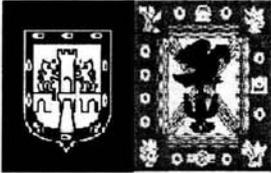


11228



---

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
México La Ciudad de la Esperanza

---



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA LEGAL**

**“EVALUACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS  
MEDICOS RESPECTO A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES”**

TRABAJO DE INVESTIGACION SOCIOMEDICA

**PRESENTADO POR:  
DRA. VIOLETA TOVAR HERNANDEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA LEGAL

**DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. VENUS MARIA CASTELLON CASTELLON**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS  
RESPECTO A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

**AUTOR: DRA. VIOLETA TOVAR HERNÁNDEZ**

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**Vo.Bo.**  
**DR. ADOLFO MORENO NARVÁEZ**



---

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA LEGAL

**Vo.Bo.**  
**DR. ROBERTO SÁNCHEZ RAMÍREZ**



---

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN FEDERAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE

**Vo.Bo.**

**DRA. VENUS MARIA CASTELLÓN CASTELLÓN**



---

SUBDIRECTORA DE SERVICIOS MÉDICOS DE  
ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA, SECRETARÍA DE SALUD  
DEL DISTRITO FEDERAL.

Si volviera  
a nacer,  
me gustaría  
ser una mujer  
¡siempre!

Agatha Christie

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN	
A) Antecedentes	1
B) Planteamiento del problema	8
C) Justificación	9
D) Objetivos	9
II. MATERIAL Y MÉTODOS	
a) Diseño del estudio	10
b) Valoración, aprobación y registro del protocolo	10
c) Variables de estudio descriptivas	10
d) Prueba piloto y modificaciones a la encuesta	11
e) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	11
f) Tamaño de la muestra	11
g) Fase de recolección de datos	11
h) Organización del análisis y resultados	12
III. RESULTADOS	
A) Conocimiento global sobre la violencia contra las mujeres	
1. Factores de riesgo para la violencia contra las mujeres	13
2. Mujeres que acuden al servicio de urgencias de un Hospital General como consecuencia de Violencia Familiar	
B) Manejo médico de las mujeres víctimas de violencia	14
C) Conocimiento sobre la Norma Oficial Mexicana sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar	15
1. Indicadores de violencia	
2. Aviso al Ministerio Público	

D) Aplicación de la Norma Oficial Mexicana Criterios para atención médica de la Violencia Familiar	16
1. Identificación de Violencia Familiar mediante la entrevista dirigida a usuarias independientemente de la causa de la consulta	
2. Causas por las cuales los médicos no realizan la entrevista dirigida a usuarias para identificar casos de Violencia Familiar	
3. Aviso al Ministerio Público ante casos de Violencia Familiar	
E) Capacitación acerca de la Norma Oficial Mexicana sobre Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar	18
F) Creencias de los médicos respecto a la Violencia contra las mujeres	18
IV CONCLUSIONES	20
V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
VII ANEXO	23
Encuesta	

## **RESUMEN**

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso necesario para que el personal médico se involucre en la atención de mujeres víctimas de violencia, requiere mucho más que la Norma Oficial Mexicana sobre Criterios para la Atención médica de la Violencia Familiar.

### OBJETIVO

Evaluar el nivel de conocimiento global respecto a la violencia contra la mujer en médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

### MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Como criterios de inclusión a todos los médicos adscritos al área de urgencias de todos los turnos.

### RESULTADOS

La mayor parte de los médicos refiere no haber recibido capacitación sobre la Norma Oficial.

### CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento global de los médicos respecto a la violencia contra las mujeres es bajo. La mayoría de los médicos, considera que la Violencia Familiar es en ocasiones una manera de resolver los problemas.

**Palabras clave:** violencia, mujeres, médicos, norma oficial.

# I. INTRODUCCIÓN

## A) ANTECEDENTES

El personal de salud constituye un frente estratégico de identificación e intervención en los casos de Violencia contra la Mujer, ya que las lesiones físicas y emocionales producto de la misma constituyen un motivo importante de demanda de atención en los servicios de salud. A pesar de ello, las mujeres maltratadas pasan inadvertidas en los servicios de salud.<sup>1</sup>

Esto sucede aún en países donde existen protocolos de identificación y políticas escritas en los servicios de salud. Según estudios realizados en Estados Unidos, las mujeres maltratadas representan del 14 al 28% del total de las que acuden a las clínicas de primer nivel de atención, del 4 al 17% de las que asisten a clínicas de atención prenatal y aproximadamente 30% de las que se presentan lastimadas en las salas de urgencias.<sup>2</sup>

Sin embargo, en nuestro medio el personal de salud rara vez recibe capacitación sobre el tema y hasta el momento las iniciativas para involucrar a este sector son incipientes.

Un paso importante es este proceso ha sido la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA1-1999."Prestación de los Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar", publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de Octubre de 1999; y cuyo objetivo es:

*Establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar.*<sup>3</sup>

En nuestro país, la violencia se empezó a reconocer como un problema de gran impacto social a finales de los años setenta, gracias al movimiento feminista. A principios de los ochenta se organizan los primeros grupos de mujeres que empezaron a proveer servicios y apoyo a mujeres maltratadas; de esos esfuerzos se desprenderon las primeras cifras de maltrato hacia la mujer en México.<sup>4</sup>

En los años setenta, el movimiento feminista conceptualiza el término Violencia Contra la Mujer, el cuál incluye la violación, la violencia doméstica, la infibulación, hostigamiento y abuso sexual, el tráfico de mujeres y el feminicidio. Años más tarde este término se reconceptualiza como Violencia de Género. Este tipo de violencia tiene su origen en aspectos culturales relacionados con la construcción de las identidades femenina y masculina, la asignación de roles diferenciados y autoexcluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración diferencial de la femineidad y la masculinidad; esto ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control, segregación y discriminación, las cuáles se manifiestan en una amplia gama de acciones, entre las que se encuentran las expresiones violentas.<sup>5</sup>

La violencia de género o contra la mujer ha sido definida por la Organización de Naciones Unidas en la "Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer" como:

*Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.<sup>6</sup>*

Esta violencia especialmente dirigida a las mujeres por su condición genérica, se expresa en diferentes formas, que abarcan todas las etapas del ciclo de vida y van desde el aborto selectivo por sexo a favor de los niños en varios países de Asia (China, India, República de Corea), el embarazo forzado (por ejemplo, la violación en masa como estrategia de guerra), el infanticidio femenino, el acceso diferencial a la alimentación y a la educación para las niñas, el abuso sexual infantil por parte de miembros de la familia o extraños, la mutilación genital en Africa, la violación, el maltrato por parte de la pareja y el acoso sexual en el trabajo entre otros.<sup>4</sup>

En el análisis de la violencia Leslie Canntrill ha formulado un ciclo que se caracteriza por tres fases fundamentales: acumulación de tensión, descarga aguda de la violencia y, luna de miel reconciliatoria. Las fases varían en duración y severidad entre las distintas parejas y en ocasiones varía también dentro de una misma relación:

#### *A)acumulación de la tensión:*

Esta fase se caracteriza por cambios repentinos en el ánimo del agresor, quien comienza a reaccionar negativamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos. Pequeños episodios de violencia escalan hasta alcanzar el ataque menor. Pero son minimizados y justificados por ambas partes de la pareja.

La víctima se muestra complaciente y sumisa, o trata de hacerse invisible; para mantener su papel no debe mostrar ningún tipo de enojo. El agresor, animado por esa aceptación pasiva, no se cuestiona ni se controla a sí mismo.

En casi todo agresor hay una cierta dependencia de su pareja. El temor de perderla se ve reforzado por los esfuerzos de la víctima para evitar contacto con él. Mientras más se distancia de ella, él se vuelve más celoso, posesivo y hostigante. El malestar de ella crece constantemente aunque no lo reconozca ni lo exprese.

La tensión aumenta y cada momento es más difícil manejarla. Los pequeños incidentes violentos se van manifestando de forma más frecuente. El agresor busca los signos de enojo que ella llega a mostrar y los intuye aunque sean negados. En algún punto hacia el final de esta fase es ya imposible controlar el proceso en marcha. Al alcanzar este punto, la pareja entra en la segunda fase.

### *B)descarga aguda de violencia:*

Esta fase es la más corta de las tres, y consiste en la descarga incontrolada de las tensiones contraídas durante la primera fase. Se caracteriza por la fuerza destructiva de los ataques. El agresor comienza por querer " darle una lección", termina encontrando que la ha lastimado severamente, al final no entiende lo que pasó.

Cuando pasa el ataque agudo le siguen un periodo inicial de choque y la negación del hecho. Tanto el agresor como la víctima, buscan formas de justificar la seriedad del ataque, surgen la depresión profunda y sentimientos de desamparo. Es por esto que algunas de las mujeres agredidas no buscan ayuda hasta 48 horas después del ataque.

### *C)luna de miel reconciliatoria:*

Se distingue por la actitud del agresor, extremadamente amorosa y arrepentida. El se da cuenta de que ha ido demasiado lejos y trata de reparar el daño causado. Esta es una fase de bienvenida para ambas partes de la pareja, pero irónicamente es el momento en que la victimización de la mujer se completa. En ésta, el agresor se conduce de modo encantador; se siente mal por sus acciones y transmite su remordimiento. Promete a la mujer no volver a hierla e implora su perdón. El cree verdaderamente que no volverá a lastimar a su pareja y que será capaz de controlarse en el futuro. Cree también que ha dado tal lección a su compañera que ella nunca volverá a comportarse de forma que despierte en él la tentación de agredirla. Es sincero y podría convencer a cualquiera de sus propósitos de cambio. Con frecuencia el agresor inicia una intensa campaña para ganarse el perdón de la víctima y asegurarse de que la relación permanecerá intacta. A menudo los involucrados creen sus justificaciones; que él está arrepentido, que cambiará, que tiene la culpa la carga de trabajo o la bebida, que sus hijos lo necesitan y él necesita su pareja para cambiar y, de algún modo, la víctima comienza a responsabilizarse por la suerte de su agresor; siente que debe ayudarlo.

La mujer maltratada quiere creer que no volverá a sufrir agresiones. La actitud arrepentida de su pareja apoya sus ganas de creer que él puede realmente cambiar.

La duración de esta fase es difícil determinarla, pero muchas mujeres expresan que casi sin enterarse comienzan a ocurrir de nueva cuenta las agresiones, y de lo que se trata, es que cada mujer esté conciente y en el caso de hallarse dentro del ciclo, recurra a buscar ayuda necesaria para brindarle a su familia y a ella misma la seguridad que merece.<sup>7</sup>

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), que fue ratificada por México el 12 de noviembre de 1998, se define a este tipo de violencia como " toda acción o conducta basada en su género, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico"<sup>8</sup>

Es importante señalar que se dan casos de hombres adultos maltratados dentro del contexto familiar, sin embargo, es importante precisar las diferencias. Por un lado, la probabilidad de que esto suceda es mucho menor en comparación con las mujeres; por otro lado, es necesario considerar la diferencia de poder físico y simbólico entre ambos, lo cuál se traduce en un impacto diferenciado entre uno y otro tipo de violencia. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos demostró que las mujeres sufren de violencia física dentro del contexto privado de la familia alrededor de 13 veces más seguido que los hombres, además no hay que perder de vista que la mayoría de las veces, las personas en mayor riesgo de ser victimizados o agredidos en el entorno familiar son: las mujeres, los y las menores, ancianos y discapacitados.<sup>9</sup>

A lo anterior sumamos el abuso y la discriminación de la autoridad que propician la impunidad, la víctima teme acercarse a denunciar, y cuando por fin adquiere valor para hacerlo, se encuentra con personal indiferente ante su situación, permitiendo que el victimario quede libre y sin castigo enfrentando a la víctima ante la sociedad que la rechaza o señala, o bien guardando ese dolor en su interior lo que más tarde se refleja negativamente en la sociedad con una conducta desadaptada, conducta que incluso puede ser delictiva, que en el mejor de los casos para el resto de la sociedad el sujeto no se pueda relacionar con los demás, que tenga problemas familiares, escolares o de trabajo, cuando su agresor probablemente esté libre e incluso dañando a otras personas.<sup>10</sup>

Es a partir de los años noventa cuando se empieza a tomar la violencia contra las mujeres como objeto de estudio y se llevan a cabo las primeras investigaciones. Uno de los estudios pioneros en nuestro país se realizó en 1990 por la organización feminista CECOVID y desde entonces a la fecha se han multiplicado de manera reciente al sector académico; sin embargo siguen siendo escasos tanto las investigaciones como los recursos destinados al problema.<sup>11</sup>

Por otro lado no hay que olvidar la labor desarrollada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, puesto que desde 1993 ha venido trabajando en la solución de los problemas más graves que afectan a diversos colectivos vulnerables y desprotegidos, entre ellos las mujeres.<sup>12</sup>

En un estudio que evaluó las causas de demanda de atención por lesiones intencionales en los servicios de urgencia hospitalarios de la Ciudad de México, ocasionadas por diferentes tipos de hechos violentos, identificó que la violencia familiar representó 19.60% del total de la muestra, siendo las mujeres las más afectadas (72%) en comparación con los hombres(28%). El principal agresor de las mujeres fueron sus propias parejas y el grupo de mujeres entre 30 a 34 años

de edad fue el más afectado.<sup>13</sup>

Los estudios realizados hasta el momento en el país señalan una prevalencia entre el 28 y 60% de violencia a mujeres por parte de sus parejas masculinas, tanto en las zonas urbanas como rurales.<sup>14</sup>

Es importante mencionar el gran impacto que ha tenido la lucha contra las mujeres en el área de investigación, el sistema de salud y la cultura médica al introducir la problemática de la violencia contra las mujeres como área de competencia médica.<sup>15</sup>

Un ejemplo de ello es el caso de los Estados Unidos que presentaba una situación similar a la nuestra a principios de los ochenta y noventa en relación al desconocimiento del problema entre el personal médico.<sup>16</sup> Sin embargo, la abundancia de investigaciones en el área de violencia y salud que se dio en la década de los ochenta incidió en la implementación de políticas en el sector salud, obligando a los médicos a identificar y reportar los casos en los diferentes niveles de atención. Esta situación tuvo varias consecuencias; por un lado, llevó a introducir el tema de la violencia en los programas de formación médica. Se involucró a los grupos colegiados de médicos más importantes del país, por ejemplo la American College of Obstetrics and Gynecology (1989) y la American Medical Association (1992), que publicaron boletines especiales que proporcionaban información altamente calificada sobre el problema de la violencia y su impacto a la salud y los lineamientos para la atención de casos por parte del personal médico.<sup>17</sup>

Ambas acciones han permitido ir creando un marco de legitimidad para la intervención del sector médico en estos casos. Sin embargo, es importante señalar que esto no ha sido un proceso homogéneo para todos los médicos. Las campañas de sensibilización y capacitación siguen implementándose y se destinan grandes recursos humanos y materiales para lograr incidir en la práctica médica.<sup>14</sup>

En países desarrollados como Canadá para dar respuesta a las necesidades específicas de atención a las mujeres maltratadas cuando acuden a los servicios de salud, se han instrumentado modelos de capacitación especializados para el personal de salud, protocolos para la identificación de posibles víctimas de violencia en los diferentes niveles de atención a la salud, así como políticas públicas para garantizar que las mujeres maltratadas sean oportunamente identificadas y, en consecuencia, se les brinde la atención requerida.<sup>18</sup> Esta experiencia constituye un estímulo para hacer lo propio en nuestro país.

Es muy probable que las barreras que impiden la identificación de las mujeres maltratadas se vean reforzadas por la paradójica conducta de las propias víctimas que a diferencia de otras a las que se infligen crímenes violentos suelen mostrarse reacias a revelar el verdadero origen de sus lesiones y a menudo se sienten forzadas a permanecer en silencio por el temor de sufrir daños mayores o

como estrategia para proteger a otros miembros de la familia(especialmente los hijos).

Además muchas mujeres maltratadas se sienten avergonzadas, culpables o responsables del abuso y por lo tanto no ofrecen de manera voluntaria información sobre el abuso físico. Incluso es probable que lo nieguen si se les pregunta directamente.

Sin embargo, existen diversos estudios que demuestran que las mujeres golpeadas esperan que los trabajadores de la salud inicien la discusión en torno al abuso y así responder a las preguntas cuando se les formulan con empatía, libres de juicios y en un clima de confianza.<sup>19</sup>

La posibilidad de preguntar a las usuarias de los servicios de salud sobre un tema tan delicado como las experiencias de violencia con la pareja no es un proceso fácil; se requiere de una capacitación especializada que contemple la sensibilización, la adquisición de conocimientos sobre el tema y la reflexión sobre las propias experiencias personales de violencia.<sup>20</sup>

En el servicio de urgencias y la sala de ginecoobstetricia es donde más se han encontrado casos de mujeres maltratadas. Por ejemplo, la sala de urgencias es un área crítica en cuanto a la cantidad y gravedad de los casos atendidos, sí como por la falta de privacidad que allí prevalece y en este servicio es frecuente que exista una agencia del ministerio público para canalizar a las pacientes víctimas de violencia.

En el servicio de urgencias las mujeres maltratadas presentan menos dificultades para reportar al personal médico el origen de las lesiones, seguramente el estado de gravedad de las mismas facilita a las mujeres externar quien las ha lastimado, lo cuál no significa que ello facilite la denuncia ante el ministerio público.<sup>13</sup>

Ya que la mujer maltratada no siempre logra emprender el camino a la recuperación por sí misma, es necesario que el personal de salud comprenda la importancia de su intervención. No se pretende que los y las médicos(as), se conviertan en psicólogos de tiempo completo. Por un lado se pretende que reconozcan el problema de la violencia como un problema de salud pública y que se den cuenta de que dichos espacios son ideales para la detección de estos casos, ya que tarde o temprano las mujeres acuden a consulta por una u otra razón. Por otro lado, se busca que el registro adecuado de los casos de violencia sirva para demostrar a las autoridades gubernamentales la magnitud del problema y que se tomen acciones al respecto.<sup>27</sup>

Según un estudio con médicos(Sugg e Inui),<sup>20</sup> algunas barreras que impiden la intervención de los mismos en los casos de violencia hacia las mujeres son:

*Incomodidad por identificación:* Cuando los médicos(as) perciben a sus pacientes como "iguales" es más fácil que se identifiquen con ellas y, por lo tanto, nieguen la posibilidad de la violencia, es difícil ver a otra del mismo nivel socioeconómico como víctima de la violencia.

*Miedo a ofender:* Se relaciona con la incomodidad del médico por trabajar áreas que culturalmente se consideran privadas, y se expresa como miedo a ofender a la paciente y arriesgar la relación médico-paciente. Aunque es cierto que para muchas mujeres es difícil revelar su condición, la realidad es que muchas mujeres maltratadas afirman haber anhelado que algún profesional de la salud les hubiera preguntado sobre la violencia de una manera directa, empática y sin prejuicios.

*Incredulidad:* Se encontró que aún en el caso de pacientes que respondieron positivamente a las preguntas en relación con la violencia, los médicos(as) no diagnosticaron el caso, expresando que necesitaban conseguir información "no sesgada" de otras personas que no fueran la supuesta víctima. Sus declaraciones expresan la creencia de que no se puede acusar a alguien de ser agresor "así nada más" y que es posible que la paciente esté mintiendo.

*Sentimiento de impotencia:* Los médicos(as) tienden a declarar que el problema es demasiado complejo y que no tiene "herramientas" para lidiar con él, lo que les frustra y les hace sentir incapaces.

*Pérdida del control:* Existe frustración ante la dificultad de dar seguimiento a una paciente que se refiere por violencia, y ante la realidad de que los resultados dependen en gran parte de la misma mujer.

*La esclavitud del horario:* Esta es una de las razones más fundamentales por los médicos, ya que el exceso de trabajo y falta de tiempo son una realidad.

*Desconocimiento de la magnitud del problema:* En este rubro vale la pena aclarar que un gran número de profesionales de la salud siente que la violencia hacia las mujeres es tan baja que no vale la pena dedicarle tiempo. Algunas otras personas expresan que ese papel no les corresponde, lo que indica un claro miedo a comprometerse con su posible intervención.

Actualmente el Código Penal para el Distrito Federal en materia de violencia familiar establece en el artículo 200:

*“Se le impondrán de seis meses a cuatro años de prisión, pérdida de los derechos que tenga respecto de la víctima, incluidos lo de carácter sucesorio y en su caso, a juicio del juez, prohibición de ir a lugar determinado o de residir en él, al cónyuge, concubina o concubinario, o el que tenga relación de pareja, pariente consanguíneo en línea recta ascendente o descendente sin limitación del grado, al pariente colateral consanguíneo o afin hasta el cuarto grado, al tutor, al curador, al adoptante o adoptado que haga uso de medios físicos o psicoemocionales contra la integridad de un miembro de la familia, independientemente de que se produzcan lesiones u omita emitir el uso de los medios a que se refiere la fracción anterior. Asimismo, al agente se le sujetará a tratamiento psicológico especializado, que en ningún caso excederá del tiempo impuesto en la pena de prisión, independientemente de las sanciones que correspondan por las lesiones inferidas o por cualquier otro delito que resulte”.*<sup>21</sup>

En el Código Civil vigente para el Distrito Federal, en el capítulo III, artículo 323 quarter se considera por Violencia Familiar al uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave que se ejerce contra un miembro de la familia por otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente del lugar en que se lleve a cabo y que pueda producir o no lesiones.<sup>22</sup>

## **B) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El proceso necesario para que el personal médico se involucre en la atención de mujeres víctimas de violencia, requiere mucho más que la Norma Oficial Mexicana sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar anteriormente mencionada, ya que algunos estudios demuestran que incluso en condiciones “óptimas” si las comparamos con nuestra realidad nacional, no se garantiza que el sector médico se involucre. Por ejemplo, en una encuesta realizada por el Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar en las salas de emergencia del Estado de California, se demostró que sólo se identifica a un 5% de las víctimas de violencia doméstica en los registros hospitalarios.<sup>14,19</sup> Entre las razones más frecuentes para que esto suceda se encuentran: La falta de capacitación por parte del personal de salud a enfrentar de manera directa la violencia sufrida por las mujeres agredidas.

En el presente trabajo de investigación se explora el nivel de conocimiento de los médicos tanto en el diagnóstico como en el manejo de las pacientes víctimas de violencia familiar y en cuanto a la aplicación de la Norma Oficial Mexicana.

## C) JUSTIFICACIÓN

Si bien es cierto que cada vez es más frecuente que se reconozca a la violencia contra la mujer como un problema de salud pública, esto no sucede de manera homogénea ni en todos los niveles, ya que prevalece el desconocimiento sobre el problema entre los especialistas en investigación en salud y en los prestadores de servicios.

Lo cierto es que la violencia contra las mujeres afecta a un gran número de ellas y sus familias. Este tipo de violencia atraviesa fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas y tiene un impacto significativo en la morbimortalidad de las mujeres.

Las estimaciones realizadas por el Banco Mundial sobre la carga global de la enfermedad, indican que en las economías de mercado del mundo, la violencia de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva.<sup>28</sup>

La vulnerabilidad del problema está en función de que los médicos tengan una capacitación especializada que contemple la sensibilización y la adquisición de conocimientos sobre el tema. En base a los recursos, tanto humanos, materiales, físicos y financieros el estudio tiene una factibilidad alta.

## D) OBJETIVOS

### General

Evaluar el nivel de conocimiento global respecto a la Violencia Contra la Mujer en Médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

### Específicos

Conocer los criterios que emplean los médicos del área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" para el diagnóstico de las mujeres víctimas de Violencia Familiar.

Conocer el manejo por parte de los médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" hacia las mujeres víctimas de violencia familiar.

Identificar el conocimiento de la Norma Oficial Mexicana sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar en los médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero".

Conocer si los médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" han recibido capacitación en cuanto a la aplicación de la Norma Oficial Mexicana sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar.

Conocer las creencias de los médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" respecto a la Violencia contra las mujeres.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **a) Diseño del estudio**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Realizado en el Hospital General "Dr. Rubén Leñero" dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal debido a que es donde el investigador realiza actividades asistenciales.

### **b) Valoración, aprobación y registro del protocolo**

Se obtuvo el visto bueno del Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Legal y por parte de los miembros de la Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, recibiendo el código de registro 205-101-0104 con fecha de registro del 16 de enero de 2004.

### **c) Variables de estudio descriptivas**

Conocimiento global sobre la violencia contra las mujeres:

Esta variable fue evaluada mediante las preguntas 4 y 6 (ver encuesta)

Manejo médico de las mujeres víctimas de violencia:

Esta variable fue evaluada mediante la pregunta 9 (ver encuesta)

Conocimiento sobre la Norma Oficial Mexicana para la Violencia Familiar:

Esta variable fue evaluada mediante las preguntas 3 y 11 (ver encuesta)

Aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la Violencia Familiar:

Fue evaluada mediante las preguntas 7, 8 y 10 (ver encuesta)

Saber si los médicos han recibido capacitación acerca de la Norma Oficial Mexicana:

Esta variable fue evaluada mediante la pregunta 5 (ver encuesta)

Conocer cuáles son las creencias de los médicos respecto a la violencia contra las mujeres:

Esta variable fue evaluada mediante la pregunta 12 (ver encuesta)

#### d) Prueba piloto y modificaciones a la encuesta

Se realizó una prueba piloto, aplicando un total de 4 encuestas a médicos de urgencias del ISSSTE, realizándose posterior a la aplicación correcciones de sintaxis y estructura de algunas preguntas, eliminando dos de ellas por considerarse que no cumplían con los objetivos del estudio, y agregando a la encuesta dos preguntas más, una de ellas para evaluar las creencias de los médicos respecto a la violencia contra las mujeres y la otra para evaluar la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la Violencia Familiar, quedando finalmente constituida por 12 preguntas de opción múltiple.

#### e) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Se consideraron como criterios de inclusión para el estudio todos los médicos(as) adscritos al área de urgencias de los turnos matutino, vespertino, nocturno, de sábados y domingos, que estuvieran en el servicio en el momento de levantar las encuestas. Quedaron excluidos aquellos médico(as) que se negaron a contestar la encuesta, así como los médicos(as) residentes sin importar su especialidad, que se encontraran en el momento de levantar las encuestas en el área de urgencias del hospital. Como criterios de eliminación, aquellos médicos encuestados que profirieran palabras altisonantes u ofendieran al investigador.

#### f) Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo de acuerdo al total de médicos adscritos al área de urgencias (26 médicos) según nómina del 2004 del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" proporcionada amablemente por el Departamento de Enseñanza e Investigación del mismo hospital. Se realizó un censo de la población de médicos adscritos a dicha área.

#### g) Fase de recolección de datos

Las encuestas fueron aplicadas por el investigador en el área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" en un horario matutino de 10:00 a 12:00 del día y vespertino de 16:00 a 18:00 horas los días martes y jueves y los días lunes, miércoles y viernes en horario nocturno de 20:00 a 22:00 horas, los sábados y domingos con un horario de 10:00 a 12:00 horas, y de 20:00 a 22:00 horas con el fin de encuestar a la totalidad de los médicos en su área de trabajo.

## h) Organización del análisis y resultados

Una vez recolectado el total de las encuestas aplicadas al personal médico, se procedió al vaciado de los datos en hojas del programa Excel para Windows. Se realizó el análisis de los datos basados en seis rubros evaluados por la encuesta de la siguiente manera:

### *1. Conocimiento global sobre la violencia contra las mujeres:*

En este rubro se analizaron los factores de riesgo para la violencia contra las mujeres y el porcentaje de mujeres que acude al servicio de urgencias de un hospital general como consecuencia de Violencia Familiar. Los resultados fueron expuestos en forma de gráficas de pastel.

### *2. Manejo médico de las mujeres víctimas de violencia:*

Los resultados de la valoración del manejo de pacientes víctimas de Violencia Familiar por parte de los entrevistados fueron presentados en forma narrativa.

### *3. Conocimiento sobre la Norma Oficial Mexicana sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar:*

En este apartado se evaluaron los indicadores de abandono, maltrato físico, psicológico y sexual por medio de los cuáles los médicos identifican la presencia de violencia contra las mujeres así como saber en que se basan los médicos cuando dan aviso al ministerio público. Los resultados fueron presentados en forma narrativa y en forma de gráfica de pastel.

### *4. Aplicación de la Norma Oficial Mexicana sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar:*

Con el fin de evaluar la aplicación de la Norma en este apartado se incluyeron tres partes: 1. Identificación de Violencia Familiar mediante la entrevista dirigida en usuarias independientemente de la causa de la consulta. 2. Causas por las cuales los médicos no realizan la entrevista dirigida a usuarias para identificar casos de Violencia Familiar. 3. Saber si los médicos ante un caso de Violencia Familiar dan aviso al Ministerio Público. Son expresadas en términos de porcentajes mediante gráficas de barra y de pastel.

### *5. Capacitación acerca de la Norma Oficial Mexicana de Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar:*

Este apartado evalúa mediante pregunta cerrada si los médicos han recibido capacitación reciente sobre la Norma, fue representada mediante gráfica de barra.

### *6. Conocer cuáles son las creencias de los médicos respecto a la violencia contra las mujeres:*

Este rubro evalúa las creencias sobre la violencia hacia las mujeres dependiendo del género del médico encuestado. Fue representado en forma de gráfica de pastel.

### III. RESULTADOS

#### Generalidades

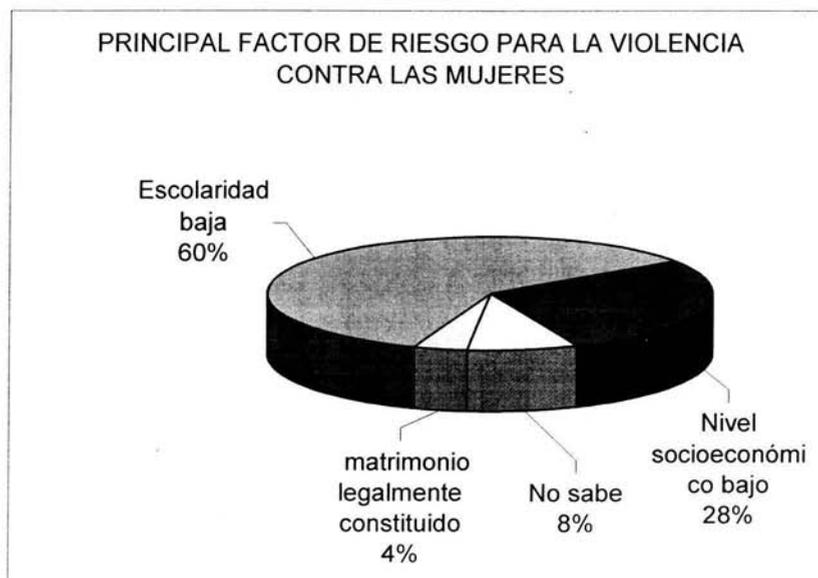
Todas las encuestas fueron aplicadas en el área de urgencias del Hospital General "Dr. Rubén Leñero" (HRL), entre el 16 y el 30 de Enero del 2004. Se obtuvo una buena participación de los médicos, se aplicaron un total de 25 encuestas, no se eliminó ninguna y sólo un médico se negó a contestar la encuesta por considerar que no sabía las respuestas correctas, del total de encuestados, 15 (60%) fueron hombres y 10 (40%) mujeres, en cuanto a sus edades, ninguno de ellos tiene menos de 30 años y sólo uno de ellos (4%) tiene más de 61 años, encontrando a la mayoría de los médicos (88%) en un rango de edad de 31 a 50 años.

#### A) CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES

##### 1. Factores de riesgo para la violencia en contra de las mujeres

Más de la mitad de los médicos encuestados reconoció la escolaridad baja como el principal factor de riesgo para la Violencia en contra de las mujeres, seguido por el nivel socioeconómico bajo (ver gráfica 1)

Gráfica 1



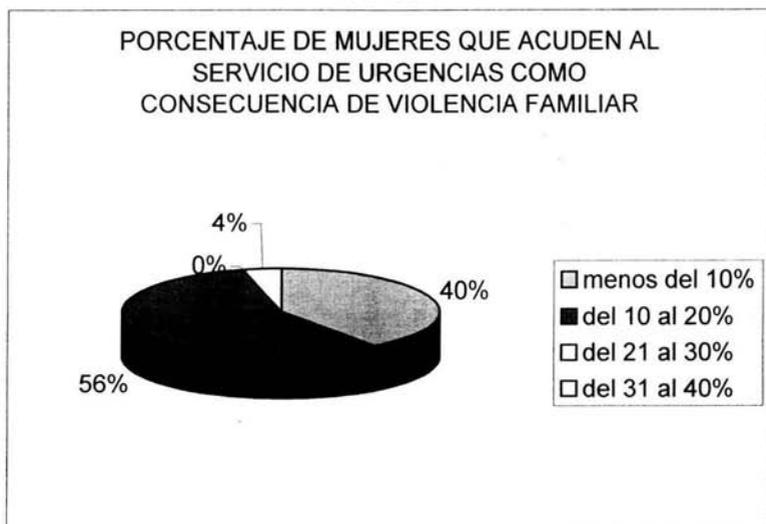
FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

n=25

## **2. Mujeres que acuden al servicio de urgencias de un Hospital General como consecuencia de Violencia Familiar**

Al interrogar a los médicos sobre que porcentaje del total de mujeres que acuden al servicio de urgencias de un hospital general acude como consecuencia de violencia familiar, la mitad de los médicos considera que el porcentaje es del 10 al 20%

Gráfica 2



FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

n=25

### **B) MANEJO MÉDICO DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA**

Interrogados sobre si es similar o diferente el manejo de pacientes lesionados por accidentes en comparación con las mujeres maltratadas por su pareja y que llegan lesionadas a un servicio de urgencias, el 80% de los encuestados respondió que en su experiencia el manejo es técnicamente igual pero psicológicamente es diferente.

### **C) CONOCIMIENTO SOBRE LA NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR**

#### **1. Indicadores de violencia**

El 52% de los médicos encuestados identifica en su consulta habitual la presencia de violencia hacia las mujeres mediante los 4 indicadores de violencia como lo marca la Norma Oficial, los cuáles son: *Indicadores de abandono*(manifestado en

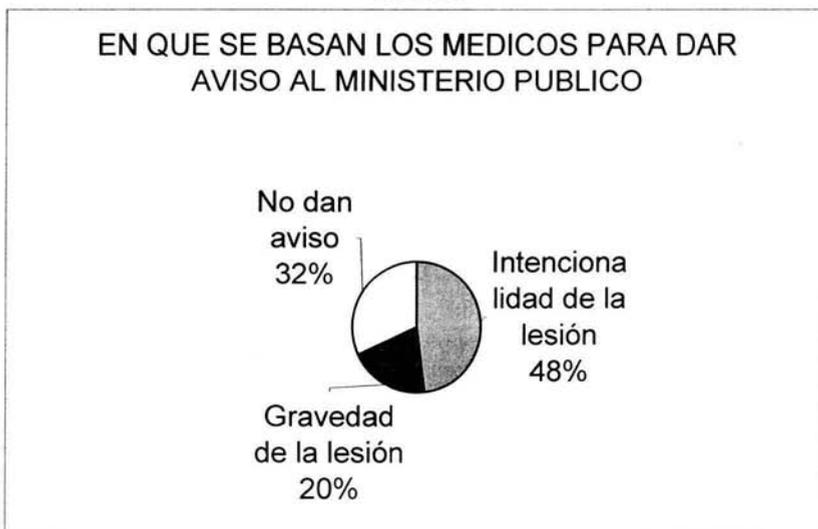
la alimentación y la higiene de la paciente; así como también porque sus necesidades médicas son atendidas tardíamente o no atendidas), *indicadores de maltrato físico* (hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular entre otros, congruentes o incongruentes con la génesis de los mismos, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes), *indicadores de maltrato psicológico* (signos y síntomas indicativos de alteraciones como autoestima baja, sentimientos de miedo, ira, vulnerabilidad, de tristeza, de humillación y de desesperación entre otros, o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés posttraumático, de personalidad; de abuso o dependencia a sustancias, ideación o intento suicida), *indicadores de maltrato sexual* (presencia de lesiones o infecciones genitales o anales, baja autoestima, trastornos sexuales, de la conducta alimenticia entre otros)

El 32% de los encuestados solo identifica la presencia de violencia hacia las mujeres mediante el indicador de maltrato físico.

## 2. **Aviso al Ministerio Público**

De los médicos que dan aviso al ministerio público de casos de Violencia Familiar, se les preguntó sobre los criterios en los cuáles se basan para dar aviso y en casi la mitad de los casos se basan en la intencionalidad de la lesión, mientras que en menor porcentaje se basan en la gravedad de la lesión.

Gráfica 3



FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

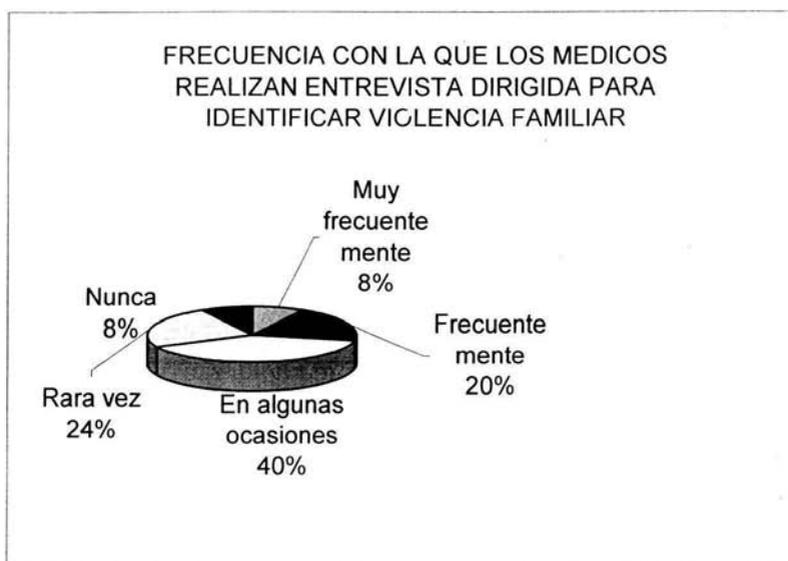
n=25

## D) APLICACIÓN DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

### 1. Identificación de Violencia Familiar mediante la entrevista dirigida a usuarias independientemente de la causa de la consulta

Para evaluar la aplicación de la Norma Oficial se realizó una pregunta a los médicos para saber si acostumbran realizar entrevista dirigida a las pacientes independientemente de la causa de la consulta con el fin de identificar Violencia Familiar, la mayoría respondió que realiza entrevista dirigida solo en algunas ocasiones y el porcentaje de quienes la realizan de manera rutinaria y nunca fue similar con el 8%

Gráfica 4



FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

n=25

### 2. Causas por las cuales los médicos no realizan la entrevista dirigida a usuarias para identificar casos de Violencia Familiar

Dentro de las razones por las cuáles los médicos no acostumbran realizar la entrevista rutinariamente para identificar Violencia Familiar en las usuarias independientemente de la causa de la consulta se encuentran con el mismo porcentaje la falta de tiempo para atender a la paciente al igual que el hecho que dentro de la historia clínica no se incluya el rubro de Violencia Familiar, es importante señalar que un médico consideró que no es importante realizar entrevista dirigida a las pacientes para la identificación de Violencia Familiar(ver gráfica 5)

Gráfica 5



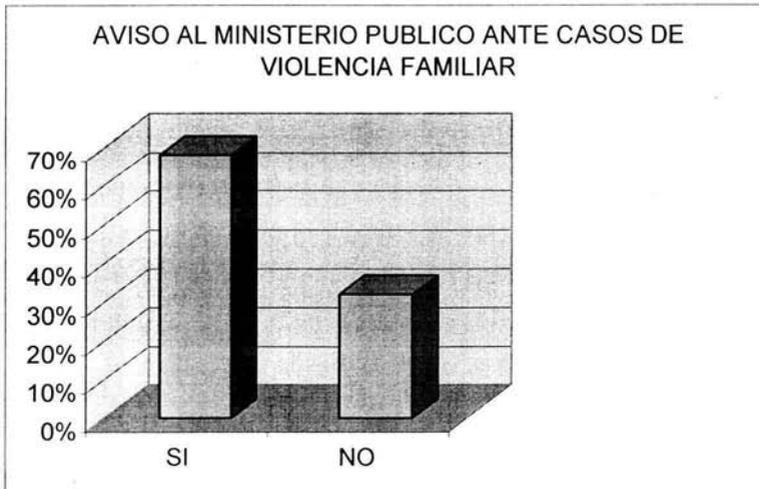
FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

n=25

### 3. Aviso al Ministerio Público ante casos de Violencia Familiar

La mayoría de los médicos de urgencias entrevistados, refirió que cuando atiende a mujeres víctimas de Violencia Familiar da aviso al Ministerio Público.

Gráfica 6



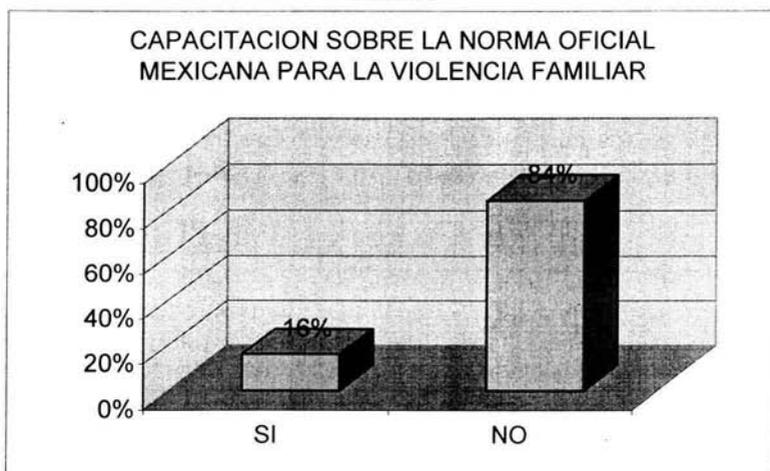
FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

n=25

**E) CAPACITACIÓN ACERCA DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR**

La mayor parte de los médicos refiere no haber recibido capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar.

Gráfica 7



FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

n=25

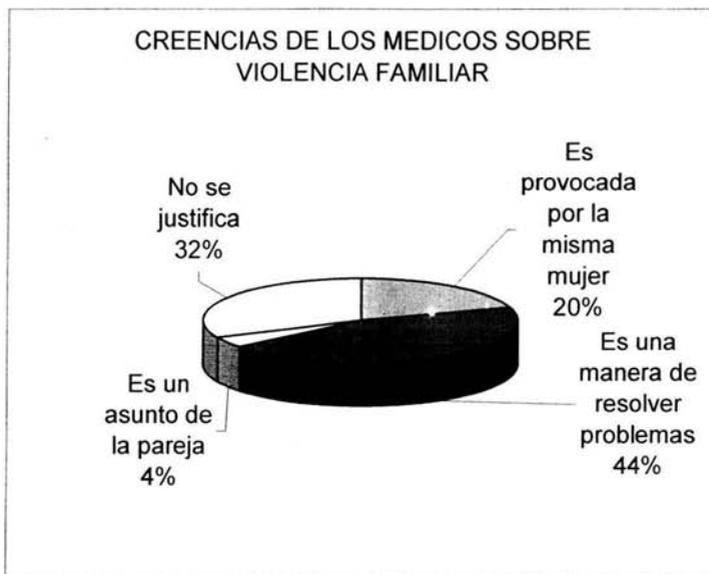
**F) CREENCIAS DE LOS MÉDICOS RESPECTO A LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES**

De los médicos encuestados 11 consideran que la Violencia Familiar es en ocasiones una manera de resolver los problemas, 5 consideran que la Violencia es provocada por la misma mujer, por lo tanto es igual de culpable que el mismo agresor. Y un médico respondió que la Violencia Familiar es un asunto de la pareja en donde el personal de salud no debe inmiscuirse y por otra parte 8 médicos consideran que la violencia familiar no se justifica bajo ninguna circunstancia.

Visto lo anterior por el género de los entrevistados, de los 15 médicos del género masculino, 6 de ellos no justifican la violencia bajo ninguna circunstancia, 4 consideran que la violencia es en ocasiones una manera de resolver los problemas y 4 consideran que la Violencia Familiar es provocada por la misma mujer y 1 médico considera que la Violencia Familiar es un problema de la pareja en donde el personal de salud no debe inmiscuirse.

En el género femenino, 7 de ellas consideran que la violencia es en ocasiones una manera de resolver los problemas, 2 no justifican la violencia bajo ninguna circunstancia y 1 de ellas considera que la Violencia es provocada por la misma mujer, por lo tanto es igual de culpable que el mismo agresor.

Gráfica 8



FUENTE: Encuesta de médicos HRL, 2004

n=25

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

#### **IV. CONCLUSIONES**

En este trabajo, se incluyeron las opiniones de médicos tanto del género femenino como del masculino sobre la Violencia hacia las mujeres, es importante hacer notar que el número de médicos varones fue considerablemente mayor al de las mujeres.

Sobre el conocimiento global de la Violencia contra las mujeres, tenemos que dentro del principal factor de riesgo para la Violencia, los médicos señalan la escolaridad baja en primer lugar, lo cuál no es correcto, sabiendo que la violencia familiar no respeta grado académico o nivel socioeconómico.

Los médicos perciben que el porcentaje de mujeres que acuden al servicio de urgencias de un hospital general como consecuencia de Violencia Familiar es bajo, la mayoría lo considera del 10 al 20%, lo cuál pudiera ocasionar una minimización del problema.

La mayoría de los médicos identifican que el manejo de pacientes maltratadas por su pareja y que llegan lesionadas al servicio de urgencias es técnicamente igual pero psicológicamente es diferente.

La mitad de los médicos encuestados identifica la Violencia Familiar en su consulta habitual mediante 4 indicadores de maltrato y un 32% solo identifica la Violencia Familiar mediante el indicador de maltrato físico el cuál incluye hematomas, equimosis, fracturas, traumatismo craneoencefálico y quemaduras entre otras características que son mucho más visibles que los datos de maltrato psicológico o de abandono.

Casi la mitad de los médicos se basan en la intencionalidad de la lesión para dar aviso al Ministerio Público.

La mayoría de los médicos no identifica Violencia Familiar mediante la entrevista dirigida a la paciente independientemente de la causa de la consulta y dentro del porque no realizan la entrevista se encuentran la falta de tiempo o el hecho de que en el formato de la historia clínica no se incluya el rubro de Violencia Familiar.

Casi la mayoría de los médicos dan aviso al Ministerio Público de casos de Violencia Familiar. También la gran mayoría de los médicos no han recibido capacitación sobre la Norma Oficial sobre criterios para la atención médica de la Violencia Familiar.

La mayoría de los médicos considera que la Violencia Familiar es en ocasiones una manera de resolver los problemas y esa opinión es mayor que aquellos que consideran que la Violencia Familiar no se justifica bajo ninguna circunstancia.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Medical Association. "Diagnostic and treatment guidelines on Domestic Violence". *Arch. Fam. Med.* 1999, 1: 39-47
2. McLeer Susan. "The Role Of Emergency Physician in the Prevention of Domestic Violence". *Annals of Emergency Medicine*. October 1999:1155-1161
3. **Norma Oficial Mexicana 190-SSA-I-1999. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar.**
4. Heise Lori. Violencia Contra la Mujer: La carga oculta sobre la salud. *Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud 1998,45-56
5. León Irene "Sobre sombras, tormentas y Rupturas: **Reflexiones sobre el significado social y estructural de la violencia de género**" CEIMME ediciones 1999 1-35
6. Chávez A Manuel. **La Violencia Intrafamiliar en la Legislación Mexicana** México: Editorial Porrúa, 2000,20-65
7. Secretaría de Salud. **Atención Médica Integral a Víctimas de Delitos Sexuales**. Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y control. México, 1999.
8. Salinas B Laura. De la Declaración Universal de los Derechos Humanos a la Convención de Belém Do Pará. *Revista Mexicana de Política Exterior*. Octubre. 1999. 55-56
9. Stark Evans. "Violence Among Intimates: An Epidemiological Review" *Handbook of Family violence*. New York. Plenum Publishing. 1998:293-318.
10. Corsi Jorge. **Una Mirada Abarcativa sobre el problema de la Violencia Intrafamiliar**. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1998.
11. Valdez Rosario et al. "Impacto de la Violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: Análisis y Perspectivas en México" *Salud Mental*, 1998. 21 (6): 1-10
12. Margarant A Nahim. Mujer Legislación y Realidad. *Revista Mexicana de Justicia*. 1998. Número 4: 108-161.
13. Hajar Martha . "Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México" *Revista de Salud Mental*. 2002:, volumen 1, número 25, 108-161
14. Valdez S María del Rosario. "La atención Médica del maltrato durante el embarazo en el contexto de la lucha contra la violencia hacia las mujeres en Cuernavaca Morelos". *Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos*. 2002.
15. Ferris Lorraine. "Canadian Family Physicians and the General Practitioners Perceptions of their Effectiveness in Identifying and Treating wife abuse "; *Medical Care*, 1999, 32:12, 1163-1172,
16. Fitzpatrick Ray. **La Enfermedad Como Experiencia**, México. Fondo de Cultura Económica. 1990

17. Smith M Sandra. The Intergenerational transmission of Spouse Abuse: A meta- analysis. *Journal of Marriage and the Family*. August, 2000. Volumen 62, Número 3, 640-654
18. Kellerman A. "Domestic violence and the internist's response: Advocacy or apathy? *J.G. Intern Med*; 1998, 5: 89-90
19. Gerbert Barbara. "A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims" , *Ann Internal Medicine*, 1999 131: 578-584
20. Sugg Nancy. "Primary care physicians response to domestic violence: Opening Pandora's box". *Journal of American Medical Association* 1998, 267(23), 3157-3160.
21. **Código Penal para el Distrito Federal** 2002.
22. **Código Civil para el Distrito Federal** 2003.
23. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**.
24. García Romero Jaime S. **Introducción a la Metodología de Investigación Médica Interdisciplinaria**. Segunda Edición. México. UNAM. 1998.
25. Gómez C Francisco J. **Guía para el seminario del PUEM**. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. 1999.
25. Hernández S Roberto. **Metodología de la Investigación**. 3a Edición. México Mc Graw Hill. 2002.
26. Babbie Earl. **Métodos de Investigación por encuesta**. Fondo de Cultura Económica. Biblioteca para la Salud. 1989.
27. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. **Violencia Contra la Mujer**. Junio 1998,60-72
28. Secretaría de Salud. **Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género(2002-2003)** Abril 2003,53-55

## VI. ANEXOS

### ENCUESTA

Por favor circule la letra que elija como respuesta.

1. Sexo

- A) Masculino
- B) Femenino

2. Edad

- A) Menos de 30
- B) De 31 a 40
- C) De 41 a 50
- D) De 51 a 60
- E) Más de 61

3. En su consulta habitual ¿Cómo identifica la presencia de violencia hacia las mujeres?

- A) Porque las necesidades médicas de la paciente son atendidas tardíamente o no atendidas.
- B) Por la presencia de hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, traumatismos craneoencefálicos recientes o antiguos.
- C) Porque la paciente presenta signos y síntomas indicativos de alteraciones como autoestima baja, sentimientos de miedo, vulnerabilidad, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, dependencia a sustancias, intento suicida.
- D) Porque la paciente presenta lesiones o infecciones genitales y/o anales, trastornos sexuales, o trastornos de la alimentación.
- E) Todas las anteriores

4. ¿Cuál de los siguientes considera usted que es el factor de riesgo más importante para la violencia contra las mujeres?

- A) Nivel socioeconómico bajo
- B) Escolaridad baja
- C) Vivir en unión libre
- D) Vivir en matrimonio legalmente constituido

5. ¿Ha recibido recientemente algún curso de capacitación respecto a la Norma Oficial Mexicana para la atención médica de la violencia familiar?

- A) SI
- B) NO

6. Del total de mujeres que acuden al servicio de urgencias de un Hospital General, ¿Aproximadamente que porcentaje acude a consecuencia de violencia familiar?
- A) Menos del 10%
  - B) Del 10 al 20%
  - C) Del 21 al 30%
  - D) Del 31 al 40%
7. ¿Acostumbra realizar entrevista dirigida a identificar violencia familiar en usuarias independientemente de la causa de la consulta?
- A) Muy frecuentemente
  - B) Frecuentemente
  - C) En algunas ocasiones
  - D) Rara vez
  - E) Nunca
8. En caso de haber contestado en algunas ocasiones, rara vez o nunca a la pregunta anterior, ¿Por qué razón no lo hace?
- A) Por falta de tiempo
  - B) Porque no es importante
  - C) Porque no se incluye en el formato de la historia clínica
  - D) Otra, especifique \_\_\_\_\_
9. En su experiencia: ¿Es similar o diferente el manejo de pacientes lesionados por accidentes en comparación con las mujeres maltratadas por su pareja y que llegan lesionadas a un servicio de urgencias?
- A) Técnicamente es igual pero psicológicamente es diferente
  - B) Técnicamente es diferente pero psicológicamente es igual
  - C) Totalmente diferentes
  - D) Totalmente iguales
10. Cuando atiende a mujeres víctimas de violencia familiar, ¿Da aviso al Ministerio Público?
- A) SI
  - B) NO
11. En caso de haber contestado SI a la pregunta anterior, ¿En qué se basa para dar aviso al Ministerio Público?
- A) En la gravedad de la lesión
  - B) En la intencionalidad de la lesión
  - C) En que la víctima es mujer

12. Qué enunciado considera usted como el más apropiado para Violencia Familiar?

- A) La violencia es provocada por la misma mujer, por lo tanto es igual de culpable que el mismo agresor.
- B) La violencia es en ocasiones una manera de resolver los problemas
- C) La violencia familiar es un asunto de la pareja en donde el personal de salud no debe inmiscuirse.
- D) Todos los anteriores
- E) Ninguno de los anteriores