



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

Operación



Operación

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

Primera Edición 2004

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Guadalajara 46, 7º Piso
Colonia Roma
C.P. 06700, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

Se imprimieron 11,500 ejemplares
Se terminó de imprimir en diciembre de 2004
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 del Modelo y Evaluación Técnica de los Contenidos: Aurora del Río Zolezzi (1), Raquel Marchetti Lamagni (1), Fernando López Cruz (1)

Desarrollo de Contenidos: Hilda Salazar (2), Rebeca Salazar (2), Gloria Salazar (2), Adriana Ortega Ortiz (3), Nadine Gasman Zylbermann (3), Mara Zaragoza Ledesma (3), Claudia Moreno Uriza (3)

1. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Dirección General Adjunta de Equidad de Género
2. Mujer y Medio Ambiente, A.C.
3. IPAS México, A.C.

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. Coordinador de Publicaciones, Lic. Ulices Pego Pratt.

Directorio

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Gabriel García Pérez

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Dr. Eduardo González Pier

Titular de la Unidad de Control de Gestión de Programas Prioritarios

Lic. Ernesto Enríquez Rubio

Comisionado Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios

Dr. Carlos Tena Tamayo

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Act. Juan Antonio Fernández Ortiz

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán

Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

T.R. Virginia González Torres

Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Coordinador de Asesores del Secretario de Salud

Lic. María Eugenia Galván Antillón

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo

Directora General de Comunicación Social

Contenido

PÁGINA

7	Presentación
	Sección I. Marco de Referencia
11	Capítulo 1 Conceptos básicos sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres
31	Capítulo 2 El modelo operativo y sus componentes centrales
39	Capítulo 3 Responsabilidades legales del personal de salud en el marco de la atención a la violencia
	Sección II. Atención Médica
67	Capítulo 4 El Impacto psicológico de la violencia. Primeros auxilios psicológicos
77	Capítulo 5 Detección de casos de violencia
89	Capítulo 6 Servicios médicos esenciales y especializados
129	Capítulo 7 Evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal
153	Capítulo 8 Referencia, contrarreferencia y seguimiento

PÁGINA

Sección III. Prevención

161	Capítulo 9 Promoción de la salud
169	Referencias
173	Bibliografía

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



Marco de referencia

CAPÍTULO 1

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

CAPÍTULO 2

El modelo operativo y sus componentes centrales

CAPÍTULO 3

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

Capítulo 1

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

MARCO GENERAL

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

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, define en el numeral 4.17 como violencia familiar *“al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física–, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.”*¹

La definición contempla no sólo daños físicos, sino también psicológicos y sexuales independientemente de la existencia de lesiones visibles, y no limita la violencia al ámbito del hogar sino que contempla la posibilidad de que la misma ocurra en lugares públicos como las calles, los medios de transporte, los centros de trabajo.

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

La violencia es producto de las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales, y esto 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 personas con opciones sexuales diferentes sean más vulnerables a la violencia por su propia condición. Debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad, y que se reproduce a través de la ideología y de las instituciones, estas personas se vuelven más vulnerables a los abusos de poder y, por lo tanto, están más expuestas a la violencia.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999² identifica como *“grupos vulnerables a las niñas, niños, adolescentes mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles, adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.”*

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 este fenómeno ha sido reconocido como un problema de salud pública tanto en México como en el ámbito internacional.

Existen muy diversos términos y expresiones para referirse al problema de 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. Después de una minuciosa revisión de la literatura existente y para los efectos de este Modelo, además de la que establece la NOM-190, México reconoce 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.”^{*3}*

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.”⁴

“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.”⁵

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 existentes entre hombres y mujeres, que es un problema relacionado con la justicia y la equidad social.

* 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. Esta Convención obliga a los Estados que la ratifican a tomar acciones tanto en el ámbito legislativo como en la asignación de recursos técnicos y financieros para garantizar su implementación.

TIPOS DE VIOLENCIA: DEFINICIONES OPERATIVAS

En el Modelo Integrado se distinguen los siguientes tipos de violencia:

Violencia física. 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.⁶ La NOM-190 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 unas personas, mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor. La NOM 190 la reconoce como *“la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.”*²

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 abuso psicológico son:

- Menospreciar o humillar frente a otras personas.
- Gritar, insultar, 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. *“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.”*²

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

Maltrato sexual. La NOM-190-SSA 1-1999, 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 incapacidad 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, la exposición a la pornografía, etcétera. 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 sexo.⁶⁻⁹ Se incluyen las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio.

Es importante aclarar que la violación es el uso o amenaza de uso de 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.

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.⁸

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, los medios de comunicación, etcétera.

* 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.”¹⁰

“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.”¹¹

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 que lo detentan 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 al dinero, sino también a la aprobación social, al prestigio, a los servicios, a la seguridad, etcétera.¹²

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. Con esto se tiende a pensar que la violencia es ocasionada por el abuso del alcohol y las drogas por parte del agresor. 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.

- 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 que lo detentan deben poseer recursos superiores a los que tienen las personas que obedecen, recursos que estos valoran y necesitan. Los recursos se refieren no sólo a bienes materiales o al dinero, sino también a la aprobación social, al prestigio, a los servicios, a la seguridad, etcétera.¹²

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, y también 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 recientemente 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 tienen las sociedades 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 y 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.¹⁴

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.

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.¹⁵ 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 a un grupo de personas. 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.¹³ 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 COMPRENSIÓN INTEGRAL DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA

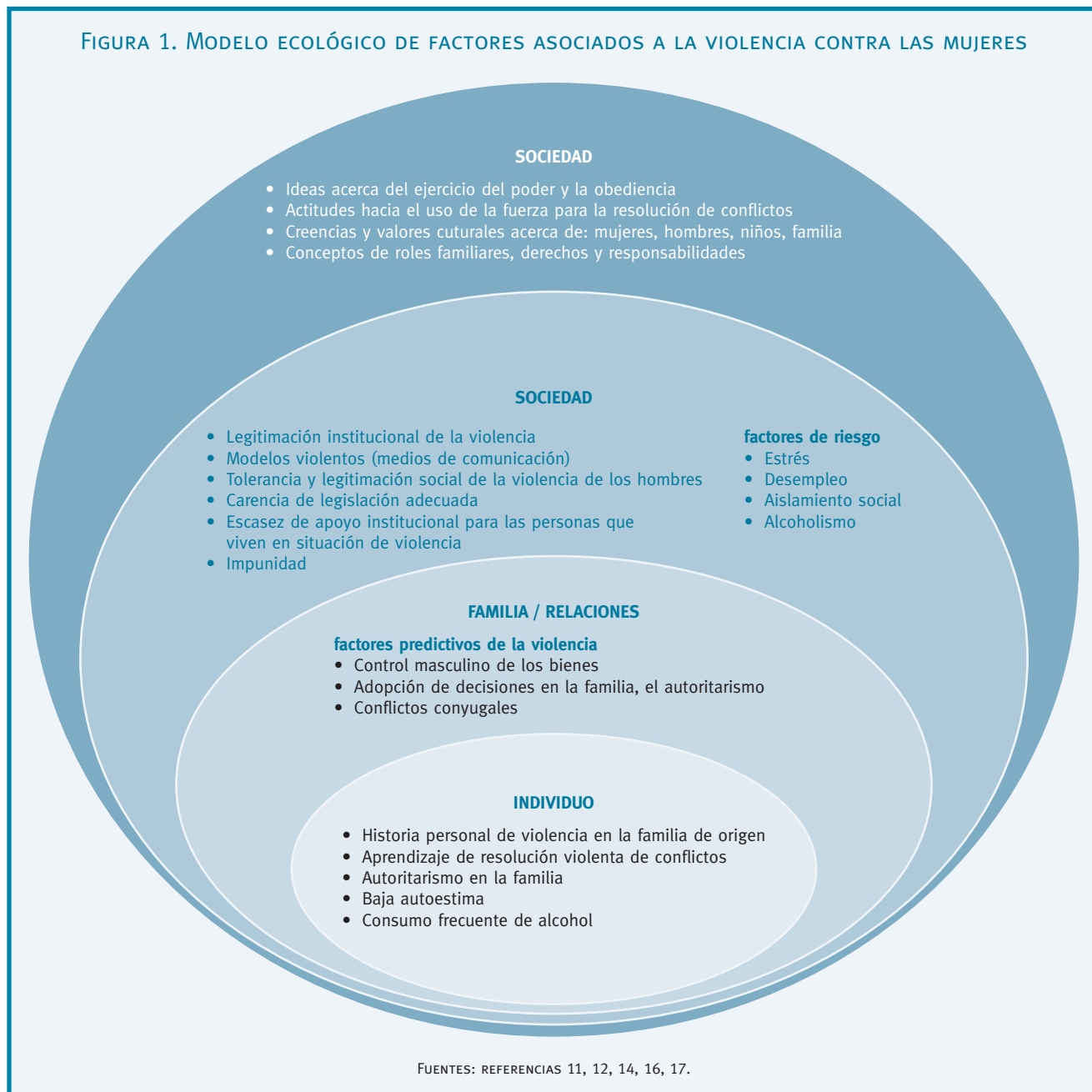
La violencia contra las mujeres no se puede atribuir a una sola causa, es un problema que obedece a factores sociales, psicológicos, legales, culturales y biológicos. El modelo denominado ecológico –recomendado por especialistas en el tema–^{8,11,14,16} enfoca el problema desde la perspectiva de los 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*)

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 y a las niñas; 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.

FIGURA 1. MODELO ECOLÓGICO DE FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



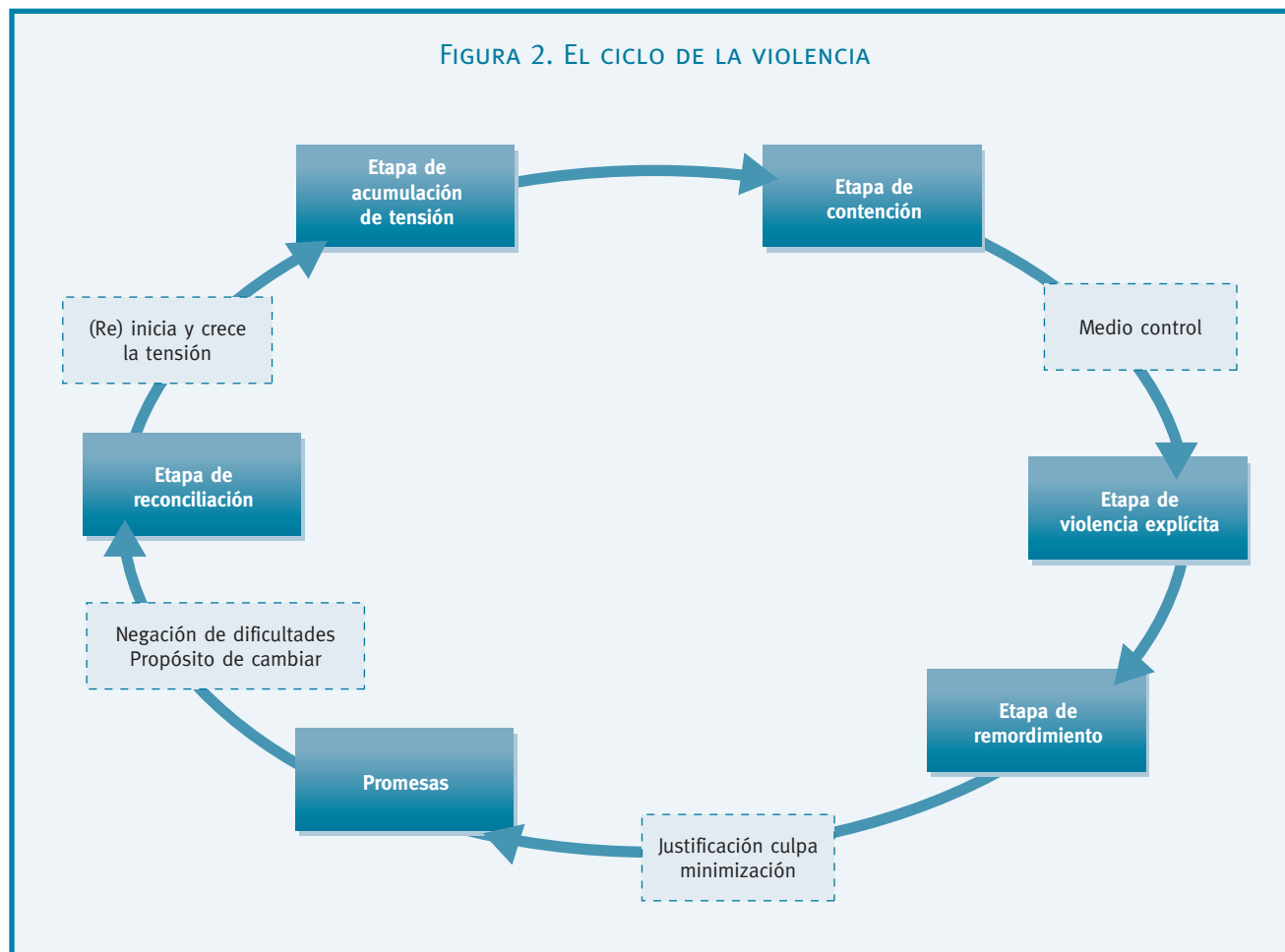
Como se puede observar en la *Figura 1*, la superposición de los cuatro niveles ilustra la forma como los factores de cada nivel influyen entre sí y muestra sus interacciones. El análisis mediante el modelo ecológico permite advertir que la atención de la violencia contra las mujeres debe comprender múltiples medidas mediante la participación de una diversidad de actores e instituciones, para con ellos abarcar los diferentes niveles en los que se manifiesta.

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 para tomar decisiones respecto a la situación en la que viven. A esta incapacidad que desarrollan las mujeres para enfrentar la situación en la que se encuentran se le ha denominado síndrome de indefensión aprendida, que 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.”*¹⁸

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.¹⁹



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 días 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.⁵

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.²⁰

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 VFMS, 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, la Secretaría de Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM), entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, con una muestra de 26 042 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 las 32 entidades federativas.

Entre los resultados más relevantes del estudio se encuentra que 21.5% de las mujeres viven en violencia de pareja actual, 34.5% ha sido agredida alguna vez en su vida por su pareja, y 60.4% ha sufrido violencia alguna vez en su vida, ya sea por su pareja o por familiares. (Cuadro I)

CUADRO I. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN EXPRESIÓN DE VIOLENCIA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA - ENVIM 2003		
Violencia	Cantidad	Porcentaje
De pareja actual*	5 369	21.5
De pareja de por vida†	8 319	34.5
Alguna vez en la vida‡	15 509	60.4

Aunque inicialmente sólo 6.5% de las mujeres declaró sufrir violencia por parte de su pareja, al responder las preguntas para caracterizar las agresiones, la prevalencia fue de 21.5%,²¹ 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 II. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL - ENVIM 2003. Total: 5 369		
Tipo de violencia	Cantidad	Porcentaje
Psicológica	4 895	19.6
Física	2 438	9.8
Sexual	1 751	7.0
Económica	1 264	5.1

* 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 madrastra, suegro o suegra, otro miembro de la familia u otra persona.

El *Cuadro II* muestra que la mayor prevalencia corresponde a la violencia psicológica, manifestada por 19.6% de las mujeres entrevistadas; en segundo lugar se encuentra la violencia física, con 9.8%; en tercero, la violencia sexual, con 7.0%, y en cuarto lugar, con 5.1%, la violencia económica.

El 17.3% de las mujeres entrevistadas sufrió violencia sexual alguna vez en su vida, es decir, se infiere que una de cada seis usuarias fue víctima de agresiones sexuales. Asimismo, 7.6% de las mujeres reportó tener antecedentes de abuso sexual en la infancia, la mayor parte de las veces (5.2%) por parte del padre, padrastro u otro hombre de la familia.

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 análisis²¹ de las intersecciones de tres tipos de violencia –física, psicológica y sexual–, muestra que de un total de 5 369 casos de 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 III*)

CUADRO III. INTERSECCIONES ENTRE TRES TIPOS DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL - ENVIM 2003, Total: 5 369		
Tipo de violencia	Cantidad	Porcentaje
Psicológica, física y sexual	1 173	21.8
Física y psicológica	1 051	19.6
Sexual y psicológica	352	6.6
TOTAL	2 576	48

El embarazo es una etapa de notable riesgo para las mujeres. El 25% de las mujeres encuestadas informó que durante su embarazo sufrió algún tipo de maltrato; el tipo más frecuente fueron las humillaciones, en segundo lugar el ser obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales y en tercer lugar, los golpes. (*Cuadro IV*)

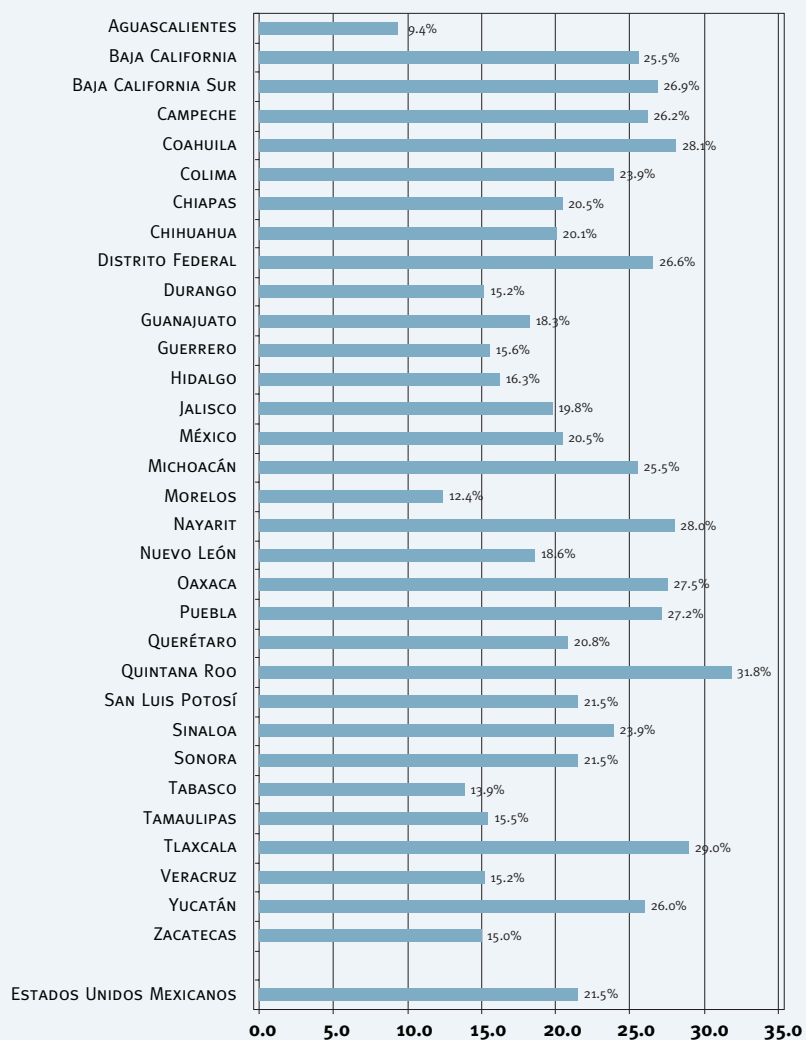
CUADRO IV. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN TIPO DE MALTRATO QUE SUFRIÓ CUANDO ESTUVO EMBARAZADA - ENVIM 2003

Tipo de maltrato	Cantidad	Porcentaje
Humillada	1 935	8.4
Obligada a tener relaciones sexuales con su pareja	1 448	6.3
Golpeada	1 227	5.3
Amenazada	1 387	6.0
No responde	140	0.6

La ENVIM 2003 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: Quintana Roo, Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca.

El mayor detalle de los datos arrojados por la ENVIM 2003, 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: www.salud.gob.mx

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE SUFRIERON ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA DE PAREJA ACTUAL, POR ENTIDAD FEDERATIVA - ENVIM 2003



El mayor detalle de los datos arrojados por la ENVIM-2003 puede ser consultado en la página del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ya sea a través de la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, o directamente en: <http://200.78.201.34>.

Capítulo 2

El modelo operativo y sus 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 fundamental 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 supuestos fundamentales de este modelo son básicamente dos:

- **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 al sector justicia. La detección y atención oportuna representa una oportunidad fundamental, ya que posibilita acciones preventivas, tanto secundarias (intervención precoz) como terciarias, que servirán para minimizar o impedir la gravedad de maltrato prolongado.

El modelo integrado prevé cuatro áreas de intervención fundamentales: prevención, detección, atención y rehabilitación y, 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 del trabajo, ya que cada uno de los componentes de atención está diseñado a partir de sus necesidades, en concordancia con el cumplimiento de sus derechos humanos y enfatizando la necesidad de salvaguardar su seguridad.

COMPONENTES DEL MODELO OPERATIVO

Las áreas de intervención del proceso general de atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres son: **la prevención, la detección, la atención y la rehabilitación**. En el Modelo Integrado se plantean los mecanismos para hacer posible este proceso.

Prevención. En general, para todas las instituciones, 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, implican un cambio profundo de mentalidades, creencias, estereotipos y actitudes relacionados 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 promoción de la salud y la coordinación intersectorial que debe darse desde el nivel local hasta el nacional.**

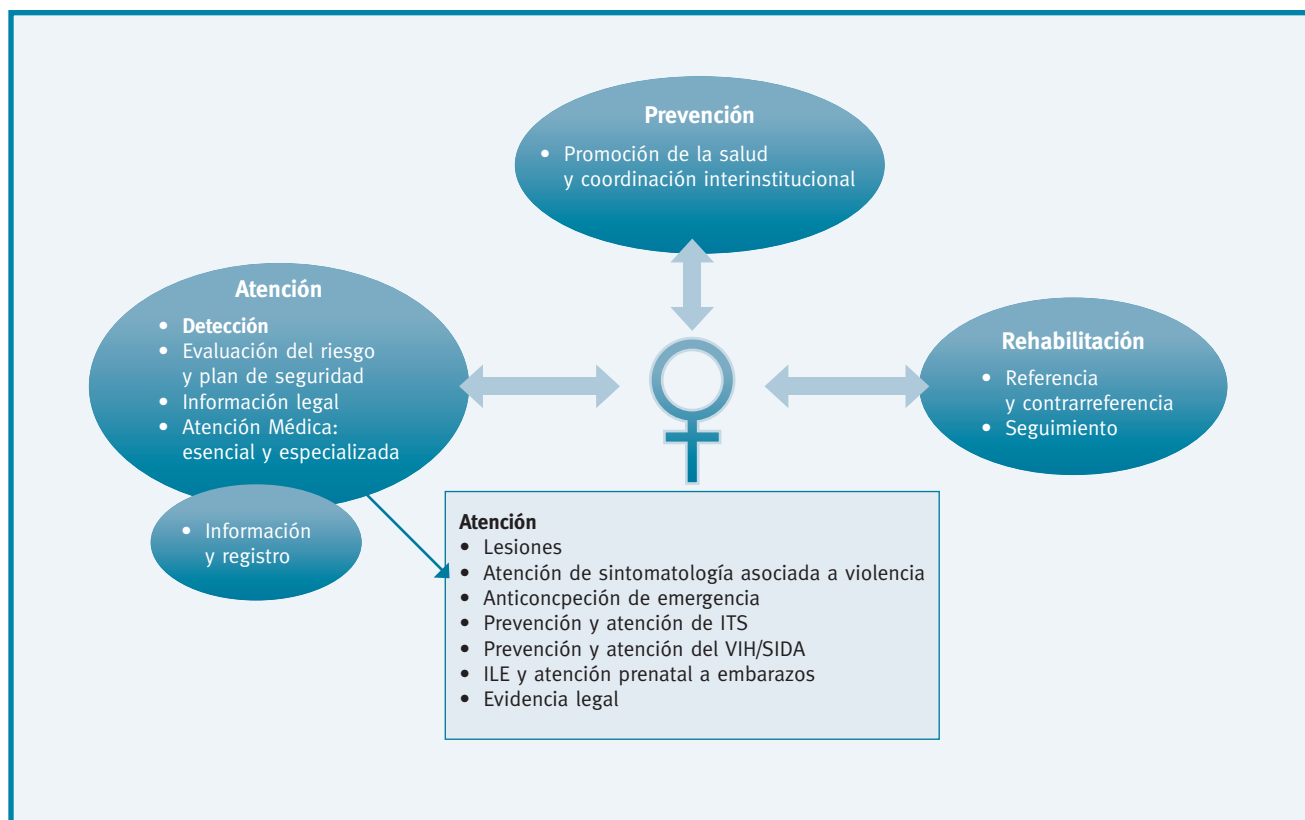
Detección. Incluye las políticas y procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia, con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar 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 conjunto con la atención oportuna, algunos autores se refieren a la detección temprana como la prevención secundaria, ya que comprende las acciones orientadas a detener el escalamiento y las consecuencias de la violencia. **En el sector salud las acciones de detección se realizan tanto en la comunidad como en el consultorio y están articuladas con el proceso de atención médica.**

Atención médica o 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 médica 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 quien presta el servicio de salud. Al exponer su experiencia, las usuarias posibilitan que el prestador 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, denominada 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 VFMS, la rehabilitación se refiere al conjunto de actividades encaminadas a proporcionar los servicios y apoyos 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.**



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.

Es indispensable resaltar que las diferencias se centran justamente en la capacidad de resolución clínica, ya que el resto de las acciones son cruciales para garantizar la atención y seguridad de la mujer.

ATENCIÓN ESENCIAL

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

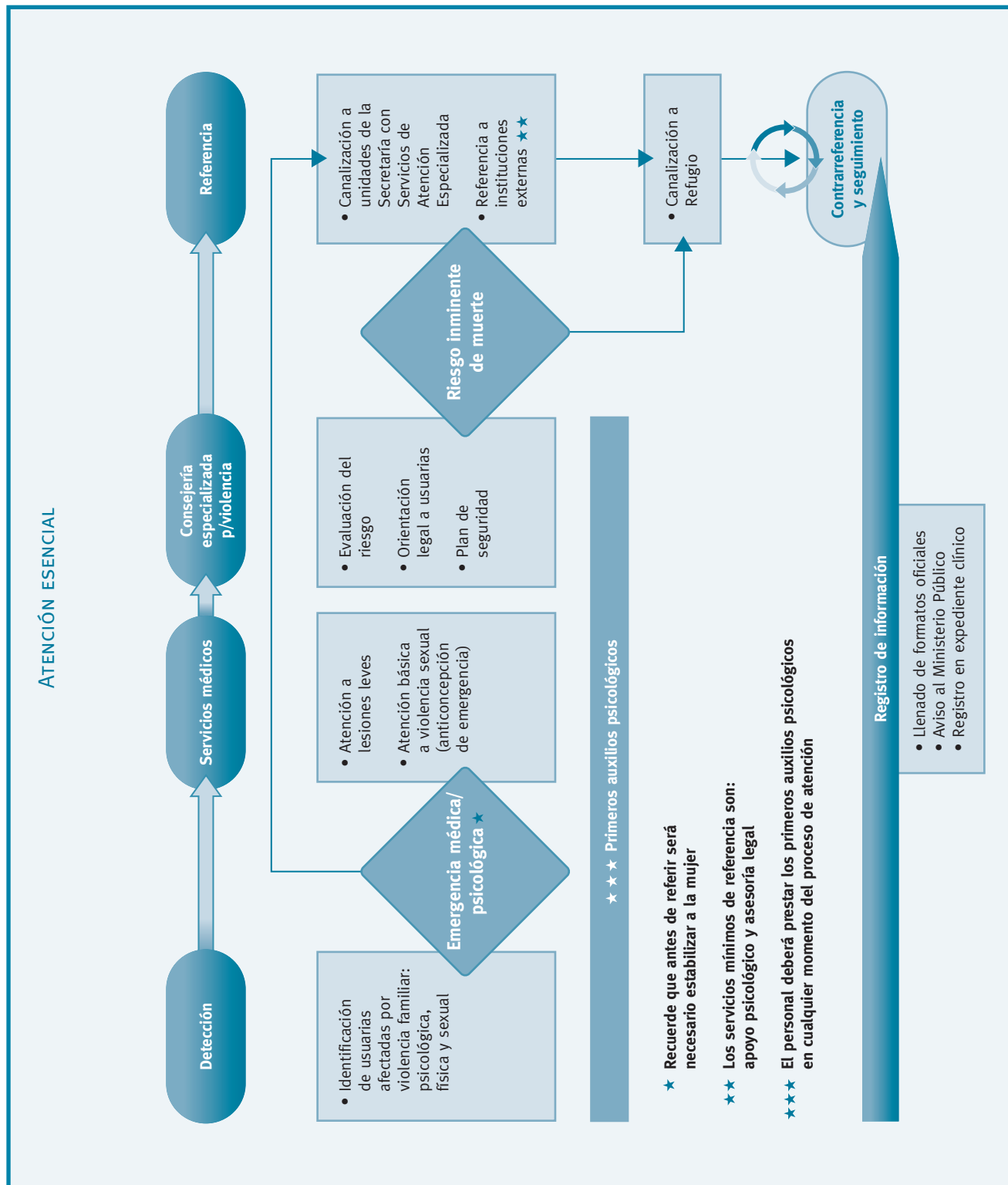
Las acciones de este tipo de atención contemplan componentes de detección, servicios médicos, consejería especializada, referencia y contrarreferencia.

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 y preventiva en lo que respecta a la violencia sexual.

Otra diferencia sustantiva está en lo relacionado con la evidencia legal. Mientras que en la atención especializada se cuenta con los elementos y el personal capacitado para hacer una recolección de evidencia orgánica, de acuerdo con los métodos requeridos para que ésta pueda ser usada como prueba, en la atención esencial la evidencia se recupera a partir de los resultados de la atención médica y del relato de la mujer. Es por ello por lo que el expediente clínico y el informe médico constituyen medios de prueba de gran valor para aquellas acciones relacionadas con la procuración e impartición de justicia.

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.



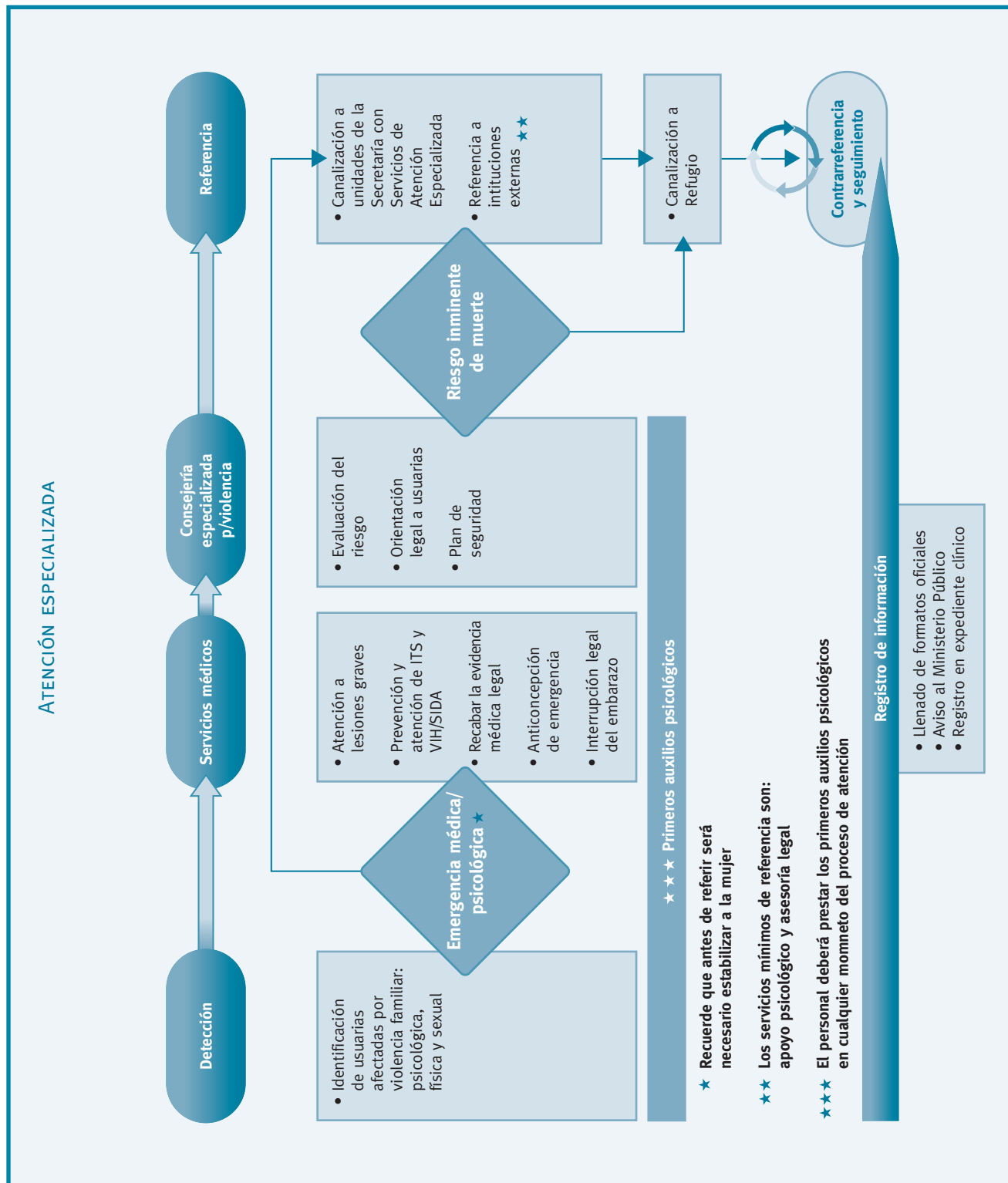
ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los servicios de atención médica especializada comprenden servicios médico -quirúrgicos, 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 fedrativas, dentro de clínicas u hospitales o estar en unidades dedicadas a la atención exclusiva de las mujeres, donde se enfatice la atención a la VFSM. Cuando se brinde atención a la VFSM 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, además con una amplia red de instituciones y organizaciones, 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 enfermería y trabajo social y, de ser posible, también con personal de psicología.

A continuación se muestra el esquema de atención.



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 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, deben ser eficaz y diligentemente atendidas por el personal disponible, 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 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, ofrecen diversos lineamientos de atención que deben ser asumidos por el personal de salud de acuerdo con el tipo de atención específica que las usuarias requieran. En la medida en la que estas Normas Oficiales fijan criterios o contienen catálogos de maniobras médicamente indicadas para resolver o remontar algún peligro en la salud, fijan obligaciones para el personal que presta los servicios de salud; la falta de seguimiento de los lineamientos 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 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

La **atención médica de la violencia familiar**, es el conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental de las usuarias y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar; incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en el que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.* El instrumento normativo que regula la atención médica en materia de violencia familiar es la NOM-190-SSA1-1999.

Lineamientos para la actuación:

- Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presen servicios de salud deberán otorgar atención médica a las usuarias o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, los cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la usuaria o el usuario afectado, el que pudo haber realizado el maltrato, y el involucrado indirectamente en este tipo de situaciones, ya que todos éstos en algún momento pueden requerir la prestación de los servicios de salud.†
- Incluye la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.
- El personal de salud proporcionará la información y atención médica a quienes se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, con el fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación, así como apoyos legal y psicológico para los cuales estén facultados.‡

* NOM-190-SSA1-1999. 4.1.

† NOM-190-SSA-1-1999 p. 4.

‡ NOM-190-SSA-1-1999, 5.4.

- La prestación de servicios de salud deberá realizarse de conformidad con el manual de procedimientos apropiados, con el fin de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la usuaria o el usuario involucrados en la situación de violencia familiar.[§]
- La atención médica otorgada a quienes se vean involucrados en situación de violencia familiar deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados.^{**}
- En la atención de las personas usuarias involucradas en situación de violencia familiar, quienes presten servicios de salud deberán apegarse a los criterios de oportunidad, calidez, confidencialidad, honestidad y respeto a su dignidad.*

CRITERIO DE OPORTUNIDAD

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 de paciencia y técnica razonables o, en su defecto, no se realizaron todas las acciones médicas y humanas indispensables para preservar la salud del paciente. Para posibilitar y fortalecer mecanismos que fortalezcan este criterio, se establecen procedimientos precisos a utilizar y sistemas de evaluación preventiva.

Quienes presten servicios de salud no pueden excusarse de brindar atención médica cuando esté en peligro la vida, un órgano o una función, sin distinción 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.

CRITERIO DE HONESTIDAD

Una prestación de servicios de salud honesta implica:[†]

- Aplicar el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida y experta.

§ NOM-190-SSA-1-1999, 5.5.

** NOM-190-SSA-1-1999, 5.6.

* NOM-190-SSA-1-1999, 5.7.

† Secretaría de Salud. Código de conducta para el personal de salud 2002.

- Quien preste los servicios de salud se apegará 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.

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 ser hará con quien tutele sus derechos, a quienes habrán de dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades. Asimismo, deberán esforzarse por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza.‡

La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son considerados importantes en la relación con los pacientes.

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.

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

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.

‡ Secretaría de Salud Op. Cit, p. 11

CRITERIO DE CONFIDENCIALIDAD

La **confidencialidad es una obligación médica**, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica y con la NOM-168, relativa al 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, particularmente adolescentes y solteras, 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.

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 de las mujeres que viven situación de violencia sexual a la anticoncepción de emergencia 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 forzado.

^{*} ONU Recomendación General No. 19 y 24.

[†] 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.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La experiencia de un embarazo forzado[‡] impacta negativamente la salud física y mental de las mujeres. Una de las acciones para disminuir estas consecuencias es facilitar el acceso inmediato a anticonceptivos pos-coitales.

La Constitución[§] 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 espaciamiento de sus hijos, 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, y la resolución que desean tomar ante la posibilidad de enfrentar un embarazo forzado.^{‡‡} La consideración de este método es especialmente relevante en mujeres en situación de violencia, pero no se limita a éstas.

La fracción III, apartado B, 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.^c Al respecto, la resolución establece que la consejería debe dar particular atención a los adolescentes.

[‡] Término con que se designa a un embarazo resultado de una violación sexual.

[§] Artículo 4. Segundo Párrafo.

^{**} Artículo 16, 1, e) .

^{††} Escalante, Fernando. Capacidad de decidir por sí y para sí en un ámbito de certidumbre y libertad., Conferencia sobre derechos civiles.

^{‡‡} 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.

^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.

^c Norma de Servicios de Planificación Familiar NOM-005-SSA2-1993 5.1.3 y 5.1.5.

Los anticonceptivos pos-coitales deben estar disponibles para todas “las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes, (...) para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones: a) después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva; b) después de un coito practicado de manera involuntaria sin protección anticonceptiva.” (*Apartado 5.3.1.1*).*

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.**

QUIMIOPROFILAXIS 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. Las relaciones entre la infección por el VIH y la violencia sexual y las estrategias de prevención son muy importantes.††22

Es necesario realizar un esfuerzo especial de prevención de la transmisión del VIH, y de ITS en mujeres en situación de violencia; es importante que, basados en la información recibida de la usuaria, se elabore un diagnóstico que puede derivar en un tratamiento farmacológico inmediato, en el caso de haber sufrido una violación sexual, con el fin de prevenir una ITS.##23

* Según la 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.

** Convención de Derechos del Niño Artículo 5 y 12 y Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes Artículo 4.

†† Organización Mundial de la Salud Informe mundial sobre la violencia y la salud, Capítulo 6, “La violencia sexual”.

Información tomada de la página web, www.citaid.com.mx. Cuando una persona es expuesta al VIH, las células inmunitarias recogen el virus y lo llevan a los nódulos linfáticos, donde empieza a multiplicarse. En poco tiempo, nuevas partículas del virus se extienden por la corriente sanguínea. Se cree que esto ocurre en 3 a 5 días. Cuando resulta eficaz, la PEP tiene por objeto eliminar el virus antes de que esto pueda suceder. La PEP debe iniciarse antes de que una persona resulte positiva al VIH y antes de que el VIH se detecte en una prueba de carga viral. Después de 3 a 5 días, la persona infectada entra en la etapa de infección aguda por el VIH. El tratamiento temprano durante esta etapa todavía puede ser útil para atrasar la progresión de la enfermedad al SIDA.

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.*

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.‡ El tratamiento con antirretrovirales debe hacerse sin interrupciones, para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad.§ En todo caso, es importante retomar el lineamiento de atención "Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales" vigente, emitida por la Secretaría de Salud.

- 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 los trámites previstos por la ley para conseguir la autorización respectiva. Estos trámites pueden incluir: la denuncia del hecho, la práctica de un examen de embarazo, enfrentar una revisión médica y el desahogo de pruebas mínimas.

* Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 3.1.11. 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 para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales" vigente, emitida por la Secretaría de Salud."

‡ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 6.13.

§ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 6.13.2.

ATENCIÓN PARA MUJERES CON REQUERIMIENTOS DE ABORTO 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 México, todos los códigos penales reconocen circunstancias en las que los embarazos pueden ser interrumpidos. Este catálogo de circunstancias es variable en las diversas entidades federativas, aunque **la interrupción de un embarazo producto de la violación es legal en todo el país.**** Esto significa, que esta opción debe estar disponible en condiciones seguras, respetuosas y libres de riesgo para todas las mujeres en esta circunstancia.††

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 comprende actitudes como la empatía y el respeto, así como obligaciones jurídicas contenidas en los diversos ordenamientos penales, y en el marco de 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, la libertad de creencias y la intimidad de las mujeres, y excluirá la coacción, la violencia, las actitudes discriminatorias, los tratos crueles, vejatorios, inhumanos y degradantes.

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

La objeción de conciencia ante la interrupción legal del embarazo

Es posible que frente a la interrupción legal de un embarazo 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:

** Los códigos penales de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Quintana 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 12.85. El resto de las entidades federativas no establecen un plazo.

†† Al respecto, cuatro de los cinco ministros que integran la Primera Sala (materia penal) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación consideraron, al estudiar la "Ley Robles", que el acceso a aborto por violación forma parte de los derechos de las víctimas de los delitos.

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

- 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 legal 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 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 objetan, 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 en violencia el personal de salud asumirá procesos de consejería médica. Es decir, establecerá un proceso de información y comunicación con las usuarias respecto a temas específicos relacionados con la salud en el marco de la experiencia de violencia.

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 e interrupción legal del embarazo. 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 quedará subordinada a la confidencialidad y no podrá ser revelada salvo estricta e insalvable[†] disposición legal en contrario.
- Ilustrar sobre la preservación y disponibilidad de la evidencia médico legal, no sólo en cuanto a la evidencia inmediata u orgánica, sino también en cuanto a la debida conformación de un expediente clínico, las constancias de tratamientos psicológicos y, en general, acompañar la consejería médica de la orientación legal pertinente.
- Todos los procesos de consejería médica respetarán las reglas del consentimiento informado el cual no debe limitarse al cumplimiento de una mera formalidad; implica, por el contrario, la entrega de información responsable por parte del personal de salud 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 tipo de violencia.

[†] 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 No. 190 SSAI-1999 establece que las instituciones de salud deberán dar aviso al Ministerio Público, esto cuando las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar.* Esta obligación se cumple a través del llenado del formato de Aviso al Ministerio Público contenido en la propia norma en el apéndice informativo. Cada servicio establecerá la forma como estos formatos se harán llegar al Ministerio Público; se recomienda que el área de trabajo social los recabe entre los prestadores de servicios de salud, y sea esta área quien entregue los avisos al Ministerio Público. La norma contiene los siguientes lineamientos en relación con el aviso:

1. **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.*

* NOM-190-SSA1-1999, 5.8 y 6.15.

- **Aviso:** Término usado por la NOM-190* y que se refiere a la noticia 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.

2. **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, debiendo ser acompañada por personal de trabajo social siempre y cuando no exista ningún riesgo en 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 informe de la realización del aviso, su propósito y sus consecuencias específicas mediatas e inmediatas.

Para el aviso 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.[‡]

* NOM-190-SSA1-1999, 6.15.

† Lesiones, tentativa de homicidio, violación, etc.

‡ Es notable la excepción del Estado de Zacatecas, que permite la participación oficiosa del Ministerio Público en todos los casos de violencia familiar, aunque no exista querrela o denuncia.

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 síquica 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.

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 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.

** Convención de los Derechos de las Niñas y los Niños.

- 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 profesional 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-190).

† 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 190, 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 190 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.

** 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". Incluimos en anexo la totalidad de la NOM-168.

- 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 como, 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.
- 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 como, 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 Ministerio Público o a la autoridad judicial; el personal médico, por su parte, habrá de ocuparse, fundamentalmente, de la descripción de tales lesiones, 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 que participe del proceso de atención, 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-190-SSA1-1999.

IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES

El registro de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres 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 conciencia sobre el tema, por que no lo considera de su incumbencia o por el temor de verse involucrado en procedimientos penales.
- Los datos que se registran en la Secretaría de Salud se refieren sólo a las mujeres atendidas por lesiones físicas, independientemente del origen de esas lesiones, que en muchos casos es VFISM. En segundo lugar, este registro por lesiones excluye todas las otras formas de violencia.

Estos factores inhiben la visibilización del problema y, por ende, su atención, de ahí lo imprescindible de revertir estos factores.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE LA INFORMACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

La estructura del Sistema Institucional de Información de la Secretaría de Salud se integra por cuatro componentes: el Sistema de Información en Salud (SIS); el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); el Sistema de Información Administrativa, y otros sistemas de información, por ejemplo el Programa de Vacunación Universal (PROVAC),* el Plan Estatal Maestro de Infraestructura Física en Salud para Población No Asegurada (PEMISPA), el Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED) y el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH).

Las variables asociadas a la información sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres se pueden ubicar en varios de los componentes de este Sistema en cuyos formatos se incluyen preguntas clave sobre el tema y éstos pueden ser capturados a partir del registro de datos en cuatro formatos: SUIVE -1-2002; SIS-SS-14P, 16P, 17P formatos de registro de lesiones en unidades de primer nivel de atención, hospitales y urgencias; SNS RAVF-2, formatos de registro de violencia intra familiar y en el Certificado de Defunción (Secretaría de Salud. Manual sobre lineamientos estratégicos, 2004). Cada uno de estos formularios se remite a diferentes componentes del Sistema Institucional de Información, con el inconveniente de dispersar la información.

* El PROVAC es un sistema computarizado en el que se llevará el registro nominal de los menores de ocho años de edad y de las mujeres embarazadas; proporciona informes analíticos que se utilizarán en la toma de decisiones para la planeación de estrategias operativas, en la evaluación de coberturas.

La NOM-190-SSA1-1999 contempla en el *Apartado 7* el proceso de registro de información, e incluye un formato[†] de registro de atención en caso de violencia familiar 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.

RECOMENDACIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Profundizar en el conocimiento sobre la violencia contra las mujeres implica tener información y datos acerca de: a) la dimensión del problema; b) los espacios donde ocurre; c) las causas (directas y estructurales); d) las consecuencias (no sólo las lesiones físicas); e) las secuelas; f) las respuestas dadas en el sector salud y en el de procuración de justicia, y g) las características de los agresores. 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.

El procedimiento de registro de la información consiste en documentar todos los casos atendidos en la Secretaría de Salud y remitirlos al registro del programa correspondiente. 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 es referirse en el llenado del formato al evento más recientemente ocurrido. Los responsables de llenar los formatos son los médicos, los internos y residentes, las trabajadoras sociales o el técnico en atención primaria, dependiendo del tipo de unidad y servicio de que se trate. (Para mayor información consulte la NOM-190 referente al registro de información y los comentarios que dan mayor explicación a ciertos términos e instrucciones, en esta dirección electrónica: http://www.mujerysalud.gob.mx/contenido/norma/norma_comentada.html)

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.

[†] 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.

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.²⁴

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 circunstancia 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 los usuarios 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.

FORMATO ESTADÍSTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR (APÉNDICE INFORMATIVO 2)				
Folio:				
Unidad médica Nombre: _____ Institución: _____				
Localidad _____ Municipio _____ Entidad _____				
USUARIO (A) AFECTADO (A)	1. Nombre Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____		3. Edad Años	
	2. CURP 	4. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/> 3. Embarazada	5. Derechohabencia <input type="checkbox"/> 1. IMSS 2. ISSSTE <input type="checkbox"/> 3. PEMEX 4. SEDENA <input type="checkbox"/> 5. SECMAR 6. OTRO 7. NO	
6. Domicilio Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Barrio o colonia _____ Código postal _____ Localidad _____ Municipio _____ Entidad Federativa _____				
EVENTO	1. Fecha de ocurrencia dia 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	
	2. Tipo de Violencia <input type="checkbox"/> 1. Física 2. Sexual 3. Psicológica 4. Abandono		6. Día de la semana en que ocurrió el evento <input type="checkbox"/> 1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte Vía pública: 4. Transporte público 5. Automóvil particular 6. Otro	
	3. Prevalencia <input type="checkbox"/> 1. Primera vez 2. Reincidencia		5. Fue en día festivo <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	7. Circunstancias en que ocurrió _____ _____ _____ _____ _____
	8. Consecuencia resultante <input type="checkbox"/> 1. Contusión 2. Luxación 3. Fractura 4. Herida 5. Asfixia mecánica 6. Ahogamiento por inmersión 7. Quemadura 8. Abuso Sexual 9. Aborto 10. Otra física 11. Sólo alteración psicológica 12. Trastorno psiquiátrico		9. Agente de la lesión <input type="checkbox"/> 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	10. 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. Área genital 10. Múltiple
11. Gavedad de la lesión <input type="checkbox"/> 1. Leve 2. Moderada 3. Grave				
PROBABLE AGRESOR	1. Se ignora <input type="checkbox"/>	2. Edad Años	3. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	
	4. Parentesco <input type="checkbox"/> 1. Padre 5. Cónyuge 2. Madre 6. Otro pariente 3. Padrastro 7. Novio o pareja eventual 4. Madrastra 8. Otro			
ATENCIÓN	1. Fecha dia mes año Hora horas minutos		3. Atenciones otorgadas <input type="checkbox"/> 1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro	
	2. Servicios de atención <input type="checkbox"/> 1. Consulta externa 3. Hospitalización 2. Urgencias 4. Otros servicios.		4. Aviso al Ministerio Público <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	5. Destino después de la atención <input type="checkbox"/> 1. Domicilio 2. Consulta externa 3. Hospitalización 4. Traslado a otra unidad médica 5. Unidad de asistencia social 6. Defunción 7. Otro
Notificación fecha dia mes año				
Nombre del notificante _____		Firma _____		

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO

(VIOLENCIA FAMILIAR, APÉNDICE INFORMATIVO 1)

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración _____
 día mes año

USUARIO (A) AFECTADO (A) DE VF	Nombre	Edad	Sexo <input type="checkbox"/>
	Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)	Años	1. Masculino 2. Femenino
Dirección			
Calle		Número exterior	Número interior
Localidad		Barrio o colonia	
		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 _____			

Sección II

Atención médica

CAPÍTULO 4

El impacto psicológico de la violencia.
Primeros auxilios psicológicos

CAPÍTULO 5

Detección de casos de violencia

CAPÍTULO 6

Servicios médicos esenciales y especializados

CAPÍTULO 7

Consejería especializada:
Evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal

CAPÍTULO 8

Referencia, contrarreferencia y seguimiento

Capítulo 4

El impacto psicológico de la violencia. Elementos básicos para la consejería y atención

MARCO GENERAL

¿Porqué todos los profesionales de la salud deben conocer el impacto psicológico de la violencia en las mujeres?

La violencia tiene un efecto intensamente destructivo en las mujeres.

“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.”²⁵

Desconocer el impacto psicológico de la violencia en las mujeres condiciona actitudes prejuiciosas y procedimientos inadecuados en su atención. 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.

- El **acercamiento del personal de salud** a este aspecto de la violencia no sustituye la valoración psicológica especializada. El objetivo es reconocer las circunstancias anímicas más comunes de las mujeres en situación de violencia para una intervención acorde y sensible a estas circunstancias.

¿Cuál es la respuesta psicológica ante la violencia?

Existen diversas manifestaciones de daño y síndromes estudiados en relación con el impacto de la violencia en las mujeres. Una respuesta común de las mujeres que viven en situación de violencia es el retraimiento y silencio ante estas experiencias, sin embargo, las respuestas dependen de la circunstancia e historia personal de cada mujer, así como de sus fortalezas personales y sociales.

Reconocer las respuestas más frecuentes ante la violencia es un elemento básico para la consejería y atención.

Entre las manifestaciones del daño al bienestar emocional de las mujeres están: la indefensión aprendida, el síndrome de Estocolmo y el síndrome de la mujer maltratada, en los casos de violencia psicológica y física; y el síndrome de trauma por violación y el trastorno de estrés postraumático en los casos de violencia sexual. En todos ellos se identifican conductas, pensamientos y sentimientos que convierten el proceso de toma de decisiones en un desafío para quienes viven en contextos de violencia.

LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

Es la obediencia pasiva al entorno cuando todos los esfuerzos por transformarlo no logran causar ningún efecto ni la situación se modifica.²⁶ Los resultados son resignación, desgaste, depresión y culpa, entre otros, que se reflejan en cansancio físico y emocional

La indefensión aprendida es resultado de la reiteración a la víctima de su incapacidad de sobrevivencia lejos del agresor y de que lo que ocurre es su culpa y responsabilidad. 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.

SÍNDROME DE ESTOCOLMO²⁷

Se caracteriza por la relación afectiva de las personas en contexto de violencia con el agresor. Los indicadores del Síndrome de Estocolmo en el comportamiento son:

- 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 de que el agresor regrese aún cuando esté muerto o en la cárcel.
- Presentar síntomas de estrés postraumático.

SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA

Se caracteriza por los sentimientos de abatimiento, miedo, vergüenza, culpa y desaliento; todo ello en detrimento de los aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales y conductuales de la vida de las mujeres en situación de violencia.

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.

Este síndrome se establece generalmente ante las siguientes condiciones:¹¹

- 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 del impacto psicológico de la violencia sexual

SÍNDROME DE TRAUMA POR VIOLACIÓN

Se reconocen dos momentos en este síndrome:

- Fase aguda
- Fase de reorganización

Los estudios indican que hay un periodo de dos a tres semanas entre una y otra a partir de la violación.

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 y auto culpabilidad, así como sentimientos de vulnerabilidad e indefensión.

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.

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.

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.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La aparición del trastorno de estrés posttraumático está estrechamente relacionada con los recursos personales de quienes enfrentan la situación traumática, las características del evento y el apoyo social que reciben ante esta circunstancia. En este orden, los factores que predisponen la aparición de este trastorno son:

- La edad de la persona, los rasgos de personalidad, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil y trastornos mentales preexistentes.
- La magnitud del evento de violencia vivido y, en su caso, la 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.

Si el evento vivido es extremadamente traumático, éste se presentará aun sin la presencia de dichos factores.²⁸

Este trastorno se caracteriza por la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático a través de una o más de las siguientes formas:²⁸

- Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes o percepciones.
- Sueños recurrentes sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- 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.
- 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.

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.²⁸

Primeros auxilios psicológicos

¿QUÉ CONOCIMIENTOS NECESITA EL PERSONAL DE SALUD PARA REALIZAR UNA INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA O PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS?

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 profesional o no, sensibilizado y entrenado adecuadamente en lo que respecta a la teoría de la crisis, sus fases y las intervenciones sugeridas para apoyar a las mujeres en los primeros momentos.

CONCEPTO DE CRISIS

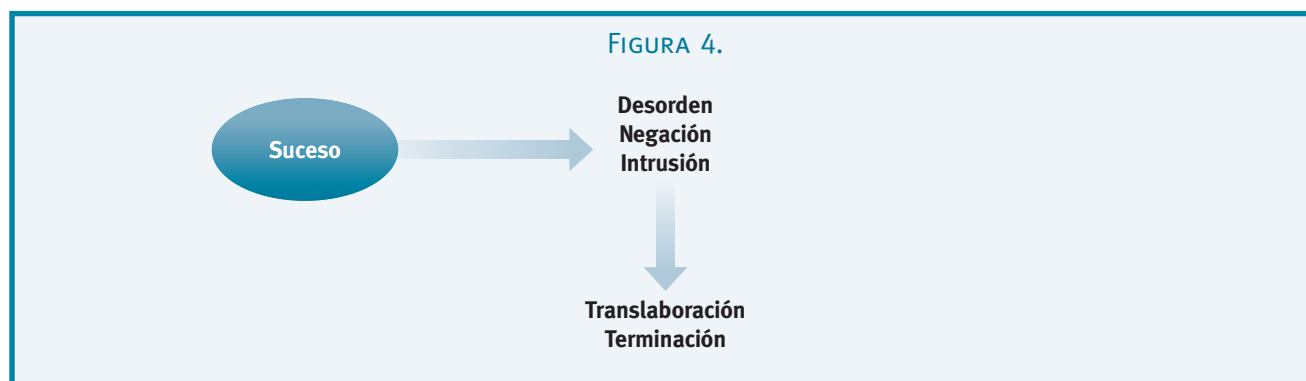
Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad de la persona para manejar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas.

Todas las personas pueden estar expuestas en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar una crisis caracterizada por una gran desorganización emocional, perturbación o colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en el tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución.

Es importante indicar que la resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso, recursos personales (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales. La característica fundamental de la crisis es su TEMPORALIDAD. El estado de emergencia tiene una corta duración, en general cuatro o seis semanas. Al pasar este tiempo, en general, se establece el potencial para el cambio positivo (denominado resolución) o el cambio negativo (pseudoequilibrio). La razón es que todas las personas contamos con un conjunto de recursos biológicos, fisiológicos y metabólicos para la homeostasis o tendencia al equilibrio, éstos permiten funcionar y sobrevivir a las amenazas ambientales. De lo contrario, se encontraría la muerte, por tal motivo la desorganización y el desequilibrio no son tolerables por largos períodos de tiempo prácticamente en ningún ser humano.²⁹

ETAPAS DEL PERÍODO DE CRISIS

Una vez desencadenada la crisis, la persona puede pasar por varias etapas a partir de la presencia del evento de la cual ella emergió. Las reacciones psicológicas propias de este proceso no representan un trastorno mental; por el contrario, son respuestas más o menos típicas ante una amenaza a la vida física o psicológica.²⁹



Primera etapa: Desorden

Es la primera reacción ante un hecho amenazante y puede manifestarse en llanto, angustia, gritos, desmayo o lamentos.

Segunda etapa: Negación

Conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse por un entorpecimiento emocional, no pensar en lo sucedido o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado.²⁹

Tercera etapa: Intrusión

Puede presentarse como intentos de explicación, recuerdos o pesadillas involuntarias. Comúnmente las personas la describen con frases como: *“aunque no quiera, todo me viene a la mente una y otra vez.”* Algunas personas pasan directamente de la etapa de impacto a la intrusión. Otras, al llegar a la intrusión, regresan a la negación y oscilan entre ambas fases, sin avanzar a las siguientes.

Cuarta etapa: Translaboración

Es el proceso en el que se expresan, identifican, divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y translaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

Uno de los aspectos más importantes de esta fase se encuentra en el dominio cognitivo, es decir, se llega al momento en el que las explicaciones pasadas carecen de sentido y se hace necesario buscar nuevas interpretaciones. Encontrarle significado a las experiencias y el contacto con quienes tienen el mismo problema es de gran ayuda, no sólo para las mujeres maltratadas, sino para quienes han sufrido los más crueles tratos por parte de otros seres humanos.³⁰

Quinta etapa: Consumación

Es la última fase del período de crisis y es la que permite la integración de la experiencia dentro de la vida personal. La mujer, por ejemplo, no sólo admite su situación de maltrato y encuentra una explicación para ello, sino que identifica y expresa sus pensamientos y sentimientos. Admite, a su vez, que está pasando por un período de desorganización, pero reconoce los mecanismos o estrategias para salir adelante. Por tanto, son características de esta etapa: restauración del equilibrio, comprensión real y no errónea del problema, identificación de nuevas estrategias de enfrentamiento y cambios de conducta necesarios.

El objetivo sustancial de los primeros auxilios psicológicos es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis. Restauración del equilibrio, reorientación de la capacidad de la persona para enfrentar la situación. Esta intervención se puede dividir en dos fases sustantivas:



Los **primeros auxilios psicológicos** son el apoyo de primera mano a una mujer en situación de crisis. Se trata de un soporte elemental y suficiente para mitigar el estado de angustia y recuperar el control, por lo que no es necesario condicionar la atención de estos casos a la presencia de profesionales de la salud mental.

La **terapia en crisis** plantea una intervención especializada y supone un entrenamiento específico para llevarla a cabo.

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Una situación de crisis puede presentarse en diversos momentos del proceso de atención a mujeres en situación de violencia, por ejemplo: durante la entrevista de detección, durante la entrevista a profundidad para la evaluación del riesgo y elaboración del plan de seguridad, durante la atención médica; o puede ser que eventualmente una mujer llegue al servicio de salud en estado de crisis. En estos casos el objetivo de una intervención de primera mano en los servicios de salud es apoyar a la mujer para recuperar el control de sus emociones y eliminar el estado de angustia. Las acciones sugeridas son las siguientes:

- **Recuerde que un estado de crisis es una respuesta esperada a eventos traumáticos.**
- **Tenga presente que un estado de crisis involucra expresiones diversas como llanto incontrolado y lamentos, pero también risas, tensión, sentimientos de vergüenza, pánico, ira, inseguridad e indefensión.**
- **Conduzca a la usuaria a un lugar privado, y evite irrupciones de personal ajeno a la atención del caso o visitantes y otros usuarios o usuarias del servicio. Esto le permitirá establecer un clima de confianza y empatía.**
- **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 breve para que la mujer exponga su situación y preocupaciones.
- **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.).
- **De la oportunidad de hacer preguntas.** Pregunte a la mujer si tiene dudas y asegúrese de contar con su consentimiento para todas las acciones a realizar.
- **Comunique interés.**
- **Háblele con un lenguaje sencillo.**

- Esté atento a las características y gravedad de la violencia.
- No emita juicios de valor.
- No hable mal del agresor.
- No haga promesas que no puede cumplir.
- Evite interrumpir.
- Crea en la veracidad de la historia.
- Estos primeros auxilios concluyen cuando usted observe señales de calma.
- En la mayoría de los casos el paso a seguir será la exploración de opciones de seguridad y disminución de riesgos para la salud de la usuaria. Indique claramente los pasos a seguir.
- 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.

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 5

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. (NOM-190-SSA1-1999).

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 representa una oportunidad especialmente importante, ya que posibilita acciones preventivas, tanto secundarias (intervención precoz) como terciarias.

¿Quiénes pueden hacer la detección?

Todo el personal de salud puede realizar un proceso de detección tanto en el trabajo con la comunidad como en la consulta o área de hospitalización, aunque el interrogatorio médico y la exploración clínica favorecen esta actividad.

¿Por qué detectar violencia?

Estudios de investigación muestran que muchas usuarias sufren de violencia, aun cuando no lo manifiestan como motivo de consulta y el identificar esta problemática brinda nuevas opciones de tratamiento, por ejemplo, una psicóloga manifestó, *“los libros me dicen cómo abordar la depresión, pero ahora hemos comenzado a cambiar los diagnósticos. Vemos que es cierto que ella tiene depresión, pero es secundaria al problema de violencia. Esto nos da otra estrategia”*. Además, la evidencia muestra que las mujeres están dispuestas a hablar de sus experiencias **cuando el personal les pregunta**.³¹

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 demostrar su interés y sus conocimientos.³²

En general, indagar sobre violencia con un cuestionario tarda en promedio tres minutos, y entrevistas posteriores indican bastante aceptación del instrumento por parte del personal de salud y las usuarias.

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

Existen dos posibilidades para identificar casos de violencia:

- Durante el trabajo en los servicios de la unidad médica.
- En el trabajo con la comunidad.

En ambas situaciones será indispensable ofrecerles los servicios contenidos en el modelo de atención, ya que una adecuada detección sin acciones posteriores puede comprometer la salud de la usuaria o bien ponerla en riesgo.

En cualquiera de estos ámbitos laborales es posible identificar casos de violencia a través de la identificación de signos 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 a través de signos de alarma, y 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 y 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 el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad muchas mujeres están esperando en silencio que alguien les pregunte.³³
2. **Interrogue 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.

* Recuerde que la NOM-190-SSA1-1999 establece el compromiso del personal de salud de realizar actividades de promoción y educación para la salud y de incorporar la búsqueda intencionada de indicadores de violencia en el ámbito cotidiano de las familias, para que en su caso, se refieran a los servicios médicos. En forma similar, cuando se realice la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios, así como en otros servicios de salud, es importante que el personal tenga presente, en sus procedimientos diarios, la posibilidad de identificar signos sospechosos de violencia familiar o sexual.

3. **Explícite el derecho de la mujer a la confidencialidad.** Asegúrese de que la mujer esté convencida, durante el proceso de detección, de que su seguridad no se pone en riesgo.
4. **Cree un ambiente de apoyo donde no se emitan juicios de valor.** Permítale contar su historia. Mencione claramente que ninguna persona merece ser golpeada, ni violada en ninguna circunstancia.³³
5. **No emplee términos técnicos.** Es importante que las preguntas sobre este tema sean formuladas de manera tal 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 de que por ninguna razón las usuarias reciban un trato discriminatorio:** por sexo, posición social, raza, edad, religión, opiniones, origen nacional o cualquiera otra causa.³⁴
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

Antes y durante el interrogatorio se recomienda poner especial cuidado en algunos signos de alarma que pueden ser *indicadores precisos de violencia*. De acuerdo con el tipo de abuso, los “síntomas” que pueden presentar las mujeres violentadas son diversos y pueden catalogarse en las dimensiones física, sexual o emocional 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 muchos más o bien, sean éstos, pero con características especiales de acuerdo con su población de atención.

SIGNOS DE ALARMA		
SIGNOS DE ALARMA QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES EN LOS TRES TIPOS DE VIOLENCIA:		
Violencia física	Violencia sexual	Violencia psicológica
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones diversas que no concuerdan con la explicación de cómo ocurrieron. • Lesión física durante el embarazo. • Aborto. • Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas. • Síndrome crónico de intestino irritable. • Traumas craneales y daño neurológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • El embarazo de niñas o adolescentes muy jóvenes. • Infecciones de transmisión sexual. • Prurito o pérdida de sangre vaginal. • Defecación o micción dolorosa. • Dolor abdominal o pelviano 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Cansancio y fatiga crónica. • Problemas de memoria, concentración y 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 flashbaks. • Hipervigilancia o estado de alerta constante, palpitaciones. • Depresión severa. Trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormido/a) y pesadillas.

• Fuentes: referencias 35-37

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.

- *“Como la violencia es común en la vida de la mujer, hemos empezado a hacer preguntas sobre el abuso a las usuarias.”*
- *“No sé si usted enfrenta esta situación, pero la tensión en el hogar es un problema que enfrentan muchas de las mujeres que vienen a verme. Algunas se sienten muy intimidadas o incómodas para mencionarlo, de modo que ahora hago habitualmente estas preguntas.”* ³⁵⁻³⁷

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 podría ser sí, coloque en el apartado de sospecha una descripción específica de la lesión que observa o las razones de su sospecha.
- Es fundamental centrar su atención en el cuándo de las preguntas sobre las relaciones sexuales forzadas (violación) y embarazo forzado. La usuaria podría estar aún en un periodo adecuado para prevenir ITS/VIH SIDA, recibir anticoncepción de emergencia o solicitar la interrupción de un embarazo forzado.
- 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.

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? Sí ¿Quién lo hizo? _____ No ¿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
¿Cúando? _____¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física? Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Cúando? _____¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física? Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Cúando? _____¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada? Sí ¿Quién lo hizo? _____ No
¿Cúando? _____**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

El paso crucial es identificar la emergencia del suceso. Aunque en el imaginario social prevalece la idea de que todas las mujeres acuden a 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

Se considera urgencia médica a aquella situación provocada por un suceso violento que requiere de atención médica inmediata, ya que las lesiones leves o graves pueden producir un perjuicio para la integridad de la persona.³³

Se considera urgencia médica cuando la mujer ha experimentado una violación. 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 quimioprophilaxis para ITS y en su caso, VIH/SIDA o bien, hasta 120 horas para proporcionarles anticoncepción de emergencia (ver capítulo Servicios médicos especializados) Una vez atendida la urgencia médica tiene lugar la evaluación del riesgo y la elaboración de un plan de seguridad.

Situación de urgencia psicológica

Es aquella situación provocada por un suceso violento donde se detecta una crisis psicológica severa.³³ 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 se realice la evaluación del riesgo, el plan de seguridad y se 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) en la medida de lo posible. Recuerde que la mujer puede estar en un enorme riesgo y es indispensable brindarle un apoyo integral inmediato.

Ante la situación de urgencia 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 equipo 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 diversos mecanismos de defensa:³⁶

“No sucede nada. Mis relaciones con mi pareja son normales”.	Negación
“Lo que sucede es culpa mía. Yo provoqué esas reacciones”. “Yo tengo mucho carácter”.	Autoculpabilización
“En realidad no es tan grave. Sólo sucede de tanto en tanto”.	Minimización
“Es muy nervioso”. “Es alcohólico / adicto”. “No tiene trabajo”. “Los chicos lo alteran mucho”.	Justificación
“Consultas frecuentes por sintomatología sin correlatividad clínica u orgánica”.	Somatización

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 quien preste el servicio de salud explicita su sospecha en la herramienta de detección, así como en el expediente clínico con el fin de que quede constancia de lo sucedido. Esta información es fundamental, ya que, por un lado, le servirá a la mujer si eventualmente decide realizar acciones legales y, por otro, 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, independientemente de lo que la mujer responda, 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.

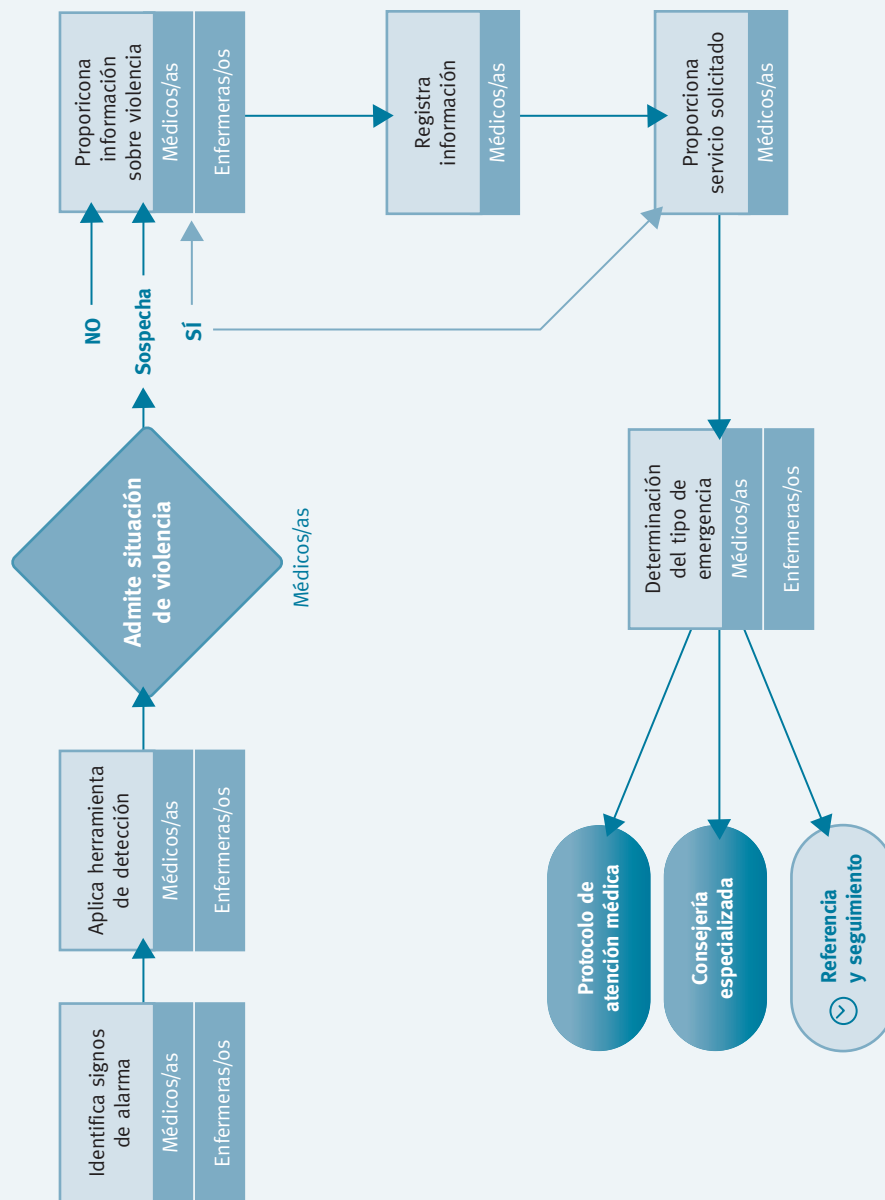
- Consulte los apartados “Servicios médicos esenciales y especializados “ y “Evaluación del riesgo, plan de seguridad de información legal”.

¿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.”

DETECCIÓN DE VIOLENCIA
En consulta, urgencias y hospitalización



⊙ Los servicios mínimos de referencia son:
 apoyo psicológico y asesoría legal
 Ver guía de información legal a usuarias

Capítulo 6

Servicios médicos: esenciales y especializados

CONCEPTOS FUNDAMENTALES:

En el establecimiento e implantación de un plan de intervención y manejo médico que comprenda acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, para mujeres que han vivido violencia, resulta indispensable partir de un diagnóstico clínico integral y de una adecuada tipificación de la violencia que se ha ejercido contra ellas.

Si bien en la mayoría de los casos las mujeres violentadas no presentan un sólo tipo de violencia, se han desarrollado guías de acción y lineamientos de acuerdo con el tipo de violencia, con el fin de facilitar la intervención médica.³⁸

PREMISAS GENERALES DE ATENCIÓN A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Las usuarias de servicios esenciales y especializados de atención médica a mujeres que han sufrido violencia, en cualquier caso tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares que participen en el proceso de atención. (Núcleo básico: proveedor(a) del área médica, enfermería, trabajo social y promotor de salud. Núcleo especializado: los que integran el núcleo básico más las especialidades médicas que se requieran y profesionales del área de la salud mental).

Idealmente, la atención psicológica deberá ser iniciada toda vez que esto sea posible desde la primera consulta, y se debe extender a todo el período de atención a la mujer que ha estado expuesta a la violencia.

En cualquier caso de violencia, la mujer debe ser informada de lo que le será realizado en cada etapa de la atención y de la importancia de cada procedimiento. Se deberá respetar su opinión y rechazo para cualquiera de las intervenciones contempladas en el protocolo de atención.

Se implementarán las acciones pertinentes y en forma expedita, para garantizar la atención psicológica necesaria, con el fin de fortalecer la capacidad de estas mujeres en el manejo de los conflictos y problemas inherentes a la situación vivida, así como el reforzamiento de su autoestima, en el sentido de contribuir a su proceso de reestructuración emocional.

PRIORIDADES DE ATENCIÓN

- Determinar el estado de salud de la usuaria de los servicios.
- Identificar y documentar el o los tipos de violencia que se han ejercido sobre ella.
- Integrar el expediente clínico e historia médica y sexual necesaria.
- Obtener consentimiento informado de la usuaria para su atención.
- 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 salud mental la evaluación de riesgo, el plan de seguridad y el plan de referencia y seguimiento que corresponda.
- Verificar que la atención y soporte a su salud mental se inicien a la brevedad posible.

- 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 del caso, 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 o internación para valoración clínica integral; si hay hemorragias evidentes o cuadro de shock hipovolémico; si se encuentra con un síndrome de estrés postraumático, etc.

LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES ANTE VIOLENCIA FÍSICA

¿Qué debe hacer el prestador o prestadora ante casos de violencia física?

Las mujeres en situación de violencia física, politraumatizadas o con traumatismos graves deberán estudiarse y tratarse en forma integral, haciendo hincapié en el establecimiento de las prioridades de manejo, el que deberá tener en cuenta 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 shock.³⁹

Se debe garantizar una valoración permanente de las constantes vitales incluyendo, cuando es posible, una monitorización continua de la frecuencia y ritmo cardiaco acorde con los protocolos de manejo de

urgencias médicas vigentes. La prioridad siguiente es crear un ambiente seguro que la establezca 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.

LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN ANTE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL

¿Qué atención médica debe usted brindar?

A su llegada al centro de salud, departamento de urgencias o al servicio de consulta externa de gineco-obstetricia de la unidad que inicie el proceso de atención, la mujer sometida a violencia sexual no deberá 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 explicó lo que se va a hacer y haber obtenido su consentimiento informado, se deberá hacer una valoración inmediata en el momento de la admisión, 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 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 frecuentemente recolectada durante un procedimiento operatorio. Si la agresión sexual ha sido pocas horas antes del proceso de atención médica, y la mujer no ha tenido la oportunidad de asearse, 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. Si está sola, una enfermera o trabajadora social deberá permanecer con ella. Nunca deje sola a la mujer que ha sufrido esta agresión.

- 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 los procedimientos diagnóstico y terapéuticos adecuados para la protección a la salud.

El control es un importante factor psicológico en la violación; es importante ayudar a la mujer a restablecer el control sobre su entorno, a mejorar el estado de choque emocional y explicar 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 y que recupere la confianza y su 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, que ante una mujer que ha sufrido una agresión sexual los proveedores de servicios deberán observar e implementar en forma expedita. La atención esencial se limita a la provisión de acciones de detección activa de situaciones de violencia y atención básica de la violencia sexual: contención y manejo de crisis; atención médica de lesiones leves; anticoncepción de emergencia y quimioprevención de ITS.

LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA

¿Qué información deben conocer quienes presten la atención a mujeres con violencia psicológica?

La atención médica especializada a la violencia psicológica comprende:

- 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 una adecuada exploración del estado mental, es esencial recoger una historia clínica adecuada apoyándose en familiares o amigos, además de la propia usuaria, siempre y cuando la mujer lo autorice. En esta historia se tratará de documentar:

- Síntomas de presentación, factores desencadenantes y cronología de los acontecimientos.
- Síntomas asociados: anorexia, depresión, insomnio, ideas suicidas, etcétera.
- Medicación actual.
- Recursos ambientales: familia, amigos, médicos, asistentes y vivienda. El conocimiento de estos hechos facilita mucho la actitud a seguir.

- Exploración física y neurológica.
- Exploración del estado anímico y mental: conducta, estado de ánimo, pensamiento, conocimiento.
- Identificación del momento en el ciclo de respuesta y recuperación del trauma en que se encuentra, de modo que el trabajo psicológico y/o psicoterapéutico favorezca una conducta sana y adaptativa.

Ciclo de respuesta y recuperación del trauma de víctimas de violencia

Respuesta al trauma

- Choque
- Incredulidad
- Comprensión
- Estado de supervivencia no afectivo o cognoscitivo

Liberación o escape

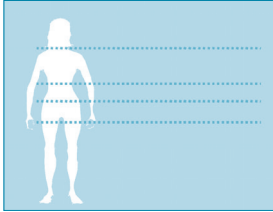
CICLO DE RECUPERACIÓN

- Choque (al verse libre)
- Depresión
- Cambios de estado de ánimo
- Ira
- Reflexión filosófica
- Dejar en paz

A continuación se presentan los protocolos de atención de acuerdo con el tipo de atención, esencial o especializada.

CUADRO I
Atención médica esencial

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES QUE HAN PADECIDO VIOLENCIA FÍSICA,
SEXUAL Y PSICOLÓGICA

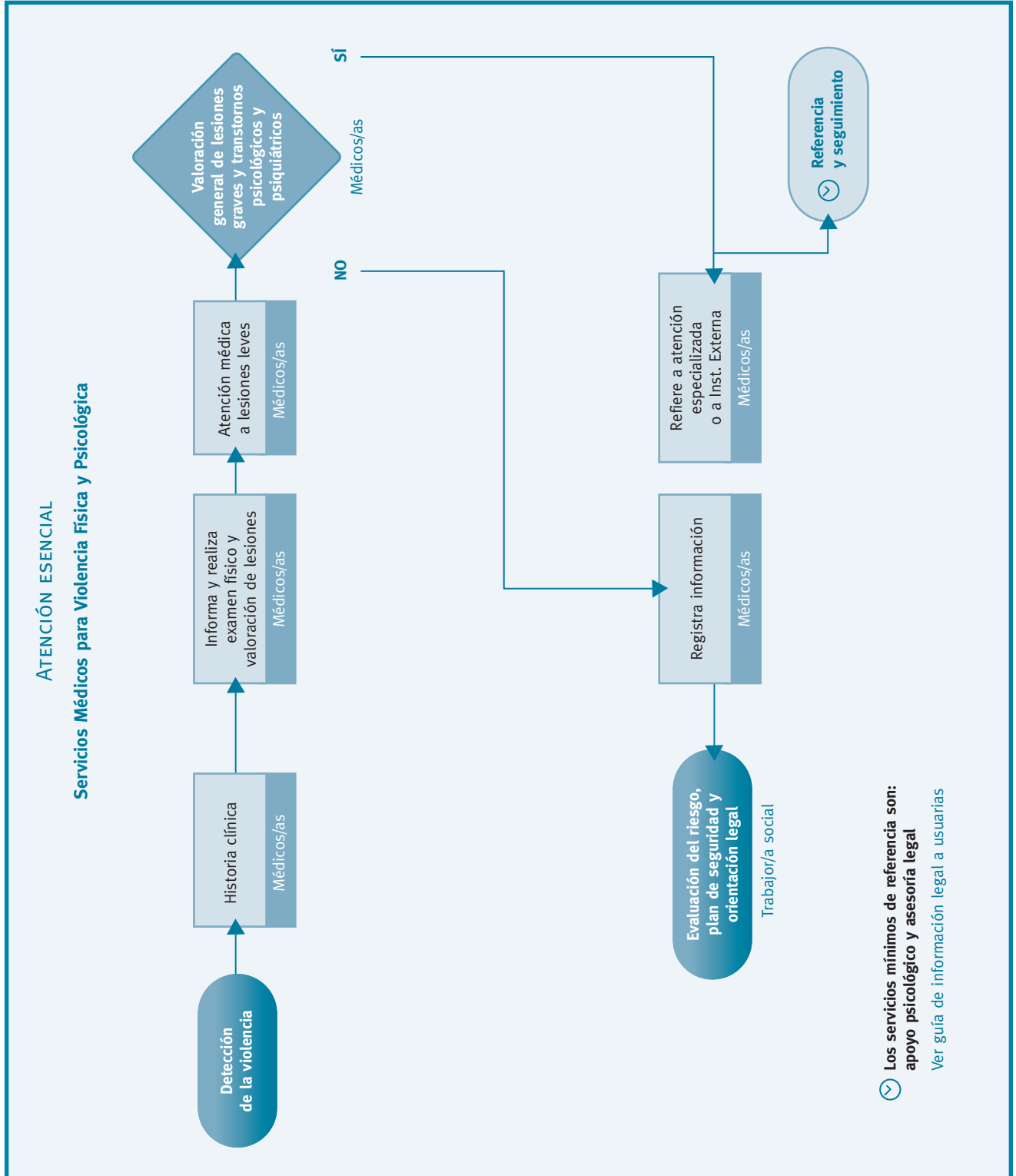
Actividad	Descripción
1. Elaboración de la historia clínica.	<p>La elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia en la detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberán de observar en todo momento las recomendaciones de la NOM para la elaboración del expediente clínico, 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 eventualmente 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 implica 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 por medio de un 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 usuarias con una lesión menor en fase aguda, por lo que el médico deberá examinar y valorar para descartar problemas respiratorios, circulatorios y shock.</p> <p>Se deberá hacer un adecuado manejo de lesiones tomando las medidas descritas en el Cuadro II. Atención especializada sobre 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.	Se debe referir a un servicio de atención especializada según el caso. <i>(Ver Cuadro II)</i>
5. Valoración de traumatismos en área genital y aparato reproductivo.	Se atenderán las lesiones leves detectadas siguiendo los lineamientos descritos. <i>(Ver Cuadro III)</i> .

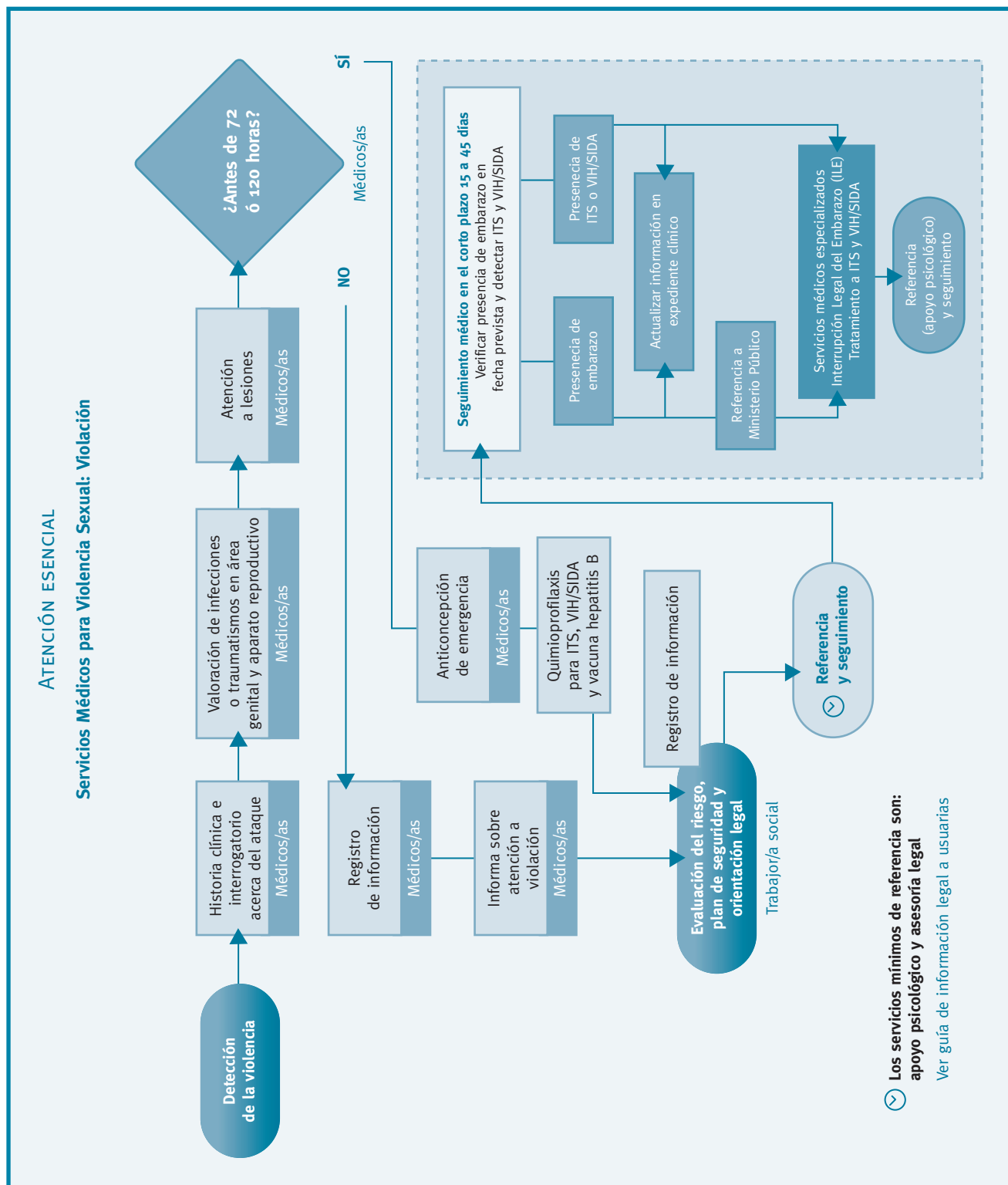
* Ver Traumograma

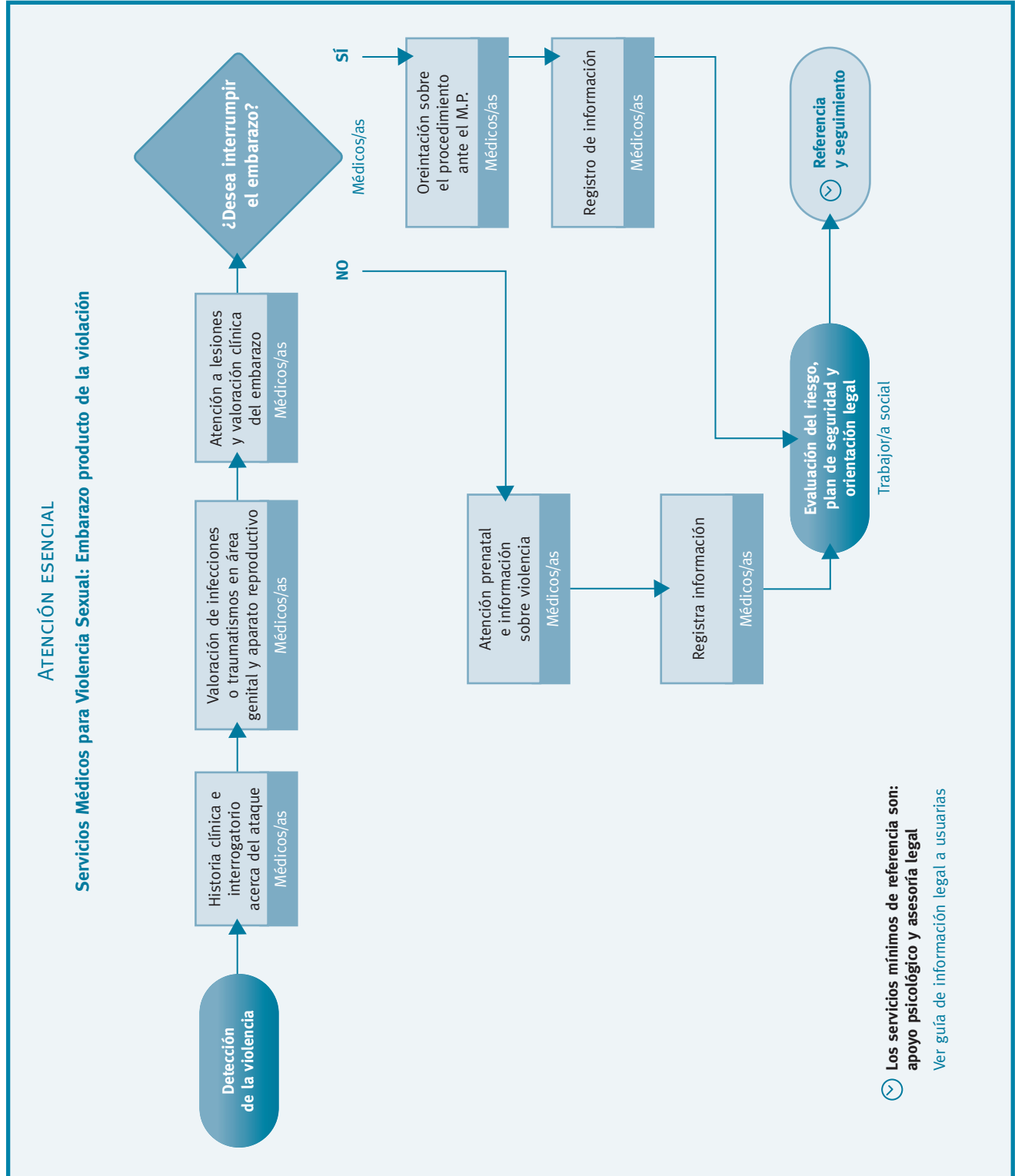
CUADRO I
Atención médica esencial

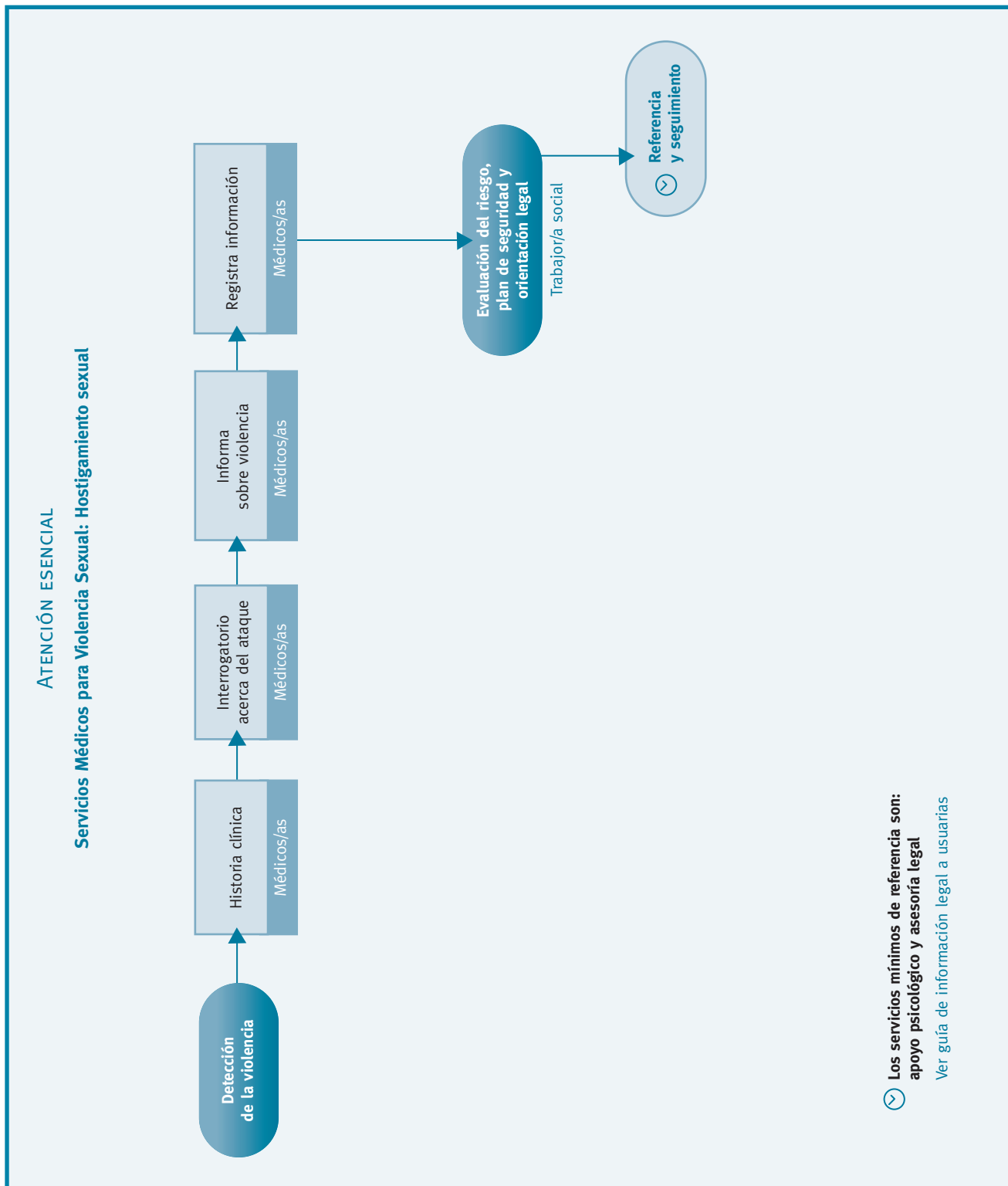
GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES QUE HAN PADECIDO VIOLENCIA FÍSICA,
SEXUAL Y PSICOLÓGICA

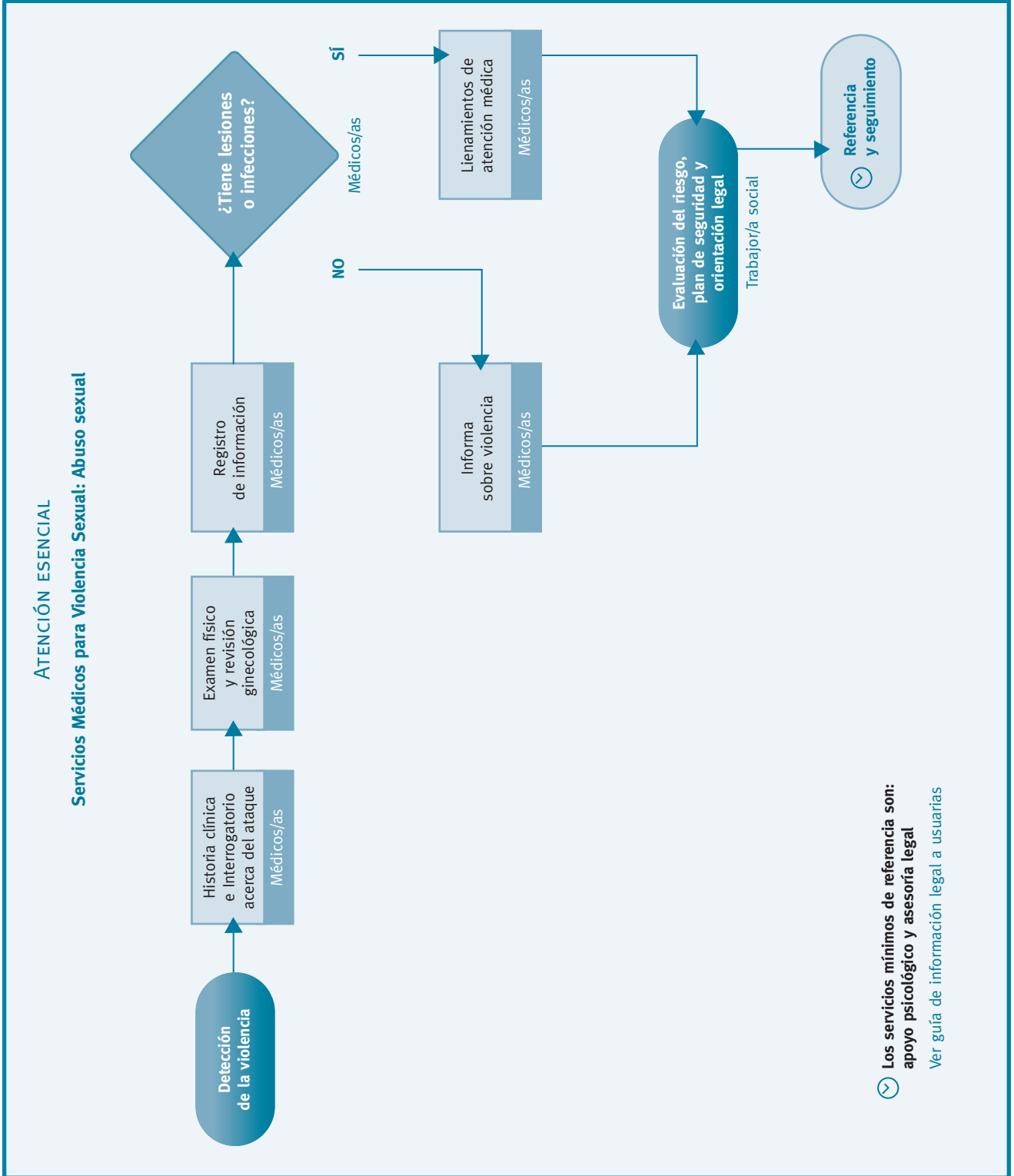
Actividad	Descripción
<p>6. Atención básica en violencia sexual. Prevención de embarazos e ITS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer anticoncepción de emergencia. • Proveer quimioprofilaxis para ITS. • Si NO cuenta con los recursos, referir de inmediato a unidad de atención especializada (NO DEBERÁ DE TRANSCURRIR UN LAPSO MAYOR A 120 HRS desde el momento de la agresión para proveerle de anticoncepción de emergencia). (Ver Cuadro III). o Referir en un lapso no mayor de 72 horas a centro de atención especializada, para que se le inicie quimioprofilaxis para VIH/SIDA. • Brindar consejería básica sobre ITS, VIH/SIDA e interrupción legal del embarazo si la mujer fue atendida después de estos plazos y canalizarla a una unidad de atención especializada.
<p>7. Valoración de trastornos psicológicos y psiquiátricos.</p>	<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 con ansiedad asociada son con mucho los más frecuentes. • Los prestadores de servicios de salud de unidades de primer 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, etcétera. • Los síntomas de depresión son más comunes ante la experiencia de una agresión física, sexual o psicológica. • Para hacer el diagnóstico de depresión mayor, refiera a la unidad especializada correspondiente. • Refiera a servicios de apoyo emocional.
<p>8. Registro de información.</p>	<p>o Llene los formatos correspondientes y anote en el expediente clínico. Ver Capítulo sobre registro de información.</p>





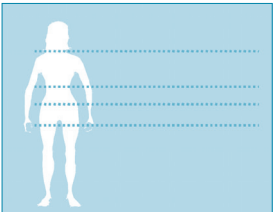






CUADRO II
Atención especializada

**GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES
EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA**

Actividad	Descripción
<p>1. Elaboración de la historia clínica.</p>	<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 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. Examen físico.</p> 	<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. • El expediente médico representa un elemento central para las acciones legales que posteriormente se deseen emprender, por tanto el examen físico debe documentar: • 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.
<p>3. Asegurar una función respiratoria y cardiovascular adecuada.</p>	<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 shock, siguiendo los protocolos de atención correspondientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el esfuerzo respiratorio es inadecuado, habrá que instaurar asistencia respiratoria si se cuenta con el recurso (administración de oxígeno), o referir de inmediato a una unidad de atención especializada. • Aspirar la vía aérea puede eliminar partículas extrañas. • La introducción de una sonda nasofaríngea u orofaríngea puede mantener abierta la vía aérea. <p>La valoración circulatoria consiste inicialmente en controlar las hemorragias y determinar el shock 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. (si es posible, monitorear en forma continua).

CUADRO II
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 de atención especializada 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 de atención especializada que corresponda.</p>
6. Valoración de traumatismo en las extremidades.	<p>Por lo que en general no se trata de lesiones que pongan en peligro la vida de la mujer y 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 de atención especializada que corresponda.</p>

CUADRO II
Atención especializada

**GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES
EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA**

Actividad	Descripción
<p>7. Valoración de traumatismos torácicos.</p>	<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 shock secundario a hemotórax masivo.</p> <p>Deben establecerse una serie de medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar vía aérea permeable, que incluye la intubación y ventilación en aquellas pacientes sin una función ventilatoria adecuada, y verificar el oportuno intercambio de aire, tal y como se hace en todas las pacientes con lesiones graves. • 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. De esta manera se pueden diagnosticar rápidamente los neumotórax a tensión y los simples, así como los hemotórax significativos. • 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>

CUADRO II
Atención especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES
EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA

Actividad	Descripción
<p>Continúa... 7. Valoración de traumatismos torácicos</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 tráquea hacia el lado opuesto a la lesión, distensión de las venas del cuello, cianosis, shock 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. <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 de atención especializada si no cuenta con los recursos necesarios.</p>

CUADRO II
Atención especializada

**GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES
EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA**

Actividad	Descripción
<p>8. Valoración de traumatismos en abdomen.</p>	<p>Los traumatismos cerrados o no penetrantes del abdomen pueden o 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. • 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. * Shock 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>
<p>9. Prevención de infecciones en los tejidos blandos.</p>	<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.

CUADRO II
Atención especializada**GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA MUJERES
EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA**

Actividad	Descripción
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 co-morbilidad 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 y anote en el expediente clínico.

CUADRO III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

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 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
2. Valoración clínica integral a usuarias sometidas a violencia sexual.	<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>

CUADRO III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A 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 III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad	Descripción
<p>Continúa...</p> <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.</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.

CUADRO III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad	Descripción				
<p>Continúa... 6. Examen pélvico y proctológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posteriormente, se puede introducir suavemente en la vagina un espejo 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 del os externo 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 para descartar heridas al intestino. 				
<p>7. Atención y tratamiento de lesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se atenderán las lesiones detectadas siguiendo los lineamientos descritos en atención de violencia física. 				
<p>8. Prevención de embarazo: Anticoncepción de emergencia, antes de 72-120 horas.</p>	<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.* • El régimen más comunmente 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). <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Nombres comerciales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Tabs. 50 microgramos. EE2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovra; • Eugynon • Nordiol • Neogynon <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">2+2</p> </div> </td> <td style="padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Tabs. 35 microgramos. EE2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">4+4</p> </div> </td> </tr> </tbody> </table> </div>	Nombres comerciales		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Tabs. 50 microgramos. EE2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovra; • Eugynon • Nordiol • Neogynon <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">2+2</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Tabs. 35 microgramos. EE2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">4+4</p> </div>
Nombres comerciales					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Tabs. 50 microgramos. EE2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovra; • Eugynon • Nordiol • Neogynon <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">2+2</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Tabs. 35 microgramos. EE2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">4+4</p> </div>				

* 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 III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad	Descripción
<p>Continúa... 8. Prevención de embarazo: Anticoncepción de emergencia, antes de 72-120 horas.</p>	<p>Forma de uso:</p> <ul 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%. <p>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. • Las ventajas para una mujer en usar el régimen solo de progestinas son: • 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. <div data-bbox="639 1394 1179 1682" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Nombres comerciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen con progestinas Levonorgestrel 0.75 mg • Glanique • Postinor 2 • Vika <p style="text-align: center;">1+1</p> </div>

CUADRO III
Atención médica especializada


GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad	Descripción
<p>9. Profilaxis posexposición para ITS. (PPE).</p>	<ul 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. • 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, FGOComunidad Europea, etcétera.).
<p>10. Regímenes de quimioprevención postexposición para ITS recomendados por la Organización Mundial de la Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea: Ceftriaxona 125 mg IM dosis única ó Cefixima 400 mg VO dosis única • Clamidiasis: Azitromicina 1g VO dosis única ó Doxiciclina 100 mg VO dos veces al día, 7 días. • Tricomoniasis 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 HB1g). 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.

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

CUADRO III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad	Descripción
<p>11. Regímenes de quimioprevención posexposición para VIH recomendados por la Organización Mundial de la Salud.</p>	<p>VIH-SIDA:</p> <p>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. • Se administran dosis diarias adecuadas durante cuatro semanas de dos inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (ITIN) y un inhibidor de proteasa (IP), o 2 ITIN y un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN), teniendo en cuenta la situación farmacológica y clínica de la persona fuente. • 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. • 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, se les desaconsejará 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. <div data-bbox="626 1362 1227 1766" style="text-align: center;">  <p>Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)</p> </div>

* 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 III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad	Descripción														
<p>Se realizará una entrevista con la víctima de violencia sexual expuesta, con los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar las medidas locales que se van a realizar. 2. Valoración del riesgo de transmisión para ITS incluido VIH/ Sida. 3. Valoración del riesgo de transmisión para otras infecciones. 4. Recomendar pautas de profilaxis posexposición al VIH. 5. Establecer un seguimiento de las víctimas. 6. Referir a unidad de atención especializada de no contar con el personal o los insumos necesarios. 	<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> <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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Riesgo según mecanismo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Relación anal receptiva</td> <td style="text-align: right;">0.1-3%</td> </tr> <tr> <td>Relación vaginal receptiva</td> <td style="text-align: right;">0.1-0.2%</td> </tr> <tr> <td>ITS recurrentes</td> <td style="text-align: right;">Incrementa riesgo</td> </tr> <tr> <td>Sexo oral</td> <td style="text-align: right;">bajo (hasta 7%)</td> </tr> <tr> <td>Carga viral < 3,500 copias/ml.</td> <td style="text-align: right;">0.0001</td> </tr> <tr> <td>Carga viral ≥ 50,000 copias/ml.</td> <td style="text-align: right;">0.0051</td> </tr> </tbody> </table> <p>Indicaciones para quimioprofilaxis:</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):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zidovudina 250 mg VO c/12 hrs, más • Lamivudina 150 mg VO c/12 hrs. <p>Cuando existe exposición con alto riesgo de transmisión (agresores con enfermedad avanzada, y cargas virales de más de 50 000 copias/ ml), agregar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nelfinavir 750 mg c/8 hrs, o • Indinavir 800 mg c/8 hrs. 	Riesgo según mecanismo		Relación anal receptiva	0.1-3%	Relación vaginal receptiva	0.1-0.2%	ITS recurrentes	Incrementa riesgo	Sexo oral	bajo (hasta 7%)	Carga viral < 3,500 copias/ml.	0.0001	Carga viral ≥ 50,000 copias/ml.	0.0051
Riesgo según mecanismo															
Relación anal receptiva	0.1-3%														
Relación vaginal receptiva	0.1-0.2%														
ITS recurrentes	Incrementa riesgo														
Sexo oral	bajo (hasta 7%)														
Carga viral < 3,500 copias/ml.	0.0001														
Carga viral ≥ 50,000 copias/ml.	0.0051														

CUADRO III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A 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</p> <p>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 y 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.

CUADRO III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad	Descripción
<p>15. Servicios de Interrupción legal de embarazo.</p>	<p>Se denomina interrupción legal del embarazo (ILE) al aborto inducido médicamente, motivado por alguna de las causales excluyentes de punibilidad que en México contempla el marco jurídico penal normativo, y se efectúa dentro de los plazos que marca la ley.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una de las principales indicaciones para procedimientos de ILE 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. Legrado uterino instrumental –LUI–. 3. Aborto con medicamentos: El aborto con medicamentos es otra alternativa para procedimientos de ILE en gestaciones no mayores de 12 semanas. <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 III
Atención médica especializada

GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PARA
MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL

Actividad**Descripción**

USO DE MISOPROSTOL PARA LAS ILE ⁴²				
Edad gestacional	Dosis	Vía	Momento oportuno	Eficacia
Hasta 56 horas	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	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

Continúa...

15. Servicios de Interrupción legal de embarazo.

B. Gestaciones del Segundo trimestre.

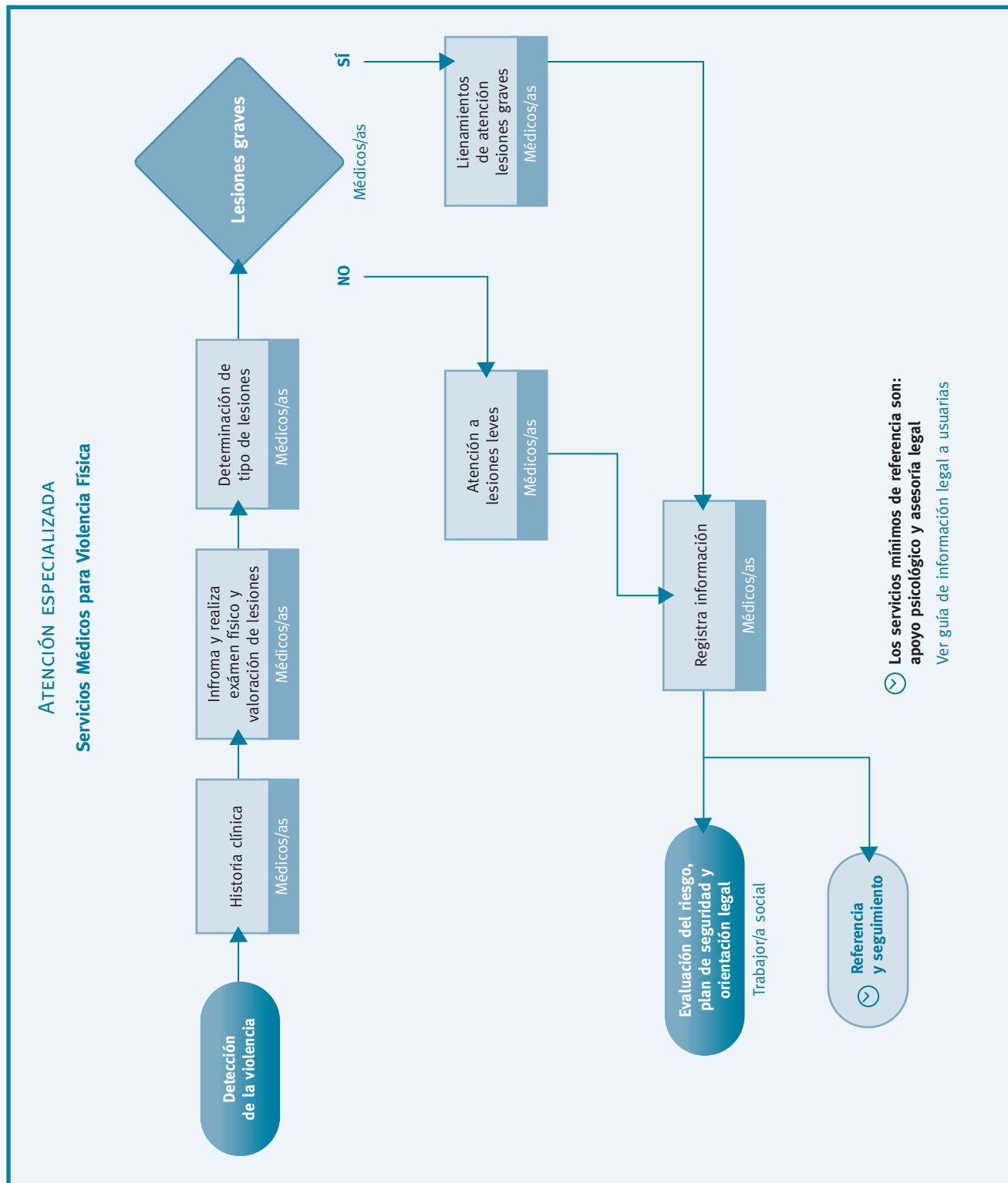
Hasta la semana 20* se interrumpen habitualmente con dilatación y curetaje. LUI Acorde a los lineamientos y normativa específica.

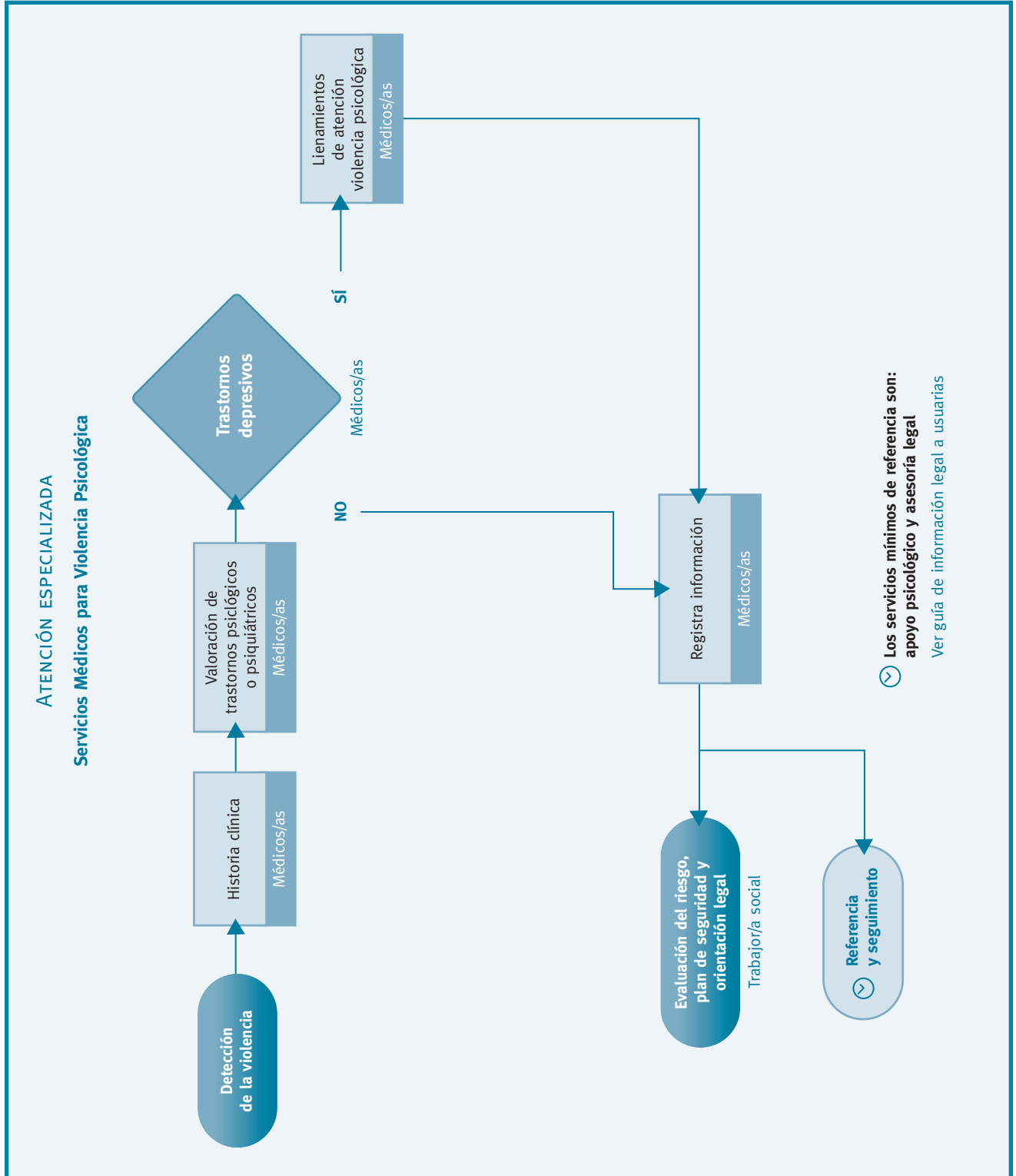
* La Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar válida en todos los estados de la República, establece en sus definiciones, como aborto la expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gras de peso o hasta la semana 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 12.85. El resto de las entidades federativas no establecen un plazo.

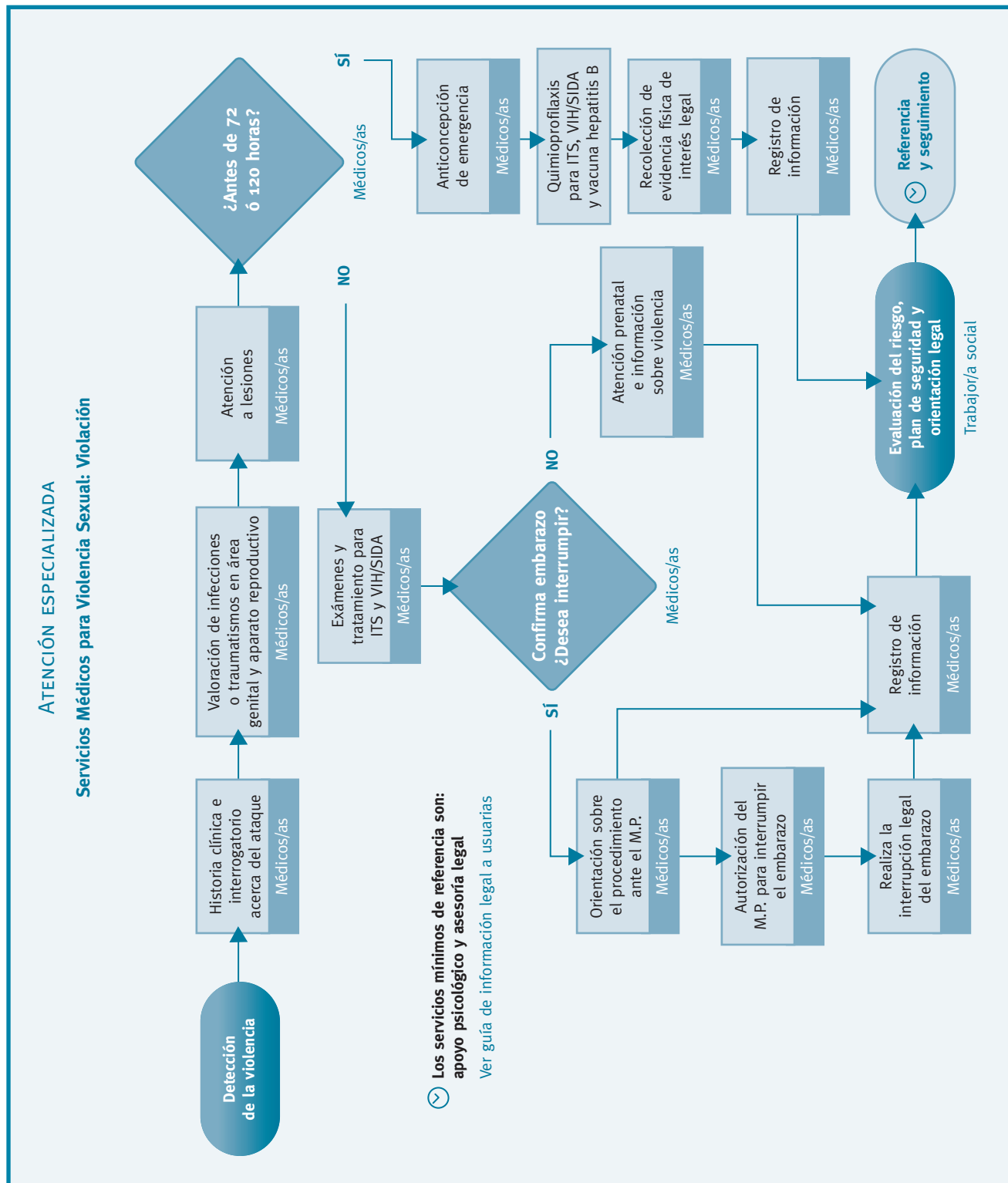
CUADRO IV
Atención médica especializada

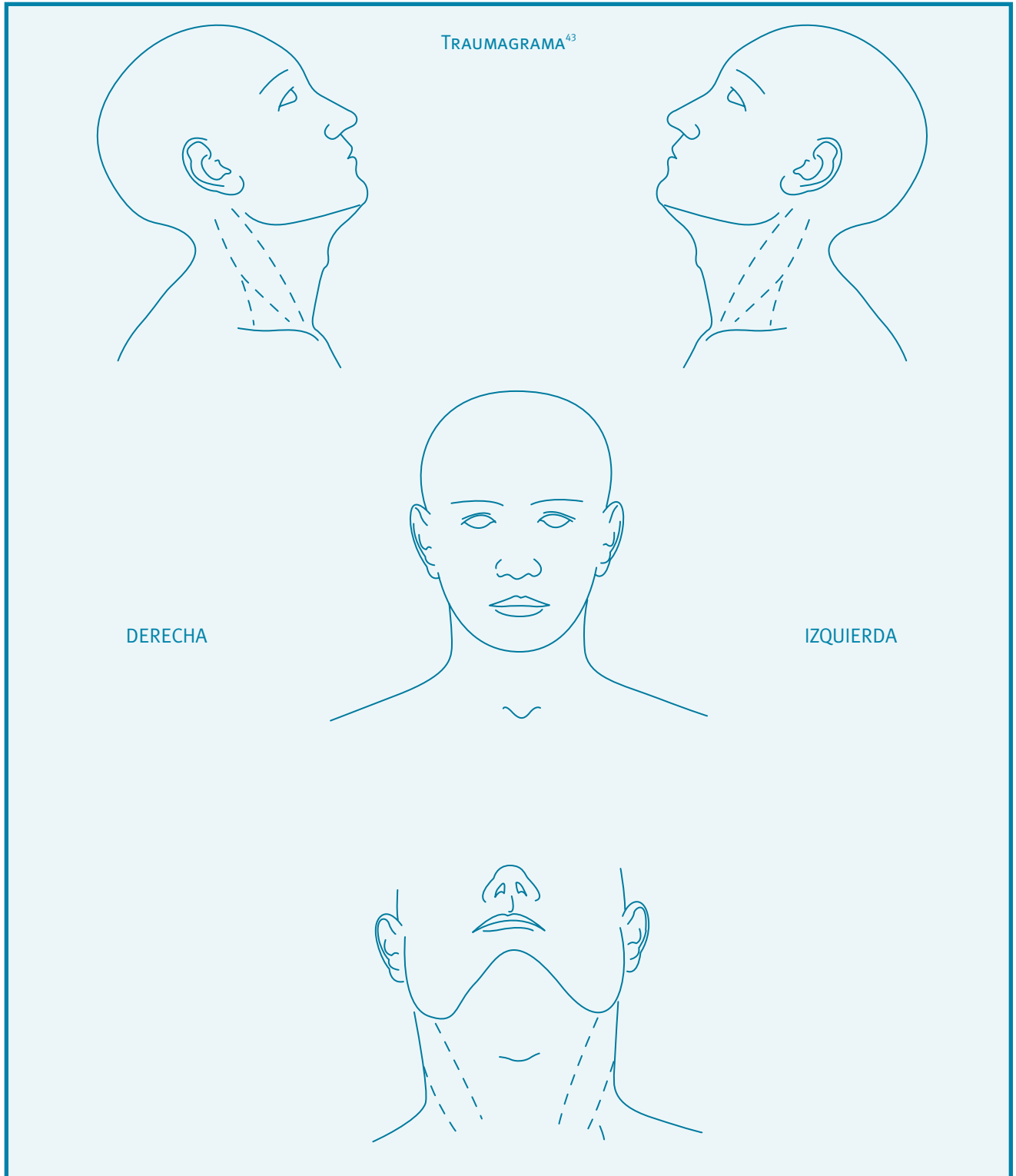
GUÍA Y LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN
ANTE CASOS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA

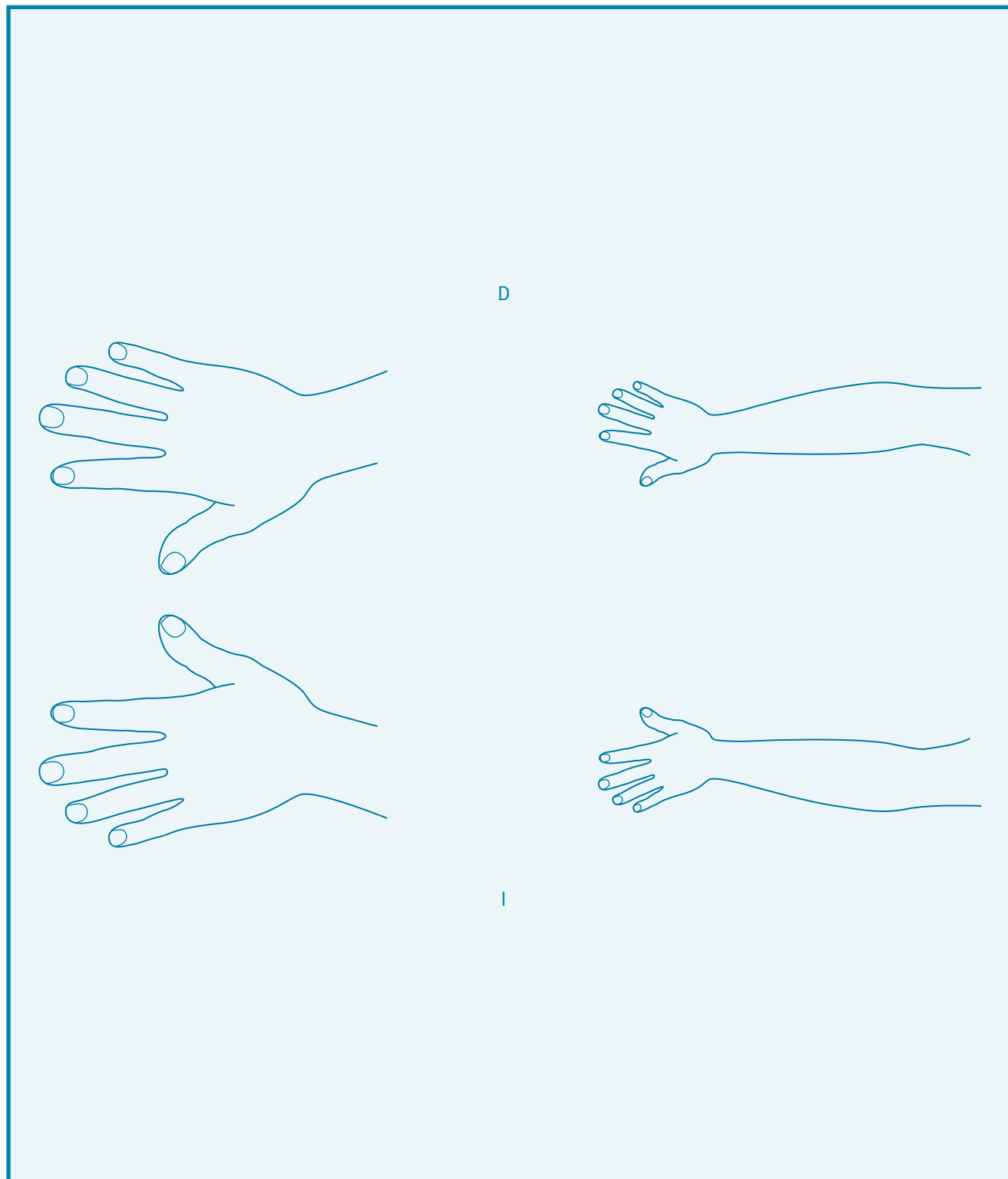
Actividad	Descripción
1. Elaboración de la historia clínica.	<p>La elaboración de elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia con la detección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberán de observar en todo momento las recomendaciones de la NOM para la elaboración del 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.
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.</p> <p>Paroxetina: de 20 a 60 mg/día.</p> <p>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).

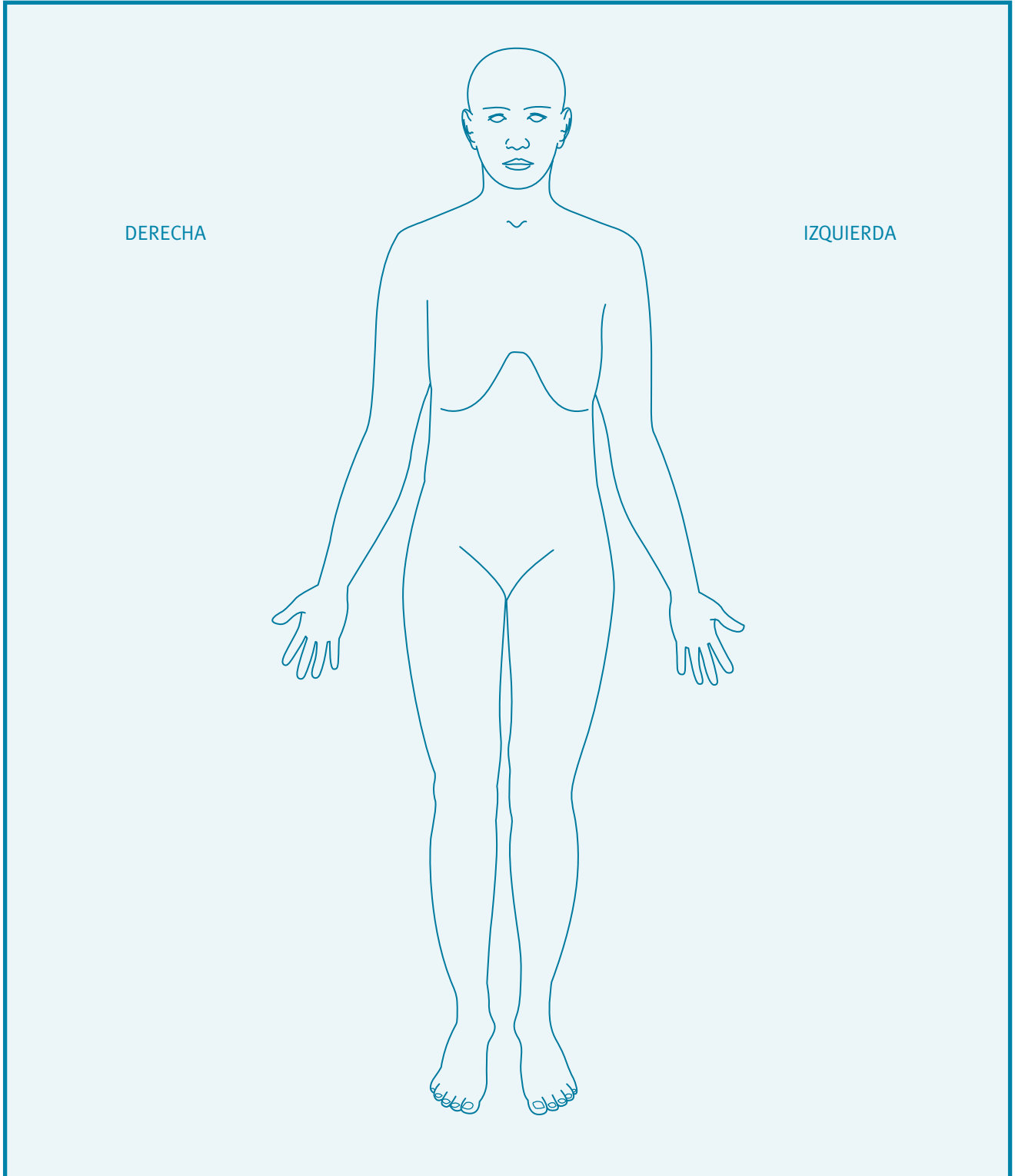


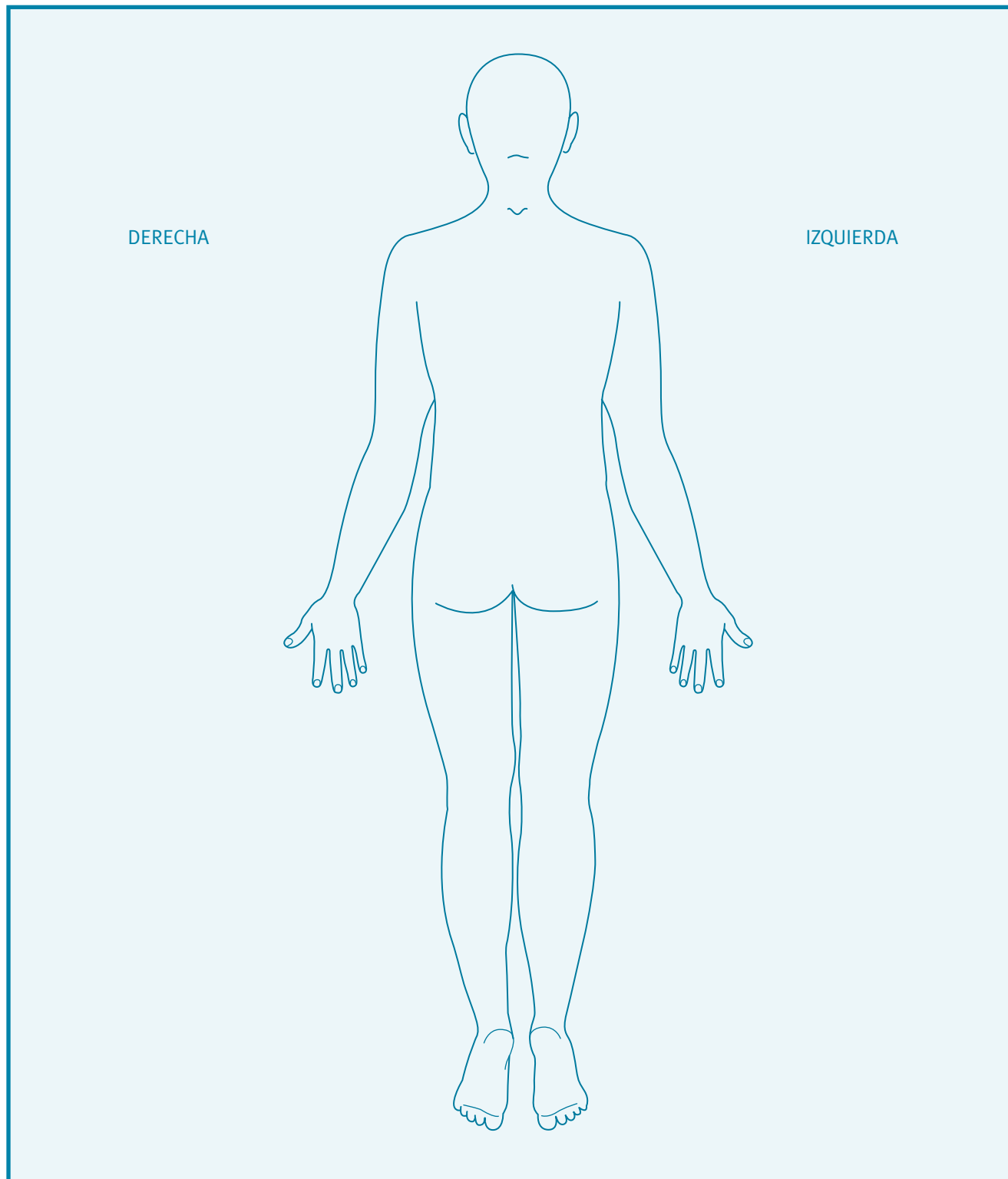


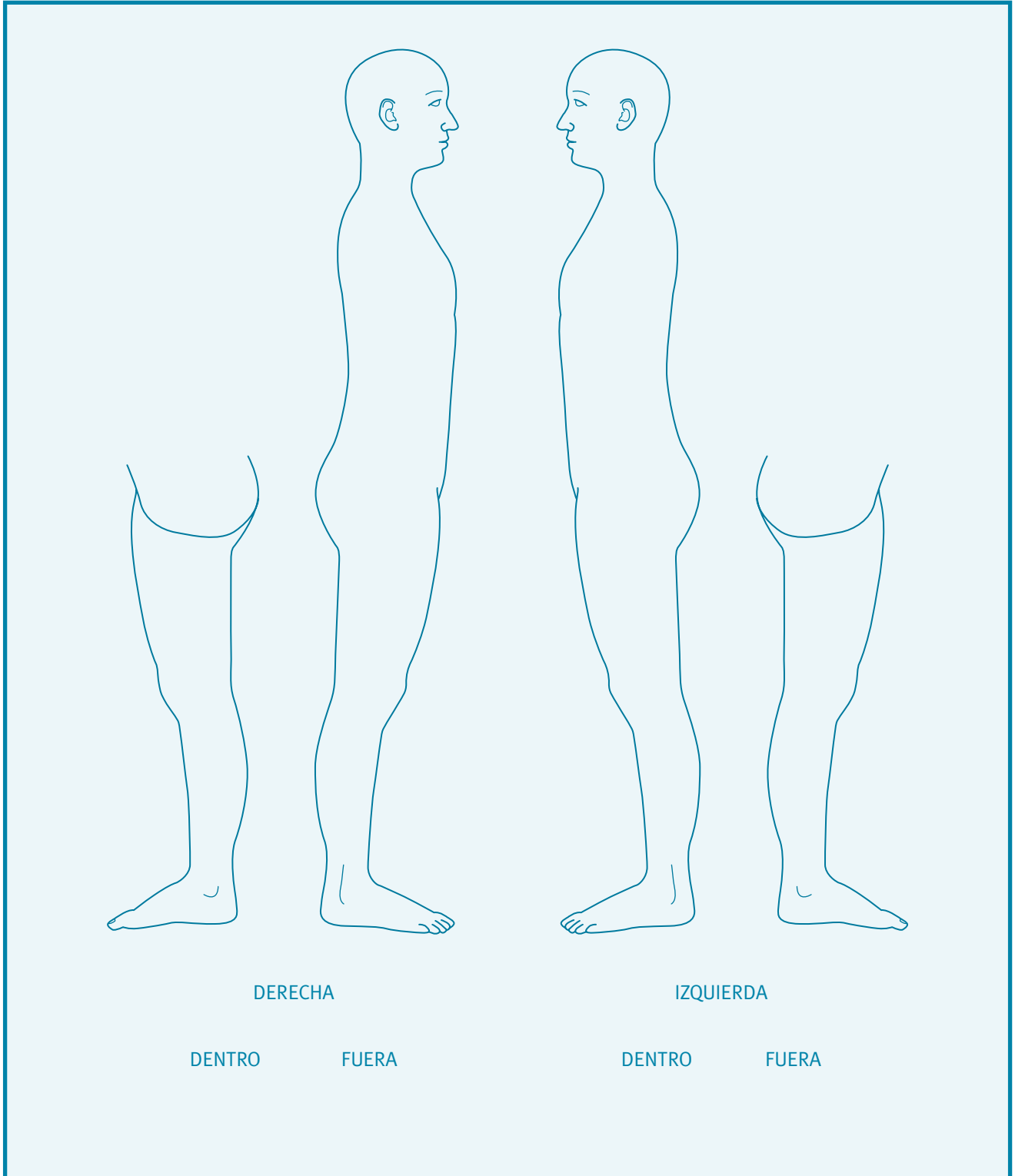


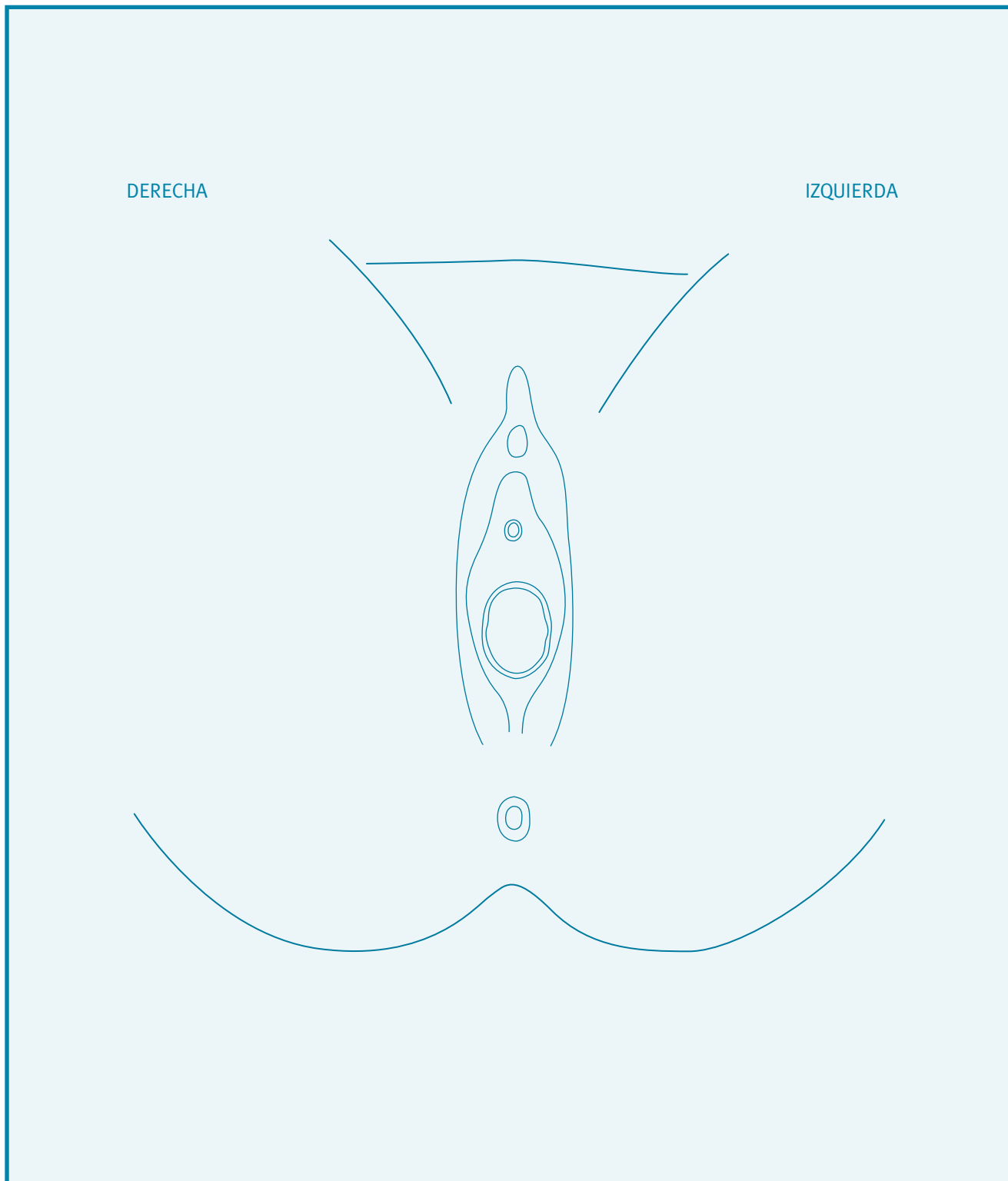












Capítulo 7

Consejería especializada: Evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal

CONCEPTOS FUNDAMENTALES:

LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO Y EL PLAN DE SEGURIDAD

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 eventualmente puede enfrentarse. Para lograr tal propósito es indispensable evaluar el riesgo en el que se encuentra a partir de identificar las características de la violencia, así como valorar sus efectos y los probables peligros para la mujer y sus familiares cercanos.

Además, la evaluación del riesgo le permitirá realizar acciones **PREVENTIVAS** que eventualmente puedan evitar o disminuir el daño e impedir la muerte de las mujeres.

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

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

Todo el personal de salud entrenado sobre el tema. Sin embargo, es recomendable que el personal de psicología y trabajo social encabecen estas acciones.

¿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 45 minutos.

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 permitirá reconocer las acciones inmediatas que deben realizarse.
- **Herramienta 2.** Herramienta 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 del agresor.

Como puede verse, la evaluación del riesgo es el conjunto de la aplicación de estas tres herramientas, ya que con ellas puede ubicarse la situación de peligro real de cada usuaria.

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 agresor. 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 ponen 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, es 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 el interrogatorio

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

La información es absolutamente confidencial, esto es, que ninguna persona podrá conocer la información 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 su agresor.

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.

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				
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 golpeo 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.
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.

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				
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 grupos de autoayuda.
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.
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.

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA				
No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos 12 meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
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.

* 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.	¿Usted 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 _____		Refiera a atención especializada de adicciones.
6.	¿Usted ha estado continuamente muy deprimida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Refiera 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 _____		Refiera 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 _____		Refiera a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

**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
9.	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Refiera 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?	SÍ <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?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

* 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 ⁶⁶		
No.	Preguntas	Guía de acciones urgentes
1.	¿Existe alguna razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su agresor?	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 agresor?	NO <input type="checkbox"/> Sí. Describa _____

1. 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.

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.⁴⁵

Por tanto, 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**.⁴⁶ 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 en esta herramienta no plantean un camino unidireccional a seguir, plantean posibilidades que permiten a las mujeres reconocer alternativas legales.
- No haga sentir obligadas a las mujeres a tomar decisiones de tipo legal en los servicios de salud.
- Como en todas las acciones de atención a mujeres en situación de violencia, propicie que en cada caso la mujer tenga libertad de decisión en la búsqueda de respuesta a sus expectativas.

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

- Cada caso tiene especificidades y por tanto cuestionamientos sobre procedimientos específicos del ámbito legal que deben ser resueltos por profesionales de ese campo.

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Violencia doméstica o familiar

Según la NOM-190-ssa1-1999, la violencia familiar, es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder- en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

Opciones

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 multa o encarcelamiento para el agresor.

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.

Las mujeres en situación de violencia pueden acudir ante la autoridad civil cuando: en la entidad federativa de la que se trate el código civil contemple a la violencia o sus expresiones, como una razón o causa justificada de divorcio o cuando ésta es considerada un acto ilícito o contrario a la ley. .

Tanto el divorcio como el acto ilícito civil se denuncian en los Tribunales Locales mediante una demanda, ya sea de divorcio o del acto ilícito, una de las medidas de protección para las mujeres en situación de violencia que otorgan los tribunales civiles es el obtener el pago de alimentos por el obligado a otorgarlos.

Por esta vía las mujeres pueden obtener el divorcio, el pago de una indemnización por daño moral y medidas de protección.

Es necesaria la asesoría de un o una abogada, aunque en algunos tribunales están disponibles abogados de oficio para juicios civiles.

Observaciones

- Algunas conductas derivadas de violencia doméstica o 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 bastante frecuente de la violencia doméstica o familiar es el uso de la violencia sexual en diferentes formas: menosprecio, insultos que involucran la sexualidad, explotación sexual, relaciones sexuales forzadas, manifestaciones que constituyen diversos delitos.

* Chihuahua, D. F., Aguascalientes, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Veracruz.

* Códigos Civiles y Códigos de Procedimientos Civiles de las Entidades Federativas y del Distrito Federal.

* Es el acto contrario o que contradice lo establecido en las leyes civiles. Quien lo comete es sujeto de responsabilidad civil por incumplir una obligación o causar daño injustificado a otro.

* Son advertencias, restricciones o prohibiciones temporales para el agresor; solicitadas por la propia ofendida o por autoridad competente, y decretadas por la autoridad judicial para salvaguardar la integridad de las mujeres de los actos de violencia.

CONTINUA... ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

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, las sanciones para los agresores son en general apercibimientos o multas.

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.

También ante estos órganos se pueden solicitar medidas de protección, canalización a refugios† y centros de apoyo psicológico y legal.

* 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.

** Lesiones calificadas por traición, o la agravante que sigue al parentesco.

‡ Aguascalientes, Distrito Federal, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz, Yucatán y Zacatecas

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

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. La NOM 190 la reconoce como “la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos”:^{*}

Opciones

Las mujeres en situación de violencia pueden acudir ante las autoridades a denunciar la violencia psicológica en las mismas vías que la violencia familiar o doméstica.

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.

Observaciones

- 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.

* NOM: 190.

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Violencia física

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.⁶ La NOM-190 lo reconoce como maltrato físico y la define como “el acto de agresión que causa daño físico”.*

Opciones

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.

Observaciones

- 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.

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

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Violencia sexual

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.

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.

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Los delitos sexuales incorporados a las leyes mexicanas son: violación, abuso sexual, hostigamiento o acoso sexual, y estupro.*

Violación

El concepto más común de violación es: la cópula anal, vaginal u oral[†] obtenida mediante violencia.

También se considera violación, la introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al miembro viril, en la cavidad anal o vaginal de la víctima[‡], este tipo de violación se denomina **instrumentada** y en algunas entidades federativas se le llamada impropia o equiparada.

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.

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

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.

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.

Abuso sexual o atentados al pudor

Los códigos penales de la república consideran como delito la conducta la ejecución sobre una persona, sin su consentimiento, de un acto erótico sexual sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula.**

* Illán Bárbara. Encargada de despacho de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. La Lic. Illán aseguró, en su ponencia presentada en el programa de capacitación “Mujeres, violencia y salud. Construyendo alternativas para la atención integral” que el 85% del total de violaciones se consuman utilizando la violencia moral.

† Entidades federativas como Colima, Chiapas, Durango, Puebla, Hidalgo, Nayarit y Querétaro 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”. En el caso de Yucatán, la cópula oral está contemplada como un abuso sexual agravado.

‡ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán, Zacatecas, consideran esta conducta como violación o equiparable a violación y le aplican las penas correspondientes a estos delitos, con excepción de Campeche (3 a 8 años), Coahuila (3 a 8 años) Durango (3 a 8 años), Hidalgo (5 a 12 años), Oaxaca (3 a 8 años de prisión), Tabasco (6 a 12 años) que le asignan una penalidad ligeramente menor. Las entidades federativas de Michoacán, Aguascalientes y Nayarit consideran esta conducta como abuso sexual o deshonesto agravado y le asignan una pena similar a la de la violación genérica.

** 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.

ORIENTACIÓN LEGAL PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

... Violencia sexual

Opciones

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 canalizar a la mujer y acompañarla a la agencia especializada en delitos sexuales.

La interrupción de un embarazo producto de un acto de violencia sexual es una opción legal en todo el país.*

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, el Ministerio Público 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.[‡]

Oservaciones

- 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.

* Los códigos penales de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Quintana 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 12.85. El resto de las entidades federativas no establecen un plazo. 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 aquel que se realiza hasta la semana 20 de gestación -en condiciones de atención médica segura-. Este concepto es válido 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, Durango, Guerrero, Hidalgo, Quintana Roo, especifican de manera expresa que la responsabilidad de dar la autorización para la interrupción del embarazo es facultad del Ministerio Público, en el caso de Hidalgo además del Ministerio Público, el Juez puede brindar esta autorización. En los casos en que no está especificado es responsabilidad de la autoridad judicial, de acuerdo al Artículo 20 Constitucional referente a los derechos de las víctimas del delito, hacer cesar los efectos del mismo, devolviendo las cosas al estado en el que se encontraban. Es recomendable que sea la autoridad que en primera instancia tenga contacto con la víctima quien emita esta autorización. El Distrito Federal y el Estado de Morelos establecen en sus códigos procedimentales que la interrupción del embarazo se autorizará en veinticuatro horas a partir del momento que se haga la solicitud cuando a) Exista denuncia por el delito de violación, b) Que se compruebe la existencia del embarazo en cualquier institución de salud, c) Que exista solicitud de la mujer embarazada. Es importante que se contemplen los plazos máximos establecidos en las legislaciones estatales para realizar la interrupción.

‡ Al respecto, cuatro de los cinco ministros que integran la Primera Sala (materia penal) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación consideraron, al estudiar la "Ley Robles", que el acceso a aborto por violación forma parte de los derechos de las víctimas de los delitos.

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

- Separación del generador de violencia del domicilio compartido.
- Prohibición al generador de violencia de ir a lugar determinado, tal como el domicilio o el lugar donde trabajan o estudian los agraviados.
- Prohibición al generador 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.

* Artículo 282, fracción VII, en relación al segundo párrafo del Artículo 323 sextus del Código Civil para el Distrito Federal.

† Ley para la prevención y asistencia y prevención de la 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.

Entidad Federativa	Violación		Violación INSTRUMENTADA		Violación EQUIPARADA	VIOLACIÓN ENTRE CÓNYUGES	DENOMINACIÓN DEL ABUSO SEXUAL POR ENTIDAD FEDERATIVA				
	Entidad federativa en donde es delito	Entidades federativas en donde NO se explican 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			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
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	*		*		12				*		
México	*		*	*	14		*		*		2
Michoacán	*		*		12				*		
Morelos	*		*		12		*		*		
Nayarit	*	*	*		12		*		*		
Nuevo León	*		*		13		*		*		
Oaxaca	*		*	*	12		*		*		
Puebla	*	*	*		12		*		*		
Querétaro	*	*	*		12		*		*		
Quintana Roo	*		*		12		*		*		
San Luis Potosí	*		*		12		*		*		
Sinaloa	*		*		12		*		*		
Sonora	*		*	*	12		*		*		
Tabasco	*		*	*	12		*		*		
Tamaulipas	*		*		12		*		*		1
Tlaxcala	*		*		12		*		*		
Veracruz	*		*		14		*		*		
Yucatán	*		*	*(***)	12		*		*		
Zacatecas	*		*		12		*		*		3

* En el caso de Yucatán la cópula oral está contemplada como un abuso sexual agravado y no como violación.

** 1. Impudicia, 2. Abusos Libidinosos, 3. Atentados contra la Integridad Sexual de las personas.

*** En Yucatán se considera como abuso sexual o deshonesto agravado pero con penalidades iguales a violación.

Fuente: Referencia 47.

Entidad Federativa	VIOLENCIA DOMESTICA 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.

Lineamientos para realizar el plan de seguridad

¿QUÉ LINEAMIENTOS DEBE SEGUIR EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD PARA ESTABLECER UN PLAN DE SEGURIDAD CON LA USUARIA?

- 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.** Cuestiona 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.
- 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.

Elaboración del plan de seguridad u autoprotección

¿QUÉ ACCIONES 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 maltratadas

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 niños/as pequeños.
 - Señales para los hijos e hijas mayores.
5. Cosas que necesita la mujer: Dinero, ropa, medicinas, objetos de valor.
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.

Planificación personal de seguridad

I. Sugerencias para aumentar la seguridad en la relación:

- Tener los # de teléfono que son importantes, disponibles para mí y mis hijos.
- 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 donde (4 sitios):
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- Si salgo de la casa para protegerme, yo me llevaré:
 - El bebé y mis hijos pequeños
 - Documentos:
 - Medicinas:
 - Objetos de valor:
 - Otros:
- Para mantener mi seguridad e independencia yo debo:
 - Siempre tener una tarjeta telefónica..
 - Si es posible, abrir mi propia cuenta de ahorros.
 - Ejercitar la ruta de escape.

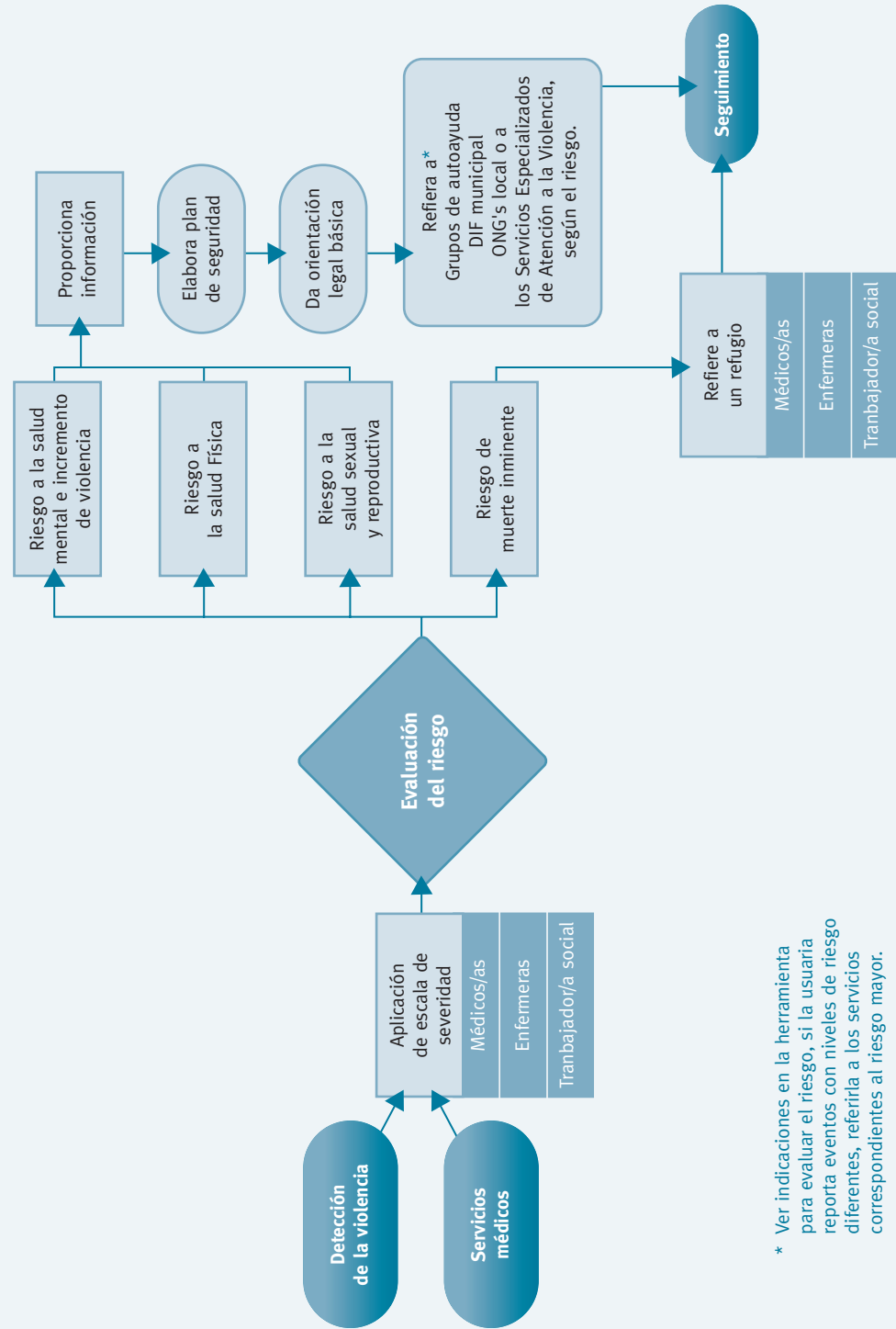
II. Sugerencias para aumentar mi seguridad cuando se acaba la relación:

- 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 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 _____

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.

Capítulo 8

Referencia, contrarreferencia y seguimiento

Dentro de la capacidad y competencia de los servicios de salud es posible atender los efectos y aminorar los riesgos de las mujeres ante la violencia, sin embargo el sector salud no está solo en esta tarea. 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.

RESPONSABLES DE LA REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y EL SEGUIMIENTO

¿Quiénes pueden hacer la referencia, contrarreferencia y el seguimiento?

Esta tarea está diseñada para el área de trabajo social cuando las acciones se realizan en una unidad médica. En los casos donde la captación de la usuaria sea en la comunidad, las acciones corresponden al personal de salud que se ubique en esta comunidad, desde personal médico hasta promotores.

SIETE PASOS SUSTANTIVOS EN LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

¿Cómo debe llevar a cabo el proceso de referencia y contrarreferencia de la usuaria?

El proceso de referencia, contrarreferencia y seguimiento de los casos es la conjugación de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para ofrecer a las usuarias una atención integral, por tanto requiere de la articulación de voluntades institucionales y de la sociedad civil.

Recuerde que las acciones de coordinación interinstitucional dependen del personal responsable de la planeación estatal, quienes deben proporcionar a las unidades de salud una lista de contactos en los ámbitos local, regional y nacional y un directorio que facilite la referencia y contrarreferencia.

Recuerde que es una gran responsabilidad referir a las mujeres a otras instituciones, ya que ellas han depositado su confianza en el sector salud y es fundamental que la atención que reciban sea de alta calidad. Por ello, es importante que a nivel operativo, los equipos especializados y las áreas de trabajo social tengan a la mano este mapa de contactos y acuerden la estrategia para facilitar y garantizar la

atención integral de las mujeres en situación de violencia en estos lugares. Las sugerencias para el correcto uso de este directorio son:

1. Identifique 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 sustancial, ya que permite orientar adecuadamente a las usuarias y, paralelamente, identificar oportunidades para mejorar el acceso de las mujeres a servicios de alta calidad.

Esta ruta es diferente en cada entidad federativa y región y, en general, no es estática.

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 o podrían prestar servicios de apoyo a mujeres afectadas por violencia, existentes tanto en el área geográfica cercana a la unidad de salud como aquéllas que estando más distantes podrían ser estratégicas en la atención a mujeres afectadas por violencia.

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, así como otras 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 o podrían ofrecer apoyo legal: agencias del Ministerio público, agencias especializadas de delitos sexuales, centros de apoyo públicos o privados, universidades, bufetes privados y policía.
- **Apoyo psicológico.** Instituciones y organizaciones que ofrecen o podrían ofrecer apoyo psicológico: centros de apoyo dependientes de la procuración de justicia, organizaciones no gubernamentales, grupos de profesionales en el área, universidades, etcétera.

* Es importante identificar instituciones que si bien de manera inmediata no prestan servicios de apoyo, tienen posibilidades de generarlos, un ejemplo preciso son 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, etcétera. *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 probablemente podrá nombrar a otras instituciones locales que podrían ser incluidas. También se deben considerar instituciones que se ocupan de temas secundarios relacionados con la violencia, como el abuso de alcohol y drogas, y también 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 y 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.

** Adaptado de IPPF, Federación Internacional de Planificación Familiar Creando una red de referencia.

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 revictimización de la mujer o 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.

SEGUIMIENTO

¿La atención integral a usuarias y su participación en una red de referencia y contrarreferencia implica que asumirá labores de seguimiento?

El seguimiento es el proceso mediante el cual, emprendiendo acciones específicas, nos cercioramos de que la mujer ha obtenido respuesta favorable de las instancias a las que hemos considerado pertinente canalizarla como consecuencia de sus expectativas de solución. 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.

Estas acciones específicas serán emprendidas de acuerdo con los recursos humanos disponibles, aunque usualmente son encomendadas a las áreas de trabajo social por sus particulares habilidades y formación profesional.

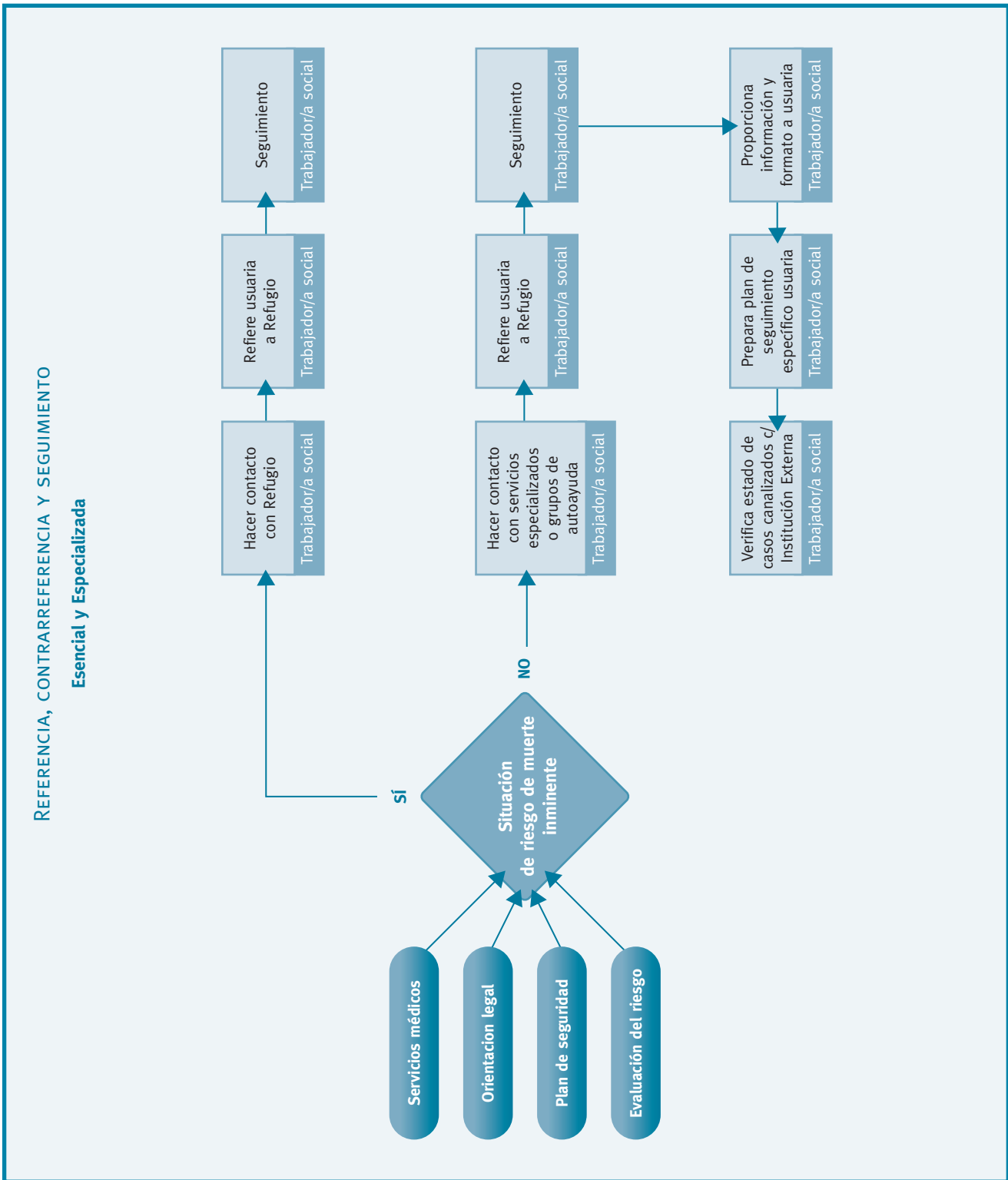
Para facilitar labores de seguimiento, el área encargada integrará un expediente absolutamente confidencial de la usuaria que contenga, entre otras cosas:

- Los datos de localización de la usuaria y de las personas que integran su red de apoyo.
- Una glosa o resumen del expediente clínico, fundamentalmente en lo que se refiere a las atenciones médicas vinculadas con su 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.



Sección

Prevención

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 Mandela²²

¿QUIÉNES DEBEN HACER LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

Todo el personal de salud involucrado en tareas de prevención y promoción.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

El concepto de prevención

Existen diversos enfoques y concepciones sobre la prevención. De acuerdo con la OMS, la prevención puede ser de tres tipos:

- **Prevención primaria (prevención).** 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.

- El concepto de **prevención** al que se hace referencia a lo largo de este capítulo corresponde al de prevención primaria, centrado en las acciones que evitan que la violencia ocurra.

Los ámbitos de la prevención

Los trabajos 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**.

PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN

¿En qué consiste la promoción de la salud como estrategia de prevención de la Secretaría de Salud?

La estrategia general para el desarrollo del trabajo de prevención se basará en la **promoción de la salud** y la participación activa del sector salud en las instancias locales, estatales y nacionales de **coordinación interinstitucional e intersectorial**.

La **promoción de la salud** es la estrategia nacional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad y ampliarlo hacia una concepción de bienestar. Hace hincapié en los aspectos positivos de la conducta individual y colectiva que deben fortalecerse para incrementar el control sobre la salud y mejorarla. La participación efectiva de las comunidades en la toma de decisiones, operación de las acciones y monitoreo de los programas⁴⁹ es central para su desarrollo.

La NOM -190-SSA1-1999 *Prestación de Servicios de Salud, criterios para la atención familiar*, incluye la prevención en la definición de atención médica de la violencia familiar y afirma que *“Para combatir la violencia familiar y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar la equidad entre los géneros y entre todas las personas, y construir espacios donde el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y a las diferencias entre congéneres, sean las bases de las relaciones interpersonales y sociales.”*[†]

A lo largo de los apartados 6.1.1 a 6.3.3, la NOM-190 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**.

* NOM-190-SSA1-1999, 4.1

† NOM.190-SSA1-1999 Introducción p.3

Los señalamientos prácticos para cada uno de estas tres vertientes son:

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

Acciones en el ámbito de educación para la salud

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud a cargo de estos temas. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Promoción de la Salud proveerán 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 a través de los programas de promoción de la salud en las áreas de: Mujer, salud y desarrollo y Salud escolar.

Participación social

En segundo lugar, 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 sociales¹⁷ para prevenir y combatir la violencia familiar en coordinación con las dependencias competentes. Su función será estimular su participación en acciones de detección, información y orientación.

- Promover acciones conjuntas para la prevención de la violencia familiar con autoridades comunitarias y municipales, así como con la sociedad civil y organismos no gubernamentales y especialistas en violencia familiar, entre otros, en coordinación con las dependencias competentes.

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, 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 verificar que cuenten con el apoyo y los recursos necesarios para su trabajo. Las organizaciones de mujeres y grupos afines juegan un papel primordial en la consolidación de redes.

Comunicación educativa

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

- Participar y, en su caso, evaluar campañas educativas para informar, orientar y motivar la participación de la población sobre las formas en que se puede prevenir y combatir la violencia familiar en coordinación con las dependencias competentes.
- Apoyar la coordinación con otras dependencias, para reforzar sistemas educativos para la prevención de la violencia familiar.

Acciones en el ámbito de la comunicación educativa

Unificar los criterios de conceptualización y abordaje del tema. Procure 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 propuestas brinden elementos para el empoderamiento como un primer paso indispensable de la prevención. 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 esta tarea está estrechamente relacionada con dos factores: que sea parte de un esfuerzo a) permanente, y b) coordinado con otros servicios locales, y 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** es el proceso por el cual se adquiere conciencia de la capacidad, habilidad y facultad para ejercer el poder. Es el ejercicio del poder previamente adquirido y la toma de conciencia de ello.
- 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.⁵⁰

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

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

Es pertinente que este abordaje se de a través de la constitución de Comités de Prevención de la Violencia a escala estatal. Estos comités tienen la potestad de desarrollar intervenciones coordinadas en todos los sectores y dirigidas tanto a la población en general como a grupos especiales, tanto de mujeres como de los agresores.

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 y sus responsables, y los acuerdos realizados, con el fin de que estos sirvan para fortalecer el trabajo de referencia y contrarreferencia a nivel local.

En estos comités, consejos o mesas de coordinación contra la violencia deben participar activamente:

- Instancias Gubernamentales: educación (SEP), Secretaría de Salud, policía, justicia (PGR), desarrollo social, Instituto Nacional de las Mujeres, Sistema Integral de Desarrollo para la Familia (DIF), entre otros.
- Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan el tema.
- Otros grupos de la sociedad civil, especialmente los grupos de mujeres y organizaciones comunitarias.
- Organismos internacionales y
- Medios de comunicación.

A través de esta coordinación y colaboración pueden llevarse a cabo intervenciones generales de prevención dirigidas a grupos o población en general a través de campañas que promuevan a escala nacional, estatal y local la desnaturalización de la violencia, la equidad de género, los derechos de las mujeres; campañas que den a conocer el marco legal y promuevan la resolución no violenta de conflictos. Estos son los primeros pasos para crear una cultura de aceptación mutua y autoestima para mujeres y hombres. También a través de esta coordinación deben articularse las acciones de atención y rehabilitación de las mujeres que viven en situación de violencia de manera que resulten más eficaces, suficientes y amigables a las usuarias de los diferentes servicios.

DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN

A través de la sensibilización y capacitación, quienes prestan 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 de apoyo y esfuerzo continuo de largo plazo de todos los sectores de la sociedad. Es una decisión individual y colectiva de no aceptar la violencia como una forma de resolver conflictos y un ejercicio cotidiano de 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, garantes de derechos y con la capacidad y habilidad de resolver conflictos sin recurrir a la violencia. Es un trabajo de...todos los días!

Referencias

1. **Secretaría de Salud.** Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México, D.F: Programa Mujer y Salud; 2003.
2. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar”. México, D.F: Secretaría de Salud; 2000.
3. **Organización de Estados Americanos.** Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Convención Belém do Pará; 1994 junio 9, Belém do Pará, Brasil.
4. **Asamblea General de las Naciones Unidas.** Recomendación General N° 19: La violencia contra la mujer, CEDAW/C/1992/L.1/Add.15, párrafo 6. 1999. En: UNIFEM. Informe sobre violencia contra las mujeres en América Latina y El Caribe. Balance de una década 1990-2000, elaborado por Elizabeth Guerrero Caviedes. Santiago de Chile: ISIS Internacional; 2002.
5. **Fondo de Naciones Unidas para la Mujer, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 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 2001: 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.
6. **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. Nueva York: FNUAP, Edición Piloto; 2001.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **Organización Panamericana de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C: OPS, OMS; 2002.
11. **Corsi J. (Comp). Violencia familiar.** Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.. Buenos Aires: Paidós; 1999.
12. **Saltzman J. Equidad y género.** Una teoría integrada de estabilidad y cambio, Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer; 1992.
13. **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 al 7; Cancún, Quintana Roo, México.

14. **Heise L, Pitanguy J, Germain A.** Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1994.
15. **Esteinou R.** Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares Revista Desacatos No. 2 Familias 1999. México, D.F: CIESAS; 1999.
16. **Pan American Health Organization.** Violence against women: The health sector responds. Washington D.C: PAHO; 2003.
17. **Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel C, García-Moreno C.** Violence against women: The Health Sector Responds. OPS occasional Publication No. 12 Washington D.C: Pan American Health Organization; 2003.
18. **Saragua B, Zubizarreta I.** Violencia en la pareja. Málaga, España: Ediciones Aljibe; 2000.
19. **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. México, D. F: INMUJERES-SSA; 2003.
20. **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).
21. **Pamplona F, Del Río A, López BE.** Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer. ENVIM. México, D.F: INSP, SSA; 2003. Disponible en www.salud.gob.mx,
22. **Organización Mundial de la Salud Drug E, Dahlberg L, Mercy J.A. et. al.** Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicación científica y técnica número 588 Ginebra: OMS; 2003.
23. Disponible en: www.citaid.com.mx
24. **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.
25. **García - Moreno C.** Violencia contra la mujer, género y equidad en la salud. Harvard Center for Population and Development Studies, Organización Panamericana de la Salud. Publicación Ocasional, No. 6; 2000.
26. **Ferreira G.** La mujer maltratada. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hermes; 1989.
27. **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.
28. **American Psychiatric Association.** Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV); 1998.
29. **Slaikeu K.** Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México, D.F: Ed. Manual moderno; 1988.
30. **Claramunt C.** Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
31. **Organización Panamericana de la Salud.** Women's Way Out 2000, Disponible en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDW/womenswayout.pdf>.

32. **Heise L, Ellsberg M.** Population Reports. Volúmen XXVII, Número 4 E.U.A. Diciembre; 1999.
33. **Instituto de la Mujer,** Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales de España, Organización Mundial de la Salud. Propuesta práctica de intervención integral en el ámbito local contra la violencia hacia las mujeres. España; 2001.
34. **Ipas México.** Mujer, violencia y salud, Boletines Informativos. México, D.F: Ipas México; 2001.
35. **Center for Health and Gender Equity y Family Violence Prevention Fund,** American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. N. 4
36. **Silva A.** Protocolo para trabajadores de salud en violencia doméstica: guía de trabajo. Argentina: Mujer Lider; 2002. Disponible en: <http://www.mujerlider.org>
37. **Moreno C.** Caja de herramientas para la atención integral de mujeres víctimas de violencia. México, D.F: Ipas México; 2003.
38. **Organización Mundial de la Salud.** Guidelines. Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence. Ginebra: OMS; 2003.
39. **Kobernick et. al.** Emergency Department Management of the Sexual Assault Victim. Journal Emerg Med 1995; 2:205.
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. **Organización Mundial de la Salud.** Sexual Violence Examination Record. Ginebra: OMS; 2004.
44. **Leal A.** Instrumento de medición de peligrosidad del agresor. México, D.F: Alternativas Pacíficas. A.C; 2004.
45. **Salinas-Beristain L.** Presentación en el seminario Experiencias nacionales e internacionales de atención a la violencia. México; 2003
46. **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.
47. **Ortega A, Santiago T.** Marco jurídico de la violencia en México. México, D.F: IPAS México; 2004.
48. **Federación Internacional de Planificación Familiar /WHR.** Creando una red de referencia. Basta Número Verano 2000: p. 3.
49. **López L A, Aranda J M.** Promoción de la salud: un enfoque de salud pública. Escuela Andaluza de Salud Pública. Documentos Técnicos ESAP 1; 1994.
50. **Martínez-Corona B.** Género, empoderamiento y sustentabilidad. En: Poder, empoderamiento y sujetos sociales. México, D.F: GIMTRAP; 2000.

Bibliografía

- **Am J Emerg Med.** 2000 18:282-287.
- **Am Med Assoc.** Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Abuse. 1992.
- **Andalaf 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; 2001 junio 4-7; Cancún, México.
- **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.
- **Bryant SA, Spencer GA.** Domestic Violence: What do nurse. Practitioners think? *J Am Academy Nurse.*
- **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; 1999:3-34.
- **Caicedo-Cabañas A.** Violencia contra las mujeres, un problema de poder. Isis Internacional, 2003.
- **Carreira D, Pandjarjian 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, D.F: INEGI, INMUJERES, UNICEF; 2002.
- **Chejter S, Ruffa B.** Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar, reparar. Buenos Aires, Argentina: CECYM; 2002.

- **Corsi J, et al.** Violencia Masculina en la Pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención, Buenos Aires, Argentina: Paidós; 2003., 1
- **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.** Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças 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://endabuse.org/programs/healthcare/files/scrpol.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 víctimas de violencia doméstica: 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 2000. Santiago de Chile: CEPAL.

- **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, D.F: Instituto Nacional de las Mujeres; 2003.
- **Ipas México.** Manual de sensibilización y capacitación. Mujer, Violencia y Salud. Varias entidades federativas. México, D.F: 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 (Ultima 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 ultima 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 ultima 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.
- **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>(Ultima 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>. (Ultima 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 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 auto cuidado 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 Nº 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. (Mimeo). 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 Publica 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; 2000 diciembre 7-8; Montevideo, Uruguay.
- **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, D.F: 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/EOL2o_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, D.F: 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.
- **Urra 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

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.** Secretaría 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.
- www.citaid.com.mx.

www.generosaludreproductiva.gob.mx



www.salud.gob.mx