 1.1)

CUADRO 1.1

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL,
SEGÚN EXPRESIÓN DE VIOLENCIA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA - ENVIM 2006**

VIOLENCIA	PORCENTAJE
De pareja actual*	33.3
De pareja de por vida†	42.9
Alguna vez en la vida‡	60.0

* Se incluye a las mujeres que hayan padecido violencia psicológica, física, económica o sexual por parte de su novio, esposo o compañero en los últimos 12 meses.

† Se incluye a mujeres que hayan tenido una relación violenta de su pareja actual o de por vida, o cuando estuvieron embarazadas hayan sido obligadas a tener relaciones sexuales con su pareja, o hayan experimentado alguna vez en su vida una relación violenta.

‡ Se incluye a las mujeres que hayan tenido violencia de su pareja de por vida, o hayan sido golpeadas o maltratadas por su padre o padrastro, madre o ma- drastra, suegro o suegra, otro miembro de la familia u otra persona.

Aunque inicialmente sólo 11.6% de las mujeres declaró sufrir violencia por parte de su pareja, al responder las preguntas para caracterizar las agresiones, la prevalencia fue de 33.3%,²⁰ con esto se robustece el planteamiento de que la violencia no resulta evidente para quienes la padecen en la mayoría de los casos, primero por los procesos que la naturalizan en las relaciones interpersonales y segundo, por la falta de elementos para reconocer la violencia en sus diferentes manifestaciones.

CUADRO 1.2

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL,
SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL**

TIPO DE VIOLENCIA	PORCENTAJE
Psicológica	28.5
Física	16.5
Sexual	12.7
Económica	4.4

Fuente: Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2006).

El Cuadro II muestra que la mayor prevalencia corresponde a la violencia psicológica, manifestada por 28.5% de las mujeres entrevistadas; en segundo lugar se encuentra la violencia física, con 16.5%; en tercero, la violencia sexual, con 12.7%, y en cuarto lugar, con 4.4%, la violencia económica.

El 25.2% de las mujeres entrevistadas sufrió violencia sexual alguna vez en su vida, es decir, se infiere que una de cada cuatro usuarias fue víctima de agresiones sexuales. Asimismo, 13.3% de las mujeres reportó tener antecedentes de abuso sexual en la infancia, El principal agresor fue un hombre de la familia diferente del padre o padrastro (45.9%). El 2.2% de las entrevistadas refirió haber sido violada fuera de la relación de pareja después de los 15 años de edad.

Es interesante aclarar que la distinción de los diferentes tipos de violencia permite una mayor precisión en el conocimiento del problema y constituye una información valiosa para la atención al problema; sin embargo, es frecuente que las mujeres tengan que enfrentar simultáneamente varios tipos de violencia. El análisis²⁰ de las intersecciones de tres tipos de violencia –física, psicológica y sexual–, muestra que de las mujeres en situación de violencia de pareja, 21.8 % reconoció sufrir los tres tipos de violencia; 19.6% informó ser víctima de violencia física y psicológica, y 6.6% padece violencia sexual y psicológica. La suma de las intersecciones es de 48%. La información que aportan estos datos combinados pone de manifiesto la relevancia de las consecuencias psicológicas que tiene la violencia en las mujeres. (Cuadro 1.3)

CUADRO 1.3

INTERSECCIONES ENTRE TRES TIPOS DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL

TIPO DE VIOLENCIA	PORCENTAJE
Psicológica, física y sexual	21.5
Física y psicológica	19.3
Sexual y psicológica	6.5

Fuente: Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2006).

El embarazo es una etapa de notable riesgo para las mujeres. El 38.9% de las mujeres encuestadas informó que durante alguno de sus embarazos sufrió algún tipo de maltrato; el tipo más frecuente fue la expresión de humillaciones (12.74%) y golpes 9.41%; el ser obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales, (8.4%). (Cuadro 1.4)

CUADRO 1.4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL,
SEGÚN TIPO DE MALTRATO QUE SUFRIÓ CUANDO ESTUVO EMBARAZADA - ENVIM 2006**

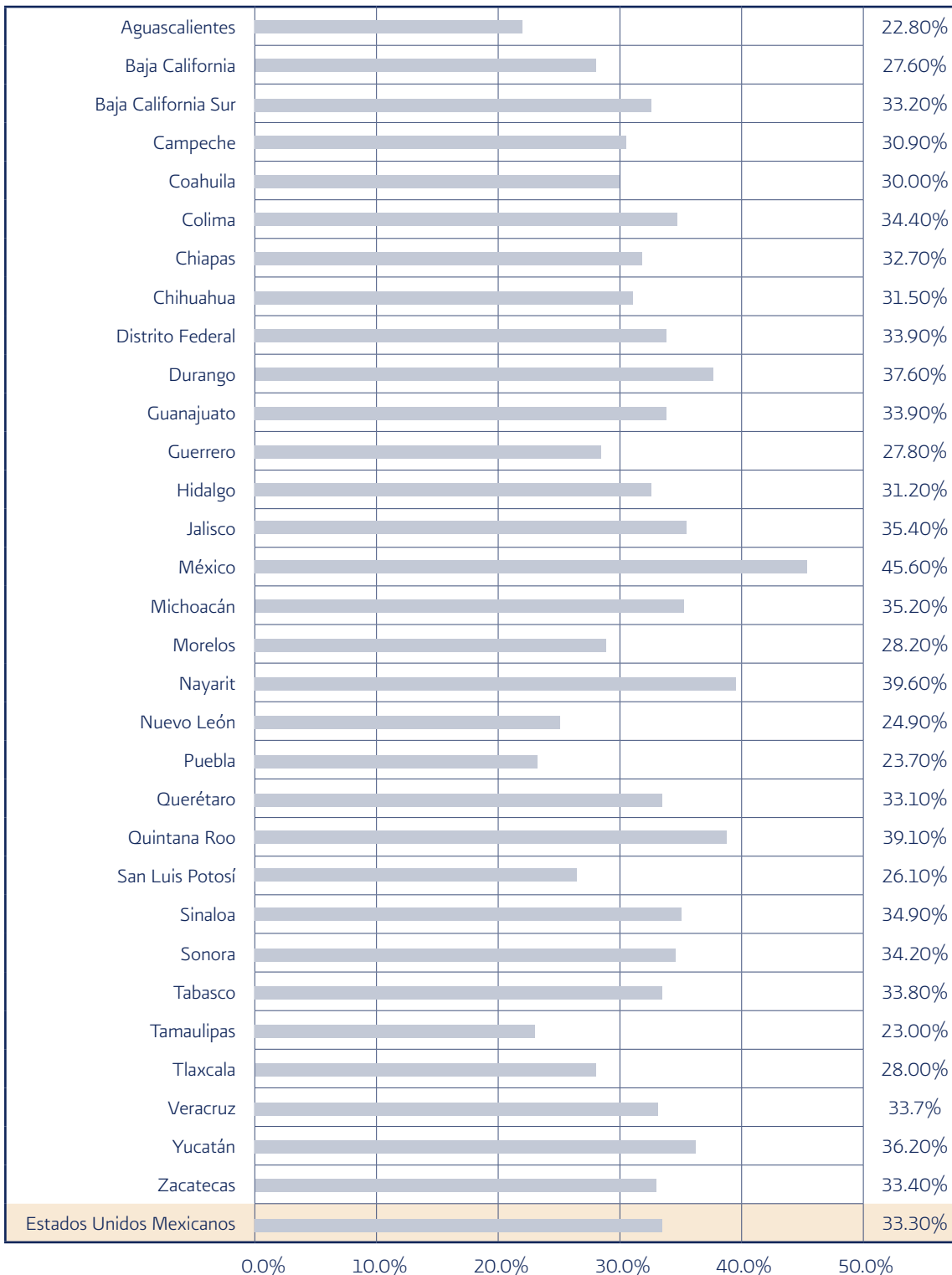
TIPO DE MALTRATO	PORCENTAJE
Humillada	12.7
Golpeada	9.4
Obligada a tener relaciones sexuales con su pareja	8.4

La ENVIM 2006 aporta datos importantes sobre la distribución de la violencia de pareja actual por entidad federativa. La *Figura 3* muestra que las cinco entidades con mayor índice de violencia de pareja actual por orden descendente fueron: México, Nayarit, Quintana Roo, Durango y Yucatán.

El mayor detalle de los datos arrojados por la ENVIM 2006, puede ser consultado en la página del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a través de la página Web de la Secretaría de Salud: <http://portal.salud.gob.mx>

FIGURA 1.3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE SUFRIERON
ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA DE PAREJA ACTUAL, POR ENTIDAD FEDERATIVA - ENVIM 2006**



El mayor detalle de los datos arrojados por la ENVIM-2006 puede ser consultado en la página del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva: <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/biblioteca/violencia>



CAPÍTULO 2

MODELO OPERATIVO. COMPONENTES CENTRALES



CAPÍTULO 2

MODELO OPERATIVO. COMPONENTES CENTRALES

ALCANCES DEL MODELO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

El Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual tiene como propósito brindar los elementos y herramientas fundamentales para proporcionar una atención de calidad a las mujeres que viven en situación de violencia, con el fin de prevenir un mayor daño, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de la no violencia.

Los aspectos fundamentales de este modelo son:

- **Intervención coordinada.** Se parte del reconocimiento de que ninguna institución por sí misma puede resolver el problema de violencia familiar, sexual y contra las mujeres; es indispensable la participación decidida y coordinada de los diversos sectores, instituciones y de la sociedad civil; es por ello por lo que se le denomina modelo integrado.
- **El sector salud representa un espacio de oportunidad único** para la detección y la atención debido a que las mujeres y, en general, las familias acudirán cuando menos una vez en su vida a centros de salud, clínicas u hospitales, mientras que difícilmente lo harán las instituciones de impartición de justicia.

El modelo integrado prevé cuatro áreas de intervención básicas: prevención, detección, atención y rehabilitación; aunque el sector salud participa en las cuatro áreas con distintos niveles de profundidad, es el área de atención su ámbito estratégico.

El Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres contiene, además, un modelo operativo que fue diseñado a partir del conocimiento e intercambio de experiencias con países como Brasil, Venezuela, Canadá, Estados Unidos de América, España y la experiencia del modelo de intervención centroamericano desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud. En la formulación de este modelo se incorporaron también las lecciones aprendidas y las mejores prácticas llevadas a cabo en el país.

El modelo operativo ubica a las mujeres como el centro de atención, cada uno de los componentes está diseñado a partir de sus necesidades, en concordancia con el cumplimiento de sus derechos humanos y con énfasis en la necesidad de salvaguardar su seguridad.

COMPONENTES DEL MODELO OPERATIVO

Áreas de Intervención

Prevención: La prevención incluye las políticas y acciones encaminadas a evitar los actos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. La promoción de una cultura de la no-violencia y la resolución pacífica de los conflictos. Para esto se necesita un cambio profundo de mentalidades, creencias, estereotipos, actitudes relacionadas con la valoración social de las mujeres y los hombres, y con el desequilibrio de las relaciones de poder en la familia, las comunidades y la sociedad. **En el sector salud, las acciones de prevención se operacionalizan a través de la inclusión del tema en las acciones de difusión y promoción de la salud y la coordinación intersectorial que debe darse desde el nivel local hasta el nacional.**

Detección. Incluye los procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia, con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y es la puerta de entrada al proceso de atención.

- En el sector salud las acciones de detección se deben realizar en los servicios de salud a nivel operativo de las diferentes instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, está debe estar articulada con el proceso de atención médica y psicológica.

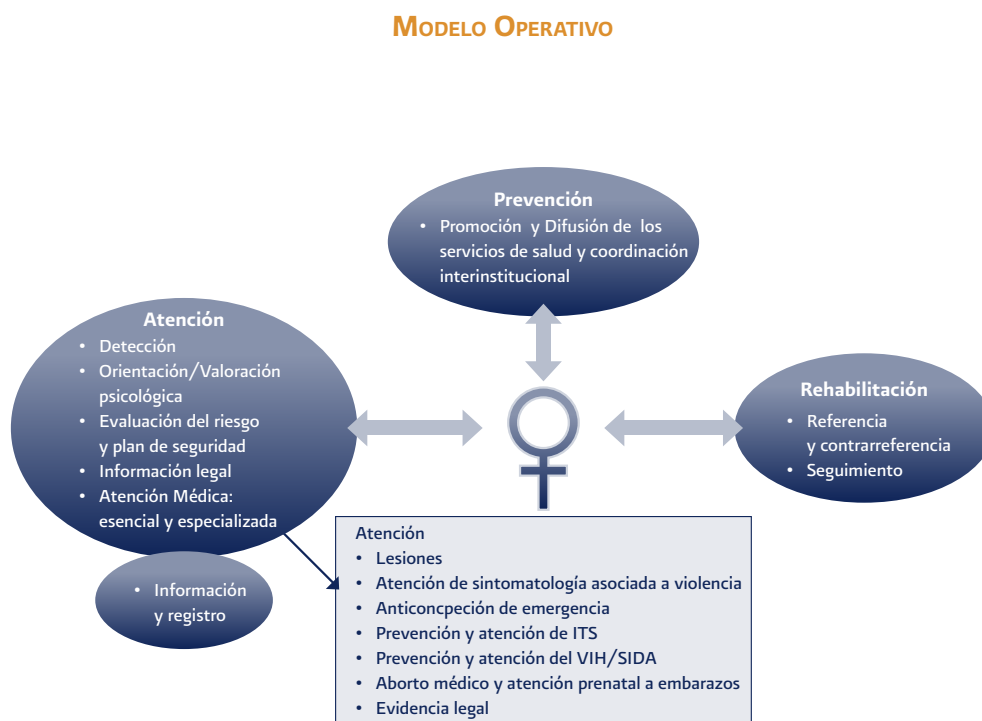
Servicios médicos. Este proceso es responsabilidad del sector salud y lo constituyen las acciones que brindan el tratamiento y asesoría necesarios a las mujeres que enfrentan situaciones de violencia. Los componentes del proceso de atención en el sector salud son:

- Identificación de la situación de violencia.
- Consejería especializada.
- Evaluación del riesgo y plan de seguridad e información legal.
- Atención esencial y especializada.
- Referencia, contrarreferencia y seguimiento.

La consejería especializada es un espacio para construir alternativas de seguridad para las mujeres en situación de violencia. Esto es posible por el intercambio de información entre la usuaria y el proveedor/a de servicios de salud. Al exponer su experiencia, las usuarias posibilitan que el prestador/a de servicios ofrezca información específica en violencia y elementos de análisis de su situación individual, lo que constituye la *evaluación del riesgo*, y a partir de ello, la configuración conjunta de alternativas de salud y seguridad, denominado plan de seguridad. La información legal para las usuarias es parte de esta construcción de expectativas, en la que el prestador de servicios de salud provee de información relativa a los derechos que asisten a la usuaria y sus posibilidades de acceso a la justicia.

Rehabilitación. Para el resto de las instituciones que participan en el Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y violencia contra las mujeres, la rehabilitación se refiere al conjunto de actividades encaminadas a proporcionar los servicios para que las mujeres en esta situación cuenten con los elementos necesarios para romper el ciclo de la violencia y mejorar su calidad de vida (incluyendo medidas de protección y apoyo económico). En virtud de que existe la intencionalidad expresa de evitar otras afecciones o la muerte, también se considera que constituye una acción de prevención terciaria. **Para el sector salud la rehabilitación se limita al proceso de referencia y contrarreferencia, así como al seguimiento.**

FIGURA 2.1



Atención esencial y atención especializada

En virtud de los diversos niveles de resolución clínica que tienen las unidades de salud es por lo que se plantean dos tipos de atención médica: atención esencial y atención especializada.

Atención esencial

La atención esencial es el paquete mínimo de servicios que debe ofrecerse a las usuarias en situación de violencia en todas las unidades de salud.

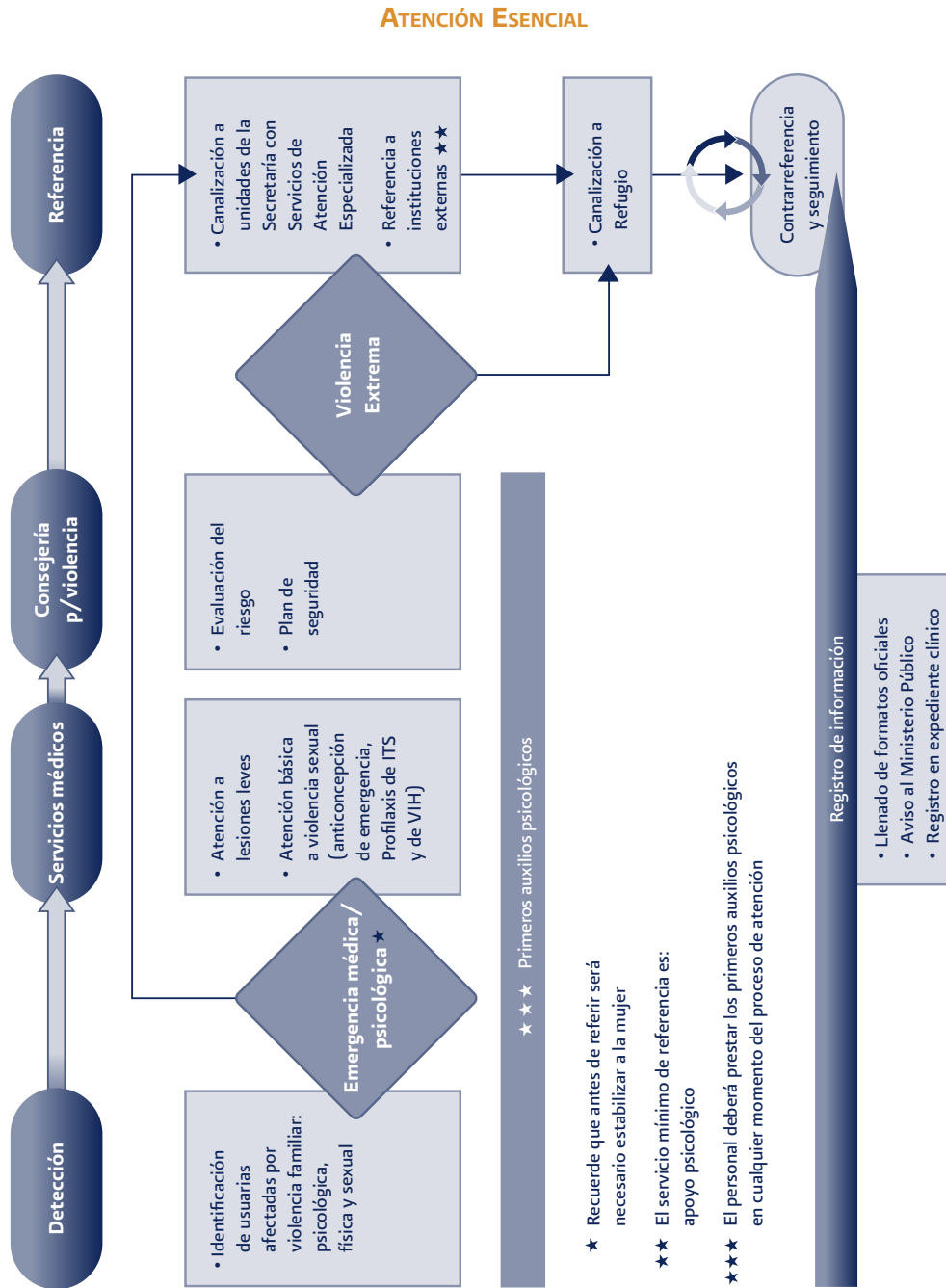
Las acciones de este tipo de atención contemplan componentes de detección, servicios médicos, consejería especializada, referencia, contrarreferencia, registro, así como evaluación del riesgo, plan de seguridad para los casos de violencia extrema.

Las diferencias centrales entre este tipo de atención y la especializada residen, de manera fundamental, en los **servicios médicos**, ya que en la atención esencial únicamente se contempla la atención a lesiones leves, y la atención básica, preventiva y profiláctica en lo que respecta a la violencia sexual.

El modelo reconoce la insuficiencia de recursos humanos y materiales de algunas unidades de salud, sin embargo, es indispensable no poner en riesgo a la mujer violentada a partir de que ha sido detectada; es por ello que se considera que las acciones relacionadas con consejería especializada, las cuales requieren de personal específico y calificado, pueden adaptarse a las diferentes posibilidades de atención de las unidades de salud y brindarse con diferentes niveles de profundidad.

Los servicios esenciales deberán contar con un sistema ágil de referencia y contrarreferencia a unidades de salud que ofrezcan atención especializada, así como con una amplia red de instituciones y organizaciones de apoyo, con el fin de lograr que las mujeres reciban una atención integral. Las unidades que ofrezcan atención esencial deberán contar con personal capacitado en atención a la violencia y con los insumos necesarios para proporcionar el servicio.

FIGURA 2.2



Atención especializada *

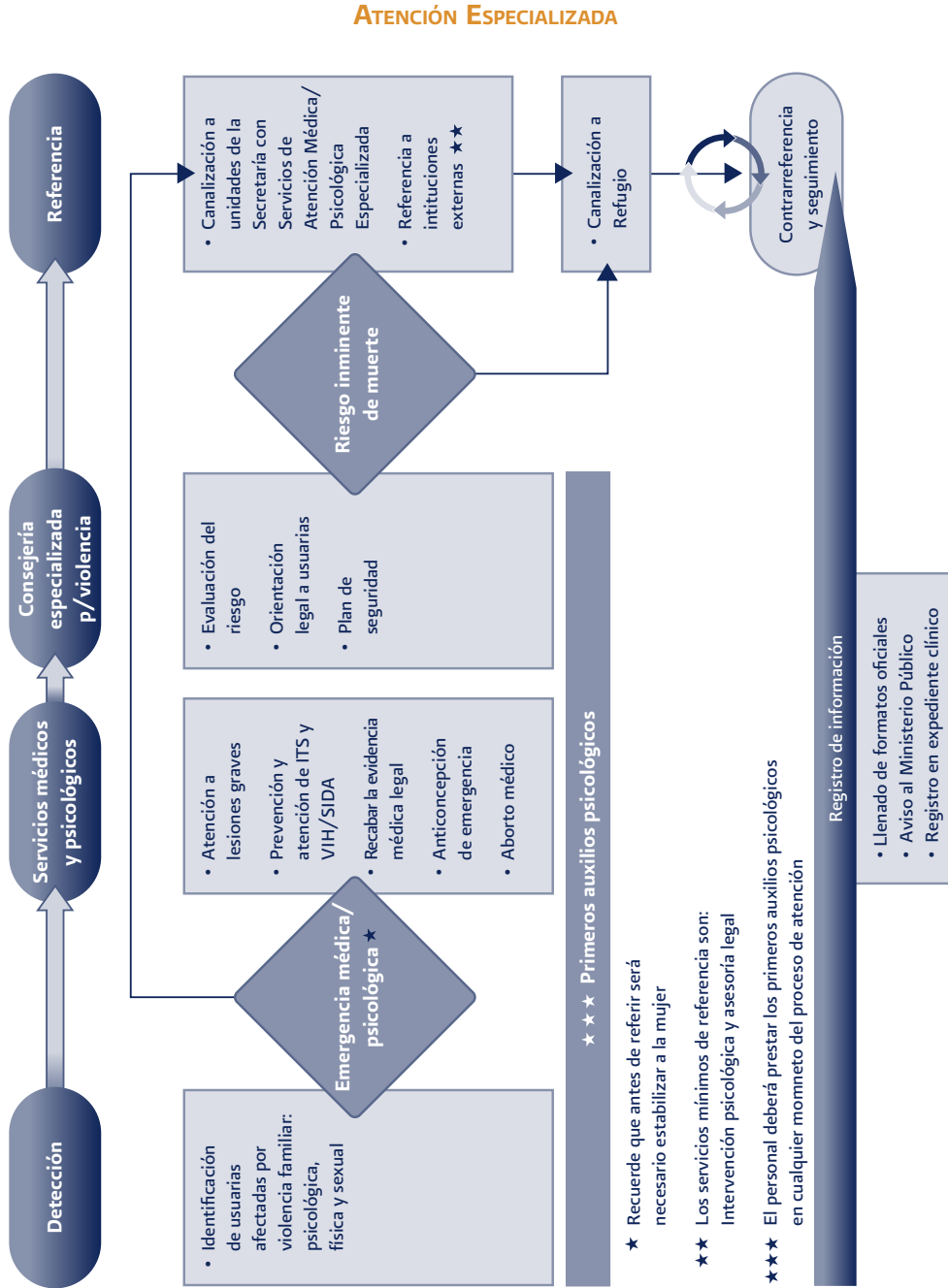
La atención médica especializada de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres comprende servicios médico-quirúrgicos, psicológicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de atención a mujeres que viven en situación de violencia, mediante la combinación de intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación seleccionadas con base en el tipo y magnitud de la agresión sufrida y la valoración clínica integral de cada caso en particular.

Los servicios especializados pueden ubicarse, de acuerdo con las posibilidades de las entidades federativas, dentro de clínicas u hospitales o estar en unidades dedicadas a la atención exclusiva de las mujeres, donde se enfatice la atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Cuando se brinde atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres en los servicios de salud, es importante no anunciarlo como tal para salvaguardar la integridad y confidencialidad de las usuarias. Los servicios deberán contar con un sistema ágil de referencia y contrarreferencia a otras unidades de salud que ofrezcan especialidades diversas, así como con un vínculo estrecho con unidades de procuración de justicia, con una amplia red de instituciones y organizaciones (incluyendo refugios), con el fin de que las mujeres reciban una atención integral.

Las unidades que ofrezcan atención especializada deberán contar con un equipo especializado en violencia, constituido por personal médico, de psicología, enfermería y trabajo social.

A continuación se muestra el esquema de atención.

FIGURA 2.3





CAPÍTULO 3

RESPONSABILIDADES LEGALES DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA



CAPÍTULO 3

RESPONSABILIDADES LEGALES DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

MARCO GENERAL

El tratamiento de la violencia contra las mujeres está regulado por ordenamientos legales, que definen las obligaciones del personal de salud y les dan certeza sobre las posibilidades y límites de su participación en la atención a las mujeres en situación de violencia.

La prestación de los servicios de atención médica es una obligación legal establecida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En conjunto, tales ordenamientos señalan que la atención médica es una forma de garantizar el derecho a la protección de la salud.

De acuerdo con esos mismos ordenamientos, las usuarias de los servicios de salud que afrontan riesgos médicos y psicológicos, deben ser eficaz y diligentemente atendidas por el personal capacitado, para resolver el riesgo que enfrentan.

Las diversas omisiones, negligencias o descuidos previsibles o deliberados del personal de salud en el proceso de atención médica acarrearán responsabilidades deducibles mediante distintas vías (civil, penal o administrativa), y cuyo grado y sanción será determinado por la autoridad competente, de acuerdo con las circunstancias del hecho (por ejemplo, la disponibilidad de recursos materiales, la previsión o diligencia de quien preste el servicio, la asunción o no de maniobras médicamente indicadas, etcétera.) y las consecuencias finalmente resentidas por las usuarias.

Las Normas Oficiales Mexicanas, por su parte, establecen los criterios y procedimientos que le permitan al personal de salud brindar atención de calidad de acuerdo con el tipo de atención específica que las usuarias requieran. En la medida que estas Normas Oficiales fijan criterios o contienen catálogos de maniobras médicamente indicadas para resolver o remontar algún peligro en la salud, determinan obligaciones para el personal que presta los servicios de salud; la falta de seguimiento de los criterios establecidos en las normas se puede traducir en los diversos tipos de responsabilidad médica profesional.

OBLIGACIONES SUSTANTIVAS DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

El personal de salud en la atención a mujeres en situación de violencia, debe actuar conforme a lineamientos establecidos en leyes, reglamentos y normas. Entre esas obligaciones se encuentran:

1. Atención médica de la violencia familiar o sexual

“La atención médica de la violencia familiar o sexual, es el conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las usuarias y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección, y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencias a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica”¹ El instrumento normativo que regula la atención médica en materia de violencia familiar es la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la Prevención y atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Lineamientos para la actuación:

- *“Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, las cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; agresor, y a quienes resulten afectados en este tipo de situaciones.”*¹
- *“Acciones para promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.”*¹
- *“El personal de salud proporcionará la atención médica, orientación y consejería a las personas involucradas en situaciones de violencia familiar y/o sexual, deberá referirlas, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive (en caso de requerirlo, a un refugio), a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación o seguridad y protección, así como apoyo legal y psicológico para los cuales estén facultados.”*¹
- La prestación de servicios de salud deberá realizarse de conformidad con este manual de procedimientos *“a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar y/o sexual.”*¹

- *“La atención médica otorgada a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados.”²¹*
- *“En la atención de las personas usuarias involucradas en situación de violencia familiar o sexual, quienes presten servicios de salud deberán apearse a los criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, respeto a su dignidad y a sus derechos humanos.”²¹*

CRITERIO DE OPORTUNIDAD

Quienes presten servicios de salud no pueden excusarse de brindar atención médica *“cuando esté en peligro la vida, un órgano o una función, sin distingo de cualquier tipo, por lo que están obligados a realizar las maniobras necesarias con el propósito de estabilizar las condiciones clínicas de las usuarias o usuarios de manera que puedan recibir el tratamiento definitivo donde corresponda.”²¹*

Brindar un tratamiento adecuado e inmediato es una obligación del Estado. El criterio de oportunidad se vulnera cuando no se ofreció en su caso la atención médica requerida, dentro de los márgenes técnicos razonables o, en su defecto, no se realizaron todas las acciones médicas y humanas indispensables para preservar la salud del paciente. Para posibilitar mecanismos que fortalezcan este criterio, se establecen procedimientos precisos a utilizar y sistemas de evaluación preventiva.

CRITERIO DE HONESTIDAD

Una prestación de servicios de salud honesta implica:

- *“Aplicar objetivamente el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud.”²¹*
- *Quien preste los servicios de salud “se apeará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.”²¹*

CRITERIO DE CALIDEZ EN LA ATENCIÓN

Quienes presten los servicios de salud deben establecer con cada paciente una *“relación profesional, amable, personalizada y respetuosa; de esta misma manera se hará con quien tutele sus derechos, a quienes habrán de dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades. Asimismo, deberán esforzarse por establecer una comunicación clara y sencilla con el paciente y sus allegados, para obtener así su confianza.”²¹*

CRITERIO DE RESPETO A LA DIGNIDAD

*"El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales."*²¹

El personal de salud *"atenderá integralmente a los pacientes evitando actitudes reduccionistas a la sintomatología evidente, al órgano o al sistema dañado, habida cuenta de que el paciente es una unidad biológica, psicológica y social que por su naturaleza es compleja."*²¹

*"Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando las maniobras u operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada, o bien sus propios valores personales u objeción de conciencia, en cuyo caso lo deberá hacer del conocimiento de sus superiores."*²¹

CRITERIO DE CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad es una obligación médica, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Atención Médica y con la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, y, según la ONU,^{*} es un elemento indispensable para que las mujeres en cualquier circunstancia acudan a solicitar auxilio prontamente y conserven, con ello, su salud o su vida. Comprometer la confidencialidad representa en muchos casos comprometer la salud y seguridad de las mujeres.

- El temor a que la confidencialidad NO se mantenga suele disuadir a muchas mujeres en situación de violencia de la búsqueda de servicios de cuidado de la salud, y puede llevarlas a no recibir asistencia médica o acudir a servicios que pongan en riesgo su integridad y su seguridad.

* ONU Recomendación General No.24.

1.1 Prestación de servicios en materia de violencia sexual

ANTICONCEPCIÓN

La consejería y prestación de servicios en materia de planificación familiar está delimitada por la resolución que modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar[†] la consejería y prescripción anticonceptiva, entre otros servicios de planificación familiar, se ofrece dentro del marco amplio de la salud reproductiva y con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, entre otros usuarios.

- El personal de salud debe facilitar el acceso a la anticoncepción de emergencia a todas las mujeres y en especial a las mujeres que viven situación de violencia sexual como una forma de garantizar y proteger los derechos humanos y garantías constitucionales de las mujeres.
- Al facilitar la anticoncepción de emergencia, el personal de salud evita a las mujeres, mayores o menores de edad, la posibilidad de enfrentarse a un embarazo no deseado y/ o no planeado.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La experiencia de un embarazo no deseado y/o no planeado impacta negativamente la salud física y mental de las mujeres. Una de las acciones para disminuir estas consecuencias es facilitar el acceso inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, a la anticoncepción pos-coito, previa información completa sobre las indicaciones y forma de utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos²² y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer^{**} consagran el derecho a la autodeterminación reproductiva. Es decir, "el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos"²², de tal manera que al ser las mujeres sujetas de esta garantía, pueden decidir, en completa autonomía, los hijos que desean tener, los métodos acordes con sus expectativas y creencias para espaciar los nacimientos, así como la resolución que desean tomar ante la posibilidad de enfrentar un embarazo no deseado y/o no planeado.^{‡‡} La consideración de este método es especialmente relevante en mujeres en situación de violencia, pero no se limita a éstas.

† Es una obligación de los prestadores de servicios de salud, poner al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como los métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo de acuerdo con las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Se debe de ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos, desde los naturales hasta aquellos que sean producto de los avances científicos y tecnológicos recientes que hayan demostrado ser efectivos y seguros.

** Artículo 16, 1, e).

‡‡ En el caso específico del Distrito Federal, según la Circular GDF-SSDF/02/02 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la información respecto de anticoncepción de emergencia es obligatoria en los servicios de salud públicos, sociales y privados del D.F.

La fracción III, apartado C, del Artículo 20 Constitucional establece como un derecho de las víctimas de los delitos la recepción de atención médica y psicológica de urgencia desde el momento de la comisión del ilícito. El propósito de esta atención es disminuir el impacto en la salud ocasionado por la conducta ilícita. Por lo tanto, acceder a un mecanismo legal para impedir o disminuir este impacto es un derecho.

Respecto a la posibilidad de las mujeres que aún no alcanzan la mayoría de edad de recibir consejería y prescripción de anticonceptivos pos-coitales, la resolución que modifica la Norma Oficial Mexicana en Servicios de Planificación Familiar, sustentada en el Artículo 4to. Constitucional, establece que todas las personas en edad reproductiva^a pueden y deben recibir consejería y prescripción anticonceptiva con el propósito específico de proteger su salud^b en todos los aspectos y evitar embarazos indeseados o riesgosos. Al respecto, la resolución establece que la consejería debe dar particular atención a los y las adolescentes.

Los anticonceptivos pos-coitales deben estar disponibles para todas "las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes, (...) para evitar un embarazo no planeado y/o no deseado en las siguientes condiciones:

- Después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva;
- Después de un coito practicado de manera involuntaria sin protección anticonceptiva." (Apartado 5.3.1.1).²³

Al igual que en el resto de los servicios de planificación familiar que no involucran procedimientos invasivos o quirúrgicos, la anticoncepción de emergencia debe estar a disposición de las adolescentes menores de edad, sin necesario consentimiento de padres, tutores u otros representantes legales.^{24,44}

PROFILAXIS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL INCLUYENDO EL VIH/SIDA

*"La infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son algunas de las consecuencias reconocidas que sufren las mujeres en situación de violencia. Las investigaciones sobre mujeres que llegan a los refugios indican que las que vivieron abuso físico y sexual por parte de su pareja tienen una probabilidad significativamente mayor de haber contraído ITS. En el caso de mujeres obligadas a prostituirse, es probable que los riesgos de contraer la infección por el VIH y otras ITS sean especialmente elevados."*²⁵

Es necesario "informar de los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual, de la prevención a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo a la evaluación de riesgo, prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA conforme a la norma oficial mexicana aplicable, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario."¹

a Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. NOM sobre Servicios de Planificación Familiar, glosario de términos.

b Un embarazo temprano, particularmente forzado, compromete la salud física o mental e incluso, en algunos casos, la vida de la joven embarazada.

La profilaxis para la pos-exposición al VIH, y otras ITS es un tratamiento que se inicia en las primeras 72 horas (tres días) que siguen a un contacto sexual no protegido. La meta es prevenir que el VIH o las ITS se establezcan en el cuerpo.^{*,26}

El régimen consiste en tomar una combinación de fármacos para detener al VIH antes de que dañe el sistema inmunitario.

La modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, establece los criterios para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral, y el elemento más importante a considerar es el estadio clínico en que se encuentre la infección por el VIH.²⁶ *"Conocer los factores que incrementan el riesgo de contraer la infección, la epidemiología de la infección en la localidad y consultar con los servicios especializados de atención en VIH/SIDA en la entidad ayudarán al personal médico a formular un criterio para evaluar la necesidad de recurrir a los antirretrovirales y discutirlo con cada sobreviviente de una violación."*²⁷ *"El tratamiento con antirretrovirales debe hacerse sin interrupciones, para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad."*²⁶

Consultar el documento de Atención Médica a personas Violadas de la Secretaría de Salud y la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, emitida por CENSIDA.

- Frente a las interrupciones de embarazo permitidas por la ley, el personal de salud y de justicia como agentes del Estado, quedan sujetos a obligaciones que van desde la prestación del servicio hasta la no obstrucción del mismo.
- Si la causa para la realización del aborto se debe al delito de violación es necesario involucrar en el proceso a autoridades facultadas para decretar la existencia del ilícito: el Ministerio Público o las autoridades de impartición de justicia.
- Es imprescindible, por tanto, que la usuaria denuncie el hecho ante el Ministerio Público y asuma el trámite previsto por la ley para conseguir la autorización respectiva. Estos trámites pueden incluir: la denuncia del hecho, la práctica de un examen de embarazo, la revisión médica y el desahogo de pruebas mínimas.

* Pruebas de tamizaje, a las de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH, en plasma o suero sanguíneo. Incluyen metodologías como el ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación. "6.13.1. El esquema de tratamiento debe garantizar el retraso en la progresión de la enfermedad, la inhibición de la replicación viral, y limitar la aparición de la resistencia cruzada. Debe estar de acuerdo con los lineamientos establecidos en la "Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH", vigente, emitida por CENSIDA.

Atención para mujeres con requerimientos de aborto médico bajo el contexto legal

El Estado mexicano tiene la obligación de establecer servicios de atención a la salud que proporcionen acceso a las mujeres a la interrupción del embarazo en casos de violación.

En nuestro país, el Código Penal Federal, (Artículo 333) establece que *“No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación”*; por su parte los códigos penales de las 32 entidades federativas consideran la violación como causa de exención de responsabilidad o no punibilidad; en diversas entidades federativas se reconocen otras causas de exención de responsabilidad o no punibilidad además de la violación.

A partir de la publicación de la NOM 046; en los casos de embarazo por violación las instituciones públicas de salud tienen la obligación de prestar los servicios de aborto médico a solicitud de la interesada (en su caso de los padres o del tutor) previa autorización de la autoridad competente de acuerdo a la legislación local aplicable.¹

En caso de embarazo por violación, sólo un juez penal que haya determinado que existe un delito, y en los términos de la legislación aplicable para cada Entidad Federativa puede autorizar la práctica de un aborto médico.

“Se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento.”¹

“Las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán contar con médicos y enfermeras capacitados en procedimientos de aborto médico no objetores de conciencia. Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la usuaria, a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con infraestructura de atención con calidad.”¹

Los médicos y médicas con el perfil adecuado, adscritos al sector público de salud, son el personal profesionalmente calificado para el cumplimiento de tales órdenes.

El proceso de atención médica por cuestiones de aborto médico comprende actitudes como la empatía y el respeto, así como obligaciones jurídicas contenidas en los diversos ordenamientos penales, y en el marco de los derechos humanos. Por lo tanto, cumplirá con el proceso de consentimiento informado;* atenderá a la salud integral, en los términos recogidos por el Protocolo Adicional a la Convención Americana de los Derechos Humanos o Protocolo de San Salvador; respetará la autonomía, la dignidad, libertad de creencias, intimidad de las mujeres. Excluirá la coacción, la violencia, las actitudes discriminatorias, los tratos crueles, vejatorios, inhumanos y degradantes.

En este marco ubicamos también la atención pos aborto médico que supone la consejería anticonceptiva y la atención psicológica.

* Para ello es imprescindible entregar la información objetiva, veraz e imparcial sobre procedimientos y riesgos

Además la fracción V, apartado C, del artículo 20 Constitucional establece el derecho de la víctima *"al resguardo de su identidad y otros datos personales en los siguientes casos: cuando sean menores de edad; cuando se trate de delitos de violación... El Ministerio Público deberá garantizar la protección de víctimas, ofendidos, testigos y en general todos los sujetos que intervengan en el proceso. Los jueces deberán vigilar el buen cumplimiento de esta obligación."*

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA ANTE EL ABORTO MÉDICO

Es posible que frente al aborto médico algunos médicos y médicas enfrenten dilemas éticos. Sin embargo, reconociendo la existencia de dos derechos en conflicto: la negativa de participación del médico o médica por razones de conciencia y el derecho de las mujeres a la justicia, la integridad personal y la salud, es preciso hacer los siguientes señalamientos:

- La objeción de conciencia es la expresión de un sentir individual o personal y no puede constituirse en una política institucional, aunque el objetor de conciencia sea el director o un directivo de la institución de salud. **Las instituciones de salud no pueden eludir la responsabilidad de ofrecer los servicios para la interrupción del embarazo.**
- La objeción individual de conciencia no puede invocarse frente a la violencia extrema que pone en peligro de muerte, de afectación grave de la salud o de urgencias médicas.
- La objeción de conciencia es, ante todo, una excepción de la debida obediencia de la ley, más no un derecho reconocido como tal. El respeto a la objeción de conciencia es una concesión democrática y una actitud de tolerancia; no una licencia para obstruir un derecho consagrado a favor de otro u otra.
- El médico o la médica que objeten, están obligados a asumir procesos de canalización responsable y desistir de cualquier maniobra disuasiva frente a la usuaria.
- La falsedad en la información médica, incluida la exageración sin base científica de las consecuencias del procedimiento, implica responsabilidad para quien o quienes prestaron la atención.

2. Consejería médica

Como parte del proceso de atención médica a mujeres en situación de violencia, el personal de salud asumirá procesos de consejería médica. Es decir, realizará un proceso de análisis con los elementos de la información recabada para ofrecer alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que estas puedan tomar una decisión de manera libre e informada.¹

Lineamientos para la actuación

- Dar información suficiente a las mujeres para que reconozcan las medidas que pueden tomar para disminuir, en lo posible, el impacto de la violencia en la salud, incluida la anticoncepción de emergencia, esquemas de quimioprofilaxis para ITS, VIH/SIDA y aborto médico. La información entregada a las usuarias será objetiva, veraz e imparcial, es decir, que será ajena a la interpretación personal; veraz porque se apegará a la verdad científica, e imparcial, porque desconocerá las opiniones personales acerca del tema.
- La información recabada sobre cada caso será confidencial y no podrá ser revelada salvo estricta[†] disposición legal.
- Informar la importancia de la preservación y disponibilidad de la evidencia médico legal, la conformación de un expediente clínico, las constancias de tratamientos psicológicos y, en general, acompañar la consejería médica de la orientación legal pertinente.
- Respetar las reglas del consentimiento informado y tener la certeza de que la información entregada ha sido bien y suficientemente comprendida. La NOM-168 establece algunas formalidades para el proceso de consentimiento informado que deberán cumplirse cuando la información sea entregada desde el sector salud. (Disposición 10.1.1.1).
- Establecer un clima de respeto a los derechos humanos como la autonomía, la dignidad y la no discriminación, y ofrecer un trato libre de prejuicios e informar de manera general sobre los derechos que asisten a las mujeres en situación de violencia, de acuerdo con cada circunstancia.

3. Aviso al Ministerio Público

DEBATE NACIONAL E INTERNACIONAL

Existe un debate centrado en la pertinencia de que los servicios de salud sean responsables de dar avisos en materia de violencia familiar; al respecto, algunos afirman que el aviso a la autoridad judicial es una estrategia eficaz para visibilizar y combatir la problemática, teniendo la ventaja de auxiliar a una mujer en estado de vulnerabilidad y de evitar la impunidad.

- Es importante tomar en consideración que en la mayoría de países en el mundo la separación reciente del agresor, así como la denuncia ante la Procuración de Justicia, se considera un factor de riesgo para las mujeres, ya que es frecuente que el agresor aumente el grado de violencia. Por lo tanto se deberán establecer las medidas de seguridad necesarias ante esta posibilidad.

[†] Mandamiento legal forzoso de revelar la información por razones de interés público o de seguridad de la propia usuaria, siempre que no pueda interponerse la excepción del secreto profesional

Otros aseguran que el aviso obligatorio atenta contra el derecho a la confidencialidad de la usuaria y a su derecho a decidir si quiere o no recibir protección; provoca barreras de atención en el sector salud, ya que las mujeres por temor al aviso dejan de acudir a los servicios; en ocasiones compromete su seguridad, poniendo en riesgo su salud y su vida, porque las alternativas de solución no son las mismas en todos los casos de violencia familiar o estas alternativas no son realmente accesibles para las mujeres.

El aviso **es útil porque puede sentar un precedente legal sobre los hechos sufridos, lo que podría ser valioso para las usuarias que deciden tomar alguna acción legal**, ya que en la mayoría de las entidades federativas el delito de violencia familiar requiere para el inicio de la averiguación previa de la presencia de la parte agraviada. Sin embargo, es indispensable conocer la situación particular de cada mujer atendida, con el fin de evitar colocarla en una situación de mayor riesgo.

Lineamientos para la actuación

En México la Norma Oficial Mexicana 046- SSA2-2005 establece que las instituciones de salud deberán dar aviso al Ministerio Público, mediante el formato establecido en el *Apéndice Informativo 1* contenido en la norma, *"en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual. Corresponde al responsable del establecimiento de salud dar aviso al Ministerio Público y no al médico tratante. La copia del aviso quedará en el expediente de la o el usuario."*¹

Cada servicio establecerá la forma como estos formatos se harán llegar al Ministerio Público; se recomienda se envíen mediante oficio con acuse de recibido. La norma contiene criterios importantes en relación con el aviso:

- *"Ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica de la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o la existencia de riesgo en su traslado, se dará aviso de manera inmediata al Ministerio Público."*¹
- *"Cuando él o la persona afectada sea menor de edad o incapaz legalmente de decidir por sí misma, además se notificará a la instancia de procuración de justicia que corresponda."*¹
- *"En los casos en los cuales las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante informará a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o en caso de que por su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la agencia del Ministerio Público correspondiente siempre y cuando no sea el probable agresor, o alguna persona que pudiera tener conflicto de intereses."*¹

ADEMÁS SE DEBEN HACER LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:

A. Cuando prevalezca una urgencia médica. El personal de salud deberá evaluar el riesgo de la usuaria o el usuario de los servicios de salud, cuyas lesiones estén vinculadas a violencia familiar y en los casos en que exista una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función vital, y las usuarias o usuarios no puedan trasladarse al Ministerio Público, se deberá solicitar a éste que acuda un médico legista a los servicios de salud, con el fin de que la condición de urgencia y los hallazgos queden debidamente registrados en el expediente clínico.¹

- **AVISO:** Término usado por la NOM-046* y que se refiere a la notificación al Ministerio Público por parte del personal de salud respecto de los actos violentos que pueden ser o no de persecución de oficio.
- **DENUNCIA:** Cuando los hechos de los que se da noticia a la autoridad investigadora (Ministerio Público) son delitos que se persiguen de oficio, éstos se constituyen en una denuncia y en el inicio de un procedimiento penal denominado Averiguación Previa.
 - Se usa el término de oficio, para el anuncio de hechos que las autoridades tienen como obligación investigar y que puede avisar cualquier persona.
 - Cuando se requiere que el relato de hechos lo realice la parte directamente interesada ante el Ministerio Público, se dice que si se constituye un delito, éste se persigue por querrela de la parte ofendida. Entonces se trata de hechos que la autoridad no tendrá obligación de investigar, a menos que le sea solicitado por la persona afectada.

B. Cuando no prevalezca una urgencia médica. Una vez que se haya brindado atención médica esencial o especializada para usuarias víctimas de violencia familiar, y sea voluntad de la usuaria, ésta será canalizada a la agencia del Ministerio Público que corresponda, siempre y cuando no exista ningún riesgo para la salud de la usuaria.

Si la persona está inmersa en el “ciclo de la violencia”, la posibilidad de que su búsqueda de auxilio médico se traduzca en inconvenientes legales provocaría, en no pocos casos, que desista de esa búsqueda. Por ello, es imprescindible que se le otorgue la atención médica esencial y de requerirlo especializada ante situaciones de violencia familiar, sexual o de género y posteriormente se le informe de las alternativas legales y sus consecuencias específicas mediatas e inmediatas.

Cuando las o los usuarios involucrados en situación de violencia deseen llevar a cabo acciones legales ante el Ministerio Público, es necesaria la exploración de expectativas (es decir, tener información cierta de lo que la usuaria realmente quiere), y realizar una previa evaluación de riesgo y un plan de seguridad con la usuaria, para no comprometer su seguridad o su vida.

La violencia familiar perpetrada contra mayores de edad, cuando no concurre con otros ilícitos,[†] es un delito que se persigue a solicitud de la parte agraviada. Esto quiere decir que el Ministerio Público no inicia su labor investigadora o persecutoria, sino hasta cuando la parte directamente perjudicada interponga una querrela.

De acuerdo con sus habilidades y experiencia, el personal médico deberá asumir procesos de orientación respecto a las oportunidades que tienen las usuarias de intentar diversas acciones legales.[§]

La protección especial que merecen los y las menores de edad, de acuerdo con la ley, obliga específicamente a los y las prestadoras de servicios de salud y al Ministerio Público a asumir labores eficientes de resguardo para eliminar cualquier situación de riesgo, pues en estos casos el aviso se tornaría en denuncia, ya que los menores tienen la protección del Estado y su interés y seguridad personales son superiores a los de los adultos.

Si la mujer opta por presentar querrela ante el Ministerio Público, es imprescindible que paralela a la notificación y con auxilio de autoridad competente, incluida la administrativa, u otras organizaciones, **se intente una medida de protección**, basada en la información médica recabada, y en la evaluación del riesgo; o se canalice a la mujer y a sus hijos o hijas a un refugio, de acuerdo con el tipo de riesgo que enfrenta.

Algunas consideraciones especiales además del llenado del formato de Aviso al Ministerio Público son:

- Acompañar el formato con una constancia sobre evaluación de riesgo que sólo contenga información respecto al peligro que el agresor o agresora representa, con el objeto de que la autoridad tramite, de ser necesaria, una medida de protección. Por ejemplo: el evento actual de violencia, sus características y las amenazas expresadas por el agresor, los anteriores eventos, sus características, su frecuencia, la ubicación actual del agresor, profesión y otros elementos que ayuden a evaluar el daño que puede causar o el peligro que representa para la integridad física o psíquica de la mujer u otros miembros de la familia o núcleo doméstico.
- No asentar información confidencial, como los detalles del plan de seguridad o algunos componentes de la evaluación de riesgo de carácter altamente privado y cuya revelación represente mayor vulnerabilidad para la usuaria o usuario frente al agresor.

† Lesiones, tentativa de homicidio, violación, etc.

§ El médico tratante podrá informar y orientar a la o el usuario afectado por violencia familiar o, en su caso, a su acompañante, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la Agencia del Ministerio Público correspondiente, con la finalidad de ejercitar la acción legal que corresponda.

4. Evidencia médica

La evidencia médica es cualquier dato médico útil para conducir a la juzgadora o juzgador de un caso concreto a la convicción de la existencia de un evento que tiene o puede tener consecuencias legales.

- El personal de salud debe tener presente que los datos médicos recabados en los servicios de salud son susceptibles de convertirse en evidencia legal, por lo que es indispensable el registro, resguardo y control de toda la información obtenida de los procesos de atención médica.

La evidencia médica puede ser inmediata o histórica. Inmediata cuando está disponible para la autoridad en el momento o en un tiempo inmediato posterior a la ejecución de la conducta; histórica, cuando se constituye en un recuento de datos médicos que se deslizan en el tiempo.

La preservación de **evidencia médica inmediata**, cuando esto es posible, resulta útil, entre otras cosas, para comprobar la existencia de la agresión o sus secuelas e, incluso, la identidad del agresor.

Evidencia médica histórica. En no pocos casos, la violencia es una historia susceptible de ser contada a través de constancias médicas, ya sea porque se buscó atención inmediata, pero se optó por no hacer una denuncia, o porque la usuaria padece trastornos crónicos que coinciden con los protocolos internacionales sobre violencia, porque el evento se registró durante actividades de detección, o porque la usuaria vive un embarazo forzado, o porque sufre una o varias ITS, etcétera.

Por otra parte, las secuelas físicas u orgánicas no son la única consecuencia medible en materia de agresiones sexuales o de violencia doméstica; las consecuencias emocionales pueden ser detectadas y calificadas por los y las profesionales de la salud mental con los conocimientos necesarios, legalmente acreditados para realizar esta detección. Esta información psicológica o psiquiátrica colabora para acreditar tanto el daño moral resentido, como la existencia de la agresión y su mecánica.

Lineamientos para la actuación

Cualquier médico o médica con cédula profesional en un servicio público, puede fungir como perito/a durante un proceso. * Esto significa que tiene la competencia y capacidad para realizar las labores de registro de lesiones y recopilación de evidencia en ausencia de un médico legista.

El personal médico tiene la obligación de describir detalladamente en el expediente clínico los riesgos a la salud de las mujeres que sufren violencia, describiendo las lesiones que son perceptibles en el momento cuando se presenta la usuaria, y de recopilar los materiales orgánicos que puedan recuperarse.

* Las legislaciones procesales penales consideran la posible habilitación de peritos prácticos en los casos en que un perito profesionalista no está disponible en el lugar donde esta información probatoria es requerida.

En la mayoría de los casos, las mujeres que viven en situación de violencia desconocen las diferentes formas en las que los documentos médicos pueden servir como evidencia legal: sea inmediata o histórica. Por ello, es necesario informar a las usuarias de esta posibilidad, así como de la existencia, ubicación y formas de disponibilidad del expediente clínico.

En la recopilación de evidencia médica, la salud y la integridad personal de la usuaria o usuario de los servicios de salud **no deben ser arriesgadas bajo ningún supuesto, incluido la preservación de la evidencia legal.****

La revisión médica que tenga como propósito recabar dicha evidencia seguirá las pautas del consentimiento informado y será, en todo tiempo, sensible y respetuosa de las mujeres. La recopilación de evidencia legal sólo se llevará a cabo con el consentimiento pleno de la persona agredida o de quien legalmente pueda otorgarla, salvo que la revisión sea producto de maniobras específicas para preservar su salud o su vida. Este modelo, en su capítulo médico, sugiere lineamientos técnicos para recopilación de la evidencia.

Igualmente, las instancias públicas o privadas especializadas en atención a mujeres en situación de violencia pueden emitir informes que serán considerados como medios de prueba o indicios de la agresión y de la necesidad de adoptar medidas cautelares en los procesos penales,[†] civiles[‡] o familiares.

Si es oportuno y esto no compromete la salud e integridad de la usuaria de los servicios de salud, puede recurrirse al auxilio de peritos profesionales; sin olvidar que todos los médicos y las médicas adscritos a las instituciones públicas de salud adquieren el carácter de peritos nombrados, respecto de las lesiones consecuencia de un delito.[§]

Este recuento de datos médicos debe estar también disponible para las autoridades en el caso de una controversia legal. El instrumento de disposición de esta información es siempre el expediente clínico, el que debe contener tanto información sobre evidencia médica inmediata como histórica.

** En los casos en los que se valore que existe una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función, por lesión directa del área genital, la exploración clínica o armada de la misma, podrá realizarla el médico de primer contacto, en caso de no contar con médico especialista, en presencia de un familiar o su representante legal y un testigo no familiar, que puede ser personal médico, previa sensibilización de la o el usuario, respetando los sentimientos y la confidencialidad del caso. Al mismo tiempo o después de proporcionar los primeros auxilios, se deberá dar aviso al Ministerio Público para que se haga llegar del apoyo pericial que corresponda. La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar debidamente registrados en el expediente clínico. (NOM-046).

† Artículo 115 del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal y disposiciones similares en la república, segundo párrafo.

‡ Código de Procedimientos Civiles, Artículo 942 párrafo tercero.

§ Código Procesal Penal del Distrito Federal Artículo 165 disposiciones similares existen en los códigos procesales penales de la república en el capítulo relativo a "peritos" o "prueba pericial".

5. El expediente clínico

El expediente clínico es una herramienta útil para lograr que las mujeres accedan a la justicia.

El personal de salud tiene la obligación de conformar adecuadamente el expediente clínico: la correcta conformación de un expediente clínico siempre es un lazo entre las mujeres en situación de violencia y su acceso a la justicia.

La NOM 046, relativa a la violencia familiar, y la NOM-168,** relativa al expediente clínico, exigen la integración de un expediente en caso de sospecha de violencia doméstica y consideran un derecho de las usuarias y los usuarios del sistema de salud que toda intervención, comentario, información requerida, diagnóstico o valoración médica obre en un expediente clínico, el cual es un documento médico-legal. La NOM 046 exige, además, la adopción de formatos de detección de violencia y evaluación de riesgo que deben ser integrados al expediente clínico.

Por razones de confidencialidad, sólo la autoridad investigadora o judicial tiene facultades para solicitar este expediente en el caso de que las mujeres decidan emprender alguna acción legal.

Esto no significa, en ningún momento, que los usuarios y las usuarias no tengan acceso a la información contenida en su expediente, sólo implica que la disponibilidad del documento está condicionada a la solicitud de una autoridad, la que puede emitirse, inclusive, a petición de la mujer durante un proceso legal.

Las usuarias deben ser informadas acerca de la existencia del expediente clínico, su ubicación y su utilidad como medio probatorio en procedimientos legales.

Algunas instrucciones técnicas para la conformación del expediente clínico:

- No utilizar abreviaturas indescifrables fuera del ámbito médico.
- Reportar las lesiones observadas describiéndolas detallada y objetivamente, sean físicas, ginecológicas o de cualquiera índole. Recordar que esta información es material probatorio y, por ello, debe ser muy acuciosa.
- Privilegiar la información médica; es decir, aquella que la autoridad sólo puede obtener a través del prestador o prestadora de servicios de salud, y no a través de otras fuentes, por ejemplo, la persona agredida. Recordar que el usuario o usuaria eventualmente acudirá a la autoridad, y si sólo asentamos información obtenida por interrogatorio de la usuaria, no aportaremos nuevos elementos a la investigación.
- Si se asienta información obtenida en un interrogatorio, señalar a la usuaria o usuario como origen de tal información con alguna fórmula. Por ejemplo: “la mujer afirmó:”; “la mujer narró:”, etcétera.

** Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

- No emitir juicios de valor o apreciaciones subjetivas, a menos que las apreciaciones consistan en una valoración o diagnóstico médico basado en la evidencia y en la experiencia profesional del prestador o prestadora. Por ejemplo, las posibles consecuencias de una lesión o el padecimiento que originan, su impacto en la salud general, etcétera.
- Sustentar el diagnóstico, pero no establecer conclusiones ajenas al ámbito médico. Por ejemplo: es muy probable que al observar una lesión en la región anal, con desgarre o laceraciones, pensemos en violación; sin embargo, esa evaluación le corresponde al Médico Legista que designe el Ministerio Público o a la autoridad judicial; el personal médico, por su parte, habrá de ocuparse, fundamentalmente, de la descripción de las lesiones observadas al momento de la atención, con el fin de que la autoridad investigadora tenga los elementos que necesita para llegar a esa conclusión.

6. Registro de la información

Además del expediente clínico, todo el personal que labora en los servicios de salud involucrado con las usuarias en situación de violencia, tiene obligaciones de registro de información; existen formatos preestablecidos para recabar la información, pero cada institución puede, además, elaborar otros formatos para registrarla, sin olvidar que el llenado de algunos de éstos es una labor asignada de manera exclusiva al personal médico, como lo son los derivados de la Norma Oficial Mexicana-046-SSA2-2005.

La norma contempla en el *Apartado 7* el proceso de registro de información, e incluye un formato[†] de registro de atención en caso de violencia familiar o sexual con las variables básicas recomendadas internacionalmente para registrar violencia familiar, sexual y contra las mujeres, lo que permite concentrar en un sólo documento los datos relevantes de cada caso. El registro de información se debe realizar en:

- Formato de vigilancia epidemiológica (SUIVE-1).
- Formato estadístico “Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual” *Apéndice informativo 2*. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas en dicho apéndice. Para el caso de la Secretaría de Salud se debe registrar en el formato SIS-SS-17P.
- Certificado de defunción en caso de que la consecuencia de la violencia sea el fallecimiento y de acuerdo a la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Y06 y Y07) CIE 10.

[†] Se incluye el formato de registro de atención en caso de violencia familiar en el apartado de este manual: Las responsabilidades legales del personal de salud

IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE CASOS DE VIOLENCIA

El registro de casos de las y los usuarios que padecen de alguna de las diferentes formas de violencia permite adaptar y mejorar políticas públicas y la provisión de servicios a favor de quienes la padecen, a partir de conocer la prevalencia e incidencia del problema y caracterizar a las mujeres que viven en situación de violencia y a sus agresores, así como las diversas manifestaciones de este fenómeno.

Es importante reconocer que el sistema actual de registro de la información en la Secretaría de Salud enfrenta el desafío del subregistro, debido a diversos factores:

- Las mujeres no hablan espontáneamente del problema en los servicios de salud.
- El personal médico no pregunta, ya sea porque no tiene conocimiento sobre el tema, por que no lo considera de su incumbencia o por el temor de verse involucrado en procedimientos penales.
- El desconocimiento de los formatos para realizar el registro así como la falta de información para el llenado correcto de los mismos y su adecuada clasificación de acuerdo al tipo de violencia.

Estos factores inhiben la visibilización del problema y, por ende, su atención, de ahí lo imprescindible de documentar cada caso.

RECOMENDACIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Con el fortalecimiento de los sistemas actuales, sí es factible documentar información más completa acerca de la problemática de las mujeres que denuncian la violencia y/o acuden a los servicios de salud por este motivo es recomendable profundizar en el conocimiento sobre la violencia contra las mujeres acerca de:

- La dimensión del problema.
- Los espacios donde ocurre .
- Las causas (directas y estructurales).
- Las consecuencias (no sólo las lesiones físicas).
- Las secuelas.
- Las respuestas dadas en el sector salud y en el de procuración de justicia.
- Las características de los agresores.

La recomendación para los casos en los que las mujeres no están en los servicios de salud por motivos de violencia, pero responden afirmativamente al cuestionario de detección se debe asentar en el expediente clínico y en los formatos mencionados como al evento más recientemente ocurrido. Los responsables de llenar los formatos son los médicos, médicas, pasantes, internos, residentes, trabajadoras sociales, psicólogas, psicólogos, enfermeras o el técnico en atención primaria, dependiendo del tipo de unidad y servicio de que se trate.

Recuerde que los registros de información realizados por el personal de salud son utilizados exclusivamente por el Sistema Nacional de Salud con fines de investigación y elaboración de estadísticas.

IMPLICACIONES PARA EL PERSONAL DE SALUD POR NO CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS MARCADOS EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE

Quienes presten servicios de salud tienen un marco de acción delimitado por los lineamientos de atención contenidos en la Ley General de Salud, los reglamentos a la Ley General de Salud en sus diversas materias, las Leyes Locales, los Reglamentos a las Leyes locales, las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, los lineamientos técnicos de salud. En el caso de los servidores públicos las Leyes de la Administración Pública, y las establecidas por los Códigos Penales y Civiles en materia de responsabilidad profesional del ejercicio de la profesión.

- Los prestadores de servicios médicos, ya sea como trabajadores, como profesionales o como servidores públicos, son susceptibles de responsabilidad jurídica por incumplimiento de alguna norma o lineamiento legal previamente establecido en el ejercicio de su profesión.

Resulta indispensable que el personal de salud conozca y realice las maniobras indicadas por los lineamientos técnicos, con el fin de evitar incurrir en responsabilidad, ya que la ignorancia, imprudencia, impericia o negligencia en la actuación, o bien, en donde el médico actúa de manera deliberada en forma distinta a la indicada en perjuicio de la o el usuario, implican sanción.

Los usuarios que resientan en su persona alguna afectación por un prestador de servicios de salud, ya sea en su integridad física, o moral, o que sean discriminados o consideren haber sufrido algún daño o perjuicio ocasionado por un prestador de servicios de salud, pueden reclamar ante diversas instancias el incumplimiento de una obligación por parte del personal de salud.²⁸

Existen diversas autoridades que pueden indagar si el prestador de servicios de salud ha incurrido en alguna irresponsabilidad en el ejercicio de su profesión.

La responsabilidad penal

El juicio penal constituye una de las vías a las que puede acceder el paciente perjudicado por la actividad profesional del personal.^{*} Cada entidad federativa cuenta con Leyes Reglamentarias del Artículo 5to Constitucional, conocida como leyes de profesiones; en todas existe un Capítulo sobre los delitos e infracciones de los profesionistas y de las sanciones por incumplimiento a esta ley.[†]

* Al respecto, la ley reglamentaria del Artículo 5 constitucional del distrito Federal o Ley de Profesiones, en su Artículo 61, prescribe "los delitos que cometan los profesionistas en el ejercicio de la profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al código penal".

† La Dirección General de Profesiones, previa comprobación de la infracción, impondrá la multa de referencia sin perjuicio de las sanciones penales en que hubiere incurrido.

Un delito es todo acto u omisión que sancionan las leyes penales; estos pueden cometerse dolosa o culposamente.^{**} Obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la Ley; obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación de un deber de cuidado que debía y podía observar, según las circunstancias y condiciones personales.^{††}

Los usuarios, por la vía penal, pueden también solicitar la reparación del daño, ante lo cual, si el delito se prueba, la usuaria o usuario pueden solicitar una suma determinada como indemnización por los daños o perjuicios causados.

Las sanciones que se imponen en la vía penal varían desde meses a años de prisión, multa y suspensión para ejercer la profesión u oficio por un lapso determinado.

La responsabilidad civil

La vía civil se utilizará por las usuarias de los servicios de salud a efecto de obtener la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, ya sea en su persona o en sus bienes, como una acción independiente a la penal e, incluso, de manera paralela.

Para que proceda la acción civil se requiere de un acto jurídico que en el caso de la relación médico paciente se da como un contrato de prestación de servicios regulado por el derecho civil, tratándose de servicios privados de medicina y, en el caso de los servicios públicos, como la obligación del Estado para proveerlos, o bien de una entidad paraestatal en donde se generan vías administrativas para la reparación del daño que se haya causado.

La obligación de reparar el daño moral que se cause como consecuencia de la afectación de la usuaria de los servicios de salud, tiene que ver con la definición de daño moral contenida en el Código Civil Federal; es la afectación de los sentimientos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o en la consideración que de la persona tengan los demás. El monto de la reparación del daño moral lo fija el juez a su arbitrio y, una vez que ha considerado que existió tal daño, emitiendo una sentencia contra quien prestó el servicio de salud.

^{**} En el Distrito Federal, el título segundo establece los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión entre los que se encuentran los delitos de responsabilidad profesional o técnica, el delito de usurpación de profesión, abandono, negación y práctica indebida del servicio médico, el de responsabilidad de directores, encargados, administradores o empleados de centros de salud y agencias funerarias, por requerimiento arbitrario de la contraprestación, suministro de medicinas nocivas o inapropiadas, entre otros.

^{††} La Ley General de Salud establece también delitos cometidos por prestadores de los servicios de salud en los Artículos del 455 al 472.

La responsabilidad administrativa

Las sanciones administrativas se aplican además de las que se señalan en otras leyes. Estas sanciones pueden ser suspensión, destitución e inhabilitación, así como sanciones económicas.

El Artículo 108 Constitucional dispone que para efectos de las responsabilidades se consideran como servidores públicos, entre otros, a los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública federal o en el Distrito Federal, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

Las Leyes Administrativas establecen el marco de las obligaciones de los servidores públicos con el fin de salvaguardar en el desempeño de sus funciones, empleos, cargos y comisiones la legalidad, la honradez, la lealtad, la imparcialidad, y la eficiencia. Estas mismas leyes establecen las sanciones que se les impondrá a los servidores públicos por los actos u omisiones en que incurran, así como los procedimientos de las autoridades para aplicarlos; en lo general, son las contralorías las encargadas de aplicar las sanciones.

La responsabilidad de los servidores públicos nace a partir de su nombramiento en el cargo o comisión que se le delega por parte del Estado y por lo tanto debe responder de su conducta ante éste. El Estado es el responsable en lo que concierne a la reparación del daño que ocasione un servidor público en el desempeño de sus funciones.

Otros organismos

Por otra parte, también por mala atención médica es posible que se determine responsabilidad ante dos organismos, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y las Comisiones de Derechos Humanos.

APÉNDICE 1

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración _____
 día mes año

USUARIO (A) AFECTADO (A) DE VIF	Nombre _____	Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/>
	Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____	Años _____	1. Masculino 2. Femenino
Domicilio			
Calle _____		Número exterior _____	Número interior _____
Localidad _____		Barrio o colonia _____	
Municipio _____		Código postal _____	
Entidad Federativa _____			
Fecha de atención médica	_____	_____	_____
	día	mes	año
Hora de recepción del usuario(a) afectado (a)	_____	_____	_____
	horas	minutos	
Motivo de atención médica	_____		
Diagnóstico (s)	_____		
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____			
Plan:			
a) Farmacoterapia	_____		
b) Exámenes de laboratorio y gabinete	_____		
c) Canalización	Referencia	_____	
Seguimiento del caso:			
Área de trabajo social	_____		
Área de psicología	_____		
Área de medicina preventiva	_____		
Área de asistencia social	_____		
Pronóstico _____			
Notificación	Fecha	_____	_____
		día	mes
		año	
	Agencia del Ministerio Público	<input type="checkbox"/>	Nombre y cargo del receptor _____
	Presidente Municipal	<input type="checkbox"/>	_____
	Jurisdicción Sanitaria	<input type="checkbox"/>	No. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____
	Especificar	_____	_____
	Otra instancia	<input type="checkbox"/>	_____
	Especificar	_____	_____
Médico notificante: nombre	_____		
Firma	_____		

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

Folio:					
Unidad médica Nombre: _____ Institución: _____					
Localidad _____ Municipio _____ Entidad _____					
USUARIO (A) AFFECTADO (A)	1. Nombre _____ Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)		3. Edad Años	4. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino 2. Femenino 3. Embarazada	5. Derechohabencia <input type="checkbox"/> 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEGURO 4. PEMEX POPULAR 6. SECMAR 5. SEDENA 7. OTRO 8. NO
	2. CURP		6. Domicilio _____ Calle Número exterior Número interior Barrio o colonia Código postal _____ Localidad Municipio Entidad Federativa		
EVENTO MÁS RECIENTE	1. Fecha de ocurrencia día mes año		4. Día de la semana en que ocurrió el evento <input type="checkbox"/> 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo	6. Sitio de ocurrencia <input type="checkbox"/> 1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte 4. Calle 5. Transporte público 6. Automóvil particular 7. Centro de trabajo 8. Otro Especificar _____	7. Consecuencia resultante 1. Contusión 2. Luxación 3. Fractura 4. Herida 5. Asfixia mecánica 6. Ahorcamiento 7. Quemadura 8. Cicatrices 9. Aborto 10. ITS 11. Embarazo 12. Conmoción 13. Trastornos de ansiedad 14. Trastornos psiquiátricos 15. Defunción 16. Otro
	2. Tipo de Violencia <input type="checkbox"/> 1. Física 2. Sexual 3. Psicológica 4. Abandono		5. Fue en día festivo <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No		11. Gavedad de la lesión <input type="checkbox"/> 1. Leve 2. Moderada 3. Grave
	3. Prevalencia <input type="checkbox"/> 1. Primera vez 2. Subsecuente		9. Lugar del cuerpo afectado principalmente <input type="checkbox"/> 1. Cabeza o cuello 2. Cara 3. Brazos y manos 4. Tórax 5. Columna vertebral 6. Abdomen y/o pelvis 7. Espalda y/o glúteos 8. Piernas y/o pies 9. Area genital 10. Múltiple		
	8. Agente de la lesión 1. Fuego, flama, sustancia caliente 2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas 3. Objeto punzocortante 4. Objeto contundente 5. Golpe contra piso o pared 6. Pie o mano 7. Arma de fuego 8. Amenaza y violencia verbal 9. Múltiple 10. Otro 11. Se ignora				
PROBABLE AGRESOR(A)	1. Edad Años	2. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino 2. Femenino	4. Parentesco con la o el afectado <input type="checkbox"/> 1. Padre 4. Madrastra 7. Novio o pareja eventual 2. Madre 5. Cónyuge 8. Sin parentesco - conocido 3. Padrastro 6. Otro pariente 9. Sin parentesco - desconocido		
	1. Fecha de ocurrencia día mes año		3. Atenciones otorgadas <input type="checkbox"/> 1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro	5. Destino después de la atención <input type="checkbox"/> 1. Domicilio 2. Consulta externa 3. Hospitalización 4. Traslado a otra unidad médica 5. Grupos de ayuda mutua 6. Refugio o albergue 7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual 8. DIF 9. Otro	
ATENCIÓN	2. Servicios de atención 1. Consulta externa 2. Urgencias 3. Hospitalización 4. Otros servicios		4. Aviso al Ministerio Público <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No		
	Notificación fecha día mes año Nombre del notificante Firma				

Formato estadístico para uso exclusivo de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
Nota: De conformidad con los lineamientos de la presente Norma, la persona responsable de la Unidad Médica de Atención a la Salud tiene la Obligatoriedad de dar aviso al Ministerio Público.

SECCIÓN II

ATENCIÓN MÉDICA

Capítulo 4

Detección de casos de violencia

Capítulo 5

El Impacto psicológico de la violencia.
Intervención psicológica

Capítulo 6

Servicios esenciales y especializados

Capítulo 7

Evaluación del riesgo, plan de seguridad
e información legal

Capítulo 8

Referencia, contrarreferencia y seguimiento



CAPÍTULO 4

DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA



CAPÍTULO 4

DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

La importancia de la detección

“La detección de probables casos se refiere a las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual entre la población en general.” (NOM-046 SSA2 2005).

El sistema de salud representa un espacio de oportunidad único para la detección y atención debido a que las mujeres y, en general, las familias acudirán cuando menos una vez en su vida a centros de salud, clínicas u hospitales, mientras que difícilmente lo harán al sistema de justicia; además, la detección oportuna posibilita acciones de prevención, atención, referencia y seguimiento.

Según lo establecido en la *NOM-046 SSA2 2005* las y los prestadores de servicios de salud deben realizar tamizajes de manera rutinaria para detectar casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, y en los casos probables, llevarán a cabo procedimientos necesarios para su confirmación.

¿Quiénes pueden hacer la detección?

Las y los prestadores de servicios de salud pueden realizar un proceso de detección, para el cual es recomendable que el personal este capacitado, sensibilizado y actualizado sobre la violencia.

La detección se puede realizar tanto en el trabajo con la comunidad, como en la consulta o área de hospitalización, es importante destacar que el interrogatorio médico y la exploración clínica favorecen esta actividad.

¿Por qué detectar violencia?

La magnitud de la violencia documentada en las Encuestas Nacionales sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003 y 2006) así como en otras encuestas e investigaciones nos muestran que las niñas, niños y mujeres, son los grupos que más frecuentemente viven situaciones de violencia familiar y sexual. Por otra parte las repercusiones a la salud se presentan en las esferas biológico, psicológico y social que pueden llegar a provocar incapacidad, discapacidad o incluso la muerte.

Al ser las mujeres uno de los grupos más afectados algunos estudios de investigación han mostrado que las usuarias sufren de violencia, aun cuando no lo manifiestan como motivo de consulta.

Identificar esta problemática brinda nuevas opciones de tratamiento, la evidencia muestra que **las mujeres están dispuestas a hablar de sus experiencias cuando el personal les pregunta.**²⁹

Otros estudios indican que es posible la recuperación después del trauma y una de las partes más importantes de la recuperación es que otra persona nombre y valide su experiencia, al mostrar su interés y sus conocimientos.³⁰

¿En qué lugares puede hacerse la detección de casos de violencia?

Los prestadores de servicios de salud pondrán especial atención en identificar y detectar a las y los usuarios afectados por violencia familiar o sexual durante el desarrollo de sus actividades cotidianas en tres lugares:

- 1. La consulta en servicios ambulatorios u hospitalarios.**
- 2. En el trabajo con la comunidad.**
- 3. Y en otros servicios de salud.**

Es indispensable ofrecer los servicios contenidos en este modelo de atención, bajo los criterios a observar establecidos en la NOM 046 SSA2-2005 ya que una adecuada detección sin acciones posteriores puede comprometer la salud de las usuarias o bien ponerlas en riesgo.

En cualquiera de estos ámbitos laborales es posible detectar casos de violencia a través de la identificación de signos y síntomas de alarma o a través del interrogatorio dirigido mediante la aplicación de la herramienta de detección.

Para el trabajo en comunidad se recomienda realizar la detección sólo a través de signos y síntomas de alarma, dejar para consulta en la unidad médica el interrogatorio dirigido, debido a la seguridad, privacidad y confidencialidad que se requiere para hablar del tema.

Principios fundamentales

Recuerde que la violencia familiar, sexual y contra las mujeres no es un hecho aislado, en general, es cíclico, a medida que pasa el tiempo estos ciclos de tranquilidad se reducen en duración, en tanto que los episodios violentos van aumentando en intensidad y frecuencia, por tal motivo es importante que:

- 1. No tenga miedo de preguntar.** Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar la violencia cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad muchas mujeres están esperando en silencio que alguien les pregunte.³³

2. **Interroque en un espacio privado.** Separe a la mujer de cualquier persona que la acompañe, especialmente familiares. Explique que estas preguntas se hacen en forma rutinaria a todas las mujeres. En aquellos casos de urgencia y/o de evidencia absoluta de violencia pregunte a la usuaria si desea que alguien esté con ella durante la entrevista.
3. **Explicita el derecho de la mujer a la confidencialidad.** Asegúrese de que la mujer esté convencida, de que la información que proporcione no será revelada.
4. **Cree un ambiente seguro de apoyo donde no se emitan juicios de valor. Permítale contar su historia sin calificar o valorar las circunstancias descritas.**³¹
5. **No emplee términos técnicos.** Es importante que las preguntas sobre este tema sean formuladas de manera clara, sencilla y directa, que las usuarias comprendan exactamente qué se les pregunta.
6. **Asegúrese de que la información** que proporcione sea veraz y objetiva.
7. **Asegúrese de que cuenta con el consentimiento de la mujer** para realizar cualquier acción, explicitando su derecho para decidir libremente lo que desea hacer.
8. **Asegúrese que las usuarias no reciban un trato discriminatorio:** por sexo, posición social, raza, edad, religión, opiniones, origen, nacional o cualquiera otra causa.³²
9. **Valide la historia.** Nunca haga preguntas que sugieran que se tienen dudas o que está investigando si la historia que está escuchando es verdadera. Recuerde que su papel es el de apoyar.
10. **No haga preguntas que no tengan relación con la detección.**
Es crucial evitar la revictimización.

Recuerde además que es probable que la persona que hace la detección no sea la misma que continúa con la atención del caso. De manera que lo más adecuado es que la mujer plantee su situación de manera más profunda con las personas encargadas de hacer la evaluación del riesgo, plan de seguridad y orientación legal en la misma clínica u hospital.

Verifique indicadores de violencia

Para realizar la detección en las y los usuarios de los servicios de salud antes y durante el interrogatorio se recomienda poner especial cuidado en algunos signos y síntomas de alarma que pueden ser *indicadores precisos de violencia*. De acuerdo con el tipo de abuso, los “signos y síntomas” que pueden presentar las mujeres en situación de violencia son diversos y pueden catalogarse en las dimensiones física, sexual y psicológica incluyendo el abandono. Pese a lo anterior, es necesario resaltar que estas tipificaciones son artificiales, ya que las usuarias son personas integrales y la experiencia violenta daña la totalidad de su persona.

El siguiente cuadro muestra los principales indicadores documentados en la literatura, sin embargo, es posible que en la práctica cotidiana el personal de salud se encuentre con otros o éstos mismos con características muy particulares de acuerdo con su población de atención.

CUADRO 4.1

INDICADORES DE VIOLENCIA EN CONSULTA, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN

ABANDONO	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA SEXUAL*	VIOLENCIA PSICOLÓGICA
<p>Signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección que pueden manifestarse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Higiene • Control o cuidados rutinarios • Tensión emocional • Desarrollo psicológico • Necesidades médicas atendidas tardamente o no atendidas. 	<p>Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas.</p> <p>Signos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematomas • Laceraciones • Equimosis • Fracturas • Quemaduras • Luxaciones • Lesiones musculares • Trauma ocular • Trauma craneoencefálico y daño neurológico • Lesiones diversas congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo que las produjo • Lesiones recientes o antiguas, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes • Lesiones durante el embarazo <p>Además de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Síndrome crónico de intestino irritable 	<ul style="list-style-type: none"> • El embarazo en niñas o adolescentes muy jóvenes • Infecciones de transmisión sexual • Prurito o hemorragia vaginal • Defecación o micción dolorosa • Dolor abdominal o pélvico crónicos • Problemas sexuales y ausencia de placer • Vaginismo (espasmos de los músculos alrededor de la abertura de la vagina) o traumas en la región vaginal • Infecciones recurrentes en las vías urinarias • Embarazo no deseado que puede ser indicativo de embarazo forzado debido a violación • Aborto • Lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales • Ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales • Abuso o dependencia a sustancias • Alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Cansancio y fatiga crónica • Problemas de memoria y concentración • Distorsiones del pensamiento • Cefaleas crónicas • Marcada disminución en el interés o la participación en actividades significativas • Miedo intenso, desesperanza, culpa, vergüenza u horror • Recuerdos perturbadores recurrentes e intrusivos • Ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks • Hipervigilancia o estado de alerta constante, palpitaciones • Depresión leve, moderada y severa • Trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormido/a) y pesadillas • Sentimientos de Miedo, ira, culpa, vulnerabilidad, tristeza, humillación, y desesperación • Trastornos de ansiedad, por estrés posttraumático, de personalidad, abuso o dependencia a sustancias • Ideación o intento suicida

* Fuentes: referencias 33 y 1

Entrevista con herramienta de detección

Para facilitar la entrevista se recomienda introducir el tema de manera cuidadosa pero clara.

Ejemplos de cómo introducir el tema

- *Sabemos que la violencia es frecuente en la vida de las mujeres, por tal motivo decidimos hacer preguntas sobre el abuso que sufren las usuarias.*
- *Desconozco si usted presenta esta situación, pero los conflictos en el hogar son un problema que frecuentemente viven muchas de las mujeres que vienen a consulta. Algunas se sienten intimidadas o incómodas para hablar de ello, de modo que ahora hago habitualmente estas preguntas.*

Indicaciones a los prestadores de servicios para el uso de la herramienta de detección

- La herramienta de detección se compone de tres secciones con reactivos para búsqueda de violencia psicológica, física y sexual.
- Tenga presente que el objetivo de esta herramienta es la localización de casos, no el análisis de la severidad de cada uno, ya que para evaluar el riesgo existe una escala específica (ver capítulo referente a la evaluación del riesgo).
- En caso de que la usuaria responda **no** a todas las preguntas de la herramienta y usted sospecha que existe violencia, coloque en el apartado de sospecha una descripción específica de la lesión que observa o las razones de su sospecha.
- **Si la usuaria le refiere** relaciones sexuales forzadas (violación) y/o embarazo forzado es fundamental preguntar cuándo ocurrió el evento para prevenir ITS/VIH SIDA, recibir anticoncepción de emergencia y/o brindar información a cerca del aborto médico así como de sus posibles riesgos y consecuencias.
- Al igual que la información médica recabada en el expediente clínico, la herramienta de detección contiene información con valor probatorio en procesos legales que eventualmente la mujer decida emprender.

CUADRO 4.2

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

Número de expediente _____ Fecha: _____	
Nombre del prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección _____	
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha menospreciado o humillado?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA FÍSICA	
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	
¿Le ha tratado de ahorcar?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA SEXUAL	
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	

Si el o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, ó a cualquiera de las preguntas de las Secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo. (Ver capítulo 7).

Determinación de la emergencia del suceso

Aunque en el imaginario social prevalece la idea de que todas las mujeres utilizan servicios de salud en situaciones de urgencia, la realidad muestra que la mayor parte de las mujeres que han vivido en situación de violencia durante **un largo tiempo y en silencio**, no demandará servicios de urgencia por lo cual resulta fundamental detectar la situación.

SITUACIÓN DE URGENCIA MÉDICA

Es aquella provocada por un evento de violencia que requiere de atención médica inmediata, ya que las lesiones leves o graves pueden producir un daño en la integridad de la persona.

La violación se considera una urgencia médica. Es posible que algunas de estas mujeres no tengan lesiones físicas, sin embargo, es especialmente importante atenderlas antes de las 72 horas después de ocurrido el evento, con el fin de administrarles un esquema de profilaxis para ITS y en su caso, VIH/SIDA o bien, hasta 120 horas para proporcionarles anticoncepción de emergencia. Una vez atendida la urgencia médica tiene lugar la evaluación del riesgo y la elaboración de un plan de seguridad.

SITUACIÓN DE EMERGENCIA PSICOLÓGICA

Es un desequilibrio psicológico intenso provocado por sucesos ocurridos en el mundo exterior.

En estos casos, es indispensable avisar al equipo especializado ubicado dentro de la unidad de salud, con el fin de que paralelamente a la prestación de los servicios de urgencia realice la evaluación del riesgo, el plan de seguridad y proporcione la orientación legal pertinente.

Si su centro de trabajo no cuenta con servicios médicos y psicológicos especializados, refiera a la mujer inmediatamente, no sin antes brindar los servicios señalados (evaluación del riesgo, plan de seguridad y orientación legal). Recuerde que la mujer puede estar en un enorme riesgo y es indispensable brindarle un apoyo integral inmediato.

Ante la emergencia psicológica brinde el apoyo definido ante situaciones de crisis en el capítulo "El impacto psicológico de la violencia". Si la crisis trasciende los límites de esta intervención, refiera a servicios psicológicos especializados, procurando evaluar el riesgo en el que se encuentra la usuaria y las posibles medidas de seguridad.

SITUACIONES QUE NO REPRESENTAN UNA URGENCIA INMEDIATA

Si bien todos los casos de mujeres que responden "Sí" al interrogatorio de detección requieren una atención inmediata, no todas se encuentran en una situación de urgencia. Las recomendaciones centrales son: crear un ambiente de empatía y proporcionar mensajes que le permitan a la mujer comprender mejor su situación y referir al servicio especializado correspondiente a la unidad de salud, con el fin de que se realice la evaluación del riesgo, el plan de seguridad y reciba orientación jurídica.

¿Qué hacer cuando la usuaria responde “no”?

Las mujeres al ser interrogadas pueden responder “no” porque NO consideran que viven en situación de violencia o bien porque tienen un enorme temor a su agresor, no sienten confianza con el personal de salud que las está interrogando o bien porque evitan confrontarse con la realidad utilizando frases como:

- “No sucede nada. Mis relaciones con mi pareja son normales”.
- “Lo que sucede es culpa mía. Yo provoco esas reacciones”. “Yo tengo mucho carácter”.
- “En realidad no es tan grave. “Sólo sucede de vez en cuando”.
- Lo que pasa es que:
 - “Es muy nervioso”.
 - “Es alcohólico / adicto”.
 - “No tiene trabajo”.
 - “Los niños lo alteran mucho”.
- Otro indicador pueden ser las consultas frecuentes por sintomatología sin correlatividad clínica u orgánica.

Recuerde que la tarea del personal de salud es apoyar a la mujer y no el de investigar la situación, si no existen elementos de “sospecha” lo recomendable es llenar la herramienta de detección marcando el apartado “no”, y proporcionar información a la usuaria sobre el programa de atención a mujeres violentadas.

¿Qué hacer cuando la usuaria responde “no”, pero el personal de salud tiene sospechas de que la mujer vive una situación de violencia?

Si existe sospecha de que la mujer experimenta violencia aun cuando no lo manifieste, es importante que el prestador/ra de servicio de salud anote su sospecha en la herramienta de detección, así como en el expediente clínico para dejar constancia de lo sucedido. Esta información es fundamental, pues, le servirá a la mujer si decide realizar acciones legales y servirá para alertar al personal de salud en momentos posteriores y volver a realizar el interrogatorio en visitas subsecuentes.

Es importante mencionar que cuando se trate de situaciones graves, especialmente lesiones que tardan en sanar más de 15 días y/o delitos sexuales, y exista sospecha de violencia extrema independientemente de lo que la mujer responda, previo consentimiento informado será indispensable desarrollar la evaluación del riesgo y el plan de seguridad. (Ver capítulo correspondiente).

¿Qué hacer cuando la usuaria responde “sí”?

Ofrecer el servicio especializado para evaluación del riesgo y el plan de seguridad e iniciar el protocolo específico de atención médica de acuerdo con las necesidades de la usuaria.

- Consulte los apartados “Servicios esenciales y especializados” y “Consejería especializada: evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal”.

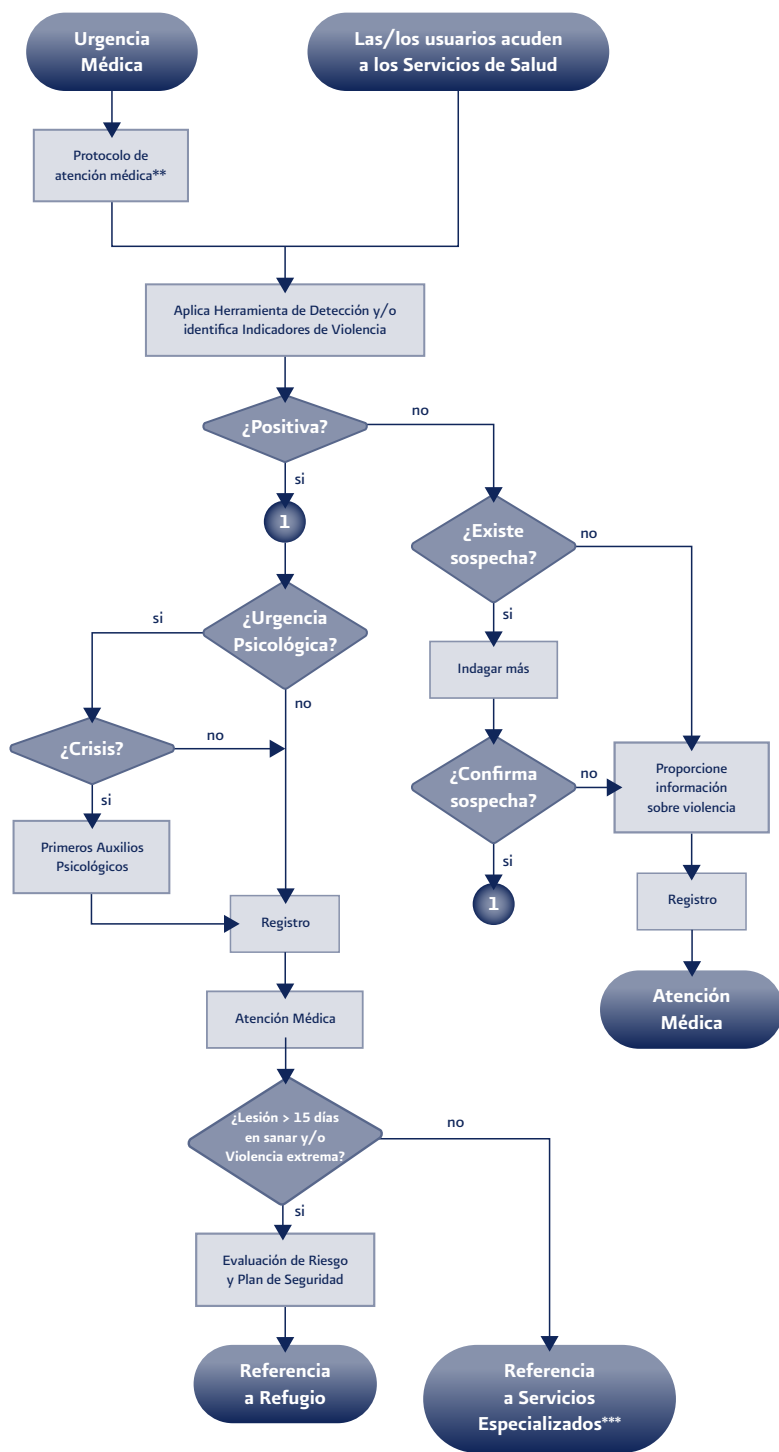
¿Qué hacer cuando la usuaria responde “sí” y tiene una crisis?

Uno de los temores más generalizados por parte del personal de salud es el supuesto de que la mujer que experimenta violencia, “tarde o temprano entrará en una crisis desbordante y el personal de salud no contará con las herramientas suficientes para brindarle el apoyo que se requiere.” Resulta fundamental subrayar que para otorgar el apoyo inicial a una mujer (intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos) no se requiere de un especialista o un profesional específico de la salud mental (psicólogo o psiquiatra), sino de personal sensible y entrenado adecuadamente. En este caso, intervenga de acuerdo con los elementos básicos descritos en el apartado referente al impacto psicológico de la violencia.

- Consulte el capítulo “El impacto psicológico de la violencia. Primeros auxilios psicológicos”.

FIGURA 4.1

**DETECCIÓN DE VIOLENCIA
EN CONSULTA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN ***



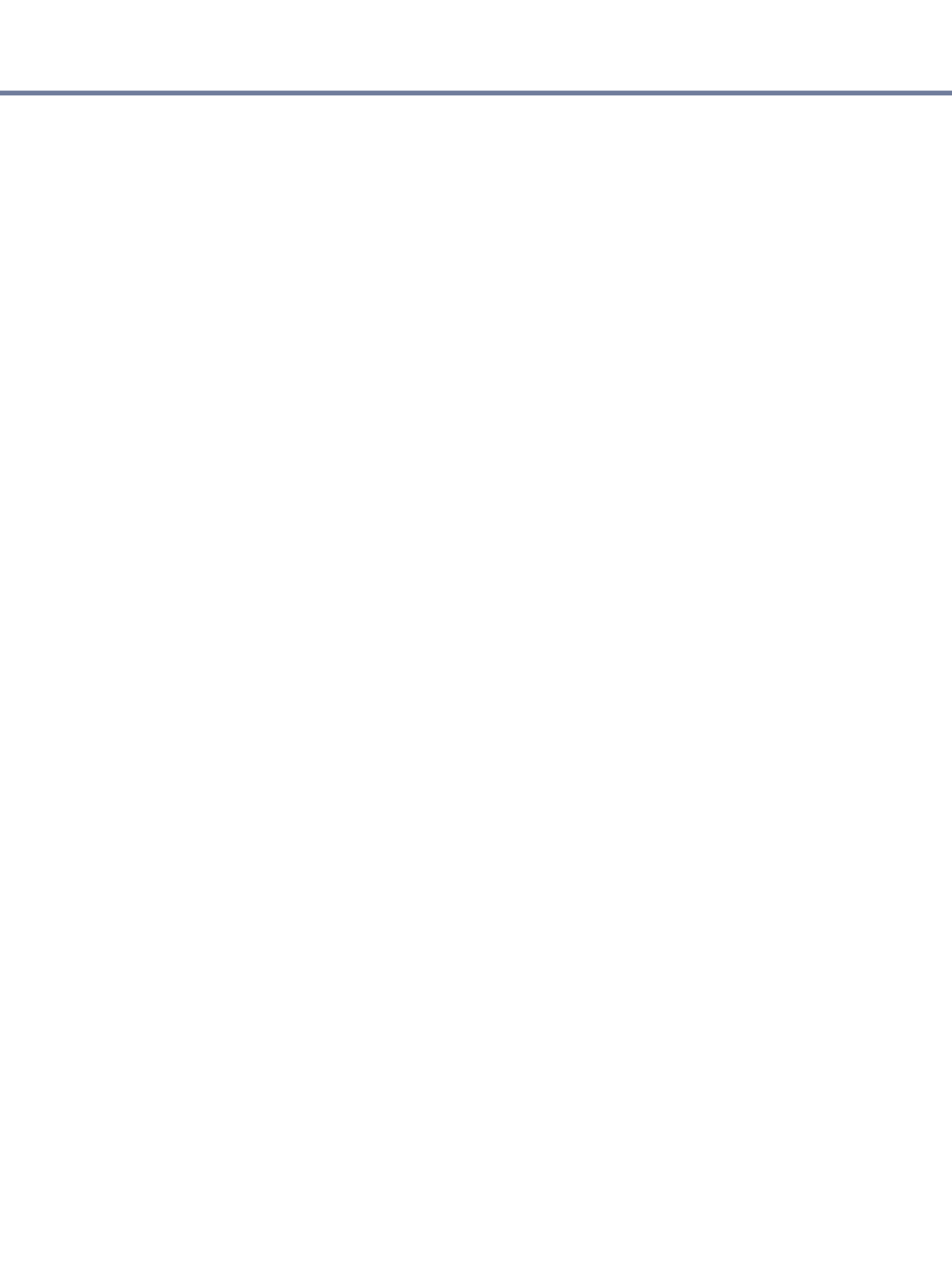
* La detección la pueden realizar psicólogos, médicos, enfermeras o trabajadores sociales.

** Previo consentimiento informado si así se requiere.

***Los servicios especializados de atención a la violencia mínimos de referencia son apoyo psicológico y asesoría legal.

CAPÍTULO 5

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA VIOLENCIA. ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA CONSEJERÍA Y ATENCIÓN



CAPÍTULO 5

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA VIOLENCIA. ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA CONSEJERÍA Y ATENCIÓN

MARCO GENERAL

El personal de salud debe conocer el impacto psicológico de la violencia en las mujeres porque es el/la encargado/a de otorgar atención, orientación y la consejería requeridas así como promover actitudes adecuadas, libres de estigmas, discriminación, prejuicios e inequidades.

El conocimiento del impacto psicológico de la violencia tiene como objetivo reconocer las circunstancias anímicas más comunes de las mujeres en situación de violencia para una intervención acorde, sensible y con una perspectiva de género que permita comprender y atender de manera integral a las mujeres en situaciones de violencia.

La o él prestador de servicios de salud tiene que apegarse a los criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, respeto a la dignidad, derechos humanos, y con una perspectiva de género que permita atender de manera integral a las mujeres afectadas por la violencia.

“Existen costos denominados intangibles que, en su mayoría, no son contabilizados debido a la dificultad que entraña su medición. Entre ellos se encuentran el costo de las vidas destrozadas, del dolor crónico del sufrimiento, del miedo, de la depresión, de los intentos de suicidio, de la pérdida de oportunidades para lograr las propias metas y de la pérdida del amor propio.”³¹

Entre las conductas erróneas más frecuentes se encuentran:

- Considerar que el número de mujeres con lesiones físicas corresponde al total de casos de violencia.
- Estimar que una mujer sin lesiones físicas no está expuesta a riesgos, al ignorar que muchas mujeres violentadas encuentran como única alternativa el suicidio o el asesinato de su agresor.
- Traducir la pasividad de las mujeres en conformismo ante su situación, e incluso agrado, cuando en realidad enfrentan sentimientos de culpa e impotencia.
- Minimizar el valor de una actitud comprensiva que cualquier profesional puede brindar en los servicios de salud; actitud trascendente en la vida de las mujeres y que forma parte de una red de apoyo social que les permite enfrentar el temor.

Emergencia Psicológica

Es un desequilibrio psicológico intenso provocado por sucesos ocurridos en el mundo exterior, pueden ser de tal magnitud que provoquen una dificultad en la capacidad del individuo para encontrar una estabilidad, por ejemplo; una mujer que ha sufrido un evento de violencia donde se han presentado golpes, una violación sexual o una situación que ponga en riesgo su integridad física e incluso su vida.

Los síntomas más frecuentes en una Emergencia Psicológica son:

- Bloqueo de los estímulos del mundo interno y externo.
- Atención selectiva.
- Incremento en el nivel de tolerancia al dolor.
- Bloqueo ideo-afectivo.
- Reacciones estereotipadas.
- Distorsión en la percepción del tiempo.

Se presentan dentro de las primeras 72 horas, los síntomas pueden durar hasta 2 meses, sin que se presente necesariamente una sistematización sintomática hacia los trastornos. A partir de la presencia del evento precipitante de la emergencia psicológica, la persona según Horowitz (citado por Slaikeu, 1988) identifica cinco etapas en un proceso de crisis:

ETAPAS DEL PERÍODO DE LA EMERGENCIA PSICOLÓGICA ³⁵

Etapas	Nombre de la Etapa	Características de la Etapa
PRIMERA	REACCIÓN EMOCIONAL DE IMPACTO	Incluye descarga emocional, llanto, gritos, lamentos, paralización, o estado de "zombi".
SEGUNDA	NEGACIÓN O BLOQUEO DEL IMPACTO	<p>La persona hace esfuerzos para evitar pensamientos que le recuerden su problema, o actúa tal y como si el evento no hubiera pasado, es un mecanismo para bloquear el impacto emocional del daño y aliviar la tensión extrema, si la etapa se prolonga, por largos períodos de tiempo, deja de ser un recurso de crisis para transformarse en un elemento adaptador de otro tipo de trastornos.</p> <p>Personas poco entrenadas en momentos de crisis, pueden confundir la negación con fortaleza, así como hacer una interpretación errónea de la gravedad del evento.</p>
TERCERA	INTRUSIÓN	Se caracteriza por la invasión de pensamientos e imágenes que permiten la posibilidad, de encontrarle sentido a la experiencia. Puede presentarse como intentos de explicación, recuerdos o pesadillas sobre los que cuales no actúa la voluntad. Comúnmente las personas la describen como: "aunque no quiera, todo me viene a la mente una y otra vez".
CUARTA	PENETRACIÓN	Se identifican y expresan los sentimientos, pensamientos e imágenes de la experiencia de crisis, lo más importantes es el dominio cognitivo. El sentido de las explicaciones pasadas se resignifican y se forman nuevas interpretaciones. Los grupos de autoayuda y reflexión son de gran apoyo en esta etapa.
QUINTA	CONSUMACIÓN	<p>Permite la integración de la experiencia. La mujer, por ejemplo, no solo admitió su situación de maltrato y encuentra una explicación para ello, sino que ha identificado y expresado sus pensamientos y sentimientos. Admite que pasó por un período de desorganización, pero reconoce los mecanismos o estrategias para salir adelante. Son características de esta etapa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauración del equilibrio. • Comprensión real y no errónea del problema. • Identificación de nuevas estrategias de enfrentamiento y cambios de conducta necesarios.

La o el prestador de servicios debe tener en cuenta que la respuesta común de las mujeres que viven en situación de violencia, es de retraimiento, silencio y las diferencias las marcará el tipo de impacto, las circunstancias, historia personal de cada mujer, fortalezas personales y redes de apoyo social.

Las manifestaciones de daño y síndromes estudiados que se presentan con mayor frecuencia ante el impacto de la violencia en las mujeres son:

CUADRO 5.2

MANIFESTACIONES DE DAÑO Y SÍNDROMES MÁS FRECUENTES ANTE EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA

<p>INDEFENSIÓN APRENDIDA</p>	<p>Es la obediencia pasiva al entorno cuando todos los esfuerzos por transformarlo no logran causar ningún efecto ni la situación se modifica.³⁶ Los resultados son resignación, desgaste, depresión y culpa, entre otros, que se reflejan en cansancio físico y emocional.</p> <p>La indefensión aprendida es resultado de la incapacidad de sobrevivencia lejos del agresor y la convicción de culpa y responsabilidad ante la situación de violencia. La mujer trata de complacer y no molestar a su agresor, y evade toda confrontación para no ser lastimada. Al desencadenarse los episodios de violencia, las mujeres confirman la impotencia y falta de recursos para resolver la situación, y se mantiene el temor.</p>
<p>SÍNDROME DE ESTOCOLMO³⁷</p>	<p>Se caracteriza por la relación afectiva de las personas en contexto de violencia con el agresor. Los indicadores del Síndrome de Estocolmo²⁷ en el comportamiento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agradecer intensamente las pequeñas amabilidades del abusador. • Negar o racionalizar la violencia recibida. • Negar la propia rabia hacia el agresor. • Estar en constante estado de alerta para satisfacer las necesidades del agresor. • Dificultad para abandonarlo aún cuando se tenga alguna posibilidad. • Tener miedo al regreso del agresor, aún cuando esté muerto o en la cárcel. • Presentar síntomas de estrés postraumático.
<p>SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA</p>	<p>Se caracteriza por los sentimientos de abatimiento, miedo, vergüenza, culpa desaliento; todo ello en detrimento de los aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales y conductuales de la vida de las mujeres en situación de violencia.</p> <p>Estos sentimientos se manifiestan en perspectivas aterradoras e inmovilizantes sobre el futuro y en repercusiones en el bienestar físico, como alteraciones del sueño, pérdida de apetito y rechazo de la sexualidad.</p> <p>Este síndrome se establece generalmente ante las siguientes condiciones:¹¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber pasado al menos dos veces por el ciclo de violencia. • Presentar el síndrome de indefensión aprendida. • Sujeción consciente o inconsciente a las creencias tradicionales respecto al rol de género. • Aislamiento social.

MANIFESTACIONES DE DAÑO Y SÍNDROMES MÁS FRECUENTES ANTE EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA

<p>SÍNDROME DE TRAUMA POR VIOLACIÓN</p>	<p>Se reconocen dos momentos en este síndrome y hay un periodo de dos a tres semanas entre una y otra a partir de la violación.</p> <p>La fase aguda inicia inmediatamente después de un ataque y puede durar desde unas horas hasta dos o tres semanas. Se caracteriza por una desorganización en todos los aspectos de la vida. Se manifiesta en: ansiedad, pánico, ira, inseguridad, incredulidad, llanto incontrolado, sollozos, risas, insomnio, tensión muscular, irritabilidad, desconfianza y temor hacia todo lo que le rodea. También sentimientos de humillación, vergüenza, fuertes deseos de venganza, impotencia, auto culpabilidad, vulnerabilidad e indefensión.</p> <p>La fase de reorganización consiste en un visible aumento de actividad motora, sentimientos y necesidades de cambio, búsqueda de alternativas que le permitan a la persona reiniciar su vida en condiciones de mayor seguridad. Hay una tendencia a buscar ayuda profesional, o al menos la retroalimentación de alguien de su confianza capaz de escucharle y de disminuir sus sentimientos de culpa.</p> <p>Una investigación en México, sobre las secuelas emocionales a largo plazo del impacto psicológico de la violación, concluye que las secuelas persisten, que la depresión es la más notoria y que el tiempo como tal no parece ser el factor predominante de la recuperación.</p> <p>Asimismo, se encontró un menor índice de depresión en las mujeres que decidieron hacer la denuncia y si el agresor fue encarcelado. Pero ante un agresor conocido, los índices de depresión aumentaron y la autoestima fue menor. También la ansiedad fue mayor en los casos en los que la mujer fue golpeada durante la violación.</p>
<p>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</p>	<p>La aparición del trastorno de estrés postraumático está estrechamente relacionada con los recursos personales de quienes enfrentan la situación traumática, las características del evento y el apoyo social que reciben ante esa circunstancia.</p> <p>Factores que predisponen la aparición de este trastorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La edad de la persona, los rasgos de personalidad, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil y trastornos mentales preexistentes. • La magnitud y frecuencia de los eventos de violencia, la identidad del agresor, la presencia de lesiones, enfermedades de transmisión sexual o embarazo. • El apoyo familiar, las relaciones afectivas y la calidad de la atención recibida. <p>Si el evento vivido es extremadamente traumático, el trastorno de estrés postraumático se presentará aun sin la presencia de dichos factores.³⁸</p> <p>Este trastorno se caracteriza por la experimentación persistente del acontecimiento traumático a través de una o más de las siguientes formas:³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes o percepciones. • Sueños recurrentes sobre el acontecimiento. • Sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. • Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. • Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

CUADRO 5.2 (CONTINUACIÓN)

MANIFESTACIONES DE DAÑO Y SÍNDROMES MÁS FRECUENTES ANTE EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA

<p>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (CONTINUACIÓN)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evasión persistente de estímulos asociados al trauma y disminución de la capacidad de reacción, reflejado en la sensación de un futuro desolador. • Síntomas persistentes de aumento de la activación como son: dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.
<p>CRISIS EMOCIONAL</p>	<p>Es el estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas</p> <p>Características Frecuentes que nos ayudan a reconocer si una mujer se encuentra en una situación de crisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para pensar con claridad en las soluciones posibles para enfrentar la situación de violencia. • Dificultad para reconocer y comprender el problema de la violencia porque éste es totalmente disonante con sus expectativas, creencias y conocimientos. Por lo general, podemos afirmar que el abuso cometido por el compañero representa una violación de esas expectativas. • Estado de desorganización y desequilibrio, incumplimiento en muchas de las actividades o responsabilidades cotidianas que antes realizaba. • Problemas para concentrarse, falta de interés general, dispersión, llegadas tardías y olvido de sus compromisos. • Se muestra cansada y puede decir que se siente agotada, y no puede dormir bien. • Muestra síntomas de ansiedad, aprensión intensa o angustia. • Problemas físicos asociados a los estados de angustia, tales como taquicardia, palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, diarrea, dolor de cabeza constante y sensación de debilidad.

Todas estas alteraciones provocan malestar clínico significativo y deterioro social, laboral y de todas las áreas de la vida de quien las padece.

Las interacciones sociales con familiares, amigos, jueces, policías, terapeutas, etcétera, después de una agresión pueden tener efectos positivos, negativos o mixtos en la readaptación emocional posterior. Estos contactos pueden ser fuentes adicionales de estrés, aumentar las habilidades de afrontamiento o ser una mezcla de ambas cosas.³⁸

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Los primeros auxilios psicológicos se dirigen al apoyo de la mujer en situación de crisis, son un soporte elemental y suficiente que ayuda a recuperar un nivel de funcionamiento que permita mitigar el estado de angustia y recuperar el control. Puede proporcionarlo personal sensibilizado, capacitado y entrenado adecuadamente en el tema, no es exclusivo de personal médico o psicológico.

Técnica de primeros auxilios psicológicos

Se debe garantizar un espacio físico y privado que permita a la mujer expresar su problemática y ofrecer atención respetuosa, empática y exenta de prejuicios que facilite la manifestación y elaboración de los desafíos.

Durante la aplicación de la técnica, el/la interventor/a deberá fungir como Yo auxiliar de la víctima, lo que representa “prestarle” al otro momentáneamente nuestra estabilidad emocional, capacidad de análisis, juicio lógico y práctico para asegurar una toma de decisiones adecuada y acorde con la situación.

CUADRO 5.3

TÉCNICA DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

<p>1. ACERCAMIENTO</p>	<p>Permite reconstruir y entender lo sucedido, favoreciendo la descarga emocional en la cual la persona se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, mediante el contacto visual y la oportunidad de hablar, se hace una invitación para que la persona inicie la catarsis y se pueda proporcionar el apoyo emocional y brindar una o varias posibilidades alternativas que concuerden con la realidad.</p> <p>Cuando se encuentren dificultades para establecer el diálogo, se tendrá que valorar la posibilidad de que la persona aún se encuentre en shock o de que existan componentes de patología psiquiátrica.</p>
<p>2. CONTACTO EMPÁTICO</p>	<p>Es necesario transmitir a la persona que atraviesa por un estado de crisis que somos capaces de entender lo que esta viviendo y que nuestra comprensión está libre de juicios y valores morales o sociales.</p>
<p>3. REASEGURAMIENTO</p>	<p>Apoyar a la persona a tolerar (contener) su emoción, guiándola a dimensionar para que no se desborde ni imposibilite el pensamiento claro y lógico en la medida de lo posible, y acompañarlo para que logre aceptar que su realidad a cambiado pero que la vida continúa.</p>
<p>4. BUSCAR OPCIONES</p>	<p>Se debe apoyar para la toma de decisiones a corto plazo en la resolución de la problemática inmediata y evitar la rumiación o la fuga de pensamiento hacia situaciones que no requieren solución inmediata.</p> <p>Es importante tener en mente que el proceso implica dar opciones para que el otro decida, NO decidir por él o ella puesto que finalmente la solución debe estar acorde a su realidad y no a la nuestra.</p> <p>Corresponde a las y los prestadores de servicios de salud informar a las personas afectadas sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa para quienes sufren de violencia familiar o sexual, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar con el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.</p>

Recomendaciones para realizar los Primeros Auxilios Psicológicos

- Describa los parámetros generales de la atención.
- Comunique a la usuaria en que va a consistir la acción que va a emprender (interrogatorio, consulta, exploración, etcétera).
- Asegurarse de contar con el consentimiento de la usuaria para todas las acciones a realizar.
- Conduzca a la usuaria a un lugar privado, sin irrupciones de personal ajeno a la atención del caso, visitantes u otros usuarios o usuarias del servicio. Esto le permitirá establecer un clima de confianza y empatía.
- Informar sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia que se presenten, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa.
- Sea claro en su discurso, hable con lenguaje sencillo, comunique interés.
- Tenga presente que un estado de emergencia psicológica involucra expresiones diversas como llanto incontrolado, lamentos, risas, tensión, sentimientos de vergüenza, pánico, ira, inseguridad e indefensión.
- A pesar de lo que usted pueda sentir, permanezca en calma.
- Señale la confidencialidad.
- De oportunidad a la mujer de expresar sus sentimientos. Es importante abrir un espacio para que la mujer exponga su situación y preocupaciones.
- Esté atento a las características y gravedad de la violencia.
- Brinde atención sin juicios de valor.
- Evite hablar mal del agresor o hacer promesas que no puede cumplir.
- Explore opciones de seguridad y disminución de riesgos para la salud de la usuaria.
- Cerciórese de que la información vertida fue suficientemente comprendida por la mujer y verifique que el estado de crisis ha sido suplido por la expectativa de atención especializada que se requiera.
- Pida a la usuaria recapitular lo que hará de acuerdo con sus indicaciones.
- Dar oportunidad de hacer preguntas. Sobre dudas.

MENSAJES CLAVE

- “Nadie merece ser maltratado en ninguna circunstancia.”
- “Existen muchas mujeres que han vivido lo que usted y hoy han logrado superar esta situación.”
- “Es usted una persona con gran valor.”
- “Existen leyes que la protegen porque la violencia es un delito.”
- “La violencia no es su culpa, es responsabilidad absoluta de su agresor.”
- “No está sola, ni es la única mujer que vive esto. Hay personas especializadas en este lugar que la pueden apoyar.”
- “Aquí está segura.”
- “Comprendo lo que le sucede.”



CAPÍTULO 6

SERVICIOS: ESENCIALES Y ESPECIALIZADOS



CAPÍTULO 6

SERVICIOS: ESENCIALES Y ESPECIALIZADOS

Es un reto que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud cuenten con servicios resolutivos y de calidad para brindar atención a mujeres que viven violencia. Para ello es indispensable contar con proveedores de servicios, sensibilizados y capacitados para realizar actividades de tamizaje y detección, que permitan la confirmación, tipificación y conocimiento del grado de severidad de la violencia. Todo esto para establecer un plan de atención médica integral, el cual deberá dar respuesta en los servicios esenciales o especializados que se encuentran integrados en los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.

Corresponde a los servicios de salud realizar acciones orientadas a la prevención, detección, diagnóstico, evaluación de riesgo, tratamiento, referencia y vigilancia epidemiológica.

Actualmente se han desarrollado guías de acción y lineamientos de acuerdo a cada tipo de violencia y las situaciones en la que se presenta, con el fin de facilitar su atención con un enfoque integral. Con ello se conforma un conjunto de servicios de salud, de acuerdo a la capacidad resolutiva de la unidad. .

Servicios esenciales de atención a la violencia

Los servicios esenciales se prestan en las unidades de salud de primer o segundo nivel de atención, en las cuales se realizan actividades de detección activa, diagnóstico oportuno, evaluación de riesgo, orientación, consejería, referencia, seguimiento de casos, registro y vigilancia epidemiológica de las usuarias en situación de violencia.

En este tipo de unidades se integran los siguientes servicios:

- Contención y manejo de crisis.
- Atención médica a lesiones leves.
- Atención básica de los casos de violencia sexual.
- Acciones de promoción de relaciones no violentas y estilos de vida saludables.
- Educación para la salud.
- Programas educativos para la prevención y detección temprana.
- Coordinación para la participación social.
- Promoción de la Salud (formación de promotores comunitarios, redes sociales de acciones conjuntas entre el sector social, gubernamental y de la sociedad civil).

Los proveedores de servicios necesitan estar sensibilizados y capacitados de acuerdo al nivel resolutivo de la unidad de salud. La formación de recursos humanos debe priorizar un enfoque de género y jurídico aplicable según cada entidad federativa, además de conocimiento y manejo de los criterios médicos y científicos para ofrecer y prescribir la anticoncepción de emergencia y la quimioprofilaxis contra infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en correspondencia al grupo de edad y los requerimientos éticos.

- Los servicios esenciales de salud son la base fundamental de la atención de la violencia familiar y contra las mujeres. En ellos se garantiza la detección temprana y atención oportuna, además representan el espacio ideal para realizar actividades de promoción y difusión.

Servicios especializados de atención a la violencia

Estos servicios son brindados por un equipo de salud interdisciplinario (Médico/a, Enfermera/o, Trabajador/a Social y Psicóloga/o) adscrito a unidades de salud con capacidad resolutiva de atención especializada, orientado a la atención médico-quirúrgica de lesiones leves y graves, tratamiento de la violencia sexual y atención psicológica especializada.

En este servicio debe de ofrecerse atención integral para daños físicos, psicológicos y urgencias médicas. Deben cubrir servicios médicos (ambulatorios, de especialización, hospitalización y urgencia); psicológicos, de consejería, acompañamiento y rehabilitación.

En este tipo de servicios se integran las siguientes actividades:

- Detección intencionada ante indicadores de violencia familiar y contra las mujeres.
- Evaluación de riesgo.
- Atención médica integral especializada.
- Consejería especializada.
- Referencia-contrarreferencia y seguimiento de casos.
- Coordinación interinstitucional para la atención integrada.
- Rehabilitación.
- Registro.
- Vigilancia epidemiológica.

En este servicio es indispensable garantizar la atención psicológica o de apoyo psicoemocional.

Ante las y los usuarios que refieran haber sido víctimas de violación, se deben tener definidos los procedimientos para otorgar la atención inmediata a esta urgencia, así como el registro de la evidencia médica, apegados a preceptos de calidad técnica, calidez, derechos humanos y con enfoque de género.

Premisas generales de atención a mujeres en situación de violencia

Las usuarias de servicios esenciales y especializados tienen derecho a obtener prestaciones de salud con criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, respeto a su dignidad y a sus derechos humanos por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares que participen en el proceso de atención.

De acuerdo a la normatividad aplicable, es necesario que la atención psicológica se brinde a las y los usuarios que han estado expuestos a una situación de violencia familiar y/o sexual de acuerdo al grado de riesgo, nivel de severidad y cronicidad de ésta, por lo que se ofrecerán servicios esenciales y/o especializados según el caso lo amerite.

En cualquier caso de violencia, la mujer debe ser informada y dar su consentimiento a las acciones realizadas en cada etapa de la atención y a las características de los procedimientos. Se deberá respetar su opinión o rechazo para cualquiera de las intervenciones contempladas en el protocolo de atención.

Se implementarán las acciones pertinentes para garantizar la atención psicológica necesaria, con el fin de fortalecer la búsqueda de alternativas de solución en el manejo de los conflictos y problemas inherentes a la situación vivida, así como fortalecer la autoestima para contribuir en el proceso de reestructuración emocional.

Prioridades de atención

- Determinar el estado de salud de las usuarias de los servicios.
- Identificar y documentar el o los tipos de violencia, así como su frecuencia y cronicidad.
- Integrar el expediente clínico e historia médica de acuerdo a los lineamientos establecidos en las normas NOM 168 SSA1 1998 y NOM 046 SSA2 2005.
- Obtener consentimiento informado de las usuarias para los procedimientos de atención que lo ameriten.
- Efectuar el examen físico y la obtención, en su caso, de evidencias de interés médico legal.
- Implementar las acciones contempladas en el protocolo de atención esencial o especializada, según sea el caso.
- Integrar con el apoyo de las áreas de trabajo social y/o psicología, la evaluación de riesgo, el plan de seguridad, el plan de referencia y seguimiento que corresponda.
- Verificar que la atención y soporte a su salud mental se inicien tempranamente.

- Los centros de salud y hospitales que presten servicios de atención a mujeres en situación de violencia, deberán establecer el algoritmo o flujograma de atención, definiendo claramente atribuciones y responsabilidades de los prestadores que participen en la recepción, registro y entrevista de la usuaria, el examen y valoración clínica y la atención psicológica, considerando siempre las condiciones en que la mujer llega al servicio, por ejemplo: si hay necesidad de tratamiento inmediato a una urgencia quirúrgica u hospitalización para valoración clínica integral; si hay hemorragias evidentes o cuadro de choque hipovolémico; si se encuentra con un síndrome de estrés postraumático, etc.

Aspectos relevantes para la atención de mujeres en los servicios de urgencias

Toda usuaria que es atendida por lesiones en los servicios de urgencia del nivel hospitalario debe ser considerada como un probable caso de violencia, por ello, se debe aplicar la herramienta de tamizaje y ante un resultado positivo se realizará la referencia obligada al servicio especializado para que reciba la atención psicológica correspondiente. En el caso de aquellas mujeres que por la gravedad de las lesiones tengan que ser internadas, antes de ser dadas de alta se deberá solicitar una interconsulta al área de psicología del servicio especializado de atención a la violencia más cercano.

Es importante destacar que con frecuencia quien acompaña a la persona lesionada es su propio agresor (esposo o pareja) o alguien que representa los intereses del agresor (suegra, cuñada, hijos u otros); por lo que es de suma importancia identificar si existe una vigilancia exagerada o nerviosismo por parte de la persona acompañante o no le permite estar a solas con el personal de salud en el momento de la entrevista. También puede existir por parte de la mujer lesionada ansiedad o nerviosismo entre otros indicadores, ante la presencia del acompañante.

Cuando la vida de la mujer que sufrió lesiones está en peligro deberá ofrecerse la referencia a un Refugio para su protección y atención; para ello es necesario elaborar un plan de emergencia y contactar al personal de los servicios especializados o responsable estatal del programa.

Aspectos relevantes para la atención a mujeres ante violencia física

Las mujeres en situación de violencia física, politraumatizadas, con traumatismos o heridas graves deberán estudiarse y tratarse en forma integral, haciendo hincapié en el establecimiento de las prioridades de manejo, a partir de la naturaleza y gravedad de las lesiones.

El abc de la atención médica que aplica para las mujeres en estas circunstancias de violencia es similar al que se haría en la valoración de cualquier persona con una lesión aguda. El médico debe examinar a la mujer para valorar y tratar problemas respiratorios, circulatorios y choque.³⁹

Se debe garantizar una valoración permanente de las constantes vitales incluyendo una monitorización continua de la frecuencia y ritmo cardíaco, acorde con los protocolos de manejo de urgencias médicas vigentes. La prioridad siguiente es crear un ambiente seguro que la estabilice lo suficiente para integrar su historia médica y solicitar su consentimiento informado* para ejecutar las acciones que contempla el protocolo de atención esencial o especializado.

Aspectos relevantes para la atención ante casos de violencia sexual

De acuerdo con la NOM 046, todos los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. Es importante que a su llegada al centro de salud, servicio de urgencias o de consulta externa de gineco-obstetricia de la unidad, la mujer que vivió violencia sexual, **no tenga que esperar en un área pública, sino que debe ser rápida y discretamente acompañada a un área privada para su valoración, examen y atención.**

Una vez que se le explicaron los procedimientos y se obtuvo su consentimiento informado, se hará una valoración inmediata en el momento de la atención, así como de los alcances de los daños físicos.

Las mujeres gravemente lastimadas deben ser tratadas sin tardanza en un área de emergencia o referidas a un servicio de atención especializada. El examen médico legal en su caso deberá realizarse sólo después de estabilizar a la mujer. Si la usuaria tiene que ser llevada a una sala de operaciones, la evidencia de interés médico legal puede ser recolectada durante un procedimiento operatorio.

Si la agresión sexual ha sido pocas horas antes del proceso de atención médica, se debe indicar la conveniencia de no lavarse, no usar el baño, o comer o beber hasta que se termine el examen.

Si hay amigos o miembros de la familia presentes, pueden permanecer con la usuaria si ella lo desea. Recuerde preguntarle esto de manera confidencial. Si acude sola, una enfermera o trabajadora social deberá permanecer con ella.

La mujer que ha sufrido violencia sexual debe permanecer acompañada durante todo el proceso de atención.

- Muchas víctimas de ataques físicos y sexuales han dado testimonio de cómo una actitud gentil y amable por parte del médico o médica tratante, o cualquier otro miembro del equipo de atención fue benéfica y determinante para su recuperación. Por el contrario, actitudes o comentarios inadecuados hechos por los mismos, pueden acompañarlas durante largos periodos de tiempo antes de que puedan superar el impacto negativo que éstos produjeron en su momento. Evidencias de este tipo deberían traducirse en lecciones aprendidas para hacer que las y los proveedores de servicios tengan un mayor cuidado con las palabras que usan y la actitud que asumen durante el proceso de atención.

* Antes de iniciar cualquier actuación clínica se ha de garantizar el derecho de la usuaria a consentir autónomamente a los procedimientos diagnóstico y terapéuticos adecuados para la protección a la salud.

El control es un factor psicológico en la violación; es preciso ayudar a las mujeres a restablecer el control sobre su entorno, mejorar el estado de choque emocional, visualizar y manejar los mecanismos de defensa básicos presentes (represión, negación, proyección, desplazamiento). Con el fin de ayudarle a recuperar la perspectiva de la experiencia sufrida e iniciar el manejo de las emociones relevantes, superar el trauma, recuperar la confianza y autoestima.

El examinador deberá explicar cuidadosamente los procedimientos que deberán llevarse a cabo. Al igual que con la atención médica de la violencia física, se debe informar a la usuaria que puede rechazar cualquier parte del examen. Los consentimientos para el examen clínico y los estudios de laboratorio y gabinete deben ser revisados cuidadosamente y firmados.

La guía y lineamiento de atención especializada a mujeres en situación de violencia tiene como función orientar el tipo de respuestas e intervenciones mínimas, los proveedores de servicios deberán observar e implementar para las mujeres que han sufrido una agresión sexual.

Aspectos relevantes para la atención a mujeres en situación de violencia psicológica

LAS ACCIONES PARA INTEGRAR LA ATENCIÓN A MUJERES CON VIOLENCIA PSICOLÓGICA

- Exploración del estado mental.
- Diagnóstico y tratamiento de los síndromes psiquiátricos más frecuentemente asociados a algún tipo de violencia.
- Tratamiento de la co-morbilidad asociada.

Antes de hacer la exploración del estado mental, es esencial realizar la historia clínica con el apoyo de la usuaria, familiares y amigos, siempre y cuando la mujer lo autorice. En esta historia se deben documentar:

- Síntomas de presentación, factores desencadenantes y cronología de los acontecimientos.
- Padecimientos, signos y síntomas: anorexia, depresión, insomnio, ideas suicidas.
- Medicación actual.
- Recursos ambientales: familia, amigos, médicos, asistentes y vivienda.
- Exploración física y neurológica.
- Exploración del estado anímico y mental: conducta, estado de ánimo, pensamiento, conocimiento.

A continuación se presentan las guías, lineamientos y procedimientos de atención de acuerdo con el tipo de atención, esencial o especializada.

ATENCIÓN MÉDICA ESENCIAL

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES QUE HAN PADECIDO VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SEXUAL.	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1. ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	<p>La elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia en la detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberán de observar en todo momento las recomendaciones de la NOM 168 para la elaboración del expediente clínico, así como todas las recomendaciones expuestas en el capítulo de responsabilidades legales del personal de salud en el marco de la atención a la violencia.
2. EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> El examen físico tiene el doble propósito de valorar médicamente el estado de salud de la mujer y reunir la evidencia médica legal que pueda serle de utilidad a la usuaria si decide iniciar un proceso legal. El médico/a examinador debe estar familiarizado/a con todos los aspectos de la valoración y manejo clínico de la urgencia que implican estos casos. <p>El expediente clínico representa un elemento central para las acciones legales que posteriormente se deseen emprender, por tanto el examen físico debe documentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un traumograma,* esto es, un diagrama de la silueta humana donde el proveedor de salud marca la ubicación de todas las lesiones visibles. La descripción puntual en el expediente de las características y ubicación de cada lesión, abrasión y laceración encontradas. Las contusiones, marcas de mordidas y laceraciones deben ser cuidadosamente descritas y documentadas, así como indicadas en el traumograma.
3. ATENCIÓN MÉDICA DE LESIONES LEVES	<p>La valoración del abc de la atención médica a usuarias con traumatismos y lesiones aplica también para una lesión menor en fase aguda, por lo que el médico deberá examinar y valorar para descartar problemas respiratorios, circulatorios y shock. Se deberá hacer un adecuado manejo de lesiones tomando las medidas descritas en el Cuadro 6.2. Atención especializada para casos de violencia física.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de fracturas, éstas se inmovilizarán antes de trasladar a la usuaria a un servicio de atención especializado y/o valorarla radiológicamente.
4. ATENCIÓN MÉDICA DE LESIONES GRAVES	<p>Se debe referir a una unidad con capacidad resolutive, según sea el caso. (Ver Cuadro 6.2)</p>
5. VALORACIÓN DE TRAUMATISMOS EN ÁREA GENITAL Y APARATO REPRODUCTIVO	<p>Se atenderán las lesiones leves detectadas siguiendo los lineamientos descritos. (Ver Cuadro 6.3)</p>

CUADRO 6.1 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN MÉDICA ESENCIAL

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES QUE HAN PADECIDO VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SEXUAL.	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
6. ATENCIÓN BÁSICA EN VIOLENCIA SEXUAL. PREVENCIÓN DE EMBARAZOS, ITS Y VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer anticoncepción de emergencia. • Proveer profilaxis para ITS y VIH. (Ver Cuadro 6.3) • Si NO cuenta con los recursos, referir de inmediato a unidad de atención especializada (no deberá de transcurrir un lapso mayor a 120 hrs desde el momento de la agresión para proveerle de anticoncepción de emergencia). (Ver Cuadro 6.3). o eferir en un lapso no mayor de 72 horas a centro de atención especializada, para que se le inicie profilaxis para VIH. • Brindar consejería básica sobre ITS y VIH si la mujer fue atendida después de estos plazos y canalizarla a una unidad de atención especializada.
7. VALORACIÓN DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	<ul style="list-style-type: none"> • En las mujeres que viven en situación de violencia en cualquiera de sus formas y, particularmente violencia psicológica, los trastornos depresivos y/o de ansiedad son los más frecuentes. • Los síntomas de depresión son más comunes ante la experiencia de una agresión física, sexual o psicológica. • Los prestadores de servicios de salud de unidades de primer y segundo nivel, pueden jugar un papel preponderante al hacer la detección temprana de síntomas vinculados a la depresión: fatiga, baja en el impulso vital, falta de concentración, ánimo irritable, pérdida de interés, falta de placer, molestias físicas cambiantes, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito. • Para hacer el diagnóstico de depresión mayor, refiera a la unidad especializada correspondiente.
8. REGISTRO DE INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Llene los formatos correspondientes en el expediente clínico.

FIGURA 6.1

ATENCIÓN ESENCIAL
SERVICIOS MÉDICOS PARA VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA

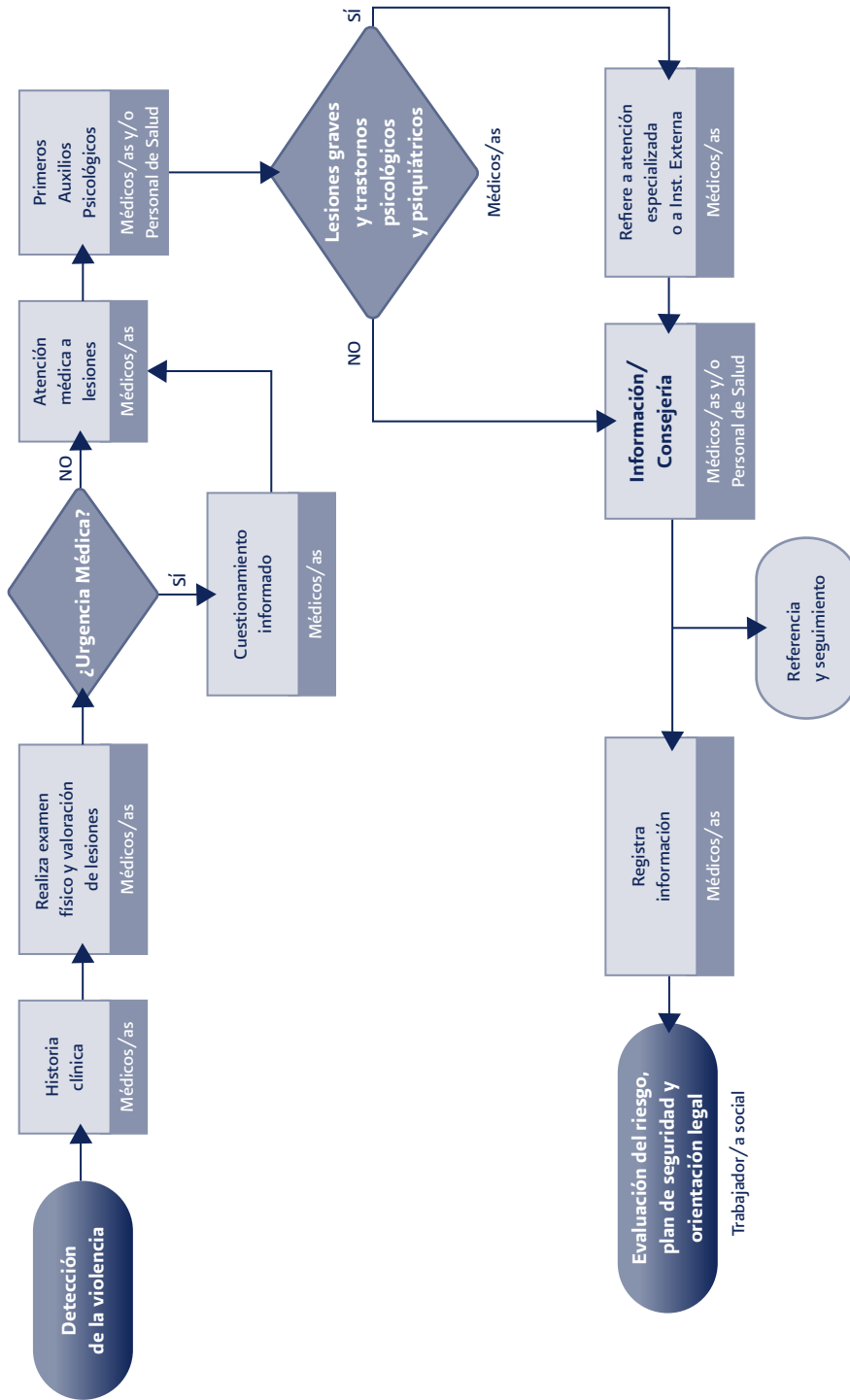
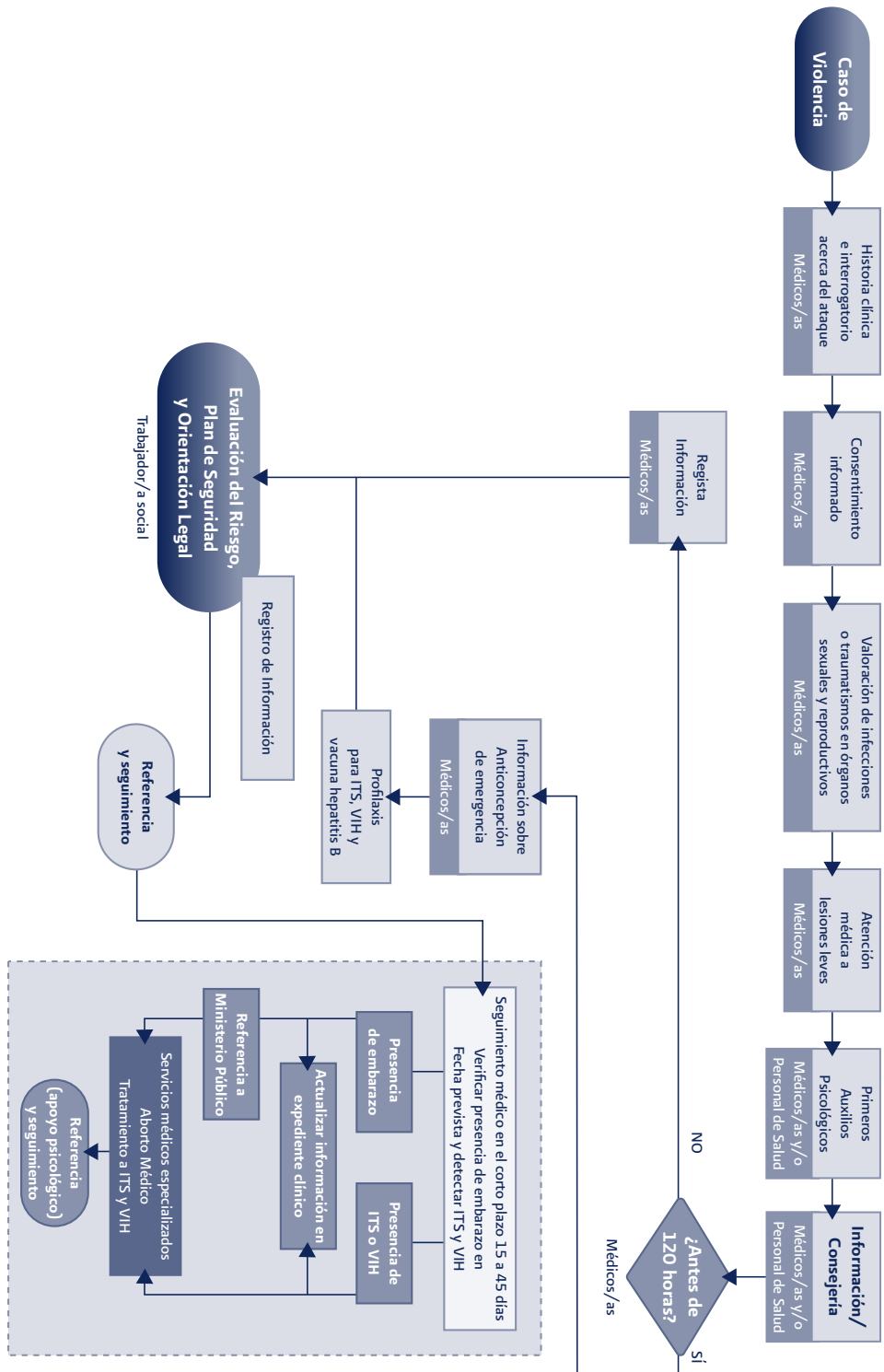


FIGURA 1.1

ATENCIÓN ESENCIAL
SERVICIOS MÉDICOS PARA VIOLENCIA SEXUAL: VIOLACIÓN



ATENCIÓN ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1. ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	<p>La elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia en la detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberán de observar en todo momento las recomendaciones de la NOM 168 para la elaboración del expediente clínico, así como todas las recomendaciones expuestas en el capítulo de responsabilidades legales del personal de salud en el marco de la atención a la violencia.
2. EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> El examen físico tiene el doble propósito de valorar médicamente el estado de salud de la usuaria y reunir la evidencia médica legal que eventualmente pueda serle de utilidad a la usuaria si decide continuar un proceso legal. El médico/a examinador debe estar familiarizado/a con todos los aspectos de la valoración y manejo clínico de urgencia de personas en contexto de violencia. <p>El expediente médico representa un elemento central para las acciones legales que posteriormente se deseen emprender, por tanto el examen físico debe documentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un traumagrama, esto es, un diagrama de la figura desnuda donde el proveedor de salud marca la ubicación de todas las lesiones visibles. La descripción puntual en el expediente de las características y ubicación de cada lesión, abrasión y laceración encontradas. Las contusiones, marcas de mordidas y laceraciones deben ser cuidadosamente descritas y documentadas, así como indicadas por medio de un traumagrama.
3. ASEGURAR UNA FUNCIÓN RESPIRATORIA Y CARDIOVASCULAR ADECUADA	<p>La valoración del abc de la Atención Médica a traumatismos y lesiones, aplica también en casos de violencia física, por lo que el médico deberá examinar a la mujer para valorar y/o descartar problemas respiratorios, circulatorios y choque, siguiendo los protocolos de atención correspondientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si el esfuerzo respiratorio es inadecuado, habrá que instaurar asistencia respiratoria (Aspirar la vía aérea puede eliminar partículas extrañas e introducción de sonda nasofaríngea u orofaríngea puede mantener abierta la vía aérea, o referir de inmediato a una unidad resolutive). <p>La valoración circulatoria consiste inicialmente en controlar las hemorragias y determinar el estado de choque actual o potencial, teniendo en cuenta las constantes vitales, el color y humedad de la piel, el llenado capilar y el estado mental.</p> <p>Si no se cuenta con los recursos necesarios, aplicar presión a todos los focos visibles de hemorragia externa, inicie asistencia circulatoria con Ringer lactato IV y refiera a una unidad de atención especializada.</p> <ul style="list-style-type: none"> Valore las constantes vitales.

CUADRO 6.2 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
4. INMOVILIZAR COLUMNA VERTEBRAL	<p>Es prudente mantener la mujer en inmovilización de la columna en tanto se hacen radiografías correspondientes si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen signos de lesión vertebral ósea o con deficiencia neurológica. • El mecanismo de la lesión indica con fuerza la posibilidad de una lesión vertebral. • Las lesiones de columna cervical pueden dar lugar a hipoventilación. <p>Refiera para su manejo a la unidad especializada resolutive que corresponda.</p>
5. VALORACIÓN NEUROLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • En las mujeres con traumatismos craneoencefálicos, hay que hacer hincapié en la evaluación repetida del nivel de conciencia. • Se debe registrar el grado de respuesta mediante sistemas normalizados, como la escala de coma de Glasgow. <p>Refiera para su manejo a la unidad especializada resolutive que corresponda.</p>
6. VALORACIÓN DE TRAUMATISMO EN LAS EXTREMIDADES	<p>Deberán ser atendidas después de que se hayan atendido las más críticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La valoración debe comprender la tumefacción, deformidades, equimosis, el dolor a la palpación y la crepitación. • Es esencial valorar y documentar el estado circulatorio: los pulsos distales y el llenado capilar, así como el color y temperatura de las regiones de las extremidades distales al traumatismo. • Registrar las deficiencias neurológicas distales a la lesión. • Debe considerarse como abierta cualquier fractura en la que exista rotura de la piel próxima al foco de fractura. • Las fracturas y las sospechas de fracturas deben inmovilizarse antes de proceder a su estudio radiológico, y la naturaleza de la inmovilización dependerá del tipo de traumatismo. • Para reducir la tumefacción, debe elevarse y enfriarse la extremidad. • Las heridas abiertas deben cubrirse con apósitos secos y estériles. • En caso de fracturas abiertas, hay que administrar antibióticos parenterales de amplio espectro y profilaxis antitetánica. <p>Refiera para su manejo a la unidad especializada resolutive que corresponda.</p>
7. VALORACIÓN DE TRAUMATISMOS TORÁCICOS	<p>La valoración inicial y el tratamiento de una persona con traumatismo torácico grave incluye el rápido reconocimiento de cinco entidades que pueden ser rápidamente fatales a menos que se diagnostiquen y traten inmediatamente. Estas son: taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, neumotórax abierto, inestabilidad de la pared torácica asociada a insuficiencia respiratoria y choque secundario a hemotórax masivo.</p>

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
7. VALORACIÓN DE TRAUMATISMOS TORÁVICOS (CONTINUACIÓN)	<p>Deben establecerse una serie de medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar vía aérea permeable. • Colocar inmediatamente dos vías cortas periféricas de calibre 14 o 16, a través de las cuales se extraerá sangre para determinar el grupo sanguíneo, las pruebas cruzadas y otros estudios necesarios, tras lo cual se iniciará la perfusión rápida de lactato de Ringer. La vía central podrá ser útil más adelante, pero inicialmente no deberá utilizarse para el aporte de líquidos. • Tomar radiografía portátil de tórax en bipedestación o, si no es posible, en sedestación. <p>De esta manera se pueden diagnosticar rápidamente los neumotórax a tensión y los simples, así como los hemotórax significativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante determinar el tipo de traumatismo, ya que cada uno de ellos se asocia a complicaciones específicas. Por ejemplo, el taponamiento cardíaco suele producirse únicamente cuando hay traumatismo penetrante del tórax, anterior o posterior, o de la parte superior del abdomen, mientras que el tórax inestable y la contusión pulmonar ocurren más frecuentemente en relación con los traumatismos contusos. • No suele haber correlación entre la apariencia externa de la pared y la extensión de la lesión intratorácica. • Muchas mujeres con traumatismos graves pueden tener lesiones extratorácicas impresionantes que, sin embargo, no amenazan sus vidas; el tratamiento de estas lesiones tiene, obviamente, una prioridad secundaria. <p>Diagnóstico:</p> <p>Hay tres signos diagnósticos muy importantes en personas con taponamiento cardíaco y neumotórax a tensión: taquicardia con ruidos cardíacos apagados, hipotensión y PVC > 15 cm de H₂O. En general, presentan disnea, y suelen aparecer extremadamente ansiosos, inquietos o agitados. El neumotórax a tensión se descarta con facilidad mediante la radiografía (colapso del pulmón afectado y con desplazamiento de las estructuras del mediastino en grado variable hacia el lado opuesto a la lesión).</p> <p>Si se establece el diagnóstico de confirmación o sospecha de taponamiento cardíaco y la mujer esta hemodinámicamente inestable, se deberá realizar pericardiocentesis urgente por personal calificado.</p> <p>Si existe:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Neumotórax. Buscar disminución del murmullo respiratorio y timpanismo en el área afectada, tal vez con enfisema subcutáneo. b) Neumotórax a tensión. Buscar los signos mencionados, más desviación de la traquea hacia el lado opuesto a la lesión, distensión de las venas del cuello, cianosis, choque y tal vez desplazamiento cardíaco detectable con percusión y auscultación. c) Neumotórax abierto. Herida torácica aspirante que muestra claramente flujo aéreo a través del defecto de la pared torácica.

CUADRO 6.2 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
7. VALORACIÓN DE TRAUMATISMOS TORÁCICOS (CONTINUACIÓN)	<p>Si existe neumotórax abierto, la herida aspirante debe ser inmediatamente cerrada por cualquier medio disponible. Para ello se puede recurrir al dedo enguantado y aplicar lo antes posible un apósito de gasa con vaselina o petrolatum. Se aconseja emplear dos capas de gasas impregnadas de vaselina en una extensión de hasta 7 cm por fuera de los márgenes de la herida, que se fijarán con varias capas de esparadrapo. Finalmente, se coloca la venda esteril seca. El drenaje torácico también se iniciará lo antes posible, a través de una incisión distinta. Posteriormente, y si es necesario se traslada a la paciente a quirófano para la corrección definitiva de la pared torácica.</p> <p>Aleteo torácico. Un segmento del tórax presenta un movimiento paradójico, es decir, hacia dentro durante la respiración y hacia fuera durante la espiración.</p> <p>Otras medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener preparado el equipo de intubación traqueal y reanimación cardiopulmonar. • Administrar oxígeno, para que la PO₂ se mantenga entre 60 y 70 mm de Hg. • Colocar a la paciente en decúbito supino sobre una camilla, con la cabeza y el tórax elevados a 45-55° aproximadamente. • Tomar registro electrocardiográfico. • Hemograma completo. • Electrolitos. • Gases en sangre arterial. • Dar apoyo para el manejo del dolor con analgésicos orales, parenterales o bloqueo intercostal. <p>Si existe neumotórax a tensión se deberá efectuar inmediatamente una punción-aspiración percutánea por personal calificado, utilizando una aguja calibre 14 o 16, colocada en el segundo espacio intercostal en la línea medio clavicular. El diagnóstico se confirma cuando sale aire a presión del tórax. Se puede utilizar también una sonda de toracostomía con aspiración continua.</p> <p>Refiera a una unidad especializada resolutive si no cuenta con los recursos necesarios.</p>
8. VALORACIÓN DE TRAUMATISMOS EN ABDOMEN	<p>Los traumatismos cerrados o no penetrantes del abdomen pueden romper una víscera hueca y provocar peritonitis, o un órgano sólido y producir hemorragia interna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muchas contusiones abdominales no se acompañan de lesiones viscerales graves, pero siempre se debe tener presente la posibilidad de que existan, por lo que se deberá evaluar a intervalos frecuentes hasta que se pueda tomar una decisión definitiva en relación con una cirugía. • Las dificultades diagnósticas se dan porque los signos clínicos de la lesión pueden no manifestarse hasta varias horas después del traumatismo.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
8. VALORACIÓN DE TRAUMATISMOS EN ABDOMEN (CONTINUACIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben tomar placas simples de abdomen para descartar neumoperitoneo y los patrones característicos de gas abdominal. • Las indicaciones para referir a unidad de atención especializada para la realización de laparotomía son: <ul style="list-style-type: none"> - Evisceración del contenido abdominal. - Presencia de aire abdominal libre. - Lavado abdominal en el que se extraiga sangre. - Choque persistente en ausencia de lesiones importantes de tórax, la columna vertebral o las extremidades. <p>La laparotomía es imprescindible dada la grave naturaleza de estas heridas. Si no se cuenta con los recursos necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalar una vía IV y ordenar exámenes para hemoglobina, hematocrito y análisis de orina. • Hay que instaurar un tratamiento antibiótico precoz, que debe cubrir la flora intestinal aerobia y la anaerobia. Una posibilidad consiste en gentamicina, 60-80 mg IM o IV seguidos de 3-5 mg/kg/día y cefoxitina IV, 1 g cada 4 horas, ó clindamicina IV 600 mg cada 6 hrs. <p>Refiera de inmediato a la unidad de atención especializada que corresponda.</p>
9. PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS	<p>Las medidas más importantes para prevenir la infección en las heridas son su limpieza y debridamiento adecuados.</p> <p>Si se hace profilaxis, un esquema típico consiste en cinco días con cefalosporina, como la cefalexina, 250 a 500 mg 4 veces al día o dicloxacilina, 250 a 500 mg 4 veces al día. En las mujeres alérgicas a la penicilina se puede utilizar eritromicina, 250 a 500 mg 4 veces al día. En las infecciones de los tejidos blandos que van acompañadas de celulitis, linfadenitis aguda, linfangitis o fiebre se debe instaurar tratamiento antibiótico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento adecuado de los abscesos es la incisión y drenaje, añadiendo antibióticos adecuados, sistémicos y locales. • Prevención del tétanos: <ul style="list-style-type: none"> - Antitoxina tetánica y toxoide de acuerdo con esquemas habituales.
10. VALORACIÓN DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración del estado mental. • Diagnóstico y tratamiento de los síndromes psiquiátricos asociados a situaciones de violencia. • Tratamiento de la comorbilidad asociada. <p>Refiera de inmediato a la unidad de atención especializada que corresponda</p>
11. REGISTRO DE INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Llene el formato correspondiente en el expediente clínico.

CUADRO 6.3

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>1. ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</p>	<p>La elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia con la detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberán de observar en todo momento las recomendaciones de la NOM para la elaboración del expediente clínico, así como todas las recomendaciones expuestas en el capítulo de responsabilidades legales del personal de salud en el marco de la atención a la violencia.
<p>2. VALORACIÓN CLÍNICA INTEGRAL A USUARIAS SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Valoración inmediata de los alcances de los daños físicos. Las mujeres gravemente lastimadas deben ser tratadas sin tardanza en un área de emergencia o referidas a un servicio de atención especializada. El examen médico legal deberá realizarse sólo después de estabilizarla. Si la mujer tiene que ser llevada a una sala de operaciones, la evidencia de interés médico legal puede ser frecuentemente recolectada durante un procedimiento operatorio.
<p>3. PREGUNTAR ACERCA DEL ATAQUE</p> <p>UTILICE COMO APOYO LOS INTERROGATORIOS EN EL CAPÍTULO DE DETECCIÓN Y DE EVALUACIÓN DEL RIESGO.</p>	<p>Al recopilar los antecedentes del ataque quienes provean servicios de salud deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informar a la mujer que es necesario hacer algunas preguntas muy personales. Utilizar lenguaje coloquial o cotidiano. Informar a la mujer que se le van a hacer preguntas específicas sobre lo que el/os atacante(s) hicieron. Puede ser útil reconocer que para muchas mujeres es muy difícil hablar del ataque o agresión, por lo que las preguntas se deberán formular de tal forma que puedan ser contestadas brevemente: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Perdió el conocimiento durante el ataque? - ¿Cuándo ocurrió el ataque? - ¿En dónde ocurrió el ataque? - ¿Fue un solo agresor? - ¿Incluyó el ataque sexual cualquiera de los siguientes actos? <ul style="list-style-type: none"> - Penetración vaginal. - Penetración anal. - Penetración oral. - Eyaculación. El agresor: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Utilizó condón? - ¿Utilizó algo para restringir sus movimientos? - ¿Utilizó un objeto para penetrar? ¿Qué utilizó y cómo lo utilizó? <p>La mujer deberá tener la posibilidad de interrumpir el interrogatorio cuantas veces quiera, reiniciándose cuando esté lista para continuar.</p>

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>4. EXAMEN FÍSICO</p>	<p>Resulta fundamental que los exámenes de mujeres que han experimentado una agresión sexual sean realizados por personal de salud sensible a éste tipo de problemas y debidamente capacitado, contando con el apoyo del personal paramédico y de enfermería especializado. El examen físico tiene el doble propósito de valorar médicamente el estado de salud de la mujer y reunir la evidencia médica legal que pueda apoyar la investigación para probar la identidad del agresor. (Ver capítulo sobre Marco Legal).</p> <p>El expediente médico puede brindar apoyo crucial para incriminar al agresor, por tanto el examen físico debe documentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un traumagrama, esto es, un diagrama de la figura desnuda donde el proveedor de salud marca la ubicación de todas las lesiones visibles. • La descripción puntual en el expediente de las características y ubicación de cada lesión, abrasión y laceración que la mujer tenga. • Las contusiones, marcas de mordidas y laceraciones deben ser cuidadosamente descritas y documentadas en él e indicadas por medio de un traumagrama. • Las laceraciones deben ser revisadas cuidadosamente, especialmente si se utilizó un objeto afilado durante el ataque, para descartar una herida profunda y penetrante.
<p>5. RECOLECCIÓN ADECUADA DE LA EVIDENCIA FÍSICA DE INTERÉS LEGAL</p> <p>PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO DEBERÁ CONTAR CON EL CONSENTIMIENTO DE LA MUJER.</p> <p>EL PERSONAL QUE REALICE ESTE PROCEDIMIENTO DEBERÁ ESTAR ENTRENADO ADECUADAMENTE</p> <p>RECUERDE QUE NINGÚN PROCEDIMIENTO SOBRE ESTE ÁMBITO DEBE PONER EN RIESGO LA SALUD DE LA MUJER NI GENERARLE UN MAYOR SUFRIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier material extraño debe ser removido cuidadosamente, colocado en un sobre de papel y anotar el lugar de donde fue tomado. Cualquier mancha o sedimento sobre la piel debe recolectarse raspando con un abatelenguas o con un aplicador con punta de algodón estéril (hisopo) húmedo. • La búsqueda de semen puede facilitarse con iluminación ultravioleta (luz de Woods) dado que presenta fluorescencia* ante este tipo de luz. Sin embargo, debe recordarse que la orina, así como diversas sustancias, pueden también presentar fluorescencia. • El cabello debe cepillarse con un peine nuevo sobre una toalla de papel, recolectando cuidadosamente material extraño. Las muestras del cabello se obtendrán arrancando algunos cabellos incluyendo las raíces de ser posible. El vello púbico debe ser examinado de un modo similar. • La cavidad oral será examinada cuidadosamente con un abatelenguas. Cuando la agresión sufrida incluyó la violencia sexual, las víctimas frecuentemente se muerden durante un ataque sexual produciendo pequeñas abrasiones en la mucosa bucal. La felación puede causar también pequeñas hemorragias submucosas, las cuales pueden ser usualmente vistas en la unión del paladar duro y el suave. Si hay un caso de felación, la cavidad oral, especialmente las áreas entre la encía y los labios, se limpiará con hisopo y se prepararán las láminas de vidrio (portaobjetos). Cuando se tomen muestras para determinar la presencia de esperma, se harán en dos portaobjetos. Uno irá directamente al laboratorio de referencia del MP y el otro será utilizado de manera inmediata como un montaje húmedo. Las muestras deben tomarse con varios hisopos o utilizando tampones. Después de que se prepararon los portaobjetos, los tampones se dejan secar antes de colocarlos en un sobre de papel.

* Coloración amarillo-verdosa brillante, ante la luz ultravioleta.

CUADRO 6.3 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>5. RECOLECCIÓN ADECUADA DE LA EVIDENCIA FÍSICA DE INTERÉS LEGAL</p> <p>VER CAPÍTULO SOBRE: RESPONSABILIDADES LEGALES DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MARCO DE LA VIOLENCIA (CONT.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben tomar cultivos faríngeos para determinar <i>N. gonorrhoeae</i>. Se obtiene una muestra de saliva de la usuaria para determinar antígeno sanguíneo. Se coloca un pequeño cuadro de papel filtro en su boca y se le pide que la sature de saliva. • Es importante que sólo la usuaria manipule el papel filtro. • Si el examinador nota la presencia de esperma se debe registrar en el cuadro, y se debe hacer una anotación por separado indicando si el esperma es móvil. • Se debe inspeccionar si las uñas de las manos presentan material extraño bajo las uñas. Si hay la presencia de material extraño, debe ser recolectado sobre una toalla de papel y posteriormente guardarlo en un sobre rotulado de papel.
<p>6. EXAMEN PÉLVICO Y PROCTOLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pide a la usuaria que se recueste en la mesa de exploración en posición ginecológica (litotomía), de tal forma que se pueda realizar una exploración pélvica. Los labios, la horquilla posterior y el vestíbulo se inspeccionarán cuidadosamente bajo una luz adecuada. Las contusiones, laceraciones y áreas delicadas se explorarán cuidadosamente, y serán diagramadas y fotografiadas si es posible y la mujer está de acuerdo. • Se debe emplear nuevamente la luz Woods para hacer resaltar los depósitos de semen. En las usuarias más jóvenes la horquilla posterior es muy susceptible de ser herida, lo que aparece con ligeras laceraciones. En casos de abuso sexual crónico, el examinador debe buscar cicatrices en la horquilla posterior y en el vestíbulo. • Se presentan descubrimientos físicos sugestivos de penetración vaginal en aproximadamente 50% de quienes han sufrido un ataque sexual, pero sólo 2% tiene evidencia clínica de trauma genital significativo. Las heridas son típicamente menores y aparecen como pequeñas abrasiones y laceraciones. El examinador debe describir cualquier lesión visible y marcar en el traumagrama su ubicación. Ante la ausencia de laceraciones mayores, se pueden emplear dos técnicas para hacer resaltar posibles microlaceraciones: la colposcopia y el manchado con lugol o azul de toluidina. • La tinción con azul de toluidina o lugol también puede ser utilizada ante la ausencia de lesiones graves para hacer resaltar posibles microlaceraciones. Se debe aplicar el colorante directamente en el perineo y, posteriormente, removerlo, frotando con una gasa lubricada con jalea. • El azul de toluidina y el lugol son un colorante nuclear, por lo tanto la piel normal queratinizada no se coloreará. Las microlaceraciones se mostrarán como finas líneas coloreadas en azul. • Posteriormente, se puede introducir suavemente en la vagina un espejuelo humedecido con agua tibia (no use lubricantes). Se visualiza el cérvix por cualquier evidencia de trauma. Las microlaceraciones en el cérvix resultantes del trauma sexual pueden ser visualizadas con la ayuda del colposcopio. Se debe tomar una muestra de los externos y se deben preparar dos láminas de vidrio. Al igual que en cavidad oral se deben tomar muestras para búsqueda de esperma. Se deben tomar cultivos para las Infecciones de transmisión sexual (ITS) más prevalentes en la población (gonorrea y la clamidiasis). Las pruebas rápidas de antígenos, tales como la sonda de gen quimioluminiscente ofrecen una mejora significativa sobre el cultivo tradicional. La evaluación es altamente sensitiva y específica, y los resultados pueden estar listos en dos horas. • Las heridas causadas por la inserción de un objeto extraño también pueden ocasionar perforación y heridas al intestino. Si se sospecha una herida profunda, se debe realizar una laparotomía exploratoria para descartar heridas al intestino.

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL				
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN			
7. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES	<ul style="list-style-type: none"> Se atenderán las lesiones detectadas siguiendo los lineamientos descritos en atención de violencia física. 			
8. PREVENCIÓN DE EMBARAZO: ANTI-CONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, ANTES DE 72-120 HORAS	<ul style="list-style-type: none"> Las usuarias en edad reproductiva, que han vivido una violación deben recibir asesoría acerca de las diferentes opciones que tienen a su alcance para prevenir un embarazo forzado. Si el ataque ha ocurrido dentro de las últimas 120 horas, se le debe ofrecer anticoncepción de emergencia.* <p>El régimen recomendado como primera opción es la anticoncepción de emergencia libre de estrógenos</p> <ul style="list-style-type: none"> Consta de dos tabletas con 0.75 mg c/u de levonorgestrel y su administración es similar a la del combinado. La primer tableta se debe ingerir dentro de las primeras 120 horas a la violación o a la relación sexual no protegida, repitiéndose la dosis 12 horas después. <ul style="list-style-type: none"> Las ventajas para una mujer en usar el régimen solo de progestinas son: <ul style="list-style-type: none"> Los efectos secundarios son mucho menores o no se presentan. Mayor eficacia que los regímenes combinados cuando se administran rápidamente (dentro de las 24 horas siguientes al contacto sexual). Mayor comodidad en su uso. Su eficacia puede mantenerse hasta por 120 hrs. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>NOMBRES COMERCIALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Régimen con progestinas Levonorgestrel 0.75 mg Glanique Postinor 2 Vika </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1+1</td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRES COMERCIALES	<ul style="list-style-type: none"> Régimen con progestinas Levonorgestrel 0.75 mg Glanique Postinor 2 Vika 	1+1
NOMBRES COMERCIALES				
<ul style="list-style-type: none"> Régimen con progestinas Levonorgestrel 0.75 mg Glanique Postinor 2 Vika 				
1+1				

* El riesgo de embarazo después de una sola relación sexual sin protección es de entre un 0 a un 26%, dependiendo la fase del ciclo reproductivo en que se encuentre la víctima al momento de la relación sexual impuesta, sin protección.

CUADRO 6.3 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL							
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN						
<p>8. PREVENCIÓN DE EMBARAZO: ANTI-CONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, ANTES DE 72-120 HORAS (CONTINUACIÓN)</p>	<p>Si no estuviera disponible puede sustituirse por: El régimen más comúnmente prescrito utiliza una mezcla de anticonceptivos orales con 50 mcg de etinil estradiol y 0.5 mg de L-norgestrel, vendido en México como, Eugynon, Nordiol, Ovral o Neogynon (4 tabletas de cualquiera de estos productos proporcionan la dosis total requerida para la AE).</p> <table border="1" data-bbox="719 746 1331 1144"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOMBRES COMERCIALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="746 836 999 1070"> Tabs. 50 microgramos. EE2 • Ovra; • Eugynon • Nordiol • Neogynon </td> <td data-bbox="1050 836 1302 1070"> Tabs. 35 microgramos. EE2 • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal </td> </tr> <tr> <td data-bbox="852 1104 893 1129">2+2</td> <td data-bbox="1155 1104 1197 1129">4+4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Forma de uso:</p> <ul data-bbox="646 1242 1423 1608" style="list-style-type: none"> • Se suministran dos tabletas vía oral lo antes posible, dentro de las 120 horas siguientes a la violación o a la relación sexual no protegida y se repite la dosis 12 horas más tarde. • Otra posibilidad es usar anticonceptivos orales de menor carga hormonal (Microgynon, Nordet o Lo-femenal), de los cuales se requiere el doble de grageas para lograr la dosis requerida para la AE. En este caso se suministran cuatro grageas vía oral dentro de las 72 horas siguientes a la relación sexual no protegida, repitiendo la dosis 12 horas más tarde. • La reacción secundaria más común es la náusea, la cual se puede evitar tomando un antiemético previamente a la ingesta del régimen de anticoncepción de emergencia ó, sugiriéndole a la usuaria tome las pastillas después de haber ingerido alimentos. El riesgo de embarazo con este régimen es de aproximadamente 2%. 	NOMBRES COMERCIALES		Tabs. 50 microgramos. EE2 • Ovra; • Eugynon • Nordiol • Neogynon	Tabs. 35 microgramos. EE2 • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal	2+2	4+4
NOMBRES COMERCIALES							
Tabs. 50 microgramos. EE2 • Ovra; • Eugynon • Nordiol • Neogynon	Tabs. 35 microgramos. EE2 • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal						
2+2	4+4						
<p>9. PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN PARA ITS. (PPE)</p>	<ul data-bbox="646 1691 1423 1836" style="list-style-type: none"> • Los riesgos de contraer una enfermedad de transmisión sexual de un solo acto de ataque sexual son difíciles de determinar. Frecuentemente los riesgos dependen del predominio de la enfermedad en la comunidad local y no de la naturaleza del ataque. Las infecciones detectadas dentro de las 24 horas posteriores a una agresión sexual deben ser consideradas más como una condición preexistente. 						

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
9. PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN PARA ITS. (PPE) (CONTINUACIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> Aunque el conocimiento actual sobre la eficacia y toxicidad de las drogas usadas en la profilaxis pos-exposición (PPE) es limitado, la experiencia de varios países (particularmente Brasil en los últimos años) en la administración de esquemas de PPE tanto para trabajadores de servicios de salud con accidentes ocupacionales, como para quienes sufrieron violencia sexual, hacen que múltiples organismos internacionales actualmente recomienden los mismos.* Debido a las dificultades que plantea el diagnóstico temprano y el adecuado seguimiento de ITS, en los últimos años, muchos centros de atención han probado la administración de esquemas de profilaxis posexposición. La experiencia con el uso de éstos en países con alta incidencia de ITS y violencia⁴⁰ ha sido tan exitosa que hoy día son avalados por los principales institutos y organizaciones que trabajan en el área de la salud pública en el ámbito global (OMS, OPS, FIGO, FGO, Comunidad Europea, etcétera.).
10. REGÍMENES DE PREVENCIÓN Y PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN PARA ITS RECOMENDADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> Gonorrea: Ceftriaxona 1.25 mg IM dosis única ó Cefixima 400 mg VO dosis única. Clamidiosis: Azitromicina 1g VO dosis única ó Doxiciclina 100 mg VO dos veces al día, 7 días. Tricomoniosis y vaginosis bacteriana: Metronidazol 2 g en una sola dosis. Contraindicado en el primer mes del embarazo. Sífilis: No alergia a la penicilina, 2.4 millones de penicilina g benzatínica IM dosis única. Alergia a penicilinas. Doxiciclina 100 mg VO dos veces al día, quince días. Alergia a penicilina y embarazo. Eritromicina 500 mg cuatro veces al día, quince días. Hepatitis B: Inmunoglobulina de hepatitis B (vacuna HBIg). menores de hasta 10 años de edad: 0.25 ml (2.5 mcg). adolescentes: 0.5 ml (5 mcg)., adultos: 1.0 ml (10 mcg). Dosis por vía IM en región deltoidea, hasta 72 hrs después de la agresión. Herpes tipo II: Aciclovir 400 mg VO c/8 hrs por 7 días. ó Valaciclovir 1 gr VO c/12 hrs por 7 días.
11. REGÍMENES DE PREVENCIÓN Y PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN PARA VIH	<p>VIH-SIDA: A pesar de la falta de evidencia sobre la eventual eficacia y efectividad de la Profilaxis Posexposición (PPE) no laboral o nosocomial**, pero teniendo en cuenta su plausibilidad biológica, el empleo de fármacos Antirretrovirales (ARV) en determinadas exposiciones accidentales o esporádicas se ha empezado a considerar una práctica clínica habitual para evitar el desarrollo de la infección.***⁴¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Toda pauta de profilaxis se ha de iniciar antes de transcurridas 72 horas de la exposición, pues en tres días ya habría células en reposo infectadas y, en ellas no es posible la erradicación con el tratamiento antirretroviral. Iniciar la profilaxis lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 4 hrs. y se obtendrán mejores resultados antes de las 36 hrs. post-exposición. La duración de la terapia deberá ser por 4 semanas.


* Recomendaciones para la PEP no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20(8):391-400.

** Centers for Disease Control and Prevention. *Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47 (RR-7):1-28.

***Grupo de Consenso Español y de la Comunidad Europea. Recomendaciones para la profilaxis posexposición no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(8): 391-400.

CUADRO 6.3 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>1.1. REGÍMENES DE PREVENCIÓN Y PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN PARA VIH</p> <p>SE REALIZARÁ UNA ENTREVISTA CON LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EXPUESTA, CON LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:</p> <p>A. EXPLICAR LAS MEDIDAS LOCALES QUE SE VAN A REALIZAR.</p> <p>B. VALORACIÓN DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN PARA ITS INCLUIDO VIH/SIDA.</p> <p>C. VALORACIÓN DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN PARA OTRAS INFECCIONES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La profilaxis se realizará con esquemas de 2 medicamentos, lo cual favorece su cumplimiento y una baja toxicidad. • Si se presentan efectos adversos se deberá evaluar la necesidad de modificar el tratamiento. • En los casos de duda, se deberá iniciar la profilaxis y posteriormente consultar a un experto para que realice las modificaciones necesarias. • Sólo en algunos casos de exposiciones con muy alto riesgo se valorará por el médico especialista utilizar esquemas con 3 y hasta 4 medicamentos. • El éxito de la profilaxis posexposición estará determinado no sólo por el intervalo de tiempo transcurrido hasta su instauración, sino también por la elección del tratamiento antirretroviral y su cumplimiento, por lo cual el clínico debería insistir en la adherencia terapéutica y la terminación del tratamiento. • La PPE al VIH con antirretrovirales se deberá aconsejar únicamente a personas con exposiciones de riesgo de forma esporádica y excepcional. En el caso de aquellas personas con exposiciones repetidas, no se aconsejará la PPE. • La última decisión para administrar PPE para VIH/SIDA, recae en el médico/a tratante y la propia usuaria, pero el hecho de proponer unas pautas de atención que han sido consensuadas, debería ayudar a estos profesionales a tomar decisiones lo más homogéneas posible, de acuerdo con el grado de evidencia científica existente.  <p>Valoración del riesgo de contagio por vía sexual (incluyendo violencia sexual con penetración):</p> <p>El VIH se encuentra concentrado en las células; esto hace que los fluidos celulares resulten más infecciosos que los acelulares. Los fluidos altamente celulares comprenden entre otros al semen, sangre y secreciones vaginales. Cuanto mayor es la carga vírica, más infeccioso resulta, por ello, la exposición a fluidos corporales en periodos de viremia alta (seroconversión y enfermedad avanzada) conllevan un mayor riesgo de transmisión.</p>

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN																																																	
<p>D. RECOMENDAR PAUTAS DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH.</p> <p>E. ESTABLECER UN SEGUIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS.</p> <p>F. REFERIR A UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE NO CONTAR CON EL PERSONAL O LOS INSUMOS NECESARIOS.</p>	<p>La probabilidad de transmisión a través de un solo episodio de relación sexual anal o vaginal con una persona infectada por el VIH es similar en magnitud a aquella asociada con exposición percutánea (0.67% para aguja intravenosa y 0.4% por episodio de exposición percutánea en el ambiente hospitalario), y está influida por la celularidad, la carga vírica, el tiempo de contacto con el fluido y la integridad de la mucosa.</p> <p>El tipo de exposición al que se ve sometida una mujer a quien han impuesto una relación sexual receptiva durante una violación, hace que la PPE esté plenamente indicada. Tras la exposición a VIH, la PPE puede reducir el riesgo de seroconversión tanto como en 81%.</p> <p>Riesgo según mecanismo:</p> <table border="1" data-bbox="480 863 1106 1227"> <thead> <tr> <th colspan="2">RIESGO SEGÚN MECANISMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Relación anal receptiva</td> <td>0.1-3%</td> </tr> <tr> <td>Relación vaginal receptiva</td> <td>0.1-0.2%</td> </tr> <tr> <td>ITS recurrentes</td> <td>Incrementa riesgo bajo (hasta 7%)</td> </tr> <tr> <td>Sexo oral</td> <td>0.0001</td> </tr> <tr> <td>Carga viral < 3,500 copias/ml.</td> <td>0.0051</td> </tr> <tr> <td>Carga viral ≥ 50,000 copias/ml.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Indicaciones para profilaxis*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación sin protección receptiva anal. • Relación sin protección receptiva vaginal. • Sexo oral con eyaculación. <p>Régimen de tratamiento estándar (4 semanas): En la mayoría de los casos de profilaxis post exposición se utilizará la combinación de dos medicamentos como se muestra a continuación:</p> <table border="1" data-bbox="469 1500 1273 1789"> <thead> <tr> <th>COMBINACIONES</th> <th>NOMBRE</th> <th>DOSES</th> <th>POSOLOGÍA</th> <th>VÍA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">AZT +3TC ó FTC</td> <td rowspan="2">(AZT) Zidovudina</td> <td>200 mg.</td> <td>C/8 hrs.</td> <td>VO</td> </tr> <tr> <td>250 ó 300 mg.</td> <td>C/12 hrs.</td> <td>VO</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">D4T +3TC ó FTC</td> <td>(3TC) Lamivudina</td> <td>150 mg.</td> <td>C/12 hrs.</td> <td>VO</td> </tr> <tr> <td>(FTC) Emtricitabina</td> <td>200 mg.</td> <td>C/24 hrs.</td> <td>VO</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TDF +3TC ó FTC</td> <td rowspan="2">(D4T) Estavudina</td> <td>>60 kg 40 mg.</td> <td>C/12 hrs.</td> <td>VO</td> </tr> <tr> <td><60 kg. 30 mg.</td> <td>C/12 hrs.</td> <td>VO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(TDF) Tenofovir</td> <td>300 mg.</td> <td>C/24 hrs.</td> <td>VO</td> </tr> </tbody> </table> <p>Debido a su potencial de eventos adversos serios, no se recomienda el uso de Abacavir (ABC), Didanosina (ddI) + Estavudina (d4T) o Nevirapina (NPV), ésta última debida a su potencial hepatotoxicidad en personas con CD4>250.</p>	RIESGO SEGÚN MECANISMO		Relación anal receptiva	0.1-3%	Relación vaginal receptiva	0.1-0.2%	ITS recurrentes	Incrementa riesgo bajo (hasta 7%)	Sexo oral	0.0001	Carga viral < 3,500 copias/ml.	0.0051	Carga viral ≥ 50,000 copias/ml.		COMBINACIONES	NOMBRE	DOSES	POSOLOGÍA	VÍA	AZT +3TC ó FTC	(AZT) Zidovudina	200 mg.	C/8 hrs.	VO	250 ó 300 mg.	C/12 hrs.	VO	D4T +3TC ó FTC	(3TC) Lamivudina	150 mg.	C/12 hrs.	VO	(FTC) Emtricitabina	200 mg.	C/24 hrs.	VO	TDF +3TC ó FTC	(D4T) Estavudina	>60 kg 40 mg.	C/12 hrs.	VO	<60 kg. 30 mg.	C/12 hrs.	VO		(TDF) Tenofovir	300 mg.	C/24 hrs.	VO
RIESGO SEGÚN MECANISMO																																																		
Relación anal receptiva	0.1-3%																																																	
Relación vaginal receptiva	0.1-0.2%																																																	
ITS recurrentes	Incrementa riesgo bajo (hasta 7%)																																																	
Sexo oral	0.0001																																																	
Carga viral < 3,500 copias/ml.	0.0051																																																	
Carga viral ≥ 50,000 copias/ml.																																																		
COMBINACIONES	NOMBRE	DOSES	POSOLOGÍA	VÍA																																														
AZT +3TC ó FTC	(AZT) Zidovudina	200 mg.	C/8 hrs.	VO																																														
		250 ó 300 mg.	C/12 hrs.	VO																																														
D4T +3TC ó FTC	(3TC) Lamivudina	150 mg.	C/12 hrs.	VO																																														
	(FTC) Emtricitabina	200 mg.	C/24 hrs.	VO																																														
TDF +3TC ó FTC	(D4T) Estavudina	>60 kg 40 mg.	C/12 hrs.	VO																																														
		<60 kg. 30 mg.	C/12 hrs.	VO																																														
	(TDF) Tenofovir	300 mg.	C/24 hrs.	VO																																														

Fuente: Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, Cuarta edición, México, 2009.

CUADRO 6.3 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
12. VALORACIÓN DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN PARA OTRAS ITS.	<p>Realizar exámenes de laboratorio y proporcionar tratamiento.</p> <p>En el caso concreto de VIH/SIDA se deberá proporcionar consejería especializada para la realización de la prueba y disponer de tratamiento en caso de seropositividad.</p> <p>Se cuidará la confidencialidad de la usuaria, evitando marcar nominalmente la muestra en la determinación de sus marcadores virales.</p>
13. SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES. MOMENTO INICIAL	<p>Momento inicial:</p> <p>a) Medidas generales. Deben valorarse siempre los siguientes puntos, aunque el conocimiento de los resultados no ha de retrasar el comienzo de la profilaxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un hemograma y una química analítica basal, incluyendo perfil hepático. • Practicar serología para VIH (ELISA y confirmación, carga viral y opcionalmente antigenemia p24), VHB y VHC. • Realizar una prueba de embarazo, siempre que se considere utilizar un atirretroviral, potencialmente teratogénico, o en cualquier caso de exposición sexual. • Informar sobre prácticas de riesgo y sus medidas de prevención. • Recoger la información posible de la persona fuente, en forma similar a los estudios de contactos de ITS. • Valoración de la vacuna contra el VHB y aplicación de gammaglobulina anti-VHB. • Remitir a la unidad de seguimiento hospitalario para su posterior control.
14. SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES. SEGUIMIENTO POSTERIOR	<p>Seguimiento posterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar prueba de embarazo (para descartar fallo de la anticoncepción de emergencia) en caso de retraso en la presentación del ciclo menstrual en la fecha prevista. • A los 15 días tras la exposición QS general. • A los 45 días tras la exposición: QS general, serología para serología para VIH (ELISA y confirmación, carga viral y opcionalmente antigenemia p24), VHB y VHC. • A los tres meses tras la exposición: serología para serología para VIH (ELISA confirmación, carga viral y opcionalmente antigenemia p24), VHB y VHC. • A los seis meses tras la exposición: serología para serología para VIH (ELISA y confirmación, carga viral y opcionalmente antigenemia p24), VHB y VHC. • Al año: valorar si se realiza serología para VIH. <p>Si no se le administra la profilaxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 45 días tras la exposición: QS general, serología para serología para VIH (ELISA y confirmación, carga viral y opcionalmente antigenemia p24), VHB y VHC, y repetir la prueba de embarazo. • A los tres meses: Serología para VIH, VHB y VHC. • A los seis meses: Serología para VIH, VHB y VHC. • Sería muy recomendable que toda mujer a quien le sea impuesta una relación sexual sin protección y quede expuesta al riesgo contagio inherente a este tipo de exposición, sea referida y atendida en el centro de atención especializado, por los prestadores que se responsabilicen de estos casos.

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
15.SERVICIOS DE ABORTO MÉDICO	<p>Se denomina aborto médico a la terminación del embarazo realizada por personal médico, en los términos y plazos permitidas de acuerdo con la legislación aplicable y previo cumplimiento de los requisitos específicos establecidos en ésta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una de las principales indicaciones para procedimientos de aborto médico es la presencia de un embarazo forzado producto de una violación, que no es punible en ningún estado. <p>¿Cómo hacerlo? Una vez recibida la autorización del Ministerio Público, (como se especifica en la Guía de información legal para usuarias) proporcione información objetiva y veraz sobre el procedimiento y solicite el consentimiento informado de la usuaria.</p> <p>Manejo médico: Existen hoy alternativas quirúrgicas y farmacológicas para interrumpir legalmente un embarazo. La selección de una u otra dependerá del tipo de infraestructura y recursos con los que se cuente, pero al margen del tipo y características de éstos, la edad gestacional y la preferencia de método de la mujer con su consentimiento informado, serán los elementos determinantes en la selección:</p> <p>A. Gestaciones de menos de 12 semanas.</p> <p>Existen tres posibilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspiración endouterina evacuadora: <ul style="list-style-type: none"> - Por aspiración manual endouterina* – AMEU–. - Por aspiración eléctrica. 2. Aborto con medicamentos: El aborto con medicamentos es otra alternativa para procedimientos de aborto médico en gestaciones no mayores de 12 semanas. 3. Legrado uterino instrumental –LUI–. <p>En México, para el aborto con medicamentos del primer trimestre se pueden utilizar dos regímenes diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen basado en la utilización de misoprostol solo. • Régimen basado en la utilización de metotrexate + misoprostol. <p>Aunque se siguen realizando investigaciones en este campo, actualmente no hay suficientes pruebas para recomendar enfáticamente un régimen específico que implique el uso del misoprostol por sí solo. El uso del misoprostol para esta indicación es considerado como una recomendación del Nivel C (insuficientes pruebas a favor o en contra de la recomendación, aunque puede recomendarse por otros motivos).</p>

* Para información relevante y actualizada sobre aspiración manual endouterina y aborto medicamentoso consulte www.ipas.org

CUADRO 6.3 (CONTINUACIÓN)

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES POR VIOLENCIA SEXUAL					
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN				
1.5. SERVICIOS DE ABORTO MÉDICO (CONTINUACIÓN)	NOMBRES COMERCIALES				
	Edad gestacional	Dosis	Vía	Momento oportuno	Eficacia
	Hasta 56 días	800 microgramos (4 comprimidos húmedos)	Intravaginal	Cada 24 hrs. hasta 3 dosis	88 al 93% ^{2,3,4}
	Hasta 63 días	800 microgramos (4 comprimidos húmedos)	Intravaginal	Cada 48 hrs. (el 77% después de la primera dosis) ⁵ 85%	hasta 3 dosis 92%
		1000 microgramos (5 comprimidos)	Intravaginal	Cada 24 hrs. hasta 3 dosis	93% (69% después de la primera dosis) ⁷
	Hasta 84 días	800 microgramos	Intravaginal	Cada 12 hrs. hasta 3 dosis	85% ⁸
800 microgramos		Intravaginal	Cada 24 hrs. hasta 3 dosis	87% ⁹	
<p>B. Gestaciones del Segundo trimestre.</p> <p>Hasta la semana 20* se interrumpen habitualmente con dilatación y curetaje. (LUI) Acorde a los lineamientos y normativa específica.</p>					

* La Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar válida en todos los estados de la República, establece en sus definiciones, como aborto la expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gras de peso o hasta la semana 20 de la gestación, en el Distrito Federal se retoma como interrupción del embarazo, aquella que se realiza hasta la semana 20 de gestación, en condiciones de atención médica segura, este concepto es valido en las Entidades Federativas en las que no está establecido de manera explícita en los Códigos Penales, de Procedimientos Penales, o leyes Orgánicas de los Poderes Judiciales Estatales. Los códigos penales de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Quinta Roo y Veracruz establecen que esta intervención es posible dentro de los primeros noventa días de gestación; el código penal de Hidalgo, dentro de los primeros setenta y cinco días, y los códigos penales de Colima y Oaxaca, dentro de los primeros tres meses de gestación. Los términos de días traducidos en semanas de embarazo significan 1.2.85. El resto de las entidades federativas no establecen un plazo.

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN ANTE CASOS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1. ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	<p>La elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia con la detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberán observar en todo momento las recomendaciones de la NOM 168 para la elaboración del expediente clínico, así como todas las recomendaciones expuestas en el capítulo de responsabilidades legales del personal de salud en el marco de la atención a la violencia.
2. REFIERE A UNIDAD ESPECIALIZADA O EN CASOS DONDE EXISTA UN ESPECIALISTA PSIQUIATRA PROPORCIONA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento actual del trastorno depresivo mayor es con antidepresivos y psicoterapia. Dentro de los antidepresivos, por su seguridad, actualmente son más empleados los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS), como la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina. <p>Fluoxetina: de 20 a 80 mg / día. Paroxetina: de 20 a 60 mg/día. Sertralina: 100 mg promedio/ día.</p> <p>Es importante advertir que la literatura existente recomienda no administrar fármacos a mujeres que viven una situación crónica de violencia en virtud de que imposibilita su capacidad de respuesta.</p> <p>Es recomendable que el tratamiento farmacológico se proporcione sólo cuando se conozca adecuadamente la situación y posterior a un proceso de evaluación de riesgo. (ver capítulo 7, evaluación del riesgo y plan de seguridad).</p>
3. REGISTRO DE INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Llene el formato correspondiente y anote en el expediente clínico. (Ver capítulo de información y registro).

FIGURA 6.4

ATENCIÓN ESPECIALIZADA
SERVICIOS MÉDICOS PARA VIOLENCIA FÍSICA

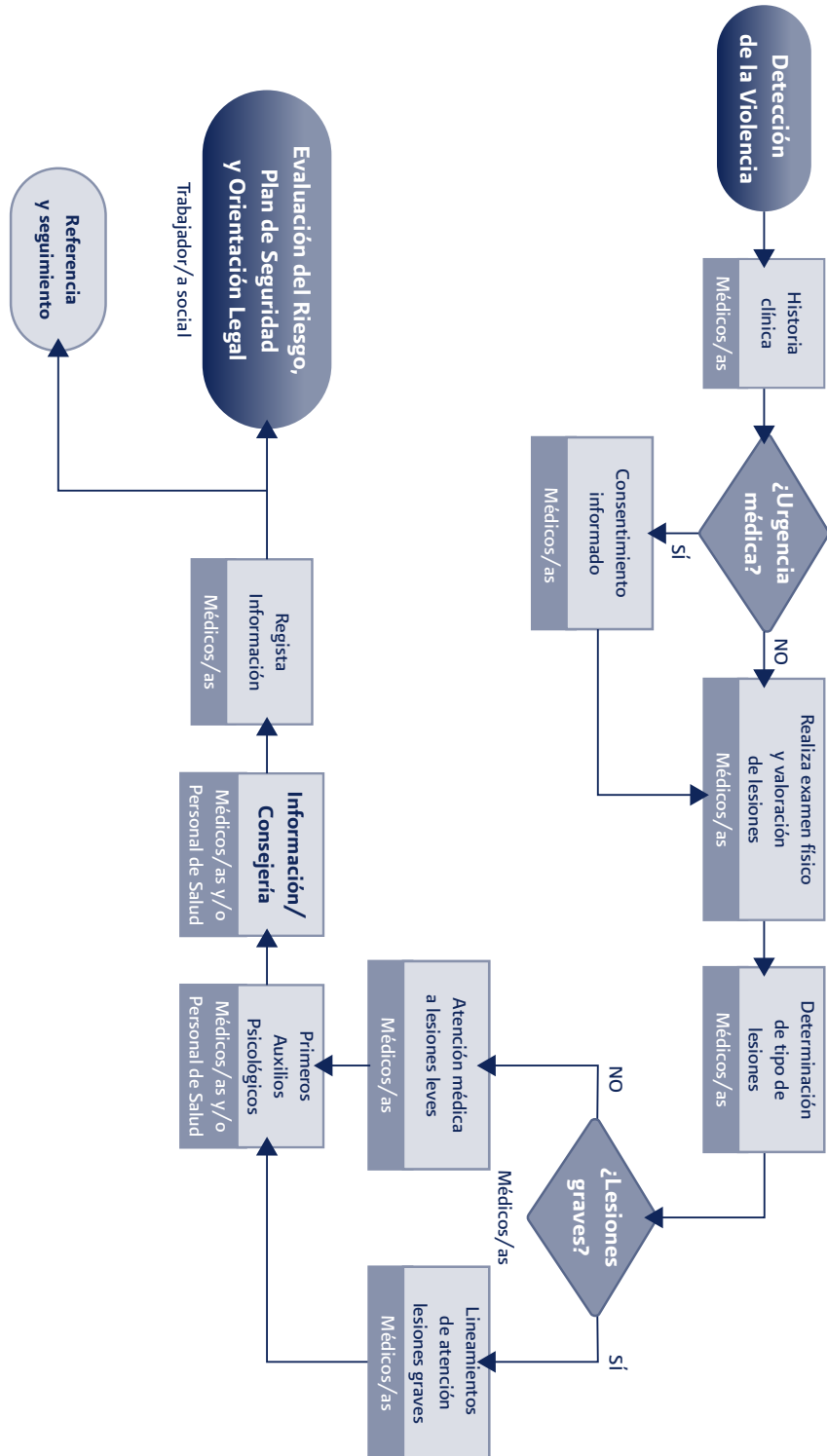


FIGURA 6.5

ATENCIÓN ESPECIALIZADA
SERVICIOS MÉDICOS PARA VIOLENCIA SEXUAL: VIOLACIÓN

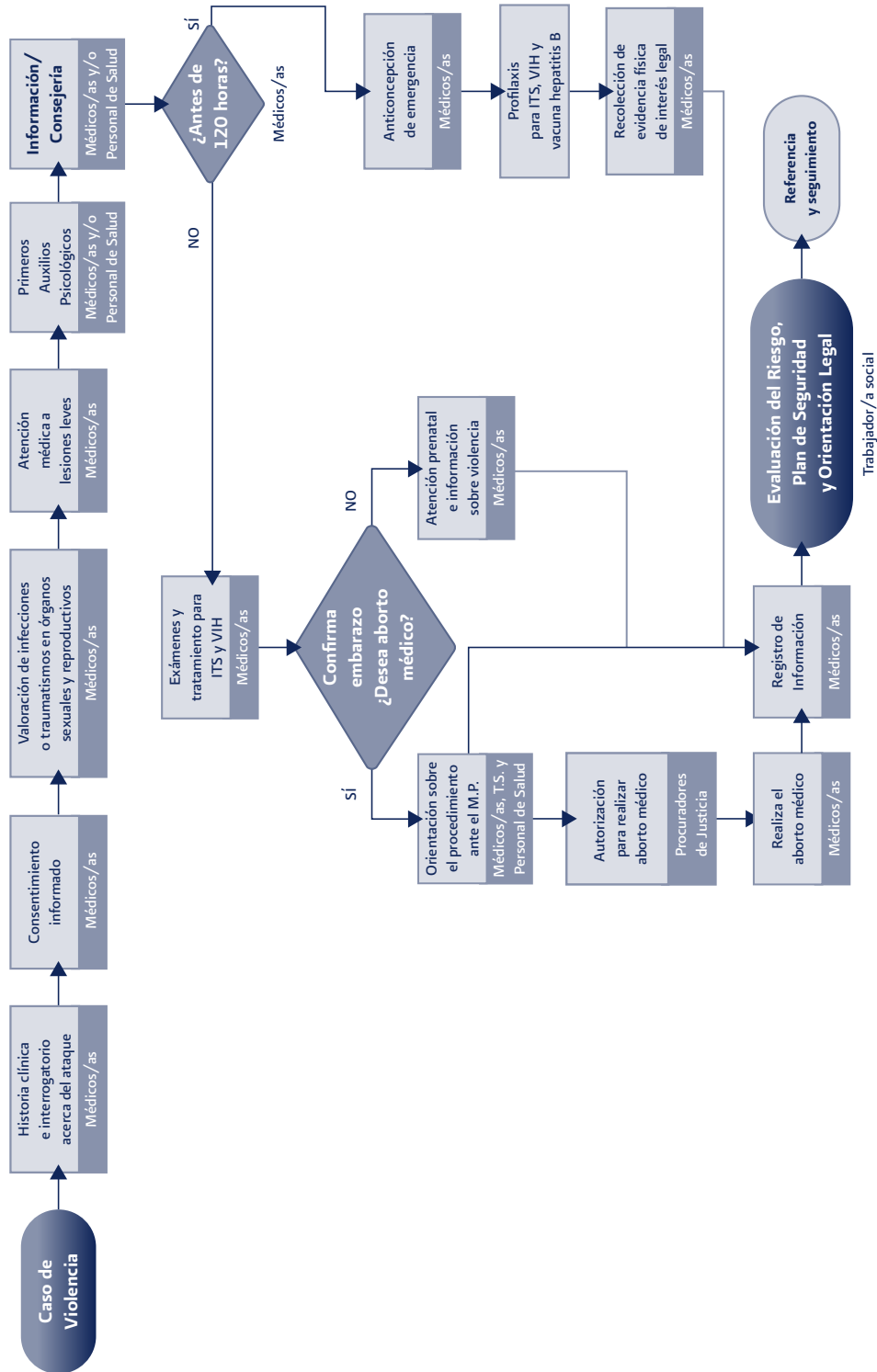
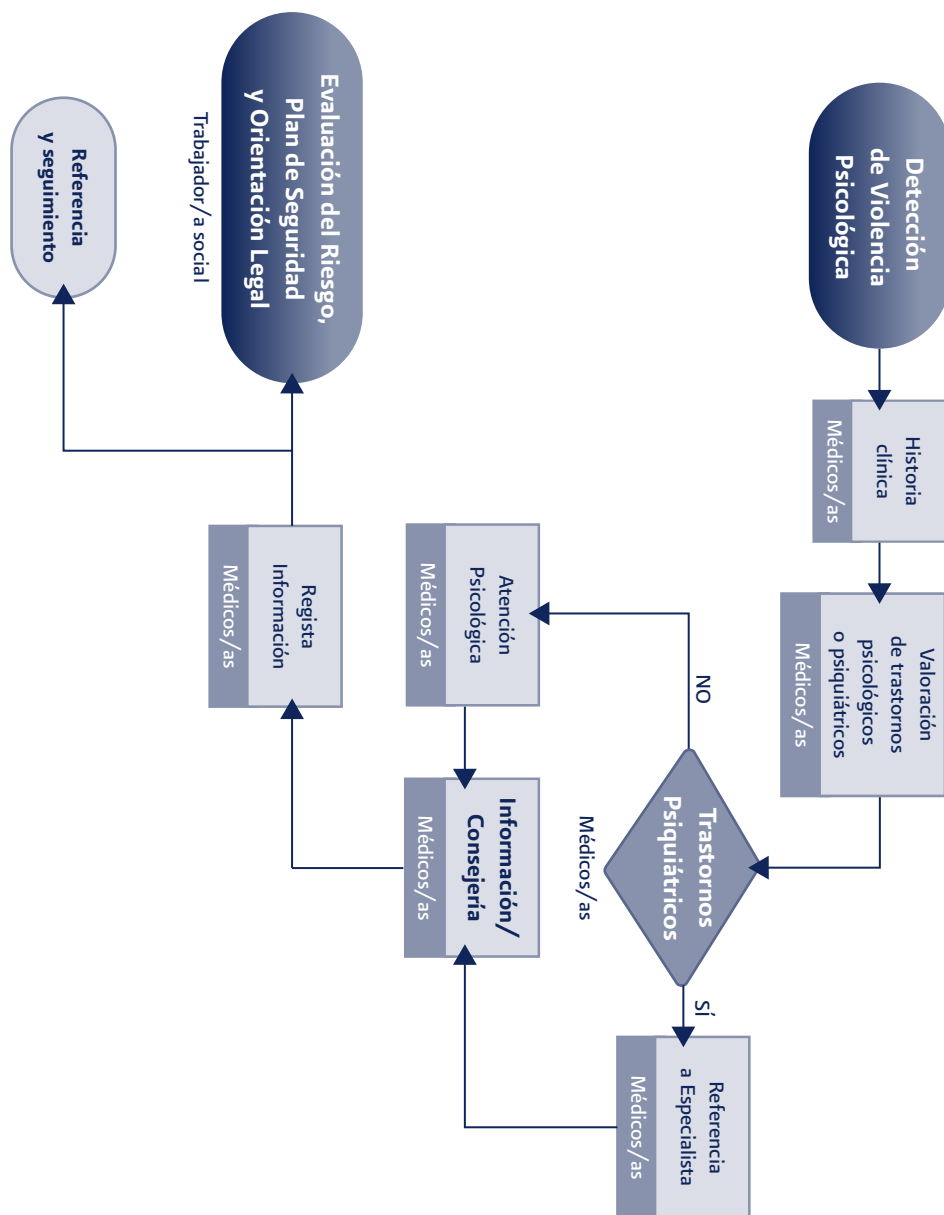


FIGURA 6.6

ATENCIÓN ESPECIALIZADA
SERVICIOS MÉDICOS PARA VIOLENCIA PSICOLÓGICA



CAPÍTULO 7

EVALUACIÓN DEL RIESGO, PLAN DE SEGURIDAD E INFORMACIÓN LEGAL



CAPÍTULO 7

EVALUACIÓN DEL RIESGO, PLAN DE SEGURIDAD E INFORMACIÓN LEGAL

Consejería Especializada

La consejería y acompañamiento es definida por la NOM-046-SSAZ-2005 Violencia familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Como *“el proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una decisión de manera libre e informada”*.¹

El propósito de estas acciones es brindar alternativas de atención, orientación e información que le permitan a la usuaria disminuir los peligros a los que se enfrenta. Es indispensable evaluar el riesgo en el que se encuentra a partir de identificar las características de la violencia, sus efectos y los probables peligros para la mujer y sus familiares cercanos. Además, la evaluación del riesgo le permitirá realizar acciones **de prevención secundaria** para disminuir el daño e impedir la muerte de las mujeres.

Una vez realizada esta valoración es fundamental realizar con la usuaria un plan de seguridad, que tiene como propósito promover la conciencia sobre su propia situación y establecer las alternativas y las acciones que podrían disminuir peligros.

¿QUIÉNES PUEDEN HACER LA EVALUACIÓN DEL RIESGO Y EL PLAN DE SEGURIDAD?

Es recomendable que el personal de psicología y trabajo social encabecen estas acciones no obstante, todo el personal de salud sensibilizado y capacitado sobre el tema puede realizarlas.

¿CÓMO INICIAR LAS ACCIONES DE CONSEJERÍA ESPECIALIZADA?

Inicie siguiendo los principios básicos de la entrevista (ver capítulos impacto psicológico de la violencia y detección) en un ámbito privado y empático, y señale a la usuaria la confidencialidad de la información. Usted debe considerar que estas acciones tomarán un tiempo mayor al dedicado comúnmente a las usuarias, aproximadamente 1 hora.

Para iniciar la evaluación del riesgo es indispensable que usted utilice tres herramientas:

- **Herramienta 1.** Evaluación del riesgo según situación específica de violencia. Esta herramienta le permitirá evaluar el tipo de riesgo al que está expuesta la mujer, así como la magnitud del peligro. Además le ayudará reconocer las acciones inmediatas que deben realizarse.
- **Herramienta 2.** Para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria ante eventos violentos. Esta herramienta le permitirá identificar las posibilidades de respuesta que tiene la mujer ante los actos violentos, así como determinar las acciones urgentes que deben realizarse.
- **Herramienta 3.** Evaluación de la peligrosidad del agresor. La aplicación de ésta le permitirá conocer un perfil general de éste.

Como puede verse, la evaluación del riesgo resulta de la aplicación de estas tres herramientas.

LINEAMIENTOS PARA APLICAR LA ESCALA DE SEVERIDAD EN VIOLENCIA*

SIEMPRE CONSIDERE QUE:

- La categorización de riesgos es arbitraria, en virtud de que en la vida de las mujeres **los tipos de violencia y los niveles de riesgo se entremezclan y pueden modificarse súbitamente**. De ahí la complejidad de asignar niveles fijos y generalizarlos para todas las mujeres que se encuentren en circunstancias similares, pues omitir detalles que las diferencian puede invisibilizar riesgos.
- **La medición del nivel de riesgo no es mecánica.** El nivel de riesgo se mide a partir de la combinación entre conducta violenta y frecuencia, capacidad de respuesta de las mujeres y peligrosidad del generador de violencia. Pese a lo anterior la valoración real depende también de información cualitativa que la mujer proporcione.
- **No existe gradación real en el riesgo.** En contextos de violencia no es posible hablar de “bajo, mediano o alto riesgo”, en virtud de que la sola presencia de actos violentos pone en riesgo a quienes se encuentran en esta circunstancia. **El nivel de riesgo no es permanente. Nada asegura al personal de salud que una mujer en supuesto “bajo riesgo” no se convertirá de un momento a otro en víctima fatal de su agresor.** Por tanto, las herramientas no buscan asignar niveles sino alertar sobre los tipos de riesgo, decir sobre las circunstancias específicas de violencia que experimenta la usuaria, con el fin de realizar un plan de seguridad que considere todas las variables posibles y una adecuada referencia.

SIEMPRE CONSIDERE QUE:

- **Las herramientas contienen información legal.** Están estructuradas por secciones que corresponden a los tipos de riesgo y brindan información sobre las acciones urgentes que se pueden realizar para evitar un mayor daño a la mujer y proteger su integridad. La aplicación de estas herramientas tienen valor probatorio para acciones legales que eventualmente decida hacer la usuaria, de ahí la importancia de integrarla al expediente clínico e informarle a la usuaria la utilidad de las mismas.

- **Mensaje recomendado antes de iniciar la entrevista**

- Para conocer a profundidad la situación en la que usted se encuentra y evaluar sus riesgos hemos diseñado un cuestionario muy sencillo, son algunas preguntas íntimas que necesitamos hacer.

La información es absolutamente confidencial, esto es, que ninguna persona podrá conocer los datos a menos que usted lo autorice o se trate de alguna situación que ponga en riesgo su integridad o la de algún menor de edad.

Este cuestionario nos ayudará a brindarle una mejor atención médica, brindarle información legal y realizar juntos/as un plan para que usted se sienta segura al salir de esta unidad de salud.

¿ESTÁ USTED DE ACUERDO EN QUE LE APLIQUE EL CUESTIONARIO?

Es importante que usted no sienta vergüenza al responder las preguntas recuerde que nada de lo que le ha sucedido es su culpa, es responsabilidad de quien ejerce la violencia.

CUADRO 7.1

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
A. RIESGO A LA SALUD MENTAL E INCREMENTO DE VIOLENCIA				
1.	La insultó, menospreció o humilló en privado o frente a otras personas.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
2.	Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento).	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
3.	La controló en sus actividades o tiempos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
4.	Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
5.	La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.

CUADRO 7.1 (CONTINUACIÓN)

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
6.	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7.	Le destruyó algunas de sus pertenencias.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
8.	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9.	Amenazó con golpearla o encerrarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
10.	Amenazó con matarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
11.	Amenazó con llevarse a sus hijos/as.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
B. RIESGO A LA SALUD FÍSICA				
12.	La sacudió, zarandeó, jaloneó o empujó a propósito.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
13.	La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
14.	Quemaduras con objetos calientes o sustancias.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
C. RIESGO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
15.	La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
16.	Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otras personas o hacia sus hijos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
17.	Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijos/as para tener sexo.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
18.	Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
19.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin utilizar fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
20.	La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
21.	La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
22.	Ha estado o está embarazada como producto de la violación. Indague el tiempo de gestación.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
23.	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
24.	La ha golpeado durante el embarazo.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

CUADRO 7.1 (CONTINUACIÓN)

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
C. RIESGO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
25.	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
D. RIESGO DE MUERTE INMINENTE				
26.	La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
27.	La trató de ahorcar o asfixiar.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
28.	La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
29.	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
30.	Le disparó con alguna pistola o rifle.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.

Nota: Si la información reportada por la usuaria requiere la referencia de más de un tipo de servicio, elija el de mayor nivel de resolución.

2. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA USUARIA ANTE LOS EVENTOS VIOLENTOS

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
1.	¿Ha tenido trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
2.	¿Ha perdido interés en participar en actividades significativas para usted?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
3.	¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etcétera.)?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
4.	¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares o amigos?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
5.	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Atención especializada de Adicciones.
6.	¿Usted ha estado continuamente muy triste?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7.	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
8.	¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9.	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
10.	¿Tiene usted amigos/ amigas o familiares que pudieran apoyarle con hospedaje o dinero en caso de emergencia?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
11.	¿El lugar que piensa en caso de emergencia es un lugar donde su agresor no puede encontrarla?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Nota: Si la usuaria responde afirmativamente de 3 a 4 reactivos del 1 al 9, muestra signos claros de depresión y requiere apoyo psicológico y asistencia en la puesta en operación del plan de seguridad.

CUADRO 7.3

3. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA PELIGROSIDAD DEL AGRESOR ⁴³

No.	PREGUNTAS	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
1.	¿Existe alguna razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su generador de violencia?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
2.	¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
3.	¿Utiliza drogas o alcohol con frecuencia y tiene el efecto de agredirla severamente?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
4.	¿Tiene acceso a armas?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
5.	¿Participa en actividades delictivas?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
6.	¿Tiene nexos con grupos policíacos o militares?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
7.	¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del generador de violencia?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____

Nota: Si la usuaria responde afirmativamente a más de una de estas preguntas, el agresor es de alta peligrosidad, considere este factor en la elaboración del plan de seguridad.

Lineamientos para realizar el plan de seguridad

1. **Evaluación de la estabilidad emocional y los recursos internos que permitan a la mujer enfrentar el estrés y la violencia, así como la seguridad propia y la de sus hijos e hijas.** Cuestione sobre la forma en que la mujer resuelve sus dificultades y cómo ella ha logrado superar otros momentos de crisis. Una vez identificados estos recursos, valídelos.
2. **Evaluación de los recursos familiares de apoyo para un plan de emergencia (incluya amistades y personas conocidas).** Se incluyen aquí personas adultas en quienes ella confía para buscar su colaboración en una situación de huida, préstamo de dinero, o, sencillamente, para contarle a alguien sus problemas, sin recibir críticas o juicios.
3. **Evaluación de problemas concomitantes.** Por ejemplo, miembros de la familia con algún tipo de discapacidad, problemas económicos o enfermedades crónicas que obstaculizan la toma de decisiones.
4. **Priorización de problemas y necesidades.** Jerarquice los problemas y abórdelos de acuerdo al orden de prioridades y posibilidades.
5. **Evaluación del riesgo de maltrato a hijos e hijas.** En este punto es necesario preguntar abiertamente por la presencia de agresión física, sexual o emocional hacia los hijos e hijas.
6. **Evaluación de la peligrosidad del agresor.** En este punto es importante evaluar no sólo el riesgo de reincidencia, sino el riesgo de homicidio. También será muy importante evaluar la percepción de las mujeres sobre el agresor.
7. **Evaluación de situaciones especiales de alto riesgo.**
 - Si la mujer ha presentado una denuncia puede haber mayor riesgo para sufrir nuevas agresiones.
 - El embarazo.
 - Tener un hijo recién nacido.
 - Estar en proceso de separación o divorcio.

Plan de seguridad u autoprotección

ACCIONES QUE DEBEN LLEVARSE A CABO DESPUÉS DE HABER EVALUADO EL RIESGO

Un aspecto que contribuye sustancialmente a aumentar la seguridad de las mujeres es la realización de un plan de autoprotección o de seguridad.

Una vez que se ha evaluado conjuntamente con la usuaria el riesgo, es importante también analizar sus posibilidades para lo cual es recomendable desarrollar un plan de acción y seguimiento.

En este plan se deben tomar en consideración las acciones a realizar de manera inmediata y en el corto y mediano plazo. También deben anotarse las instituciones que apoyarán a la mujer y las estrategias para llevar a cabo el plan.

EJEMPLOS DE PLANES DE SEGURIDAD

Plan de seguridad para mujeres en situación de violencia:

1. Evaluación de cuatro incidentes de violencia: El primero, el incidente típico, el peor de todos y el último.
2. Detalles que anticiparon el incidente agudo:
 - ¿Qué dijo él?
 - ¿Cómo lo dijo?
 - Capacidad de escucha
 - Presencia de drogas o alcohol.
3. ¿Dónde comienza usualmente la violencia?: Sala, dormitorio, cocina, otro.
4. Dibujo de la casa (posible plan de escape), puertas, ventanas, salidas:
 - Bebé o hijos e hijas
 - Señales para los hijos e hijas mayores.
5. Cosas que necesita la mujer: dinero, ropa, medicinas, objetos de valor, documentos oficiales.
6. Ubicación en un lugar seguro: policía, familia, amigos, refugio.
7. **NO debe comunicar al agresor el plan. Tomar en cuenta condiciones para un posible regreso, el ciclo de la violencia y la posibilidad de muerte.**
8. Ensayo de salida (dos veces o más): ensayo verbal, dibujo de mapa y demostración.
9. Recomendar a la usuaria evitar enfrentamientos con el agresor.

PLANIFICACIÓN PERSONAL DE SEGURIDAD

I. Sugerencias para aumentar la seguridad en la relación:

- Tener los números de teléfono que son importantes, disponibles para mí y mis hijos e hijas.
- Yo le puedo contar a _____ y a _____ sobre la violencia y pedirles que llamen a la policía si oyen ruidos en mi casa.
- Si decido salir de la casa, yo me puedo ir a (4 sitios posibles):
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- Si salgo de la casa para protegerme, yo me llevaré:
 - El bebé y mis hijos o hijas pequeñas
 - Documentos: _____
 - Medicinas: _____
 - Objetos de valor:
 - Dinero
 - Otros: _____
- Para mantener mi seguridad e independencia yo debo:
 - Siempre tener una tarjeta telefónica.
 - Ejercitar la ruta de escape.
- Solo yo debo conocer mi plan de seguridad para evitar riesgos

Guía de información legal a usuarias

LA INFORMACIÓN LEGAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La violencia doméstica, psicológica, física o sexual, es un acto sancionado por las leyes en todas las entidades federativas, es decir, existen vías legales, y órganos especializados que se encargan de realizar acciones para proteger a las mujeres en situación de violencia y establecer responsabilidades para quienes la comenten.

Es importante que las mujeres conozcan la gama de opciones con las que cuentan para defenderse, solicitar medidas tendientes a su protección y acceder a la justicia. Los prestadores de servicios de salud tienen un papel fundamental en ello, ya que las tareas de prevención, detección y evaluación del riesgo,* tienen como objetivo evitar que las mujeres sigan expuestas a la violencia. Propiciar la intervención oportuna de los agentes de procuración de justicia es fundamental para lograrlo.⁴⁴

Los prestadores de servicios de salud deben de presentar a las mujeres las vías legales a su disposición, sin perder de vista que corresponde a la autoridad, ya sea penal, civil o administrativa encargada del tratamiento de la violencia, profundizar sobre la información legal y su aplicación. Esto significa que la información jurídica que los prestadores de servicios de salud den a la usuaria no sustituye la asesoría especializada, pretende hacer saber la existencia de alternativas legales, cuya instrumentación está a cargo de instituciones y organizaciones jurídicas.

A continuación se presenta el instrumento denominado **Orientación legal para mujeres en situación de violencia**.⁴⁵ Este instrumento contiene una breve descripción de la violencia familiar en general y las opciones legales ante ella, así como algunas observaciones que completan la orientación legal a las usuarias, según lo requiera cada caso. Esta misma estructura se presenta para las manifestaciones de violencia diferenciada por tipos: violencia psicológica, violencia física y violencia sexual. La información contenida en la sección que en todos los cuadros lleva por nombre **Opciones** es la información que usted brindará a la usuaria. Para utilizar esta herramienta recuerde:

- Las opciones descritas no plantean un camino unidireccional a seguir, plantean posibilidades que permiten a las mujeres reconocer alternativas legales.
- Propicie que en cada caso la mujer tenga libertad de decisión en la búsqueda de respuesta a sus expectativas.
- Propicie que las mujeres al tomar decisiones de tipo legal lo hagan sin sentirse obligadas por el personal en los servicios de salud.
- Cada caso tiene especificidades y por tanto cuestionamientos sobre procedimientos del ámbito legal que deben ser resueltos por profesionales de ese campo.

* Ver los capítulos correspondientes a estas actividades en este mismo manual.

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

VIOLENCIA DOMÉSTICA O FAMILIAR	
<p>Según la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, la violencia familiar, el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.</p>	
<p>Opciones</p> <p>Las mujeres pueden acudir a las autoridades penales cuando la ley considere a la violencia familiar un delito. Si elige esta vía, la mujer debe acudir al Ministerio Público más cercano al lugar donde ocurrieron los hechos. Esta vía da lugar a los juicios penales, y puede terminar con una sentencia en donde se establezca la sanción adecuada para el agresor.</p> <p>Desde el inicio de la denuncia se puede solicitar al Ministerio Público –dependiendo de la entidad federativa– medidas de protección o cautelares como las que se ejemplifican más adelante.</p> <p>Las mujeres en situación de violencia familiar, que consideren como una alternativa el divorcio pueden acudir ante el juez de lo familiar en la entidad federativa de la que se trate, siempre que el código civil contemple a la violencia o sus expresiones, como una razón o causa justificada de divorcio o cuando existan circunstancias que sean consideradas actos ilícitos o contrarios a la ley.</p> <p>La demanda de divorcio se presenta en los tribunales familiares de cada entidad federativa, con la asesoría de un abogado, con la finalidad de solicitar adecuadamente las medidas de protección para las mujeres en situación de violencia, el pago de alimentos, y la custodia de los hijos.</p> <p>La formulación adecuada de la demanda de divorcio, permite a las mujeres en situación de violencia obtener el amparo adecuado de las leyes y las instituciones, y con ello garantizar una vida plena para ellas y sus hijos e hijas.</p>	<p>Observaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunas conductas derivadas de violencia familiar son constitutivas de otros delitos como lesiones, amenazas o violación o incluso de otros delitos esto varía dependiendo de cada caso concreto. • En las entidades federativas en que la violencia familiar es un delito las leyes facultan al Ministerio Público para adoptar medidas preventivas para proteger la seguridad o integridad de las víctimas. • Una expresión frecuente de maltrato familiar es el uso a través de la violencia sexual en diferentes formas: menosprecio, insultos que involucran la sexualidad, explotación sexual, relaciones sexuales forzadas, manifestaciones que constituyen diversos delitos.

CUADRO 7.4 (CONTINUACIÓN)

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

<p>Las mujeres en situación de violencia pueden acudir ante la autoridad administrativa* cuando, en la entidad federativa donde vivan exista un órgano del Estado que tenga una ley que establezca un procedimiento para atender la violencia, este órgano puede variar de nombre algunos se llaman Unidades de Atención a la Violencia, y solo son instancias conciliadoras, por lo que no existen sanciones para los agresores, y no pasan de apercibimientos o multas que muchas veces agravan la condición de violencia familiar, debido a que el agresor se siente agredido por ser denunciado.</p> <p>La relevancia de estos órganos se debe a que cuando las mujeres en situación de violencia no desean divorciarse o acudir ante un Ministerio Público, pueden sentar precedentes ante la autoridad administrativa o llegar a acuerdos con el agresor, mediados por la autoridad administrativa.</p> <p>También ante estos órganos se pueden solicitar medidas de protección, canalización a refugios† y centros de apoyo psicológico y legal.</p>	
<p>VIOLENCIA PSICOLÓGICA Es el abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la estima hacia una o unas personas, mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor.</p>	
<p>Opciones</p> <p>Las mujeres en situación de violencia pueden acudir ante las autoridades a denunciar la violencia psicológica en las mismas vías que la violencia familiar.</p> <p>La violencia psicológica frecuentemente pasa desapercibida hasta que se combina con otros delitos aunque puede subsistir por sí misma, e incluso existe un medio de prueba idóneo para argumentar ante una autoridad el estar sufriendo violencia psicológica.</p>	<p>Observaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • El delito de amenazas tipificado en diversas entidades federativas es un caso típico de violencia psicológica sancionado por las leyes penales. Comete este delito el que amenace a otro con causarle un mal en su persona, bienes, honor o derechos, o en la persona, bienes, o derechos de alguien con quién esté ligado por algún vínculo.

* Artículo 12 Fracción X Ley del D. F.; Ley de Chiapas, Coahuila, Colima, Morelos, Sinaloa, Sonora, Tabasco. Es conveniente revisar la ley aplicable en su estado para verificar cuál de las instancias mencionadas está facultada específicamente.

† Proporcionan a las mujeres en situación de emergencia resguardo temporal y atención integral, son un recurso para la preservación de la seguridad y la vida de las mujeres en riesgo extremo. Los refugios o centros de crisis están disponibles en algunas entidades federativas, son administrados por el gobierno o por instituciones no gubernamentales, asumen diferentes modelos de intervención y funcionan con diversas reglas de admisión y permanencia que es conveniente conocer para la correcta referencia y canalización de las mujeres.

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

<p>VIOLENCIA FÍSICA</p> <p>Se refiere al uso de la fuerza física o de armas en ataques que lesionan o hieren como golpear, asfixiar, morder, arrojar objetos contra la otra persona, patear, empujar, utilizar un arma, como un revólver, cuchillo u objeto punzo cortante. El abuso físico suele agravarse a lo largo del tiempo y puede culminar con la muerte de la mujer.⁵</p>	
<p>Opciones</p> <p>Se cuenta con las mismas vías que la violencia familiar o doméstica agregando de acuerdo con la variación y gravedad de esta violencia, algunas posibilidades de acciones legales.</p>	<p>Observaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> En términos de las leyes penales lesionar, es causar a otro una alteración en su salud física, es un delito en toda la República, y se puede denunciar en el Ministerio Público más cercano al domicilio de la lesionada. Este delito se considera grave cuando las lesiones tardan en sanar más de quince días o dejan secuelas definitivas que transforman la vida de las mujeres.
<p>VIOLENCIA SEXUAL</p> <p>Los códigos penales de cada entidad federativa definen de manera diversa las agresiones sexuales o conductas sexuales que implican la comisión de un delito contra una persona.</p> <p>Al hacerlo, estas leyes protegen, por un lado, la libertad sexual de las personas, que de conformidad con las leyes, pueden decidir de manera libre sobre el ejercicio de su sexualidad y disponer de su patrimonio erótico-sexual; por otro lado, las leyes tutelan la seguridad sexual de las personas que, de conformidad con la ley, no cuentan con los elementos necesarios para hacer esta libre disposición por razones de edad o por vivir con alguna discapacidad física o mental.</p> <p>Los delitos sexuales incorporados a las leyes mexicanas son: violación, abuso sexual, hostigamiento o acoso sexual, y estupro.</p> <p>VIOLACIÓN</p> <p>La violación es la imposición de la cópula sin consentimiento, por medios violentos. Se caracteriza el delito en estudio, por la ausencia total de consentimiento del pasivo y la utilización de fuerza física o moral. Este concepto se refiere al tipo básico del delito, los subtipos de violación se examinarán en su oportunidad en el apartado correspondiente.</p> <p>La cópula en la violación se entiende en su sentido más amplio, esto es, no se limita a cópula por vía idónea entre varón y mujer, sino abarca cualquier tipo de cópula, sea cual fuere por el que se produzca la introducción.</p> <p>Respecto del sujeto pasivo, puede ser cualquier persona con independencia de sexo, edad, conducta o cualquier otra situación personal, de manera que la violación puede cometerse en personas del sexo masculino o femenino, menor de edad o adulto, púber o impúber, de conducta digna o indigna, en fin, en cualquier sujeto.</p> <p>La violencia puede ser física o moral, por violencia física se entiende la fuerza material que se aplica a una persona y la violencia moral consiste en la amenaza, el amago que se hace a una persona de un mal grave presente o inmediato, capaz de producir intimidación. Debe existir una relación causal entre la violencia aplicada y la cópula, para que pueda integrarse cuerpo del delito y probable responsabilidad.</p> <p>Se considera violación equiparada a la penetración anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento, con: persona menor de doce, trece o catorce años de edad. Si se trata de una persona menor de doce, trece o catorce años –dependiendo de la legislación de la entidad federativa de que se trate– o está privada de razón o sentido, la conducta se castiga aunque no se haya utilizado violencia.[†]</p>	

† Entidades federativas como Colima, Chiapas, Puebla, Hidalgo, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo y Yucatán no explicitan en sus definiciones de violación que la cópula oral sea una forma de cometer el delito. En esos casos, habrá que revisar si los actos de aplicación concreta de esta tipificación la consideran implícita en el concepto "cópula".

CUADRO 7.4 [CONTINUACIÓN]

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

<p>Los abusos sexuales se consideran delitos graves cuando se ejecutan contra los mismos sujetos o sujetas de la violación equiparada: personas menores de doce, trece o catorce años de edad, personas que viven con alguna discapacidad física o mental, personas privadas de razón o sentido. En estos casos, al igual que ocurre con la violación, el consentimiento de la persona no cancela la ilicitud de la conducta.</p> <p>Las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio en algunas entidades de la República se denomina como violación entre cónyuges y en otras se considera como violación en general.</p> <p>HOSTIGAMIENTO SEXUAL También llamado acoso sexual. Consiste, en términos generales, en el asedio reiterado que con fines lascivos (molestia sexual) se realiza sobre personas de cualquier sexo.</p> <p>ABUSO SEXUAL O ATENTADOS AL PUDOR Los códigos penales del país consideran como delito la ejecución de un acto erótico sexual, sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula sin el consentimiento de la persona**</p>	
<p>Opciones</p> <p>Las mujeres que sufren violencia sexual pueden acudir ante las mismas autoridades que sancionan los otros tipos de violencia, pero existen consideraciones especiales pues la violencia sexual es una de las formas más graves y degradantes de violencia contra las mujeres. Las mujeres que sufren una agresión sexual requieren atención especializada, debido al grave impacto en la salud que éste representa por lo que en muchas entidades federativas se cuenta con agencias especializadas para atender en la vía penal la violencia sexual contra las mujeres, sin embargo las mujeres que sufran una agresión sexual pueden acudir a cualquier Ministerio Público y éste tiene la obligación de canalizarlas y acompañarlas a la agencia especializada en delitos sexuales.</p> <p>La interrupción de un embarazo producto de un acto de violencia sexual es una opción legal en todo el país. (Aborto médico) ¹</p> <p>Esto significa, que las mujeres tienen derecho a interrumpir el embarazo producto de una violación, para lo que es necesario acudir ante el Ministerio Público a denunciar el delito de violación, y solicitar la autorización para la interrupción de su embarazo, a la autoridad competente, mismo que de la manera más pronta posible debe autorizar y canalizar a una institución de servicios médicos en donde se realizará la interrupción de manera que no represente un riesgo para las mujeres en esta circunstancia.</p>	<p>Observaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • La violencia ejercida sobre las mujeres neutraliza o elimina la oposición a la realización del acto sexual, puede ser mediante la utilización de medios físicos o la utilización de medios psicológicos. • La denuncia ante el ministerio público cobra especial relevancia en los casos de violación, ya que ésta es requisito indispensable para obtener la autorización para la interrupción legal de un embarazo forzado.

** Son ejemplos de abuso sexual: los tocamientos lascivos impuestos, las nalgadas, los frotamientos o tocamientos en genitales, el forzamiento a realizar tocamientos al agresor, la exposición a la pornografía, la observación forzada de actos sexuales entre otras personas, etc.

Entre las medidas cautelares o de protección en la legislación mexicana podemos mencionar:

- Separación del agresor del domicilio compartido.
- Prohibición al agresor de ir a lugares determinados, tal como el domicilio o el lugar donde trabajan o estudian los agraviados.
- Prohibición al agresor de aproximación hasta cierta distancia de los y las agraviadas.
- Apercibimiento de no esconder o remover a los menores de edad procreados con la peticionaria.
- Apercibimiento de no disposición de los bienes de la agraviada o de los pertenecientes a la sociedad conyugal.
- Reincorporación al domicilio de quien ha salido por razones de seguridad personal.
- Otorgamiento de la guarda y custodia provisional de los y las hijas a la peticionaria.
- Fijación de la pensión alimenticia provisional.

CUADRO 7.5

ENTIDAD FEDERATIVA	VIOLACIÓN		VIOLACIÓN INSTRUMENTADA	
	Entidad federativa en donde es delito	Entidades federativas en donde NO se explicitan en sus definiciones la cópula oral como forma de delito (*)	Entidades federativas que la consideran como violación	Entidades federativas que le atribuyen penalidad diferente y ligeramente menor
Aguascalientes	*			
Baja California	*		*	
Baja California Sur	*		*	
Campeche	*	*	*	*
Coahuila	*		*	*
Colima	*	*	*	
Chiapas	*	*	*	
Chihuahua	*		*	
Distrito Federal	*		*	
Durango	*	*	*	*
Guanajuato	*		*	
Guerrero	*		*	
Hidalgo	*	*	*	*
Jalisco	*		*	
México	*		*	
Michoacán	*			
Morelos	*		*	
Nayarit	*	*	*	
Nuevo León	*		*	
Oaxaca	*		*	*
Puebla	*	*	*	*
Querétaro	*	*	*	
Quintana Roo	*	*	*	
San Luis Potosí	*		*	
Sinaloa	*		*	
Sonora	*		*	
Tabasco	*		*	*
Tamaulipas	*		*	
Tlaxcala	*		*	
Veracruz	*		*	
Yucatán	*	*	*	
Zacatecas	*		*	

(CONTINUACIÓN) CUADRO 7.5

ENTIDAD FEDERATIVA	VIOLACIÓN EQUIPARADA	VIOLACIÓN ENTRE CÓNYUGES	DENOMINACIÓN DEL ABUSO SEXUAL POR ENTIDAD FEDERATIVA			
	Límites de edad para el delito de violación equiparada por entidad (años)	Entidades federativas que tipifican este delito	Abuso sexual	Abusos deshonestos	Atentados al pudor	Otros (**)
Aguascalientes	12				*	
Baja California	14		*			
Baja California Sur	12	*			*	
Campeche	12				*	
Coahuila	12				*	
Colima	12			*		
Chiapas	12	*	*			
Chihuahua	14	*	*			
Distrito Federal	12	*	*			
Durango	14	*		*		
Guanajuato	12	*	*			
Guerrero	12			*		
Hidalgo	12	*				2
Jalisco	10				*	
México	15					2
Michoacán	12	*		*		
Morelos	12		*			
Nayarit	11				*	
Nuevo León	11				*	
Oaxaca	12	*	*			
Puebla	12				*	
Querétaro	12	*		*		
Quintana Roo	14		*			
San Luis Potosí	12	*	*			
Sinaloa	12				*	
Sonora	12			*		
Tabasco	12		*			
Tamaulipas	12	*				1
Tlaxcala	14				*	
Veracruz	14	*	*			
Yucatán	12	*	*			
Zacatecas	12					3

CUADRO 7.5 (CONTINUACIÓN)

ENTIDAD FEDERATIVA	VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.				ENTIDADES FEDERATIVAS DONDE EXISTEN MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y TIPO DE INSTANCIA		
	Delito	Causal de divorcio	Acto ilícito civil	Leyes administrativas	Vía penal	Vía civil	Vía administrativa
Aguascalientes	*	*	*		*	*	
Baja California	*			*			
Baja California Sur	*	*	*		*	*	
Campeche	*	*	*	*	*	*	*
Coahuila	*	*		*	*	*	*
Colima	*	*	*	*	*	*	*
Chiapas	*	*	*	*	*	*	*
Chihuahua	*	*	*			*	
Distrito Federal	*	*	*	*	*	*	
Durango	*	*		*	*	*	
Guanajuato	*	*		*			
Guerrero	*			*			
Hidalgo	*				*		
Jalisco	*	*			*	*	
México	*			*	*		*
Michoacán	*	*		*		*	
Morelos	*	*		*	*	*	*
Nayarit	*	*	*		*	*	
Nuevo León	*	*	*		*	*	
Oaxaca	*	*				*	
Puebla	*	*	*	*	*	*	
Querétaro	*	*		*		*	
Quintana Roo	*	*		*	*	*	*
San Luis Potosí	*	*	*	*	*	*	
Sinaloa	*	*		*		*	*
Sonora	*	*	*	*	*	*	*
Tabasco	*	*		*	*	*	*
Tamaulipas		*		*			*
Tlaxcala	*	*		*			
Veracruz	*	*	*		*	*	
Yucatán	*			*	*		
Zacatecas	*		*		*		

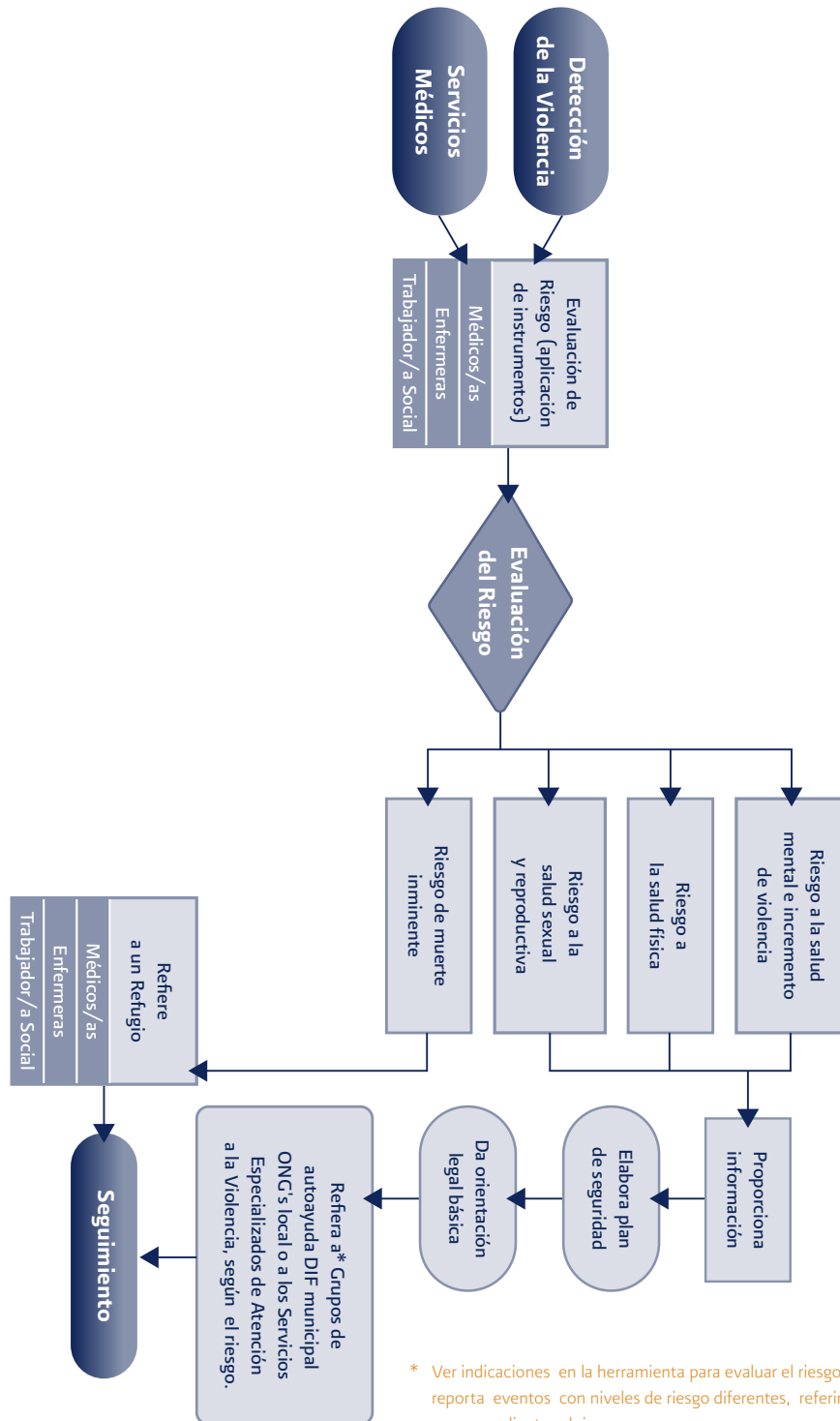
* No está tipificada de manera explícita como violencia familiar, se encuadra en el catálogo de delitos contra la familia.

II. Sugerencias para aumentar mi seguridad cuando se acaba la relación:

- Yo podría: cambiar las cerraduras de las puertas, instalar puertas de metal y poner un sistema de luces fuera de la casa.
- Informarle a _____ y a _____ que mi compañero ya no vive conmigo y si lo ven cerca de mis hijos o de mi casa que llamen a la policía.
- Voy a dejar con la persona que cuida a mis hijos, una lista de nombres de quienes pueden recogerlos. Las personas autorizadas son: _____ , _____
- Puedo hablar con _____ en el trabajo acerca de mi situación.
- Podría evitar las tiendas, bancos y _____ que usaba mientras yo y mi pareja estábamos juntos.
- Podría obtener una medida de protección, por ejemplo: _____
- Si siento que quiero regresar con la persona que me maltrataba, yo llamaré a _____
- Los números de teléfono de importancia son: _____ , _____
- Lista de documentos y objetos para llevarme:
 - Carnet de seguro social,
 - Credencial IFE,
 - Boletas o documentos escolares de mis hijos,
 - Órdenes de protección,
 - Papeles de divorcio,
 - Papeles del seguro,
 - Los juguetes,
 - Dinero,
 - Libretas del banco,
 - Tarjetas de crédito,
 - Artículos de valor sentimental,
 - Libreta de teléfonos,
 - Libros de mis hijos,
 - Medicina,
 - Ropa,
 - y _____ , _____ , _____ .

FIGURA 7.1

CONSEJERÍA ESPECIALIZADA
EVALUACIÓN DEL RIESGO, PLAN DE SEGURIDAD Y ORIENTACIÓN LEGAL



* Ver indicaciones en la herramienta para evaluar el riesgo, si la usuaria reporta eventos con niveles de riesgo diferentes, referirla a los servicios correspondientes al riesgo mayor.

Glosario

- **Abandono:** al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios de sus miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- **Autonomía:** Designa tanto la capacidad de los individuos como de los pueblos de gobernarse o determinarse a sí mismos; en ella se incluye la no dependencia y la libertad para generar normas o criterios internos de decisión y actuación.
- **Consejería y acompañamiento:** Al proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una decisión libre e informada. (Nom. 046).
- **Desigualdad de género:** distancia y/o asimetría social entre mujeres y hombres. La desigualdad de género se relaciona con factores económicos, sociales, políticos y culturales cuya evidencia y magnitud puede captarse a través de las brechas de género.

Empoderamiento: Tener control sobre las decisiones y los asuntos que afectan la vida de uno/a. Eso implica tener representación en los cuerpos de toma de decisiones, un nivel de control sobre la distribución de recursos, y participación en procesos de planificación.

Empoderamiento para la salud: Es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

- **Empoderamiento:** De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, “es el proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades”. El objetivo estratégico del empoderamiento es dar poder a las mujeres pero entendiendo éste no como un ejercicio de dominación sobre otros, sino como la capacidad efectiva de controlar las fuentes del poder social. Para ello, es fundamental aumentar la “capacidad de las mujeres de confiar en sí mismas e influir en la dirección de los cambios mediante la habilidad de ganar el control sobre recursos materiales y no materiales fundamentales”.
- **Evento más reciente de violencia:** al suceso que reporte la o el usuario de los servicios de salud al momento de la consulta o que diagnostique la o el médico como la última ocasión en que fue objeto de violencia física, psicológica o sexual.

Equidad: La resolución de inequidades que son innecesarias, evitables e injustas. La equidad es distinta al concepto de la igualdad. No significa un distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo. El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, reconoce que en México persisten grandes inequidades de género que "...se manifiestan en las actuales condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación y violencia en las formas de relación entre mujeres y hombres, en los ámbitos familiar, social e institucional". "...No existe una cultura de género que permita diferenciar necesidades, prioridades y condiciones de la población femenina y masculina".

- **Equidad de género en la atención de la salud:** La equidad de género en la atención de la salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres; exige, por el contrario, que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico.

Género: El género es una categoría utilizada para analizar como se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad. Por tanto, el concepto de género alude a las formas históricas, económicas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en los grupos, en la a sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo.

Género como determinante de salud: Las mujeres y los hombres cumplen diferentes roles dentro de diferentes contextos sociales, los cuales influyen su comportamiento de riesgo y de salud, y afecta el grado hasta el cual las mujeres y los hombres tienen acceso y control sobre los recursos y la toma de decisiones necesarios para proteger su salud. Eso resulta en patrones desiguales de riesgo de salud, uso de servicios de salud, y estado de salud.

- **Igualdad entre mujeres y hombres:** Implica la eliminación de toda forma de discriminación, en cualquier ámbito o etapa de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo.
(Artículo 6 de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres).
- **Maltrato económico:** al acto de control o negación de ingerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.
- **Maltrato físico:** acto de agresión que causa daño físico.
- **Maltrato psicológico:** a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- **Maltrato sexual:** a la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.
- **Plan de seguridad:** Conjunto de acciones orientadas a prevenir un evento de violencia y/o a asegurar su integridad y la de sus hijas e hijos.

Participación social: proceso que permite involucrar a la población y a las instituciones de los sectores público, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr relaciones libres de violencia.

Participación comunitaria: proceso de incorporación del trabajo de los grupos comunitarios organizados para impulsar las acciones de salud que contribuyan a garantizar una resolución no violenta de los conflictos.

Perspectiva de género: Se refiere a tener en cuenta el lugar y el significado que las sociedades dan al varón y a la mujer en su carácter de seres masculinos o femeninos. Reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual.

- **Refugio:** al espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia y que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva género. El domicilio no es del dominio público.

Violencia de género:

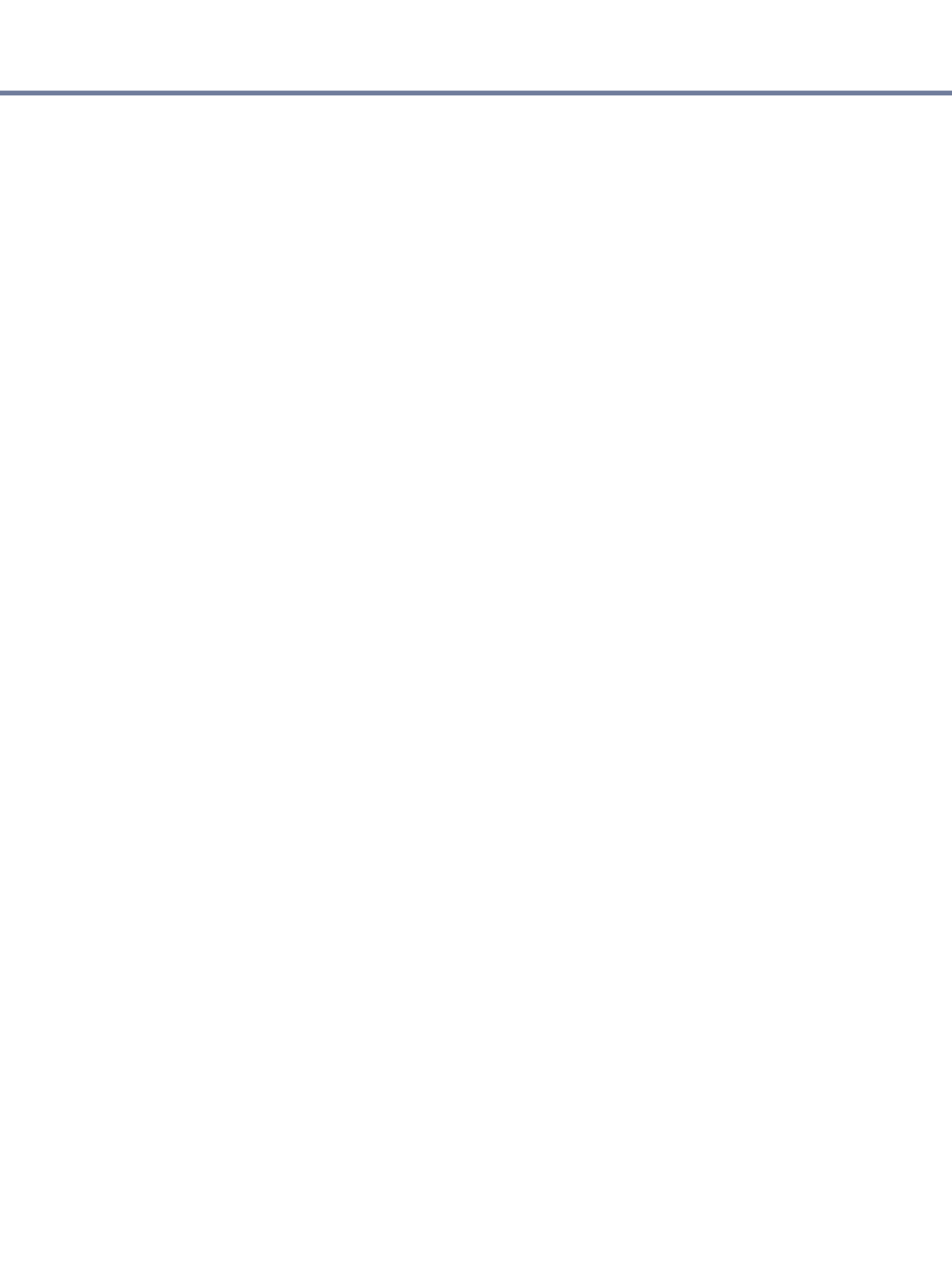
- **Violencia familiar:** el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende:
- **Violencia sexual:** a todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Transversalidad de género: Se entiende como la necesidad de que el esfuerzo por avanzar en la igualdad de género sea integral y afecte todo los niveles de una organización. El enfoque de equidad de género debe ser aplicado en todas las políticas, estrategias, programas, actividades administrativas y económicas e incluso en la cultura institucional de una organización, para contribuir verdaderamente a un cambio en la situación de desigualdad genérica.



CAPÍTULO 8

REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y SEGUIMIENTO



CAPÍTULO 8

REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y SEGUIMIENTO

REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y SEGUIMIENTO

Se refiere al procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios tales como refugios o albergues para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las mujeres en situación de violencia.

Dentro de la competencia de los servicios de salud está atender los efectos y aminorar los riesgos de las mujeres ante la violencia. Las actividades de referencia, contrarreferencia y seguimiento consolidan un proceso integral de atención con servicios de asesoría legal, atención psicológica y servicios médicos de especialidades y sitios de refugio para mujeres en riesgo extremo. En este proceso se hace necesaria la conjugación de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para ofrecer a las usuarias una atención integral, oportuna, de calidad y con perspectiva de género, se requiere de la articulación de voluntades institucionales y de la sociedad civil.

RESPONSABLES DE LA REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y EL SEGUIMIENTO

El formato de referencia institucional deberá llenarlo el personal a cargo de la atención médica o psicológica y cuando la referencia sea fuera de la red institucional y se cuente con un formato diferente al establecido podrá hacerlo otro personal de atención a la salud.

Este formato debe ser integrado al expediente clínico, e informar al área de trabajo social para que realice las gestiones pertinentes y haga el seguimiento. Esta tarea está diseñada para el área de trabajo social cuando las acciones se realizan en una unidad médica que cuenta con este recurso, sin embargo, de no existir, el personal médico o de psicología que realice la referencia deberá continuar el proceso de acuerdo a los recursos disponibles.

En los casos en que las usuarias lleguen de primera instancia a los servicios especializados, se deberá considerar la unidad de primer nivel de atención para la contrarreferencia y el posible seguimiento, mediante acciones coordinadas de forma directa con el responsable de la unidad o mediante la jurisdicción.

PROCESO DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Elementos básicos para la referencia:

- En todas las unidades de atención se deberá contar con el formato de Referencia/Contrarreferencia y un formato alternativo para las referencias a unidades fuera de la institución cuando así se requiera.
- Es necesario contar con un Directorio de Unidades que presten servicios en atención a la violencia, previamente validados.
- Acordar con la usuaria el mecanismo para el seguimiento en caso necesario.
- Informar a las usuarias sobre las características y calidad de la atención que recibirá en el servicio al que va a ser referida, con todos los datos concernientes al mismo, incluido tipo de servicio, ubicación y enfoque.

El envío de pacientes entre las diferentes unidades se hará considerando:

- a) La capacidad resolutive de la unidad receptora.
- b) Que la unidad receptora cuente con personal capacitado y con los insumos apropiados para la atención de las usuarias.
- c) El servicio más cercano, accesible o estratégico para la usuaria.

Las acciones de coordinación interinstitucional dependen del personal responsable de la planeación estatal, quienes deben proporcionar a las unidades de salud un directorio de contactos en los ámbitos local, regional y nacional que facilite la referencia y contrarreferencia a otros servicios de atención y apoyo. No obstante el personal de los servicios especializados puede realizar acciones de coordinación a nivel local o regional que favorezcan la canalización de las usuarias a otros servicios.

Es una gran responsabilidad referir a las mujeres a otras instituciones, es fundamental que la atención que reciban sea de alta calidad. Para ello a nivel operativo, los equipos especializados y las áreas de trabajo social deben disponer del directorio así como acordar la estrategia para garantizar la atención integral de las mujeres en situación de violencia en estos lugares.

SUGERENCIAS PARA EL CORRECTO USO DEL DIRECTORIO

1. Identificar los diferentes pasos que tienen que seguir las mujeres en situación de violencia (ruta crítica)

El conocimiento de la ruta crítica que deben seguir las mujeres para obtener servicios de apoyo (médico, legal, psicológico, económico, de seguridad y protección) es uno de los factores de éxito, permite orientar adecuadamente a las usuarias e identificar oportunidades para mejorar el acceso de ellas a servicios de alta calidad.

Esta ruta es diferente en cada entidad federativa y región.

2. Identifique las diferentes instituciones que prestan servicios de apoyo a mujeres en situación de violencia en su localidad

Elabore un mapa catálogo de las instituciones que prestan servicios de apoyo a mujeres en situación de violencia, existentes tanto en el área geográfica cercana a la unidad de salud como aquéllas que estando más distantes podrían ser estratégicas.

Entre las instituciones de mayor importancia se encuentran:*

- Salud: Instancias del sector salud cercanas con mayor capacidad de resolución que su propia unidad, segundo y tercer nivel de atención, unidades de salud adscritas a otros sistemas de salud. Sector médico privado sensible a los problemas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres: consultorios médicos, parteras y hospitales privados.
- Justicia: Instituciones y organizaciones que ofrecen apoyo legal, por ejemplo, agencias del Ministerio público, agencias especializadas en delitos sexuales, centros de apoyo públicos o privados, universidades, bufetes privados y policía.
- Apoyo psicológico: Instituciones y organizaciones que ofrecen apoyo psicológico: centros de apoyo dependientes de la procuración de justicia, organizaciones no gubernamentales, grupos de profesionales en el área, universidades.
- Refugio: Espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia y que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva de género. El domicilio no es de dominio público.

* Es importante identificar instituciones que si bien de manera inmediata no prestan servicios de apoyo, tienen posibilidades de generarlos, por ejemplo las facultades de psicología, derecho, medicina y enfermería de las universidades.

- Apoyo social y económico para la recuperación:
 - Instituciones y organizaciones que ofrecen o podrían ofrecer apoyo social, económico o de protección y seguridad: servicios de empleo, capacitación para el trabajo, refugios, etc.
 - Aliados del sector social: líderes comunitarios y líderes de opinión de medios de comunicación. Es recomendable incluir a este tipo de aliados, ya que pueden fortalecer la red de apoyo a las mujeres.

Cada una de estas instituciones podrá nombrar a otras instituciones locales que podrían ser incluidas. Se deben considerar instituciones que se ocupan de temas relacionados con la violencia, como el abuso de alcohol y drogas, así como las que ofrecen servicios a hijas/hijos expuestos a la violencia.

3. Verifique la siguiente información de cada institución

Es recomendable verificar la información disponible sobre las instituciones u organizaciones que prestan servicios de atención incluyendo las cuatro categorías descritas: salud, justicia, apoyo psicológico, apoyo social y económico.

Las siguientes preguntas son útiles para recopilar la información^{**,**}

- ¿Qué tipo de servicios presta actualmente su organización a mujeres en situación de violencia?
- ¿Cuál es el perfil de las usuarias?
- ¿Provee servicios directos o hace referencia?
- En el caso de que tenga que hacer una referencia, ¿a cuáles instituciones refiere?
- ¿Qué criterio usa para hacer estas referencias?
- ¿Qué medidas de seguridad sugiere o adopta para las mujeres?
- ¿Conoce otras instituciones que proveen servicios para mujeres en situación de violencia?

Además, es importante asegurarse de conseguir la información práctica como:

- El nombre y acrónimo de la institución.
- Información de contacto (dirección, número de teléfono, fax, correo electrónico, etcétera.).
- Horario y días de servicio.
- Cómo hacer una cita.
- Los tipos de servicios disponibles.
- El costo de los servicios.
- Requisitos de acceso.
- Identificar a la persona o personas a quienes se puede dirigir directamente.

4. Visite las instituciones y valide los servicios

Uno de los elementos cruciales es la validación de los servicios, ya que en muchas ocasiones los servicios que se ofertan no coinciden con la realidad de los mismos.

Los criterios básicos a valorar en las instituciones de apoyo son:

- Tipo de servicios: Identifique el objetivo y las características específicas de los servicios que se prestan. Verifique duración o temporalidad de los servicios.
- Enfoque: Identifique el enfoque institucional para abordar problemas relacionados con violencia contra las mujeres. Detecte si el enfoque coincide con una perspectiva de derechos humanos, género y salud pública, así como la no victimización secundaria, es decir que los mecanismos de información entre instituciones eviten la repetición de interrogatorios, exploraciones o número excesivo de sesiones.
- Actividades: Solicite observar las actividades que realiza la institución y pida autorización para hablar con algunas de las usuarias.

5. Formalice los acuerdos y defina los mecanismos de operación

La mejor manera de garantizar la coordinación de esfuerzos es establecer convenios de colaboración formales, ya que éstos facilitan la institucionalización y favorecen una coordinación continua.

Es de gran importancia también formalizar los criterios de atención y los mecanismos de operación para la referencia y contrarreferencia. Formalizar el qué y cómo de la atención a estos casos.

6. Organice reuniones periódicas entre las diferentes instituciones

Un aspecto crucial de éxito será el intercambio continuo entre las instituciones, lo cual permitirá el conocimiento personal de cada una de las y los profesionales vinculados, el análisis de casos específicos y el monitoreo de los mecanismos de operación.

Usar correctamente el directorio es uno de los factores de éxito, ya que permite orientar adecuadamente a las usuarias y, paralelamente, identificar oportunidades para mejorar el acceso de las mujeres a servicios de alta calidad.

Seguimiento

El seguimiento es el proceso mediante el cual, emprendiendo acciones específicas, nos cercioramos de que la mujer ha obtenido una atención integral de calidad de las instancias a las que hemos considerado pertinente canalizarla. Además, es factible que después de acciones de detección y evaluación de riesgo, estimemos oportuno estar en contacto directo con la usuaria en riesgo para verificar su seguridad.

Para facilitar labores de seguimiento, el área encargada integrará un expediente absolutamente confidencial de la usuaria que contenga:

- Plan de seguimiento que incluya los datos de localización de la usuaria y de las personas que integran su red de apoyo, donde se indiquen mecanismos de comunicación y de ser necesario formas de abordaje para la visita domiciliaria.
- Resumen del expediente clínico, fundamentalmente en lo que se refiere a las atenciones médicas vinculadas con la situación de violencia.
- Hoja de evaluación del riesgo y datos esenciales del plan de seguridad diseñado.
- Listado de las instancias a las que ha sido canalizada y los resultados reportados de esa canalización.

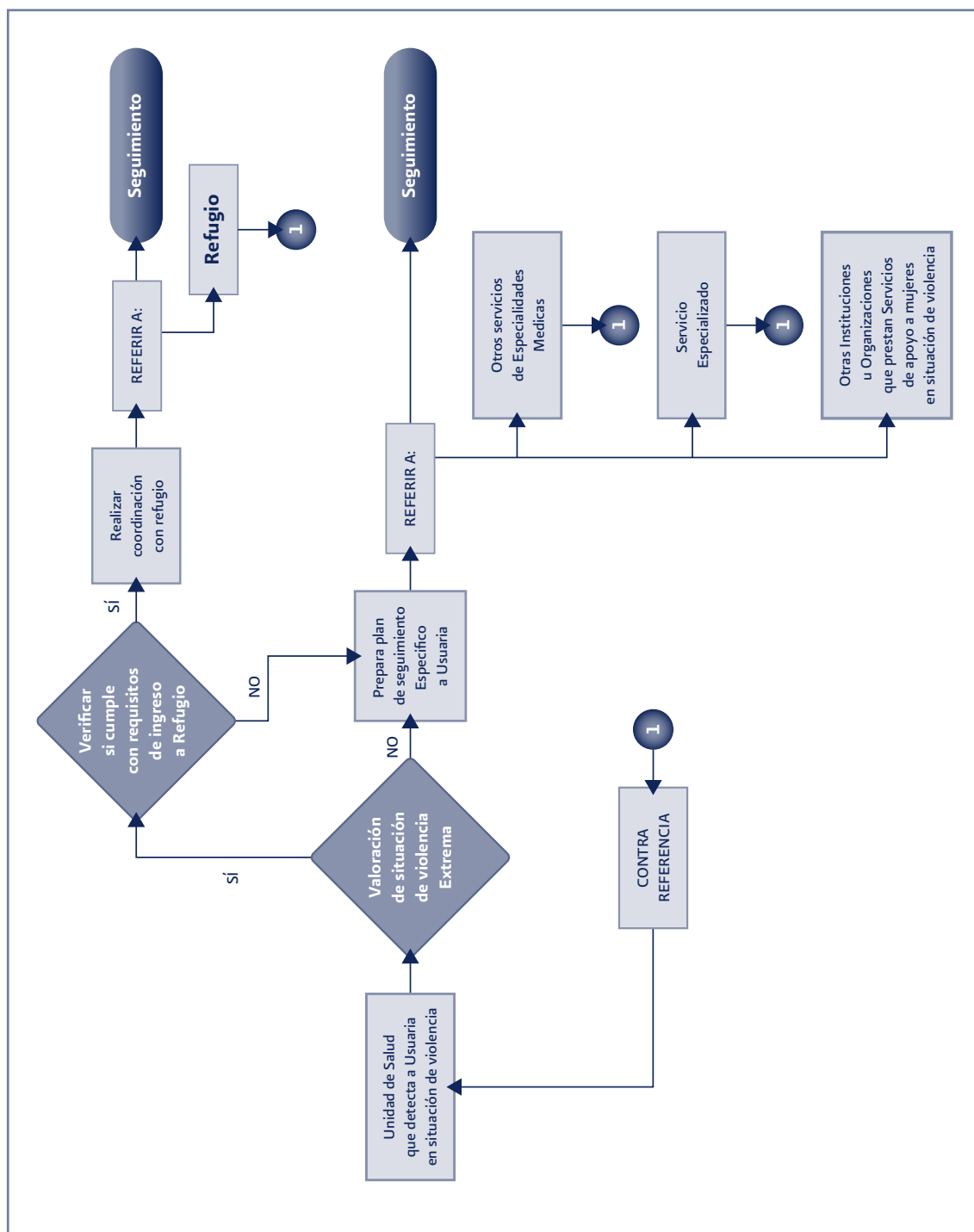
Recomendaciones de acciones específicas para el seguimiento:

- Proponer una o varias entrevistas de seguimiento a la usuaria después de la canalización.
- Asumir un plan de llamadas telefónicas, que cumplirá cabalmente, para conocer la situación de la usuaria y sus condiciones de seguridad.
- Realizar un monitoreo periódico de las instancias receptoras para verificar el estado de los casos que ha canalizado.
- Llevar a cabo visitas domiciliarias, cuando esto no aumente el riesgo para la usuaria, en aquellos casos en que éstas han abandonado el proceso de atención.

Aún cuando las actividades propias de los servicios de salud hayan concluido, es importante que el personal a cargo no pierda de vista que el seguimiento permite construir un puente de servicios continuados para quienes viven violencia en un marco de certidumbre y seguridad.

FIGURA 8.1

REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y SEGUIMIENTO
ESENCIAL Y ESPECIALIZADA



SECCIÓN III

PREVENCIÓN

Capítulo 9

Promoción de la salud

Referencias

Bibliografía



CAPÍTULO 9

PROMOCIÓN DE LA SALUD



CAPÍTULO 9

PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Muchas personas que conviven con la violencia casi a diario la asumen como consustancial a la condición humana, pero no es así. Es posible prevenirla, así como reorientar por completo las culturas en las que impera... los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden cambiar la situación.”

Nelson Mandela²⁵

La promoción de salud está íntimamente relacionada con la concepción de salud integral establecida por la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴⁶ En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud se considera además que “la buena salud es una dimensión importante de la calidad de vida”⁴⁶ y del desarrollo humano en su más amplia comprensión.

En este sentido la **promoción de salud** consiste en proveer a la población de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. Para alcanzar un nivel adecuado de salud física, mental y social, las personas o los grupos de población deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas, deben desarrollar su capacidad de visualizar y plantearse contradicciones de su relación con el entorno material y humano, a partir de las cuales inicie procesos de cambio y solución de estas en el sentido del crecimiento. De aquí que la Organización Panamericana de la Salud ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población en el contexto de su vida cotidiana.

La promoción de salud requiere de una amplia y activa participación de las personas en la modificación de las condiciones sanitarias, ambientales de su entorno y en sus propios estilos de vida, todo lo que conduce a la creación de una cultura de salud en la población.

La Norma O46 establece a la promoción de la salud como una estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud. Brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar más los determinantes de salud.

Prevención

La prevención es definida como la protección contra los riesgos. De acuerdo con la OMS, la prevención puede ser de tres tipos:

- **Prevención primaria.** Son actuaciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra. Va dirigida a población general o población con alto riesgo de sufrir o infringir violencia.
- **Prevención secundaria (reparación del daño).** Son medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia como la atención pre-hospitalaria, los servicios de urgencia, la prevención de ITS, VIH/SIDA o embarazo. Estas se dan después de la violencia y están dirigidas a las sobrevivientes de estos actos.
- **Prevención terciaria (rehabilitación).** Son intervenciones centradas en la atención prolongada después de actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, y los intentos por aminorar los traumas o discapacidades de larga duración asociadas con la violencia. Están encaminados a la rehabilitación de las personas en situación de violencia y sobrevivientes.

Las intervenciones de prevención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres deben dirigirse a la **eliminación de las causas** y a **atenuar las condiciones que la favorecen**. Para ello, las medidas de prevención deben combinar estrategias en los diferentes niveles en los que se manifiesta la violencia: el **individual** y **familiar**, el **comunitario** y el **social**.

La prevención de todas las formas de violencia, la atención integral de calidad a las/os afectados, la promoción de una cultura de la no violencia, la participación activa del sector salud en las instancias locales, estatales y nacionales de **coordinación interinstitucional e intersectorial**, la participación efectiva de las comunidades en la toma de decisiones, operación de las acciones y monitoreo de los programas⁴⁷ articulan la estrategia general de la Secretaría de Salud para enfrentar y eliminar la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

La NOM -046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención incluye la prevención en la definición de atención médica de la violencia familiar o sexual¹ y afirma que *“Para combatir la violencia familiar y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar la equidad entre las personas, mediante la construcción de una cultura basada en el reconocimiento y respeto de los derechos humanos”*.¹

En los apartados 6.1.1 al 6.1.3.3 la NOM-046 describe la participación del personal de salud en actividades de promoción de la salud y prevención a través de tres diferentes vertientes: **educación para la salud, participación social y comunicación educativa**.

Educación para la salud

En materia de **educación para la salud**, la norma establece que los prestadores de servicios del sector público deberán:

- Participar en el diseño y ejecución de programas educativos para la prevención y detección temprana de la violencia familiar o sexual dirigidos a la población en general.
- Promover estilos de vida saludables que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias, como se derivan desde las perspectivas de equidad y género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico y libre de violencia.

ACCIONES EN EL ÁMBITO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud en materia de violencia familiar, sexual y de género. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Promoción de la Salud participarán en la elaboración de materiales de apoyo y difusión para el trabajo en las unidades de salud de todo el país. La labor de los y las prestadoras de servicios de salud es conocer este material, aplicarlo o adaptarlo a las necesidades y realidad de cada comunidad.
- Incorporar los temas de prevención de la violencia a los programas de promoción de la salud y municipios saludables. Enfatizar el respeto y equidad entre las personas, familias y comunidades, la búsqueda de equidad entre mujeres y hombres, jóvenes y adultos, y la resolución no violenta de conflictos.
- Incorporar los contenidos de los ejes temáticos de prevención de violencia a las actividades de sensibilización y capacitación que se realizan en los servicios de salud.

Participación social

En materia de **participación social** la norma plantea que el personal que presta servicios de atención médica deberá:

- Promover la integración de grupos, de promotores comunitarios y de redes sociales¹⁶ en materia de violencia familiar y sexual para informar, orientar, detectar y canalizar casos de violencia, y promover el derecho a una vida sin violencia y la resolución pacífica de los conflictos, en coordinación con las dependencias competentes, con la finalidad de estimular la participación en acciones de detección, información y orientación.
- Promover acciones conjuntas para la prevención de la violencia familiar o sexual con autoridades comunitarias y municipales, así como con la sociedad civil organizada, el sector privado, especialistas en violencia familiar y sexual, entre otros, en coordinación con las dependencias competentes.

ACCIONES EN EL ÁMBITO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Fomentar y apoyar la creación de redes comunitarias. Estas redes pueden planificar y coordinar acciones en los ámbitos de prevención y difusión, que promuevan la atención y rehabilitación. La participación social implica que las comunidades visibilicen el problema específico en su comunidad y participen en la identificación de posibles soluciones para implantarlas con el apoyo de los diferentes sectores.
- Sensibilizar y capacitar a las y los líderes y promotores comunitarios y reunirse periódicamente con ellos para promover acciones conjuntas. Las organizaciones de mujeres y grupos afines juegan un papel primordial en la consolidación de redes.

Comunicación educativa

En el apartado referente a la comunicación educativa, la norma indica que los prestadores de servicios de salud del sector público deberán:

- Participar en el diseño, ejecución y evaluación de campañas educativas para orientar, motivar e informar a la población sobre las formas en que se puede prevenir y combatir la violencia familiar o sexual en coordinación con las dependencias competentes.
- **Promover la participación activa de la población y realizar acciones en las comunidades tendientes a prevenir la violencia familiar o sexual.**
- Apoyar la coordinación con otras dependencias para reforzar sistemas educativos para la prevención de la violencia familiar o sexual.

ACCIONES EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA

- Unificar los criterios de conceptualización y abordaje del tema. Procurar que los materiales creados o adaptados para este fin reflejen los siguientes aspectos:
- Tener como primera prioridad la seguridad y bienestar de las mujeres en lo individual y colectivo.
- Reconocer que la inequidad de género y la discriminación están en el centro de la violencia contra las mujeres.
- Dar mensajes de cómo la equidad de género y la no violencia benefician a toda la comunidad.
- Buscar formas constructivas y positivas de involucrar a los hombres sin poner en riesgo la seguridad de las mujeres.
- No hacer análisis simplistas, por ejemplo, que el alcohol, la pobreza y las drogas causan la violencia contra las mujeres.
- Usar mensajes directos y objetivos, pero nunca mensajes que estigmatizan o estereotipan.
- Crear materiales que reflejen modelos, interacciones y conductas positivas en relación con la prevención de la violencia contra las mujeres.
- Nunca usar información personal o perfiles sin informar en detalle y pedir el consentimiento de la persona.
- No presionar a las mujeres o hacerlas sentir mal por no hablar.
- No hacer sensacionalismo con la violencia o usar ejemplos para obtener impacto o entretenimiento.

Es necesario que las campañas educativas brinden elementos para el empoderamiento, por ejemplo, información sobre derechos y alternativas de asesoría legal, apoyo psicológico, obtención de ingresos y capacitación para la autonomía económica, entre otras opciones.

La efectividad de las campañas educativas está estrechamente relacionada con la diversidad de participantes y la sistematicidad, es decir, que sea parte de un esfuerzo permanente y coordinado con otros servicios locales, no una campaña aislada.

Aunque la intención de la campaña no sea la identificación de personas que viven en situación de violencia, los servicios de salud deben estar preparados para brindar apoyo a quienes probablemente busquen ayuda a partir de ella.

- El empoderamiento se refiere al desarrollo de capacidades individuales y de habilidades para negociar e influir en la naturaleza de las relaciones y la toma de decisiones al interior de las mismas.⁴⁸

Coordinación intersectorial

Los cambios necesarios en los ámbitos social y cultural para disminuir y eliminar la violencia familiar, sexual y contra las mujeres dependen en gran medida, de la participación activa de todos los sectores de la sociedad.

Es pertinente que este abordaje se dé a través de la constitución de Comités de Prevención de la Violencia a escala estatal en coordinación con los municipios y con las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. Estos comités tienen la potestad de desarrollar intervenciones coordinadas en todos los sectores y dirigidas a la población en general como a grupos especiales, tanto de mujeres como de agresores.

Las instituciones que integran el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres son:

- Secretaría de Gobernación
- Secretaría de Desarrollo Social
- Secretaría de Seguridad Pública
- Procuraduría General de la República
- Secretaría de Educación Pública
- Secretaría de Salud
- Instituto Nacional de las Mujeres
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
- Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia
- Mecanismos para el adelanto de las mujeres en las entidades federativas*

El sector salud, tanto en los ámbitos nacional, estatal y local es parte esencial de estos comités y debe promover y facilitar la coordinación intersectorial en todos los niveles. Es por esto que a nivel operativo se debe identificar a las personas que participarán en estas instancias, priorizar estas actividades y desarrollar mecanismos internos y externos que permitan compartir información acerca de las estrategias propuestas, la red de servicios disponibles, sus responsables, los acuerdos realizados, con el fin de que estos sirvan para fortalecer el trabajo de referencia y contrarreferencia a nivel local.

A través de la coordinación y colaboración con estas instituciones, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), organismos internacionales y medios de comunicación pueden llevarse a cabo intervenciones de prevención y de promoción de salud dirigidas a grupos/población en general a través de campañas que promuevan a escala nacional, estatal y local, la desnaturalización de la violencia, la equidad de género, la resolución no violenta de conflictos y los derechos de las mujeres; campañas que den a conocer el marco legal, y promuevan los servicios que estas instituciones ofrecen en materia de atención y rehabilitación de las mujeres que viven en situación de violencia.

* Los mecanismos para el adelanto de las mujeres son las instancias de los gobiernos estatales creadas para el diseño, promoción y monitoreo de la aplicación de las políticas públicas a favor de los derechos de las mujeres.

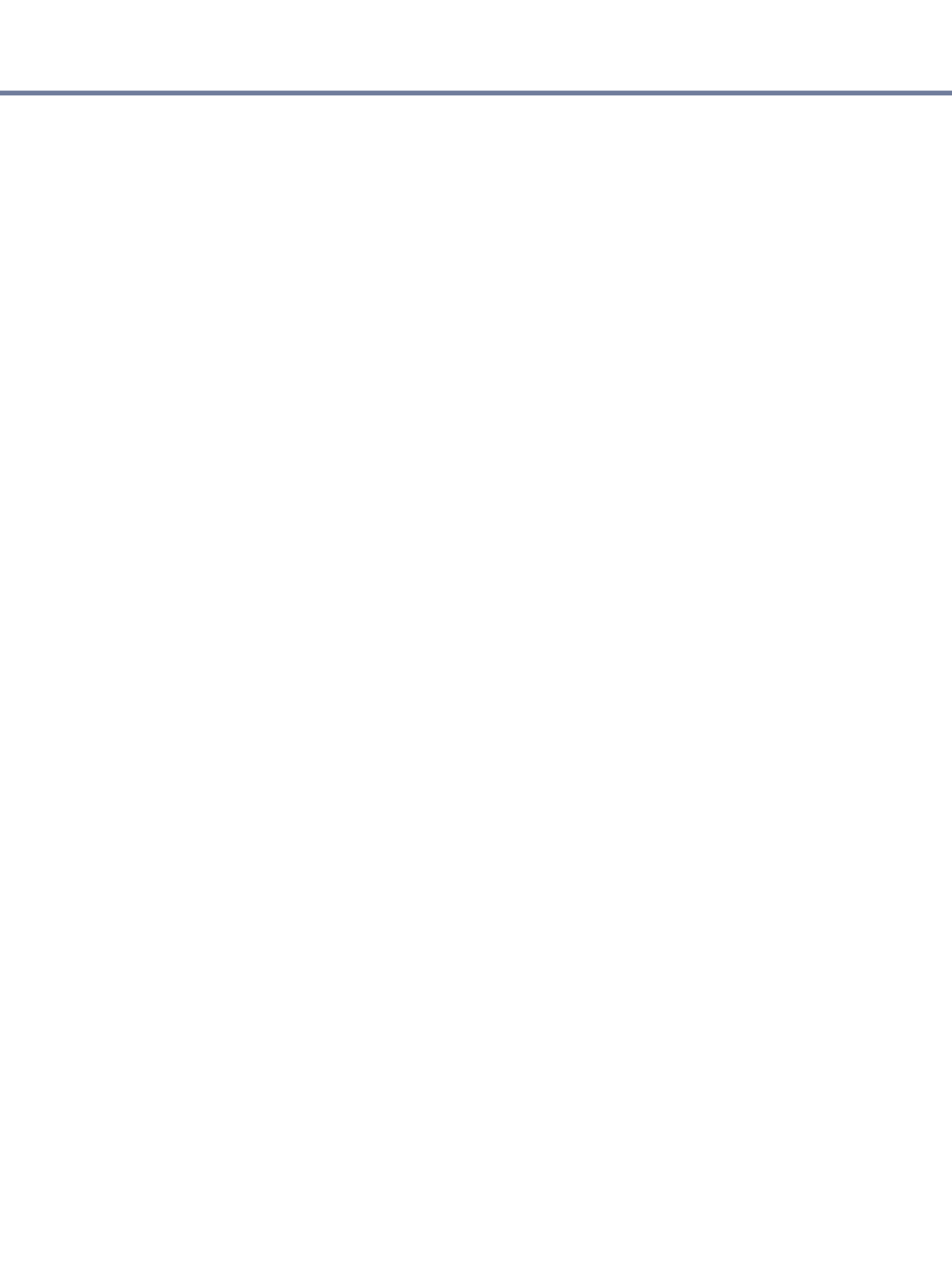
Desafíos para la prevención

A través de la capacitación y sensibilización, quienes prestan los servicios de salud tendrán conocimientos y sensibilidad suficientes para abordar el tema y motivar a las personas a reflexionar y hacer cambios en su vida. Cuando esto suceda debe contarse con servicios y personal capacitado que pueda enfrentar la demanda de servicios asegurando su efectividad, la seguridad de las mujeres y del mismo personal de salud.

Prevenir la violencia requiere del apoyo y esfuerzo continuo de todos los sectores de la sociedad. Constituye un desafío para las y los prestadores de servicios el promover acciones afirmativas a favor del ejercicio de la NO VIOLENCIA, promover y hacer valer los derechos de cada ciudadano y ciudadana. Es urgente trabajar hoy para que las nuevas generaciones de mujeres y hombres se sepan iguales en derechos y con la capacidad y habilidad de resolver conflictos sin recurrir a la violencia.



REFERENCIAS



REFERENCIAS

1. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres: Criterios para la Prevención y Atención. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 2009.
2. **Organización de Estados Americanos.** Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer: Convención Belém do Pará. Belém do Pará, Brasil: OEA; 1994.
3. **Asamblea General de las Naciones Unidas.** Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer CEDAW: 1981: Recomendación General No.19. Washington, DC: ONU; 1992.
4. **Fondo de Naciones Unidas para la Mujer, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** Simposio Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Informe Final: Una iniciativa interagencial para la Región; 2001 Junio 4-7; Cancún, Quintana Roo, México; 2001.
5. **Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud. Edición Piloto. Nueva York, EUA: FNUAP; 2001.
6. **Venguer T, Gillian F, Vernon R, Pick S.** Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Documentos de Trabajo No. 24. Ciudad de México: Population Council/IMIFAP; 1998.
7. **De Bruyn M.** La violencia, el embarazo y el aborto: Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública: Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. NC, USA: Ipas; 2001.
8. **Medina-Salas S.** Modelo de atención integral en violencia basada en género: Atención a mujeres víctimas de violencia basada en género. En: Capacitación de Mujeres, Violencia y Salud: Construyendo Alternativas para la Atención Integral. Ciudad de México: IPAS-México; 2002.

9. **Organización Panamericana de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington, D.C., USA: OPS, OMS; 2002.
10. **Corsi J. (Comp).** Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 1999.
11. **Saltzman J.** Equidad y género: Una teoría integrada de estabilidad y cambio. Madrid, España: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer; 1992.
12. **Rico B.** Participación del Sector Salud en el combate a la violencia de género: antecedentes y retos para México. En: UNIFEM, FNUAP, OMS-OPS, PNUD, UNICEF. Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas: Ponencias; 2001 Junio 4-7; Cancún, Quintana Roo, México; 2001.
13. **Heise L, Pitanguy J, Germain A.** Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud: Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D. C., EUA: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1994.
14. **Esteinou R.** Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares. Rev Desacatos 1999; (2):11-28.
15. **Pan American Health Organization.** Violence against women: The health sector responds. Washington, D.C., EUA: PAHO; 2003.
16. **Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel C, García-Moreno C.** Violence against women: The Health Sector Responds: OPS occasional Publication No. 12. Washington, D.C., EUA: PAHO; 2003.
17. **Saragua B, Zubizarreta I.** Violencia en la pareja. Málaga, España: Ediciones Aljibe; 2000.
18. **Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Salud.** Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de Salud: Prevención y Atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. D. F., México: INMUJERES-SSA; 2003.
19. **ISIS Internacional,** 1993 ISIS Internacional, Centro de Información y Documentación. Disponible en: <http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/womenshumanrights.htm> (1993 y 1997).
20. **Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública.** Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer: ENVIM 2006. D.F., México: INSP, SSA; 2009.
21. **Secretaría de Salud.** Código de Conducta para el Personal de Salud 2002 [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2002. URL disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/dirgrss/codigo/ccps2002.html>> [Consulta: 10 nov 2009].
22. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** Artículo 40. Segundo Párrafo.

23. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar (modificada). México, DF: Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2004.
24. **Asamblea General de las Naciones Unidas.** Convención sobre los Derechos del Niño: Artículo 5 y 12. Washington, DC: ONU; 1989.
25. **Drug E, Dahlberg L, Mercy J.A. et. al.** Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra: OMS; 2003. Publicación científica y técnica:588.
26. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993: Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. México, DF: Diario Oficial de la Federación; 2000.
27. **Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.** Atención médica a personas violadas. México, DF: Secretaría de Salud; 2004.
28. **Moctezuma-Barragán G.** Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México, D.F: Cámara de Diputados LVIII Legislatura, Universidad Nacional Autónoma de México; 2001
29. **Organización Panamericana de la Salud.** Women's Way Out 2000 [en línea]. Washington, DC: PAHO, WHO; 2000. URL disponible en: <<http://www.paho.org/English/HDP/HDW/womenswayout.pdf>> [Consulta: 10 nov 2009].
30. **Heise L, Ellsberg M.** Population Reports: Para acabar con la violencia contra la mujer: Serie L: Número 11. PIP, CCP, TJHUSPH, CHANGE 1999; XXVII(4).
31. **Ipas México, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).** Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. México: Ipas, UNFPA; 2006.
32. **IPAS México.** Mujer, violencia y salud: Boletines Informativos. México, D.F: IPAS; 2001.
33. **Center for Health and Gender Equity, Family Violence Prevention Fund, American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
34. **García - Moreno C.** Violencia contra la mujer, género y equidad en la salud: Publicación Ocasional No. 6. EUA: Harvard Center for Population and Development Studies, Organización Panamericana de la Salud; 2000.
35. **Slaikeu K.** Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México, DF: Ed. Manual moderno; 1988.
36. **Ferreira G.** La mujer maltratada. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hermes; 1989.

37. **Graham D, Rauling E, Ramini N.** Sobrevivientes del terror, mujeres maltratadas, rehenes y síndrome de Estocolmo, En: Yllo K, Bogard M. Feminist perspectives on wife abuse. Newberry Park, Beverly Hills y Londres: Sage; 1998.
38. **American Psychiatric Association.** Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1998.
39. **Kobernick M E, Seifert S, Sanders A B.** Emergency Department Management of the Sexual Assault Victim. Journal Emerg Med 1995; 2(3): 205-14.
40. **Drezet J, Baldacin I, Nisida A.** Estudo da adesao a quimioprofilaxia antiretroviral para a infeccao pelo HIV em mulheres sexualmente victimadas. RBGO 1999; 21: 539-544.
41. **Grupo de Consenso Español y de la Comunidad Europea.** Recomendaciones para la profilaxis posexposición no ocupacional al VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002; 20(8):391-400.
42. **Ipas México.** Fichas informativas sobre el uso de los agentes farmacéuticos mifepristona y misoprostol para la atención al aborto y otros servicios relacionados con el embarazo. México, D.F: Ipas México; 2004.
43. **Leal A.** Instrumento de medición de peligrosidad del agresor. México, D.F: Alternativas Pacíficas. A.C; 2004.
44. **Salinas-Beristain L.** Presentación en el seminario Experiencias nacionales e internacionales de atención a la violencia. México; 2003
45. **Galicia C, Ortega A, Santiago T, Zaragoza M.** Caja de herramientas para la atención integral de mujeres víctimas de violencia. México, D.F: Ipas México; 2004.
46. **Organización Mundial de la Salud.** Milestones in Health Promotion, Statements from global conferences [en línea]. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: <<http://www.who.int/entity/healthpromotion/milestones.pdf>> [Consulta: 10 nov 2009].
47. **López L A, Aranda J M.** Promoción de la salud: un enfoque de salud pública. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1994.
48. **Martínez-Corona B.** Género, empoderamiento y sustentabilidad. En: Poder, empoderamiento y sujetos sociales. México, D.F: GIMTRAP; 2000.
49. **Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.** Artículo 4. (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, 29 de mayo de 2000).

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- **Am Med Assoc.** Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Abuse. 1992.
- **Andalaft J, Faúndes A.** Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil. Ponencia presentada en el Simposio 2001. Violencia de género, salud y derechos en las Américas; Cancún, México 2001.
- **Banco Mundial.** Informe sobre el Desarrollo Mundial. Washington D. C: BM; 1993.
- **Banco Mundial.** Informe mundial sobre el desarrollo: Invertir en salud. Washington, D.C: BM; 1993.
- **Billings DL, Moreno-Uriza C, et al.** Constructing access to legal abortion services in Mexico City. Reproductive Health Matters 2002; 10(19):86-94. 2002.
- **Binstock H.** Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
- **Buvinic M, Morrison AR, Shifter M.** La violencia en las Américas: marco de acción. En: El costo del silencio: Violencia doméstica en las Américas Capítulo 1. En: Morrison AR, Biehl ML. (Editores). Washington, D. C: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- **Carcedo-Cabañas A.** Violencia contra las mujeres, un problema de poder. Isis Internacional, 2003.
- **Carreira D, Pandjarian V.** Vem pra roda! Vem pra rede! Guia de apoio à construção de rede de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. Brasil: Rede Mulher de Educação; 2002.
- **Castro R, Riquer F.** Marco conceptual para la realización de una encuesta nacional sobre violencia Doméstica. Componente violencia de pareja. México, DF: INEGI, INMUJERES, UNICEF; 2002.
- **Chejter S, Ruf fa B.** Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar, reparar. Buenos Aires, Argentina: CECYM; 2002.

- **Comisión Nacional de los Derechos Humanos.** México. Concepto de derechos fundamentales. Disponible en : <www.enj.org>. [última fecha de acceso 30-NOV-2009].
- **Corsi J, et al.** Violencia Masculina en la Pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención, Buenos Aires, Argentina: Paidós; 2003.
- **Corsi J.** La violencia hacia las mujeres como problema social, análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Disponible en: www.corsi.com.ar/violenciahacialamujer
- **Drezett J.** Estudio de mecanismos e factores relacionados con o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediatr; 77(5):413-9. 2001.
- **Drezett J, Del Pozo E.** El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual: Taller Nacional para tomadores de decisión del Estado, para enfrentar la violencia sexual. Bolivia: IPAS Bolivia; 2002.
- **Drug E, Dahlberg L, Mercy J.A. et. al.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica núm. 588. 2003.
- **Duarte-Sánchez, González G.** Situación desigual, desarrollo desigual: violencia de género en México, en: Las mujeres contra la violencia: rompiendo el silencio. México, D.F: UNIFEM; 1997.
- **Echeburúa E, Guerricaechevarría C.** Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores. Barcelona, España: Ed. Ariel; 2000.
- **Echeburúa E. Corral P.** Trastorno de estrés postraumático. En Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de psicopatología. España: Editorial Mc Graw Hill; 1995.
- **Ellsberg M, et al.** Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. Social Science Medicine 2000; 51.
- **Epstein H.** Intimate enemy: Gender violence and reproductive health. London: Panos Briefing No. 27; 1998.
- **Eron L, Slaby R.** Reason to hope: A psycho-social perspective on violence and youth. Introduction. Washington D. C: American Psychological Association; 1994.
- **Esteli S.** Sistematización de procedimientos y sistemas de información de la violencia intrafamiliar y sexual. En: Espacio local, red local contra la violencia intrafamiliar y sexual; Nicaragua.
- **Family Violence Prevention Fund.** Preventing domestic violence, clinical guidelines on routine screening; 1999. disponible en: <http://www.endabuse.org/programs/healthcare/files/screpol.pdf>

- **Faúndes A.** Making legal abortion accesible in Brasil. *Reproductive health matters* 2002; 10 (19):120-127. 2002.
- **Faundes A. et al.** Sexual violence against women: The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2002. Sep; 78 Suppl 1:S67-73.
- **Fajnzylber P.** What causes crime and violence? Washington D. C: The World Bank Office of the Chief Economist for Latin America and the Caribbean. 1997.
- **Fawcett G, et al.** Detección y manejo de mujeres victimas de violencia domestica: Desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud. México, D.F: Population Council; 1998.
- **García AI, et. al.** Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. Un estudio regional comparado. San José Costa Rica: Fundación Género y Sociedad (GESO); 2000.
- **Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social.** La perspectiva de Género. Una Herramienta para Construir la Equidad en la Familia y el Trabajo. México, D.F: Gobierno del Distrito Federal; 1999.
- **Gómes de Almeida M, Pinto-Costa NF.** Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva para mujeres en situación de violencia basada en el género. Brasil: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 2003.
- **Gómez Gómez E (Editora).** Género, mujer y salud en las Américas. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud; 1993.
- **Gordon P, Crehan K.** Dying of sadness: Gender, sexual violence and the HIV epidemic. SEPED Conference Paper Series #1. UNDP. 2000. Disponible en: www.undp.org/seped/publications/dyingofsadness.pdf
- **Guerrero-Caviedes E.** Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe Español 1990-2000: Balance de una Década. Isis Internacional; 2002.
- **Greaves L.** Selected estimates of the costs of violence against women. Centre for Research on Violence against Woman and Children. London, Ontario, 1995.
- **Guedes A C. et al.** Addressing gender violence in a reproductive and sexual health program in Venezuela. Population Council; 2002. Disponible en: http://www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=42 (Última fecha de acceso mayo 19, 2003).
- **Guezmes A, Loli S.** Violencia familiar-enfoque desde la salud pública. Módulo de capacitación. OPS/OMS, Lima: Ministerio de Salud, Tristán F; 1999. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/Practitioners Volume 14, Number 9. 2002>.

- **Guzmán V, Araujo K, Mauro A.** El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. En: Revista de la CEPAL N° 70 . Santiago de Chile: CEPAL. 2000
- **Harvard Pilgrim Health Care Foundation Violence Prevention Project** Violencia doméstica. Los Hechos. Boston 12 1996.
- **Heise L, Moore K, Toubia N.** Sexual coercion and reproductive health: A focus on research. Population Council. 1995.
- **Heise L.** Gender-based abuse and women's reproductive health. Health and Development Policy Project; 1995.
- **Heise L, Ellsberg M.** Reproductive health, gender and human rights: A dialogue - Chapter 8: Violence Against Women: Impact on Sexual and Reproductive Health. PATH; 2001.
- **Hendricks-Mathews MK.** Survivors of abuse: health care issues. Prim Care 1993; 20:391-406.
- **Instituto Nacional de las Mujeres.** Programa Nacional por una Vida sin Violencia 2002-2006. México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres; 2003.
- **Ipas México.** Manual de sensibilización y capacitación. Mujer, Violencia y Salud. Varias entidades federativas. México, DF: Ipas México; 2001, 2002,2003.
- **IPPF/WHR.** Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia sexual. 2001. Disponible en: http://www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=14 (Última fecha de acceso 19 de mayo de 2003).
- **IPPF/WHR.** Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica; 2001. Disponible en: http://www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=13 (la última fecha de acceso el 19 de Mayo de 2003).
- **IPPF/WHR.** Tools for service providers working with victims of gender-based violence; 2001. Disponible en: http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/gbv_tools_e.asp (la última fecha de acceso el 19 de Mayo de 2003).
- **IPPF/WHR.** Estudio de caso: Detección, referencia y seguimiento de un caso de VBG en PLAFAM Venezuela Basta 2001; Número de verano.
- **IPPF/WHR.** Los proveedor@s necesitan apoyo y capacitación continua. Basta 2002; Número de marzo.2002
- **ISIS Internacional.** Informe sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Balance de una década 1900-2000. Santiago de Chile: ISIS Internacional; 2002.

- **Larkin GL, Rolniak S, et al.** Effect on an administrative intervention on rates of screening for violence in an urban emergency department. *Am J Public Health* 90.
- **Londoño JL, Guerrero R.** Violencia en América Latina. Epidemiología y costos. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Documento de Trabajo R-375. Agosto; 1999.
- **Londoño L, Ortiz A, Bertha M, et al.** Embarazo por violación. La crisis múltiple. Cali, Colombia: Sí-Mujer e ISEDER; 2000.
- **López MV, et. al.** Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia. El caso de México 1979-1992 *Salud Publica Mex* 1996; vol 30 (1).
- **Lozano-Ascencio R.** Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México. En: Morrison AR, Biehl ML (Editores). *El costo del silencio: Violencia doméstica en las Américas* Cap. 4. Washington, D. C: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999:81-101.
- **Martínez-Ayala H, Villanueva LA, Torres C, García-Lara E.** Agresión sexual en adolescentes. Estudio epidemiológico. *Ginecología y Obstetricia de México* 1999; No. 67: 449-453.
- **Morrison AR, Biehl ML (Editores).** *El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas.* Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo. 1999.
- **Mullen PE, Walton VA, Romans-Clarkson SE, et al.** Impact of sexual and physical abuse, on women's mental health. *LANCET* 1988; 1:841-45.
- **Naciones Unidas. Consejo Económico y Social.** Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género. *La violencia contra la mujer.* E/CN.4/2001/73; 2001.
- **Organización Mundial de la Salud. Estudios Multicéntricos.** En: Declaración elaborada por el Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de IPPF (IMAP) Federación Internacional de Planificación de La Familia. Abril de 2000.
- **Organización Mundial de la Salud.** Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS/EIP/GPE/99.2; 1999.
- **Organización Mundial de la Salud.** El papel de los hombres en la violencia de género. Sin fecha. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/menandgbvsp.pdf> (Última fecha de acceso 19 de Mayo de 2003).

- **Organización Mundial de la Salud.** Respuestas sociales ante la violencia de género. Sin fecha Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/socialresponsesgbvsp.Pdf>. (última fecha de acceso 19 de Mayo de 2003).
- **Organización Mundial de la Salud.** Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario.1998. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemes.pdf> (Ultima fecha de acceso 19 de Mayo de 2003).
- **Organización Panamericana de la Salud.** Documento Interno “Red de Atención y Prevención de la Violencia Familiar” Experiencia Mizque.-Cochabamba, Bolivia, 1997.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Violencia de género: ¿es el personal de salud parte del problema? Hoja Informativa. “The medical Power & Control Wheel”. Producido por la empresa Domestic Violence Project, Inc., 2003.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar. Costa Rica: OPS; 1999.
- **Organización Panamericana de la Salud.** La planificación estratégica en las redes de lucha contra la violencia intrafamiliar en Centroamérica. Costa Rica: OPS; 2001.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Programa Mujer, Salud y Desarrollo. “Experiencia Boliviana- Prevención y atención de la violencia intrafamiliar desde una perspectiva de salud pública, La Paz. Bolivia: Dora Caballero; 2001.
- **Organización Panamericana de la Salud.** El papel de los hombres en la violencia de género. Hoja Informativa, 2003.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. 1999. Disponible en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDW/autocuidadosp.pdf> (la última fecha de acceso el 19 de Mayo de 2003).
- **Organización Panamericana de la Salud.** Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Serie Género y Salud Pública No.4 Hacia un modelo integrado de atención a la violencia intrafamiliar: ampliando y consolidando las intervenciones coordinadas del Estado y la Sociedad Civil 1998-2001, San José, Costa Rica: OPS; 2001.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Modelo integral de atención a la violencia intrafamiliar. Deconstruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil. El papel del sector salud. Serie Género y Salud Pública N° 10, OPS. San José, Costa Rica: OPS; 2001.

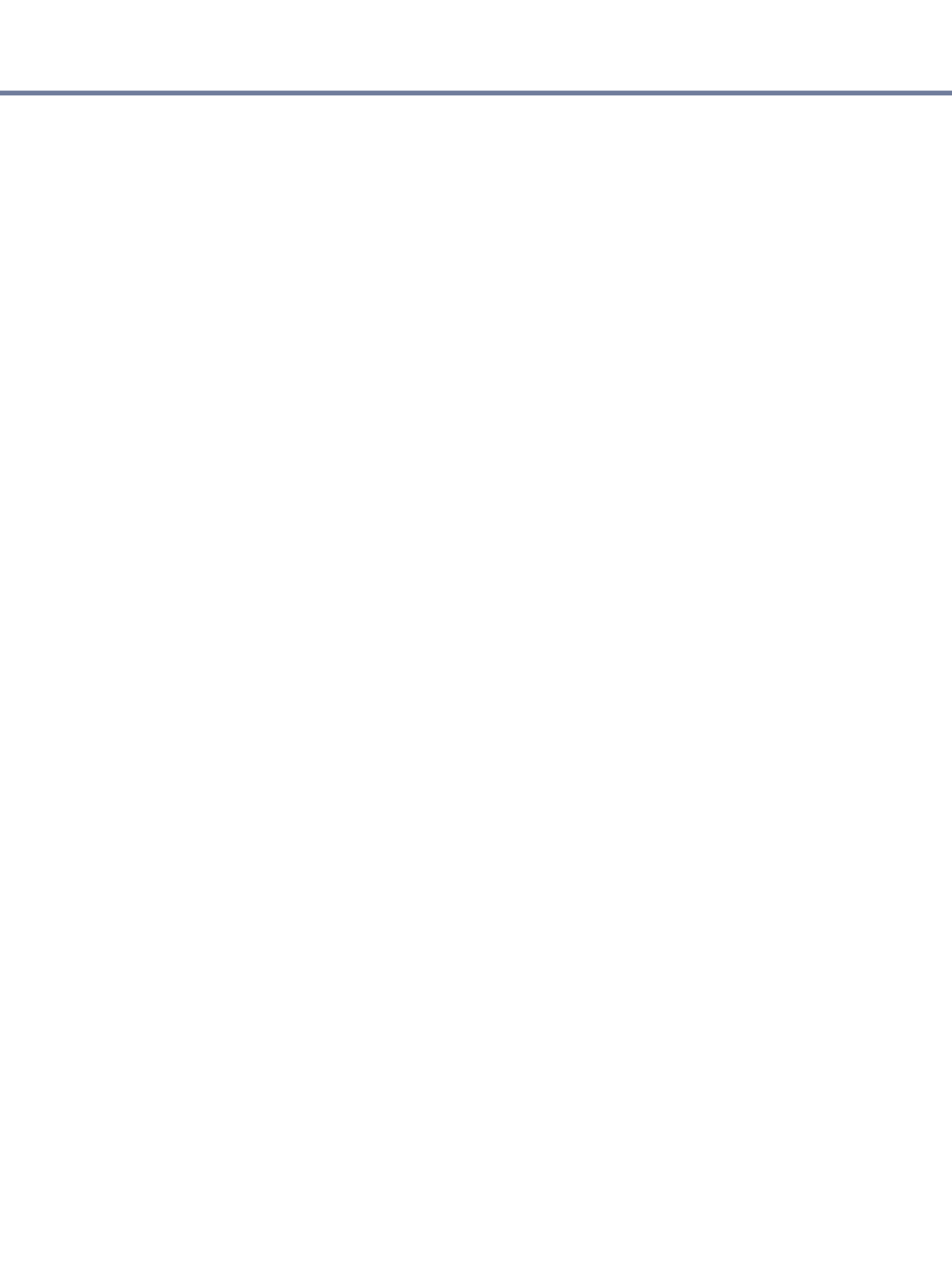
- **Organización Panamericana de la Salud.** Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Informe final: Sistematización del Proyecto: Hacia un Modelo Integral de Atención Para la Violencia Intrafamiliar en Centroamérica. Washington, D. C: OPS; 2001.
- **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.** Experiencias obtenidas con la inclusión de indicadores de violencia por razón de sexo en los sistemas de información y vigilancia sanitarias en Bolivia, Ecuador y Perú. MSD19/7 (Esp.), 19ª. Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo. 2001.
- **Ortega A.** Carpeta de sensibilización para la atención integral a mujeres víctimas de violencia sexual y embarazos forzados. México, D.F: Ipas México. 2001.
- **Parker B, McFarlane J, Soeken K.** Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol* 84:323-28, 1994.
- **Pezzotti M.** Marco conceptual para la encuesta nacional de violencia intrafamiliar.. México,2001.
- **Phinney A, De Hovre S.** Integrating human rights and public health to prevent interpersonal violence. *Health and Human Rights* 2003; Vol. 6 N° 2.
- **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.** El progreso contra la violencia de género, un calendario histórico. Disponible en: <http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/history.htm>
- **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mehrotra A, Banerjee R.** Una vida libre de violencia es un derecho nuestro; 1998. Disponible en: <http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/itsourright.htm>
- **Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; Dirección General de Atención a Víctimas del Delito,** 1994. Informe de labores, México, 1994.
- **Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; Dirección General de Atención a Víctimas del Delito,** 1997. Informe de labores. México, 1997.
- **Quirós E.** El impacto de la violencia intrafamiliar. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud de Costa Rica; 2002.
- **Ramírez-Rodríguez JC.** Violencia doméstica masculina contra la mujer ¿un signo de pobreza? En Enríquez (coord.) Hogar pobreza y bienestar en México. Colección Avances. ITESO. 1999.
- **Ramos-Lira L, et al.** Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Mex* 1998; 40: 221-233.

- **Ramos-Lira L, et al.** Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Publica Mex* 2001; 43:182-191.
- **Randall T.** Domestic violence intervention calls for more than treating injuries. *JAMA* 1990; 264:939-44.
- **Reunión de expertas de la subregión del Mercosur, Bolivia y Chile, Informe final.** Violencia en las Américas, Un análisis regional, Incluyendo una revisión de la implementación. De la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer;; Montevideo, Uruguay. 2000
- **Riquer F, Saucedo I, Bedolla P.** Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública. En: Langer A, Tolbert K (eds.). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México, D.F: The Population Council-EDAMEX; 1996: 247-297.
- **Rodríguez J, Becerra P.** ¿Qué tan serio es el problema de la violencia doméstica contra la mujer? Algunos datos para la discusión. VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública; 1997 marzo 2-5 México.
- **Sagot M.** La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. 2000, Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/Hdp/HDW/rutacritica.pdf>
- **Saucedo-González I.** Violencia doméstica. Modelo de intervención en unidades de salud. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México, Secretaría de Salud y Banco Interamericano de Desarrollo. México, DF: Colegio de México; 2002.
- **Serra J.** Prevención y tratamiento de los agravios resultantes de la violencia sexual contra las mujeres y adolescentes: Norma Técnica. Ministerio de Salud, Brasil. 1999.
- **Shane B, Ellsberg M.** Violence against women: Affects on reproductive health. *PATH, Outlook* 2002; vol. 20 (1). Disponible en: http://www.path.org/files/EOL20_1.pdf.
- **Shrader E, Sagot M.** Domestic violence: A women's way out. Organización Panamericana de la Salud 2000. Disponible en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDW/womenswayout.pdf> (Última fecha de acceso mayo 19 2003.)
- **Secretaría de Salud, Programa Mujer y Salud.** Programa de Acción: Mujer y Salud. PROMSA. Secretaría de Salud. México, D.F: SSA; 2003.
- **Secretaría de Salud, Programa Mujer y Salud.** Programa de prevención y atención de la violencia familiar y sexual contra las mujeres en el Sector Salud. Documento de trabajo. México, s/f.
- **Shiroma M.** Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, Nuevo León, El Colegio de México. México, DF: El Colegio de México; 1996.

- **Shrader-Cox E.** La violencia hacia la mujer centroamericana y su impacto en la salud reproductiva. Conferencia de Maternidad Segura en Centroamérica; 1992 enero 27-31; Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- **Sociedad Española de Psicología de la Violencia.** Comentarios al anteproyecto de ley orgánica integral de medidas contra la violencia ejercida sobre las mujeres. España; 2004.
- **Stanley C.** Domestic violence: An occupational impact study. Tulsa, OK: Domestic Violence Intervention Service; 1992.
- **Strigham P.** Domestic violence. *Prim Care* 1999; 26:373-84.
- **Tkaczuk J.** Peritación en psicología forense. Buenos Aires, Argentina: Ed. De Palma; 1994.
- **Trujano P.** Algunas consideraciones sobre la mujer víctima del delito de violación. *Revista Sociológica* 1991; año 6 (17).
- **Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres. ISIS Internacional.** Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe Español. 1990-2000: Balance de una década. Informe elaborado por Elizabeth Guerrero Caviedes. Santiago de Chile, abril 2002.
- **Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres.** Turning the Tide: CEDAW and the gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic. Disponible en: <http://www.unifem.undp.org/resources/turningtide/>
- **Uribe E, Billings R, Billings D, (eds).** Violencia sobre la Salud de las Mujeres ¿Por qué hoy? México, D.F: Femego Ipas México; 2003.
- **Urrea J.** Menores, la transformación de la realidad. España: Ed. Siglo XXI; 1995.
- **Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH.** La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996; 38 (5):352-362.
- **Varela O, Alvarez H, Sarmiento A.** Psicología Forense, consideraciones sobre temáticas centrales. Buenos Aires, Argentina: Ed. Abeledo-Perrot, 1993.
- **Vivanco R.** El psicólogo como perito ante situaciones de violencia sexual. Tesis de licenciatura en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala, México; 2003.
- **Walker L.** Mujeres maltratadas. Serie Género y salud pública. Programa mujer salud y desarrollo PAHO/WHO.



BIBLIOGRAFÍA JURÍDICA



BIBLIOGRAFÍA JURÍDICA

LEGISLACIÓN

- **Asamblea General de las Naciones Unidas.** Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. New York, 1979.
- **Asamblea General de las Naciones Unidas.** (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. A/RES/48/104, 1994.
- **Banco Mundial.** Informe mundial sobre el desarrollo: Invertir en salud. Washington, D.C: Banco Mundial; 1993.
- **Circular GDF-SSDF/02/02 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal,** la información respecto de anticoncepción de emergencia es obligatoria en los servicios de salud públicos, sociales y privados del D. F.
- **Código de conducta para el personal de salud 2002. Secretaria de Salubridad, Instituto Mexicano del Seguro Social.**
- **Códigos Penales de todas las Entidades Federativas y del Distrito Federal.**
- **Códigos de Procedimientos Penales para las Entidades Federativas y para el Distrito Federal.**
- **Códigos Civiles de las Entidades Federativas y del Distrito Federal.**
- **Códigos de Procedimientos Civiles de las Entidades Federativas y del Distrito Federal.**
- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
- **Convención de Derechos del Niño.**
- **Convención Americana de Derechos Humanos.**

- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, “Convención Belém do Pará”**, celebrada por la OEA el 9 de junio de 1994.
- **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.** Asamblea General de Las Naciones Unidas. New York, 1979.
- **Ley General de Salud.**
- **Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.**
- **Ley para la Prevención y Asistencia contra Violencia Intrafamiliar del estado de Colima.**
- **Ley de Prevención y Asistencia contra la Violencia Intrafamiliar para el estado de Morelos.**
- **Ley para Prevenir y Atender la Violencia Intrafamiliar en el estado de Sinaloa.**
- **Ley de Violencia Familiar del Distrito Federal.**
- **Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.**
- **Norma Oficial Mexicana -190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de salud Criterios para la Atención médica de la violencia familiar.**
- **Reglamento a la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica.**
- **Resolución que modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 en Servicios de Planificación Familiar**, publicada en el Diario Oficial el 21 de enero de 2004.
- **Recomendaciones Generales de la Organización de Naciones Unidas**, No. 24 y 19.

DOCUMENTOS

- **Congreso de los Diputados.** Boletín Oficial de las Cortes Generales. Proyecto de Ley Medidas de protección integral contra la violencia de género. España, 2004.
- **Escalante, Fernando.** Capacidad de decidir por sí y para sí en un ámbito de certidumbre y libertad Conferencia sobre derechos civiles.
- **Instituto Nacional de las Mujeres.** Acciones para erradicar la violencia intrafamiliar. Leyes y convenciones. México, 2001.
- **Organización Mundial de la Salud.** Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud, Ginebra: OMS; 2003: 68.
- **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud, Capítulo 6, La violencia sexual.

LIBROS

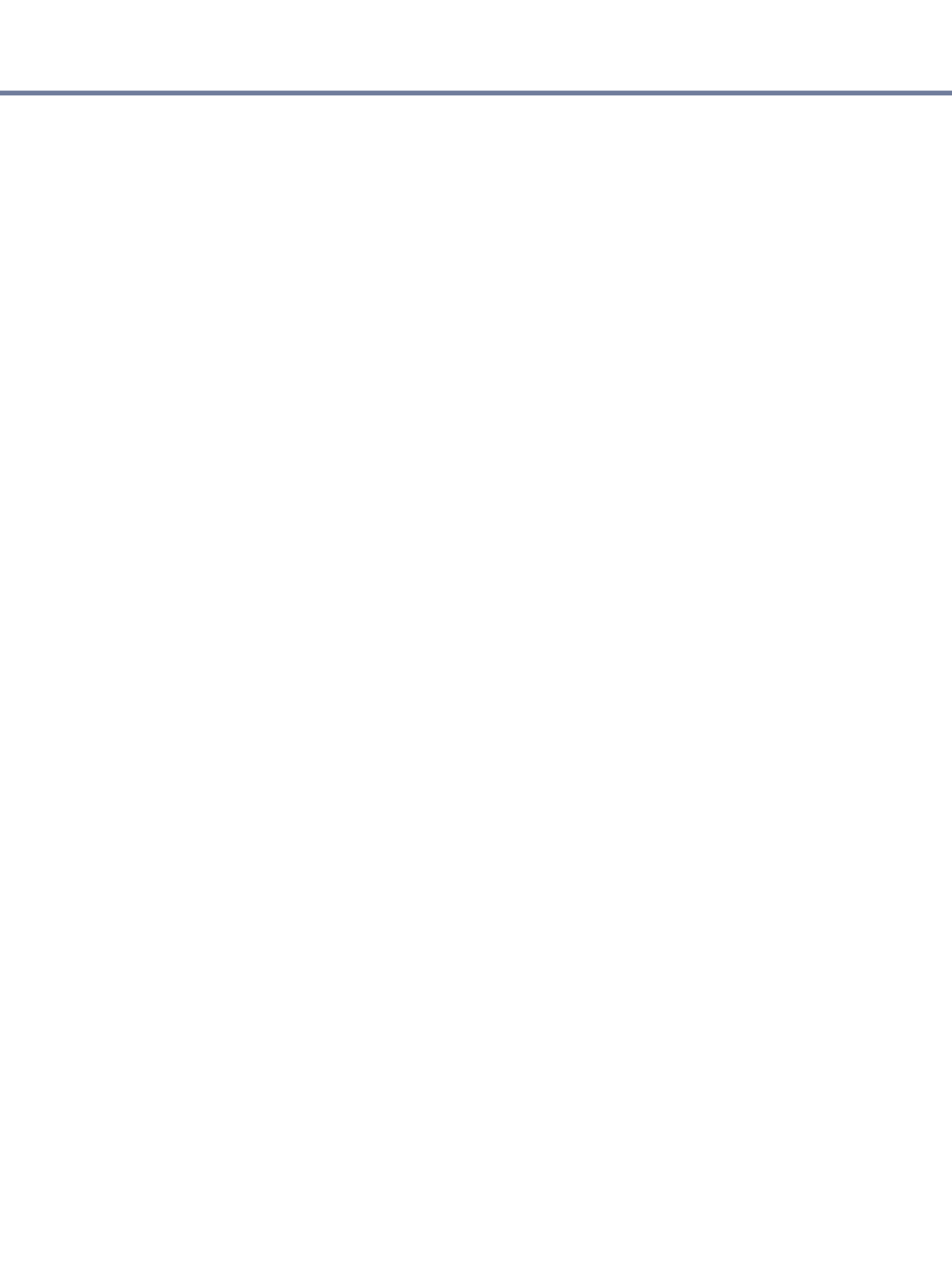
- **Cook RJ, Dickens BM.** Considerations for formulating reproductive health laws. Ginebra: OMS. (WHO/RHR/00.1); 2000.
- **Moctezuma-Barragán G.** Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México, D.F: Cámara de Diputados LVIII Legislatura, Universidad Nacional Autónoma de México; 2001.

PÁGINAS WEB

- www.conamed.gob.mx
- www.cndh.org.mx



AGRADECIMIENTOS



AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a todas las personas que de manera directa e indirecta han contribuido en la revisión y actualización de este Manual, las ideas que en él se plasman, las aportaciones, la discusión y los consensos: la Directora General Dra. Patricia Uribe Zúñiga, la Dra. Aurora del Río Zolezzi; el Dr. Adalberto J. Santaella Solís; la Lic. Georgina Amina Aquino Pérez; la Lic. María Luisa Güido Williamson; la Dra. Dora Rodríguez Soriano; la Lic. Lilia Flores Ramírez, el Lic. Raymundo Fernández Pérez; la Lic. Elizabeth Soledad Pérez Velásquez; la Dra. Quetzalli Teresa Soria Cervantes; la Dra. Leticia Cárdenas Díaz Montes; el Dr. Gerardo García Ruiz; la Lic. Gloria Patricia Carrillo Durán, el Ing. Eduardo Bautista López y la Mtra. María Imilse Arrue Hernández, personas que colaboran en el equipo del área de Violencia Intrafamiliar.

Particularmente deseamos agradecer a las y los 32 responsables del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género que colaboraron con sus inquietudes, observaciones, sugerencias y claridades, así como a las siguientes personas Psic. Ma. Teresa Ortega Luna; Dra. Ma. Luisa Ordaz Ayala; Psic. Tatiana Pérez Vázquez; Psic. Alejandro Saucedo López y la Dra. Luz Arlette Saavedra Romero:

Personal Responsable de la operación del Programa de Prevención y Atención a la Violencia:

Aguascalientes

Lic. Silvia Esparza Flores

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Baja California

Lic. Alejandro Arizaga Escobedo

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Baja California Sur

Dr. Mauricio E. Bernal Hernández

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Campeche

Dra. Landy Ortiz Aldana

Coordinadora Estatal del Programa APV

Colima

Dra. Denyse Eugenia García Ensch
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Coahuila

Lic. Gabriela Souza González
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Chiapas

Psic. Mariana Cobarrubias Martínez
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Chihuahua

Psic. Gabriela Wisbrum Castillo
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Distrito Federal

Dr. Ángel González Domínguez
Director de Coordinación de Desarrollo Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Guanajuato

Lic. Elena Espinoza Cuellar
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Guerrero

Dra. Miriam Areli Aparicio González
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Hidalgo

Dra. Ida María Guzmán Olgún
Responsable Normativa del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Jalisco

Dra. Elide Ramírez Jiménez
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

México

Dra. Berenice Archila Rangel
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Michoacán

Lic. Xochitl Georgina Hernández Flores
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Morelos

Mtra. Nelly Morelos Martínez

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Nayarit

Dra. Elvia Cristina Álvarez Guerra

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Nuevo León

Dra. Martha Flores Cavazos

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Oaxaca

Psic. Erika Santiago Ruiz

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Puebla

Dra. María Elena Luna Ruíz

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Querétaro

Psic. Nathalie Lara Molina

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Quintana Roo

Lic. Julia Margarita Cerón Manzanilla

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

San Luis Potosí

Psic. Genoveva Moreno Torres

Responsable Estatal del Programa de Prevención
y Atención de la Violencia

Sinaloa

Lic. María Esperanza Silva Ruiz

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Sonora

Psic. Irla Romero Vázquez

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Tabasco

Psic. Ana Luisa Trinidad Gomez

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Tamaulipas

Lic. Laura García Sáenz

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Tlaxcala

Lic. Violeta Aurora Hernández Álvarez

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Veracruz

Dra. Alicia Hernández Utrera

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Yucatán

Psic. Ambar América Rivera Courech

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

Zacatecas

Lic. María del Rosario Martínez García

Responsable Estatal del Programa de Prevención y Atención de la Violencia

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

Número de expediente _____ Fecha: _____	
Nombre del prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección _____	
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha menospreciado o humillado?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA FÍSICA	
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	
¿Le ha tratado de ahorcar?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	
VIOLENCIA SEXUAL	
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	

Si el o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, ó a cualquiera de las preguntas de las Secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo. (Ver capítulo 7).



1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
A. RIESGO A LA SALUD MENTAL E INCREMENTO DE VIOLENCIA				
1.	La insultó, menospreció o humilló en privado o frente a otras personas.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
2.	Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento).	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
3.	La controló en sus actividades o tiempos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
4.	Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
5.	La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF/ONG local.
6.	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7.	Le destruyó algunas de sus pertenencias.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
8.	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9.	Amenazó con golpearla o encerrarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
10.	Amenazó con matarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.



1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
11.	Amenazó con llevarse a sus hijos/as.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
B. RIESGO A LA SALUD FÍSICA				
12.	La sacudió, zarandeó, jaloneó o empujó a propósito.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
13.	La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
14.	Quemaduras con objetos calientes o sustancias.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
15.	La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
16.	Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otras personas o hacia sus hijos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
17.	Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijos/as para tener sexo.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
18.	Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
19.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin utilizar fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
20.	La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.



1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
C. RIESGO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
21.	La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
22.	Ha estado o está embarazada como producto de la violación. Indague el tiempo de gestación.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
23.	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
24.	La ha golpeado durante el embarazo.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
25.	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
D. RIESGO DE MUERTE INMINENTE				
26.	La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
27.	La trató de ahorcar o asfixiar.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
28.	La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
29.	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
30.	Le disparó con alguna pistola o rifle.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.

Nota: Si la información reportada por la usuaria requiere la referencia de más de un tipo de servicio, elija el de mayor nivel de resolución.



2. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA USUARIA ANTE LOS EVENTOS VIOLENTOS

No.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	OBSERVACIONES	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
1.	¿Ha tenido trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
2.	¿Ha perdido interés en participar en actividades significativas para usted?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
3.	¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etcétera.)?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
4.	¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares o amigos?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
5.	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Atención especializada de Adicciones.
6.	¿Usted ha estado continuamente muy triste?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7.	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
8.	¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9.	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
10.	¿Tiene usted amigos/ amigas o familiares que pudieran apoyarle con hospedaje o dinero en caso de emergencia?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
11.	¿El lugar que piensa en caso de emergencia es un lugar donde su agresor no puede encontrarla?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Nota: Si la usuaria responde afirmativamente de 3 a 4 reactivos del 1 al 9, muestra signos claros de depresión y requiere apoyo psicológico y asistencia en la puesta en operación del plan de seguridad.



3. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA PELIGROSIDAD DEL AGRESOR ⁴³

No.	PREGUNTAS	GUÍA DE ACCIONES URGENTES
1.	¿Existe alguna razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su generador de violencia?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
2.	¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
3.	¿Utiliza drogas o alcohol con frecuencia y tiene el efecto de agredirla severamente?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
4.	¿Tiene acceso a armas?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
5.	¿Participa en actividades delictivas?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
6.	¿Tiene nexos con grupos policíacos o militares?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____
7.	¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del generador de violencia?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____

Nota: Si la usuaria responde afirmativamente a más de una de estas preguntas, el agresor es de alta peligrosidad, considere este factor en la elaboración del plan de seguridad.



AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración _____

____ ____ ____
día mes año

USUARIO (A) AFECTADO (A) DE VIF	Nombre _____			Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/>
	Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre (s) _____	Años _____	1. Masculino 2. Femenino
Domicilio					
Calle _____		Número exterior _____	Número interior _____	Barrio o colonia _____	Código postal _____
Localidad _____		Municipio _____		Entidad Federativa _____	
Fecha de atención médica _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> ____ ____ ____ día mes año </div>			Hora de recepción del usuario(a) afectado (a) _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> ____ ____ horas minutos </div>		
Motivo de atención médica _____					
Diagnóstico (s) _____					
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____					
Plan:					
a) Farmacoterapia _____					
b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____					
c) Canalización _____ Referencia _____					
Seguimiento del caso:					
Área de trabajo social _____					
Área de psicología _____					
Área de medicina preventiva _____					
Área de asistencia social _____					
Pronóstico _____					
Notificación	Fecha _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> ____ ____ ____ día mes año </div>	Agencia del Ministerio Público <input type="checkbox"/> Presidente Municipal <input type="checkbox"/> Jurisdicción Sanitaria <input type="checkbox"/>		Nombre y cargo del receptor _____ No. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____	
		Especificar _____		_____	
		Otra instancia <input type="checkbox"/>		_____	
		Especificar _____		_____	
Médico notificante: nombre _____ Firma _____					



SALUD

**CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA**

**www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx
Línea Vida sin violencia 01-800-911-25-11**