



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UMF No.16 ALTAMIRA, TAMAULIPAS.**

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL
AREA RURAL UMF No.24 (CONSULTORIO No.2) Y SU
RELACION CON EL GRADO DE ESCOLARIDAD**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. ISMAEL ITURBE NAVA

MEDICO FAMILIAR



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.

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL
AREA RURAL UMF No.24 (CONSULTORIO No.2) Y SU
RELACION CON EL GRADO DE ESCOLARIDAD**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ISMAEL ITURBE NAVA

AUTORIZACIONES:

**DRA. MA. GUADALUPE FONG JARAMILLO
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
UNIDAD MEDICA No. 16 ALTAMIRA TAMAULIPAS**

**DR. HECTOR RAFAEL SANCHEZ NUNCIO
ASESOR METODÓLOGIA DE TESIS
JEFATURA DE INVESTIGACION**

**DRA.: MA. GUADALUPE FONG JARAMILLO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFATURA DE INVESTIGACION**

CD. ALTAMIRA, TAM

2009

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN EL
AREA RURAL UMF No.24 (CONSULTORIO No.2) Y SU
RELACION CON EL GRADO DE ESCOLARIDAD**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DR. ISMAEL ITURBE NAVA
MEDICO FAMILIAR**

**ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE BASE MODALIDAD SEMIPRESENCIAL**

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRAD E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE GENERAL

TITULO	1
INDICE	4
DEDICATORIAS	6
AGRADECIMIENTOS	7
CAPITULO I	
MARCO TEORICO.	9
NORMA OFICIAL MEXICANA	10
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	19
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
JUSTIFICACION	36
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS	37

CAPITULO III

METODOLOGIA	39
POBLACIÓN, MUESTRA Y DISEÑO DE LA ENCUESTA	41
TAMAÑO DE LA MUESTRA	42
CRITERIOS DE SELECCIÓN	43
VARIABLES	44
ETICA	48

CAPITULO IV

RESULTADOS	51
------------	----

CAPITULO V

DISCUSIONES	59
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFIAS	62
ANEXOS	67

DEDICATORIAS

A mis dos hijos, Ma. Fernanda y Omar Ismael, los que supieron que con amor e inocencia alentarme para terminar mi especialidad, a pesar de mi abandono y sin preguntar ningún porque, me recibían al llegar a casa con besos y una sonrisa tan pura que me alentaba a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A dios mi señor que há permitido llegar hasta donde estoy y me há ayudando a enfrentar todas las dificultades, que se han presentado en El trayecto de La vida.

A mi padre, El que puso todo su empeño para forjarme y hacer de mi un hombre de bien.

A mi queridísima esposa Adela, La cual a sido um pilar fundamental em mi vida, brindandome su apoyo de forma incondicional.

A mis maestros, desde La primaria hasta La especialidad, siendo cada uno un baston para mi formacion, principalmente los que ponen, no solo su sabiduria, si no su calor humano permitiendo que encontrara en ellos un amigo, con lo cual se que puedo contar.

A cada uno de mis pacientes, que vienen con La esperanza, que mitiguemos su sufrimiento y como un libro abierto leer entre sus paginas.

Capítulo 1

MARCO TEORICO

La Norma Oficial Mexicana en la que se establecen los criterios para la atención médica de la violencia familiar, publicada por el Gobierno de México en el año de 1999 da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979), Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989), conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para” (OEA, 1994); Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 tiene por objeto establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente apoyarse en otras complementarias publicadas y vigentes en el sector salud, como son las siguientes: NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente, Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-010-SSA2-1993,

Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-017-SSA2-1993, Para la Vigilancia Epidemiológica. NOM-025-SSA2-1993, para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica. NOM-167-SSA2-1993, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores. NOM-168-SSA2-1993, Del Expediente Clínico. NOM-173-SSA2-1993, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.

Apoyándose en las siguientes definiciones de la norma, como detección de probables casos: las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar entre la población. Identificación del grado de riesgo: valoración que a través de un interrogatorio mínimo, permite identificar la presencia de maltrato, la probabilidad de incremento de la frecuencia y la gravedad del mismo debido a violencia familiar, entre los usuarios en situación de riesgo o la población en general. Indicadores de abandono: los signos y síntomas, físicos o psicológicos, debido al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien esta obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades medicas atendidas tardíamente o no atendidas. Indicadores de maltrato físico: los signos y síntomas, hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, 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: los síntomas y signos, indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida. Indicadores de maltrato sexual: los síntomas y signos físicos, lesiones o infecciones genitales, anales del tracto, urinario u orales o psicológicos baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual. violencia familiar: 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.

En las definiciones de la violencia familiar comprende: el abandono: al 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.

Para la detección y diagnóstico el documento marca como uno de sus objetivos: identificar a los usuarios afectados por violencia familiar y valorar su grado de riesgo, durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.

Realizar entrevista dirigida al usuario afectado por violencia familiar en un clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad.

Para la investigación, la norma determina: promover y realizar, en las Instituciones del Sector Salud, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar; que permitan tanto la cuantificación como la identificación de las causas y determinantes del fenómeno patrones sociales, culturales y repercusiones económicas, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual (física y psicológica) y en la colectiva.

Promover y realizar, en las Instituciones del Sector Salud y de los otros sectores, investigaciones interdisciplinarias, que permitan diseñar mecanismos tendientes a modificar la percepción que tienen del fenómeno los servidores públicos y a coadyuvar en el proceso de planeación, formulación de políticas y programas para la prevención y a elevar la calidad de las acciones, que para la atención de los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, se realizan en los establecimientos de salud.¹

En el estudio de la violencia de género no se ha considerado, o no se sabe que hay que considerar, las mediciones entre fenómenos a los que se les atribuye carácter estructural, como el del patriarcado y su expresión en la conducta individual. En la conceptualización de la violencia aparecen dos personajes; de un lado, un hombre, casi siempre de baja escolaridad, de escasos recursos económicos y/o desempleado, que a la menor provocación, o sin ella, arremete psicológica y con frecuencia físicamente contra la mujer. Del otro lado, estaría la mujer como víctima, receptora casi pasiva, de la violencia.

Por ello, es necesario plantearse preguntas distintas a las que parecen haber guiado la investigación empírica. Básicamente lo que se ha preguntado es cuantas mujeres son violadas, agredidas físicas, sexual o emocionalmente por sus parejas, u hostigadas en la escuela o la oficina; y cuales son las características de los agresores. Pero, si se acepta que la violencia de género es un problema relacionado y específicamente de acceso y uso desigual de diversos recursos entre los integrantes de una pareja y/o al interior del hogar, sobre lo que habría que preguntar es acerca del poder en las relaciones de género.

Prevalencia de la violencia contra las mujeres

Lo que primero ha preocupado a los investigadores latinoamericanos se refiere a la magnitud del problema de la violencia. Las prevalencias reportadas presentan cierta variación pero normalmente dentro de un determinado rango.

Algunas de las primeras investigaciones de la década pasada reportaban prevalencias superiores al 50% (60% en Chile, según Larráin, 1993; 54% en Costa Rica, según Chacón et al., 1990, apud Heise, 1994; 57% en el área rural de Jalisco,

México, según Ramírez y Uribe, 1993, 56% en Guanajuato, México, según Tolbert y Romero, 1996). Al paso de los años, quizás como efecto de un mejor diseño de los instrumentos de medición, las prevalencias reportadas se han centrado en un rango que va del 10% al 52% (26% en Colombia, según Klevens, 2001; 46% en Guadalajara, México, según Ramírez y Patiño, 1996; 42% en Durango, México, según Álvaro-Zaldívar et al., 1998; y 52% en Nicaragua, según Ellsberg et al., 1999, 2000.

Cabe, sin embargo, hacer una crítica general a los estudios de prevalencia. La mayoría de ellos no reportan haber diferenciado a la violencia que sufren las mujeres entrevistadas en términos de severidad. Ello hace que los autores reporten como “prevalencia” lo mismo a casos de mujeres que sufren formas “moderadas” de violencia episódica, que a casos de mujeres que, en el otro extremo, reportan sufrir formas graves de violencia crónica. Ello significa que el rango de prevalencias reportado en la actualidad oscila entre un 10% y 50%, constituye en muchos casos un dato poco preciso. Lo más conveniente sería manejar índices de severidad que permitan distinguir tanto a las mujeres que sufren violencia moderada de las que sufren violencia crónica, se debe considerar a las tasas de prevalencia como indicadores mas bien débiles, con valor solo indicativo, de la gravedad del problema de la violencia contra las mujeres.

Las variables mas frecuentemente citadas en la violencia de pareja son, el nivel socioeconómico, la escolaridad y el grupo de edad (en todos los casos mientras más bajo, más riesgo), el estado civil (las mujeres no casadas en más riesgo), el haber sufrido abuso o violencia durante la infancia o el haber sido testigo de ella

(tanto la mujer como su pareja), la condición de ocupación de la pareja (si esta desempleado mas riesgo) así como de la mujer (si trabaja fuera de la casa menos riesgo); el numero de hijos, el numero de años de la unión, y el consumo de alcohol (en los tres casos, mientras mas alto mas riesgo de violencia); y finalmente la existencia de una marcada asimetría de poder en la pareja, así como la existencia de una ideología de los roles de género (Buvinic et al. 1999; Deslandes, 2000; Díaz-Olavarrieta et al., 1999, 2001; J. Firestone, R. Harris & W. Vega, comunicación personal; Garza & Díaz-Michel, 1997; Meneghel et al., 2000; Moreno, 1999).

En la mayor parte de los estudios de violencia de pareja, las estrategias preferidas son el análisis estadístico bivariado y los modelos de regresión logística. Mas allá de que siempre es útil identificar las variables que se asocian estadísticamente a la violencia que sufren las mujeres, no es difícil advertir el limitado alcance de estos trabajos. Al carecer de una teoría sociológica que ordene y jerarquice a las variables relevantes a partir de las categorías de genero y poder, en el marco de una teoría que articule al actor con la estructura y la historia, estos trabajos solo aciertan de un marco así, estos estudios no suelen aclarar los criterios que llevaron a los autores a explorar ciertas variables y no otras en su asociación con la violencia.

Otros estudios, mas centrados en mujeres de poblaciones específicas, permiten establecer comparaciones, en términos de prevalencia, entre mujeres de diversos grupos, o entre mujeres de un grupo en particular con respecto a la población en general.

A ESTA CORRIENTE PERTENECEN, ENTRE OTROS:

- (a) Los estudios que exploran la prevalencia de violencia entre mujeres embarazadas.
- (b) Los estudios que se centran en mujeres con problemas específicos de salud.
- (c) Los estudios con mujeres atendidas por los servicios públicos de salud.
- (d) Los estudios con mujeres de diferentes grupos étnicos.

Los resultados, sin embargo, como ha sido señalado ya para otros países, no pueden ser más confusos. Por ejemplo, una investigación en Chile encontró claramente que el embarazo funciona como un factor de protección (Arcos et al., 2000). Simultáneamente, una investigación realizada en México (Castro y Ruiz, 2002) muestra que, en términos de prevalencia, el embarazo no hace ninguna diferencia, toda vez que, tanto antes como durante el embarazo se encontró una prevalencia del 25%. Al mismo tiempo, en otras latitudes se reporta que el embarazo constituye, al contrario, un factor de riesgo para la violencia (Goodwin et al., 2000).

Los estudios que se centran en la violencia que sufren las mujeres en los servicios públicos de salud constituyen una oportunidad excepcionalmente valiosa para explorar la lógica que articula los mecanismos tanto estructurales como interaccionales que facilitan la aparición de la violencia.

Otros trabajos han analizado las características de las mujeres golpeadas de origen latino en comparación con las mujeres de origen anglosajón, en diversas ciudades de Estados Unidos. Se reporta que víctimas de origen latino son significativamente más jóvenes, con menor nivel de escolaridad, y más pobres que las mujeres anglosajonas.²

Una de las preguntas más importantes es si los médicos de atención primaria deberían cribar a todas las mujeres para saber si sufren violencia de género, teóricamente, el procedimiento es de bajo riesgo y de un costo reducido con las herramientas de cribado adecuadas. Si los médicos preguntan sobre el abuso sexual, frecuentemente las mujeres revelaran el problema, y las investigaciones exploradoras cualitativas indican que preguntar a las mujeres sobre los abusos puede beneficiar a los que sufren este tipo de violencia. Sin embargo, debido a que el tiempo de los médicos es limitado, el gasto de tiempo en el cribado o en los consejos para procesos no basados en la evidencia puede restar tiempo a otras tareas médicas de beneficio probado.

Realmente, la evidencia sugiere que el fracaso en la detección de una historia de maltratos contra una paciente puede asociarse con la falta de investigaciones e intervenciones necesarias.

Si los médicos aprenden sobre el maltrato, deberían estar preparados para reconocerlos y realizar las derivaciones apropiadas. Además, los médicos deberían ser informados de los comunicados emitidos por los Estados sobre este tema, así como de otros tipos de requerimientos.

El médico puede enfocar la educación del paciente sobre las consecuencias adversas de la violencia familiar para todos los miembros de la familia, y puede referirlos apropiadamente a los recursos que ofrece la comunidad.

Los diversos puntos tratados indican que se debe trabajar aun mucho para establecer si el cribado realizado por los médicos, el consejo y el hecho de remitir a los pacientes en el ámbito de la atención primaria resulta en la disminución de la violencia contra las mujeres.

En el caso de los agresores de la violencia de género, la investigación debería enfocarse en la evaluación de la efectividad y seguridad de las intervenciones, no solo en las órdenes judiciales contra los agresores, sino también para aquellos con la violencia a los médicos y a otros miembros de los equipos de atención sanitaria.

Hasta que se disponga de más estudios que cumplan los criterios basados en la evidencia, los médicos deberían continuar siguiendo las recomendaciones clínicas, aumentando los esfuerzos para identificar a las mujeres que sufren relaciones violentas y refiriendo a las mismas a los recursos apropiados que ofrece la comunidad.³

En la Encuesta Nacional sobre **Violencia Contra las Mujeres** 2003 (ENVIM 2003), realizada entre noviembre 2002 y marzo de 2004. En la cual se entrevisto a un total de 26 042 mujeres, incluyendo aquellas de 15 y mas años de edad que acudieron a consulta a los servicios de salud públicos en las 32 entidades del país, en las fechas en que se levanto la información. Un equipo de entrevistadoras previamente capacitadas aplico un cuestionario que contenía información sobre características sociodemográficas (edad, estado civil, escolaridad, ocupación de la entrevistada y su pareja, características de la vivienda y del hogar); demanda de atención del servicio; percepción de salud general; consumo de alcohol de las mujeres y sus parejas; percepciones de roles de genero; relaciones familiares y de

pareja; antecedentes de violencia durante la niñez; experiencias de violencia por parte de la última pareja y consecuencias de la violencia. Esta investigación ha sido de las más completas porque reunió todas las consideraciones éticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluyen la obtención del consentimiento informado de las mujeres participantes.

La construcción de Escalas de Violencia (EV) parte de la conceptualización de la violencia, que consiste en un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir:

- a) Violencia física:** empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante.
- b) Violencia emocional:** intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física.
- c) Violencia sexual:** forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.
- d) Violencia económica:** ejercicio del control a través del dinero.

El objetivo de las escalas de violencia es medir los niveles de severidad para cada tipo de violencia explorada en un estudio. Las escalas de violencia deben incorporar reactivos seleccionados de instrumentos que han demostrado utilidad para la medición de la violencia masculina hacia las mujeres en la relación de pareja, por ejemplo: el Index of Spouse Abuse (ISA) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), este último diseñado por Marshall en 1992. Además en otras escalas, se incluyen reactivos para explorar la violencia económica. Cabe mencionar que estas escalas, en su versión original o con modificaciones, se han utilizado en estudios previos con población mexicana.

Algunas escalas de violencia se componen de cuatro categorías que miden la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses (nunca, alguna vez, varias veces y muchas veces). Estas categorías son similares a las propuestas de Marshall.⁴

Otras mediciones que señalan la magnitud del problema se refieren a la violencia cuando la mujer se encuentra más vulnerable, como es el caso del embarazo. Así, 14.1% de las mujeres señalan haber sido víctimas de violencia. En particular, 4.4% de las mujeres que habían tenido embarazos notifican haber sido golpeadas en el abdomen durante la gestión. La violencia sexual ha sido notificada por 17.3% de las mujeres y, de estas, cerca de la mitad la padecieron antes de los 15 años de edad.¹⁴

En un estudio publicado en el 2006 realizado en cuatro de las entidades con mayor prevalencia reportada de violencia de género, las 1949 mujeres seleccionadas se distribuyeron por entidad federativa: 506 (26.0%) correspondieron a Chiapas; 474 (24.3%), a Guerrero; 487 (25.0%), a Hidalgo; y 482 (24.7%), a Oaxaca. De las mujeres, 250 (13%) informaron haber sufrido violencia durante alguno(s) de sus embarazos; 76 de esas mujeres (30.4%) indicaron que fueron golpeadas en el abdomen cuando estaban embarazadas. En 91.4% de los casos el agresor fue el cónyuge.

En cuanto al instrumento de recolección para el estudio se diseñó un cuestionario basado en la Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres 2003 (ENVIM 03) con algunas modificaciones específicas para la población de estudio, incluyendo las escalas de violencia que se dividen en: Violencia Física, Emocional, Sexual y Económica.

Dentro del instrumento se incluyeron preguntas para medir la severidad y frecuencia de cada tipo de violencia que demuestran utilidad para medición de violencia masculina hacia las mujeres, las cuales están basadas en las incluidas en el Index of Spouse Abuse (ISA) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS) las cuales son sacadas del diseño de Marshall 1992 todas estas utilizadas en estudios previos en poblaciones mexicanas.

En América Latina y el Caribe la mujer que busca ayuda para resolver el problema de la violencia doméstica entra en contacto con una variedad de entidades institucionales. Algunas son del sector público y pertenecen al sistema legal o al de la salud.

En junio de 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a trabajar con organizaciones de 16 países de América Latina y el Caribe. Este proyecto de la OPS enfoca el problema de la violencia intrafamiliar. La OPS busca, crear experiencias exitosas en comunidades de cada uno de los 16 países participantes. La prevención de la violencia contra la mujer se ha empezado en pequeña escala a nivel local, pero luego su radio de acción se amplió paulatinamente hasta lograr reformas extensas.

El sector de la salud se ubica en una situación ideal para descubrir y ayudar a las mujeres maltratadas, puesto que en estas instituciones todas las mujeres tienen que acudir en algún momento de su vida, ya sea cuando están embarazadas o de atención de parto, o porque llevan a otros miembros de la familia a recibir atención médica.

Mientras que en los Estados Unidos de América es frecuente que los medios digan que no tienen pacientes maltratadas, los de América Latina admiten que se dan cuenta del violento maltrato que sufren muchas mujeres a manos de sus compañeros íntimos. Aun teniendo conciencia de ello, no saben como lidiar con un asunto tan grave y que consideran fuera de su competencia.

En consecuencia, terminan fingiendo que no lo ven.

Uno de los objetivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es encontrar maneras de fortalecer la capacidad del sector de la salud para reconocer el abuso domestico y hacerle frente, sin pretender ser su solución. La intención de la OPS no es darle únicamente un enfoque medico a la violencia domestica contra la mujer, sino asegurar que el sector de la salud no le inflija mas daños en la forma de tratarla y también que los profesionales de la salud se familiaricen con las opciones de ayuda abiertas a la mujer en sus comunidades para encauzarlas en esa dirección.

En la mayoría de los estudios se investigan formas de violencia intrafamiliar de carácter físico, sexual, psicológico y económico. Sin embargo, estas formas no se suelen dar separadamente ni en ocasiones aisladas.⁵

Dentro de las publicaciones de la región del Caribe se reporta un estudio del 2005 realizado por Rosibel Rodríguez en Nicaragua, en donde se identificaron barreras que indican la persistencia de creencias tradicionales como la de considerar el problema de la violencia un asunto privado.⁶

En España se reporta una investigación de Victoria Ferrer (2005) en donde los datos

obtenidos muestran que esta forma de violencia del hombre hacia la mujer ocurre en todas las condiciones sociales y que factores habitualmente considerados como causa de este problema, como son el consumo del alcohol u otras drogas, la enfermedad mental o la historia de violencia en la familia de origen, solo están presentes en un porcentaje variable de maltratados, sus parejas tenían una edad media de 42.3 años (Rango, 21-81, DE 10.9), siendo el intervalo de edad mas frecuente el comprendido entre 31 y 40 años.

En cuanto al tipo de maltrato causado, las formas de maltrato psicológico aquellas que mas frecuentemente habían padecido las mujeres entrevistadas eran las amenazas (93.7%), insultos (93%) y humillaciones (93%).⁷

Alexis Culay en Cuba concluye que la Violencia psicológica fue reportada por la mitad de las mujeres, la violencia sexual por una 3ra parte y la violencia física fue la menos reportada. La violencia fue mayormente señalada por mujeres de 30-39 años con un nivel de escolaridad pre-universitario. La gran mayoría de las mujeres violentadas no solicitaron ayuda profesional.⁸Y en Colombia; Tuesca y Borda encontraron que la prevalencia de maltrato marital fue del 22.9%, siendo el grupo de 25-29 años el mas afectado (33.3%). Asociándose la violencia con el maltrato físico el consumo habitual de alcohol en las mujeres así como en el cónyuge y el consumo de sustancias psicoactivas solo en el cónyuge.⁹

Es de suma importancia contar con cuestionarios sensibles, confiables y específicos

que puedan aplicarse para detectar casos de género en la práctica médica. La generalización de su uso podría mejorar las posibilidades de comparar estudios descriptivos realizados en distintas poblaciones. Los cuestionarios para su aplicación deben estar en manos de profesionales capacitados para la atención de casos de violencia de género.¹⁰

Dentro de las revisiones sistemáticas sobre el tema se han identificado estudios como el realizado en México donde se examinaron artículos originales, artículos breves, estudios de caso y ensayos, publicados entre los años 2000 y 2003 en cuatro revistas científicas del Instituto Nacional de Salud (INS): Salud Pública de México, editada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), (incluyendo los suplementos 1 de 2002 y de 2003), el Boletín Médico del Hospital Infantil de México, la Revista de Investigación Clínica, editada por Instituto Nacional de la Nutrición, y la revista Salud Mental, editada por el Instituto Nacional de Psiquiatría. Los temas que predominaron en los estudios con perspectiva de género fueron adicciones, comportamiento sexual y violencia. En la temática de adicciones, los trabajos referidos al alcoholismo.

Es necesario reencauzar el modelo puramente médico hacia una investigación interdisciplinaria que incorpore tanto el conocimiento sobre los factores biológicos que explican las diferencias entre mujeres y hombres como el conocimiento de los procesos sociales que pueden generar, mantener o acentuar las diferencias en la salud.

La Secretaría de Salud propone estrategias de detección de la violencia en su Programa de Acción para la Investigación en salud, la realidad es que apenas comienza a ejercitarse, por lo que es indispensable poner en práctica políticas y programas concretos que promuevan el análisis por sexo y género en la investigación en salud.

Asimismo, sería conveniente tender puentes entre las diferentes disciplinas para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas que permitan profundizar el análisis de las diferencias por sexo y las desigualdades según género, con el fin último de contribuir a conocer y disminuir las inequidades entre mujeres y hombres en salud y en su atención en nuestra sociedad.¹¹

Las respuestas de la mayoría de las sobrevivientes a este tipo de violencia exhiben una reacción inmediata de malestar que, de no resolverse, las lleva a desarrollar patrones sintomáticos crónicos y de larga duración, consistentes en diferentes trastornos emocionales tales como el del estrés postraumático, la depresión, los problemas psicosomáticos y los trastornos de ansiedad, entre otros.

Los resultados de la ENVIM ponen en evidencia la estrecha asociación que existe entre el malestar emocional generalizado y la violencia de pareja, y que se comprueba al ser esta el predictor más importante para el malestar emocional.

Lo anterior concuerda con los hallazgos en la literatura nacional e internacional, donde se notifica haber encontrado que las principales consecuencias emocionales de sufrir cualquier tipo de maltrato son una auto-percepción de vulnerabilidad e indefensión, que se manifiesta en síntomas depresivos como una expresión del malestar cotidiano al que están expuestas las mujeres que sufren de maltrato por parte de la pareja.

En la ENVIM solo se incluyen usuarias de servicios de salud públicos, estos hallazgos no son extrapolables a la población general. Además, se puede suponer una mayor prevalencia de malestar emocional entre las usuarias del sector salud público debido a la asociación que se ha señalado entre una mayor auto-percepción de problemas de salud y malestar emocional.¹²

El daño psicológico y las repercusiones corporales que encubren a la violencia pueden ser lesiones intencionales y no intencionales dentro de las principales causas de muerte y sus consecuencias figuran bajo múltiples diagnósticos en la demanda de consulta de urgencias y medicina familiar.

Las consecuencias de la violencia en las mujeres se manifiestan por traumatismos de diversa severidad, infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH, embarazos no deseados, abortos, partos prematuros, hijos con bajo peso, depresión, suicidio, alcoholismo, y otras.

La magnitud de la violencia de estudios realizados en la población derechohabiente del IMSS presenta diferentes matices, por tipos de violencia, la psicológica es la mas frecuente (18%), seguida por la física (9.1%), la sexual (6.7%) y la económica (5%). La prevalencia de violencia es discretamente mayor en las mujeres sin seguridad social reportándose que la psicológica es la mas frecuente (21.4%), seguida por la violencia física (10.5%), sexual (7.5%) y económica (5.2%).

Aunque la prevalencia de la violencia dentro de la población derechohabiente del IMSS ha sido menor a la notificada por las mujeres usuarias de otros servicios de salud, ambas poblaciones comparten muchas de las determinantes de la violencia.¹³

Al preguntar en forma directa sobre violencia con la pareja actual, solo 7.8% de las mujeres responden afirmativamente a la pregunta. No obstante, al aplicar los reactivos que conforman la escala, resulta que cerca de 20% padecieron violencia psicológica en los últimos 12 meses, cerca de 10% violencia física, 7% violencia sexual y 5.1% violencia económica. De esta forma, al calcular cualquier tipo de violencia por la pareja actual en el ultimo año, la prevalencia es de 21.5%.

En el caso de violencia de pareja por vida, es decir aquellas mujeres que sufrieron violencia de pareja aunque la relación ya hubiese terminado, por separación o muerte, le prevalencia es de 34.5%.

La prevalencia de violencia en el embarazo en México se reporta en estudios previos de 13% siendo ligeramente menor a la informada en décadas anteriores y concuerda con otros llevados a cabo en el mundo. En la literatura nacional se notifican prevalencias en los noventas de 15 a 33.5%. En los estudios internacionales, la prevalencia fluctúa entre 0.9 y 25% en países desarrollados, en tanto que en los estudios realizados en países en vías de desarrollo, se informa una prevalencia mayor que va de 4 a 29%.¹⁵

En cuanto a la distribución de este fenómeno de acuerdo a la zona residencia, concuerdan diversos estudios en que las mujeres residentes de las ciudades son más afectadas que las de zonas suburbanas o rurales, encontrándose como factores explicativos el bajo ingreso económico familiar en parejas de jóvenes. Por otra parte, puede pensarse en la posibilidad de un subregistro en la zona rural debido al temor de la declaración de la violencia por parte de la mujer ya que como lo han notificado Follingstad y colaboradores, las mujeres en muchos casos son objeto de represalias cuando declaran ser agredidas físicamente, presentándose episodios de violencia más dañinos. Otra posibilidad es que culturalmente se acepte la violencia como algo “natural” e incluso se justifique como necesaria, considerándose inexistente la violencia cuando de hecho se da.

En las zonas urbanas se han encontrado los índices más elevados de violencia contra la mujer. No se ha encontrado un perfil sociodemográfico de las mujeres que sufren la problemática de la violencia de acuerdo a la zona residencial, sino el comportamiento general de la violencia contra la mujer entre las parejas, siendo el lugar de residencia un factor más dentro del perfil.¹⁶

Además, el análisis comparativo por edad de las mujeres entrevistadas evidencia que aquellas menores de 35 años se muestran más tolerantes que las mayores, lo que parece sugerir que la mayor cantidad de años de maltrato no favorece la justificación del maltrato por estas mismas causas. Las mujeres que acuden a los servicios de salud para solicitar ayuda.

Suelen evitar hacerse “visibles” en los servicios de atención por vergüenza o desconfianza, y cuando acuden por lesiones o malestares causados por la violencia, constatan que los médicos se muestran indiferentes. En contraste, las psicólogas o las trabajadoras sociales que laboran en estos mismos servicios les merecen más confianza, en especial porque muestran un mayor interés o voluntad de ayudar¹⁷

En el año 2006 publicó un estudio cualitativo donde se aplicaron técnicas de recolección de datos, realizándose 60 entrevistas en profundidad con prestadores de servicios de salud de las tres instituciones del sector Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de Salud (SSA), en tres entidades federativas con alta prevalencia de violencia de pareja (Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal).

El propósito era indagar, a través de un guía de preguntas abiertas, los siguientes aspectos: sensibilidad ante el tema de la violencia de pareja y calidad de la atención que brindan a la mujer maltratada; canalización de casos a otras instancias y disposición a atestiguar en un proceso legal; conocimiento y aplicación de la norma oficial; concepciones sobre la violencia de pareja, sus causas y consecuencias; posición frente a la posibilidad de abordar legalmente en caso de violación; capacitación recibida sobre violencia de pareja.

Es importante mencionar que el personal medico masculino estuvo menos dispuesto a ser entrevistado sobre el tema que el femenino, y que, incluso, algunos de ellos manifestaron nerviosismo y rechazo ante la invitación a hablar de la violencia de pareja.¹⁸

Campero y col reportan en una publicación del año 2006 con respecto a la mortalidad materna en el estado de Morelos en donde se encontraron 51 muertes violentas. Las estadísticas oficiales señalan que en el 2001 hubo 18 muertes maternas, mientras que este estudio identifico 23 muertes maternas directas más cuatro muertes violentas durante el embarazo y el posparto. Es decir, se encontró que el evento reproductivo fue el factor que desencadeno el homicidio o suicidio de cuatro mujeres. Excepto en un caso, este hecho no esta señalado ni relacionado en los registros oficiales.¹⁹

En una investigación de Rivera y col donde aplicaron una encuesta a 13,293 estudiantes de 12 a 24 años, la prevalencia total de violencia durante el noviazgo en mujeres de escuelas públicas de Morelos fue de 28%. Las siguientes variables se vincularon con violencia durante el noviazgo: depresión (RM=1.92; IC95% 1.61-2.28); consumo de tabaco (RM=1.31; IC95% 1.06-1.60); abuso de alcohol (RM=1.30; IC95% 1.12-1.51); bajo rendimiento escolar (promedio de calificaciones de 7 o menor) (RM=1.25; IC95% 1.03-1.52); antecedente de relaciones sexuales (RM=1.52; IC95% 1.26-1.82). Estos resultados Indican con claridad que las mujeres sufren violencia de pareja desde las relaciones de noviazgo. Los profesionales de la salud y la educación requieren establecer medidas de intervención para prevenir y atender el problema de la violencia en el noviazgo entre las estudiantes; tales medidas deben

tomar en cuanto la relación entre la depresión y la violencia, además del conjunto de comportamientos riesgosos relacionados.²⁰

Con respecto a estudios en embarazadas se realizó un estudio por Paredes y col, entre mujeres cuyo esposo no estuvo presente en el momento de la entrevista, el 21% declaró ser víctima de violencia física y 5.6% reportó maltrato físico intrafamiliar durante el último embarazo. Se encontró una asociación entre violencia física en la embarazada y sangrado transvaginal durante el embarazo.²¹

Hijar y col realizó un estudio transversal, en el cual se incluyeron variables relacionadas con el agresor, el agredido y con la atención médica. Las variables que se encontraron asociadas con la demanda por lesiones provocadas por violencia familiar, en comparación con otro tipo de violencia, fueron: edad mayor de 30 años, sexo femenino, antecedentes de lesiones previas, el hogar como lugar de ocurrencia, y escolaridad primaria o menos.^{22, 28}

Con respecto a la zona norte de nuestro país, se han realizado estudios para caracterizar y determinar desde un enfoque de género, la prevalencia de los diferentes tipos de violencia que se presentan, uno de ellos se efectuó en la ciudad de Durango, México, en donde la prevalencia de la violencia doméstica fue: violencia sexual, 42%; física, 40% y emocional, 39%. La prevalencia de violencia intrafamiliar más frecuente en las mujeres de la ciudad de Durango fue la sexual, seguida por la física y la emocional. Sigue siendo difícil abordar el tema de la violación sexual, debido a que se considera como un asunto vergonzoso.²³

Con respecto a la violencia física y sexual. Leonor Rivera reporta en una investigación publicada en 2006 en donde se encontró una asociación entre experimentar violencia física durante la niñez, y padecer violencia física y sexual por parte de la pareja o sufrir violación durante la edad adulta. Cuando la mujer informo que había recibido golpes “casi siempre” durante la niñez, era más probable que experimentara violencia física y sexual durante la edad adulta. Además, mientras mas frecuente había sido la violencia durante la niñez, era mayor la posibilidad de que la mujer sufriera violencia posteriormente. Asimismo, se encontró una asociación positiva entre violencia física y sexual por parte de la pareja y abuso sexual antes de los 15 años de edad.^{24, 27}

Leonor Rivera reporta en otro estudio del 2004 que los principales factores asociados con violencia fueron los siguientes: nivel socioeconómico; nivel educativo en ambas mujeres y sus parejas; años de convivir con la pareja, uso de alcohol y drogas ilegales; violencia durante la niñez e historia de violación.²⁵

Con respecto a la violencia intrafamiliar, Bárbara Lugo en un estudio realizado en Cuba reporta que el sexo femenino, las amas de casa y el grupo de edades de 16 a 35 años fueron los más afectados, y los victimarios principalmente fueron los esposos, que usaron preferentemente el arma blanca, y el móvil que prevaleció fue la riña.²⁶

Capítulo 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra la mujer es uno de los problemas de salud pública Actualmente más importante por su creciente incidencia y mortalidad. Aproximadamente, un tercio de las mujeres de todo el mundo son víctimas y/o supervivientes de maltratos, violaciones y asesinatos. Este problema resta años de vida a las personas que lo sufren, porque causa lesiones físicas y psicológicas irreversibles y, en algunos casos, la muerte. La violencia contra la mujer en la pareja tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Según las Naciones Unidas, hasta 1991 sólo 22 países del mundo industrializado habían concedido a las mujeres iguales derechos que a los hombres en cuestión de matrimonio, divorcio y propiedad familiar. Pero además, esta problemática sigue estando plagada de estereotipos negativos que afectan en gran medida a las redes de apoyo formales e informales a las que acude la mujer maltratada en algún momento. Estas mujeres suelen ser, de nuevo, victimizadas por los organismos que deberían prestarles protección y apoyo. Por lo que la pregunta de este trabajo es:

**¿Existe relación de violencia contra las mujeres en el área
Rural de acuerdo al grado de escolaridad?**

JUSTIFICACION

El aumento de la violencia familiar detectada en el primer nivel de atención por el personal médico y auxiliar, se ha llegado a relacionar con otras patologías orgánicas y psicosomáticas, por lo cual es importante realizar mediciones específicas para el manejo y canalización de ese tipo de problemas de Salud Pública.

Se ha mencionado en algunos estudios que aproximadamente el 20% de la población infantil, 49% en población adulta femenina y 30% en pacientes de la tercera edad han sufrido en alguna ocasión, al menos un tipo de violencia domestica en sus diversas clasificaciones para poder implementar programas preventivos en la violencia familiar es importante identificar la magnitud del problema y efectuar mediciones de cada uno de los grupos de población afectados y poder establecer programas específicos de intervención acordes a sus características y sus áreas de oportunidad.

En los últimos años se han incrementado los casos de violencia intrafamiliar en forma gradual en la Unidad de Medicina Familiar No. 24 de Ébano, S.L.P. al detectarse en la consulta externa en forma mas frecuente los casos de padecimientos psicosomáticos que al interrogarse en forma mas completa se detecta que la mujer refiere somatización de su disfunción con su pareja.

Por lo que es prioritario que el médico familiar pueda identificar en su población derechohabiente las patologías grupales e individuales sin perder el enfoque integral de la población en su totalidad, con esta visión la familia debe ser estudiada en los aspectos bio-psicosociales.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los tipos de violencia contra la mujer en el área rural y su relación. Con el nivel de escolaridad.

ESPECIFICOS

- Identificar los factores demográficos e identificar los tipos de violencia contra la mujer en el área rural.
- Clasificar el grado de escolaridad femenina y la magnitud de la violencia.
- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con antecedente de violencia por su pareja.
- Determinar la magnitud de la violencia contra la mujer y su repercusión en su salud física y mental.

Capítulo 3

METODOLOGIA

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

CLASIFICACION DEL DISEÑO DE ESTUDIO

SEGÚN MANIPULACION DEL FACTOR DE ESTUDIO

Observacional

SEGÚN EL TIPO DE POBLACION

Analítico

SEGÚN EL NÚMERO DE MEDICIONES

Transversal

SEGÚN LA RELACION CRONOLOGICA ENTRE EL INICIO DEL ESTUDIO Y LA OBSERVACION DE LAS VARIABLES DE INTERES

Prospectivo

POBLACION Y MUESTRA:

El estudio se realizo en la Unidad de Medicina Familiar No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la calle 16 de Septiembre S/N, en una zona cerca del centro de Ébano, S.L.P.

Siendo la población en estudio las derechohabientes de 16 a 39 años de edad con vida sexual activa (que tengan o no pareja) que acudieron a la Unidad del 1ro de septiembre al 31 de Octubre del 2006.

La Unidad consta de 2 consultorios de Medicina Familiar que son atendidos por 5 médicos: 2 médicos familiares y 3 médicos generales, personal de apoyo, atención a consulta externa en los turnos matutino y vespertino, de lunes a viernes de 08:00 – 20:00hrs. Con atención a toda la población derechohabiente usuaria de la localidad y lugares circunvecinos. Como unidad de primer nivel cuenta con los servicios de atención médica continua y servicio de medicina preventiva.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El censo de las derechohabientes con vida sexual activa (que tengan o no pareja), al momento del estudio, en el mes de julio del 2006 fue 285, por el consultorio No.2 de las cuales se eligió un nivel de confianza del 95% basándose en la ENVIM 03 para estudios transversales, utilizándose la siguiente formula para calculo del tamaño de la muestra

n= Tamaño de la muestra. N= Tamaño de la población. z= Nivel de confianza.

90%= 1.65 95%=1.96 99%=2.58

d= Margen de error 1-Z

1- .90=0.10

1- .95=0.05

1- .99=0.01

p= Proporción estimada 25-30% éxito o fracaso.

q= 1-p

$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{(N-1)d^2 + Z^2p(1-p)}$

$N = \frac{396(1.96)^2(.25)(1-.25)}{(396-1)(.05)^2 + (1.96)^2(.25)(1-.25)}$

$n = \frac{396(3.84)(.25)(.75)}{(395)(0.0025) + (3.84)(.25)(.75)}$

$n = \underline{285.12}$

$(0.9875) + (0.72) \quad n = \underline{285.12}$

$1.7075 = 166.98$

167

Correspondiendo 168 derechohabientes al tamaño de la muestra utilizado para el estudio del turno matutino de la UMF N° 24 de Ébano, San Luis Potosí.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De Inclusión:

Mujeres de 16 a 39 años de edad con Vida Sexual Activa que son derecho-habientes que aceptan contestar la encuesta en la clínica UMF 24 que se encuentra en consulta externa.

De Exclusión:

Mujeres que no desean participar. que no sean derecho-habientes al IMSS o que hayan perdido su vigencia, con trastornos de conducta o físicos que impidan la aplicación de la encuesta.

De Eliminación:

Mujeres que contesten la encuesta en forma incompleta, o que no deseen participar.

VARIABLES

INDEPENDIENTE

Edad

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento actual.

Definición Operacional: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio, presentada en escala numérica e indicadas por números enteros para señalar años en cada caso particular

Clasificación Estadística: Cuantitativa

Escala de medición: Continua.

Categoría: Años cumplidos

Ocupación

Definición conceptual: Actividad laboral que desempeña una mujer con respecto a su actividad productiva.

Definición operacional: Actividad laboral que desempeña una mujer con respecto a su dependencia económica.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Trabaja (independencia económica)

Labores del hogar (dependencia económica)

Escolaridad

Definición conceptual: Grado de estudios realizados en educación formal por una persona.

Definición operacional: Nivel alcanzado en el grado de estudios de la educación realizada por una persona.

Clasificación Estadística: Ordinal

Escala de Medición: Cualitativa.

Categoría:

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Técnica

Preparatoria

Profesional

DEPENDIENTE

TIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR

Definición conceptual: 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.

Definición operacional: Tipo de violencia percibida por la mujer con respecto al trato cotidiano de su pareja.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría:

Psicológica

Física

Sexual

Económica

RECOPIACION DE LA INFORMACION

La población usuaria de mujeres de 16 a 39 años en el turno matutino en el mes de septiembre del 2006 fue de 396 derechohabientes, con una población de mujeres de 285 que representan un 72% de las mujeres en edad fértil.

La recomendación en el diseño de las escalas de medición de la violencia familiar es que deben incorporar reactivos de los instrumentos que han sido reconocidos y validados como el Index of Spouse Abuse (ISA) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), de las cuales se han realizado estudios en población mexicana con algunas modificaciones como el rubro de violencia económica.

Se aplicó prueba piloto previa revisión por personal capacitado de la encuesta con experiencia sobre el tema, que observó la congruencia de las preguntas.

Se aplica en una primera vez a 30 personas y 15 días después a las mismas personas, obteniendo un 85% de concordancia en las respuestas. A continuación se presenta la encuesta utilizada que se divide en cuatro apartados:

Datos generales, factores de riesgo, datos de la pareja y tipos de violencia.

PERCEPCION FEMENINA VCM

Folio () Nº Tipo de afiliación () Nº Expediente ()

Como percibe su estado de salud actual Muy buena **Edad** () años
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy mala

Edo. Civil Soltera
 Casada
 Separada **Estatura** _____ m **Colonia o ejido** _____
 Divorciada
 Unión Libre **Peso actual** _____ Kg. **Embarazo actual** Sí No
 Viuda

Trabaja actualmente Sí No **Nº hijos-uno- más de uno-**
Ocupación 1.hogar... 2.-Trabaja --- 3-Estudia_ **Escolaridad**-1-analfabeta.2-primaria.3secund.
 4.-preparatoria 5.-profesional.

Tabaquismo Sí No **Etilismo** Si No

Presencia de enfermedad sistémica

Diabetes Mellitas
 Hipertensión Arterial
 Dislipidemias
 Otra _____

Años de vivir con su pareja actual menos de uno 2.Mas de dos. **Nº hijos con su pareja actual** ()

Escolaridad de su pareja 1.-analfabeta.2-primaria.3-secundaria.
 4.-preparatoria 5.-profesional.

Ocupación de su pareja
 1.-desempleado 2.-empleado 3.-profesional 4.- otros.

Exposición a violencia por su pareja

	Pareja Actual ()	Pareja Anterior ()				
Tipo de violencia	Siempre	A veces	Nunca			
Psicológica						
La menosprecia o humilla frente a otras persona	()	()	()			
La amenaza con golpearla	()	()	()			
Física						
La ha golpeado	()	()	()			
La ha tratado de ahorcar o asfixiar	()	()	()			
Sexual						
Le exige tener relaciones sexuales	()	()	()			
Ha usado la fuerza para tener relaciones sexuales	()	()	()			
Económica						
Le condiciona el dinero para el gasto doméstico	()	()	()			
No le entrega al gasto a tiempo	()	()	()			

Para este estudio se considero la medida de asociación de la exposición, el estudio transversal es más adecuado para aplicarlo en investigación de eventos crónicos o con periodos de latencia prolongados, en este caso la asociación la obtendremos a traves de una razón (división) de dos momios. Cuando se realiza un estudio transversal, la razón de momios es la manera mas adecuada de obtener la medida de asociación. Un momio es una probabilidad de que ocurra un evento, entre la probabilidad de que no ocurra. Cuando la razón es igual a uno la población estudiada no esta asociada al evento y al contrario, si el valor pasa a la unidad, el factor que se estudia puede ser considerado como riesgo para el evento y si la razón es menor de

uno, se considera como un factor protector.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio no infringe ningún principio ético de la investigación en seres humanos establecidos por la declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki en Finlandia, ni en sus revisiones en Tokio, Hong Kong y Venecia. Asimismo, se apega a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de investigación para la salud y normas institucional del IMSS.

La información será confidencial, no se dará a conocer la identidad de las personas que participaran en el estudio.

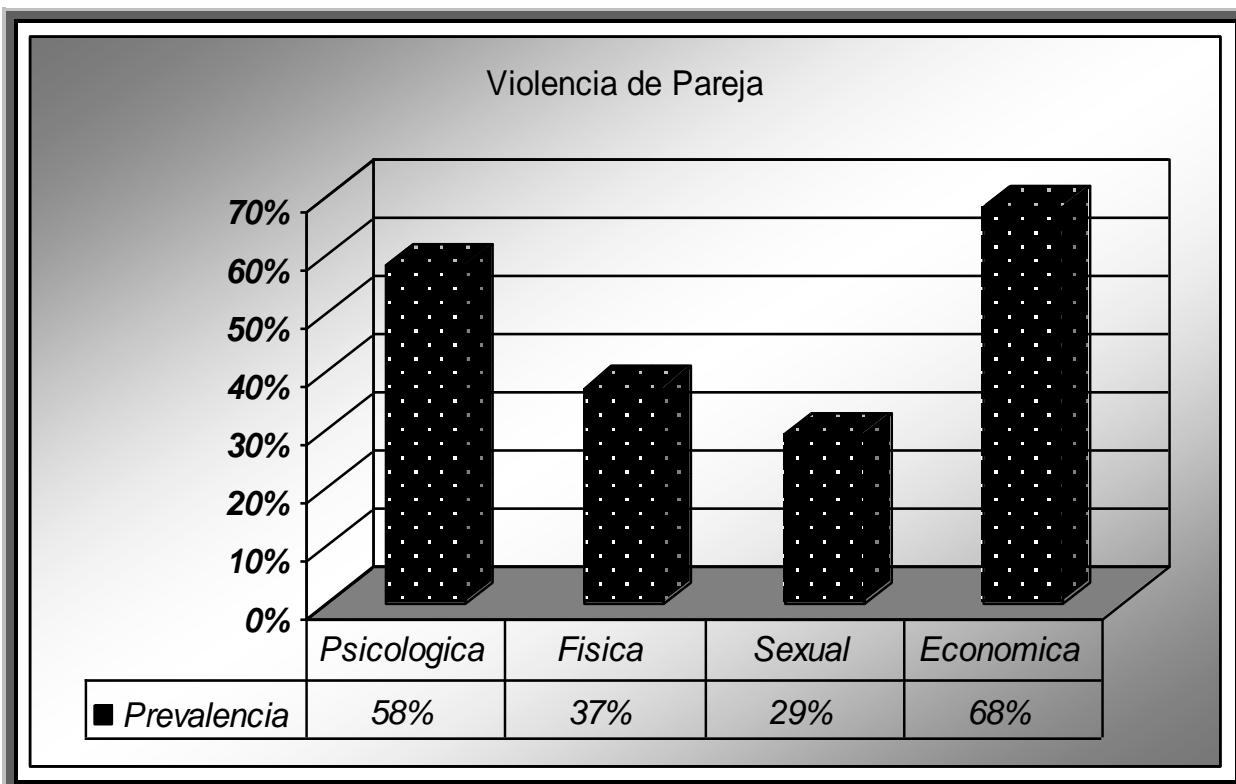
Se recolectaron a través del consentimiento informado, la aprobación para participar en el estudio.

Capítulo 4

RESULTADOS

RESULTADOS

La población de estudio comprendió de 168 mujeres encuestadas que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, de las cuales 30 manifestaron estar embarazadas y 138 no reportaron tal condición. Con un rango de edad de 16 a 39 años al momento que se aplicó la encuesta.

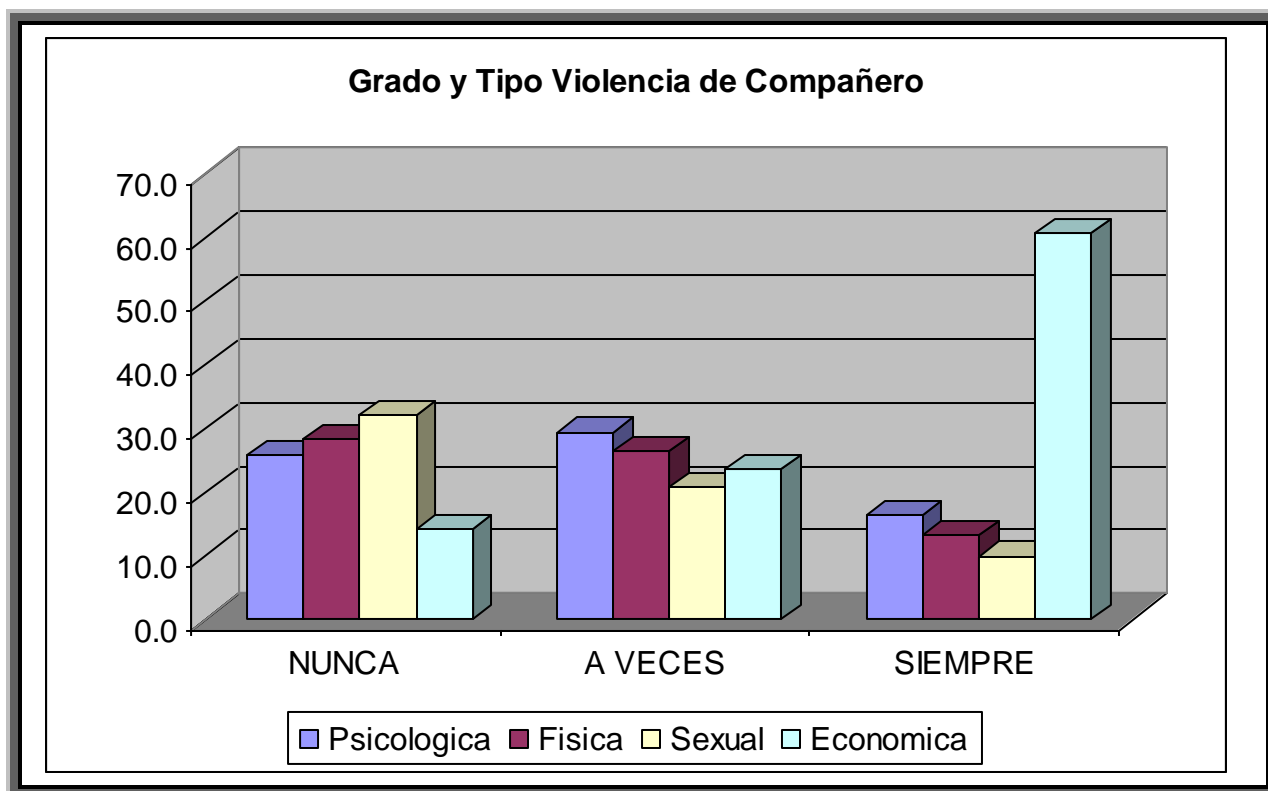


Gráfica N° 1. Prevalencia global de la violencia de pareja en las mujeres encuestadas de zona rural.

Fuente: Encuesta “Percepción Femenina VCM”

PREVALENCIA GLOBAL DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

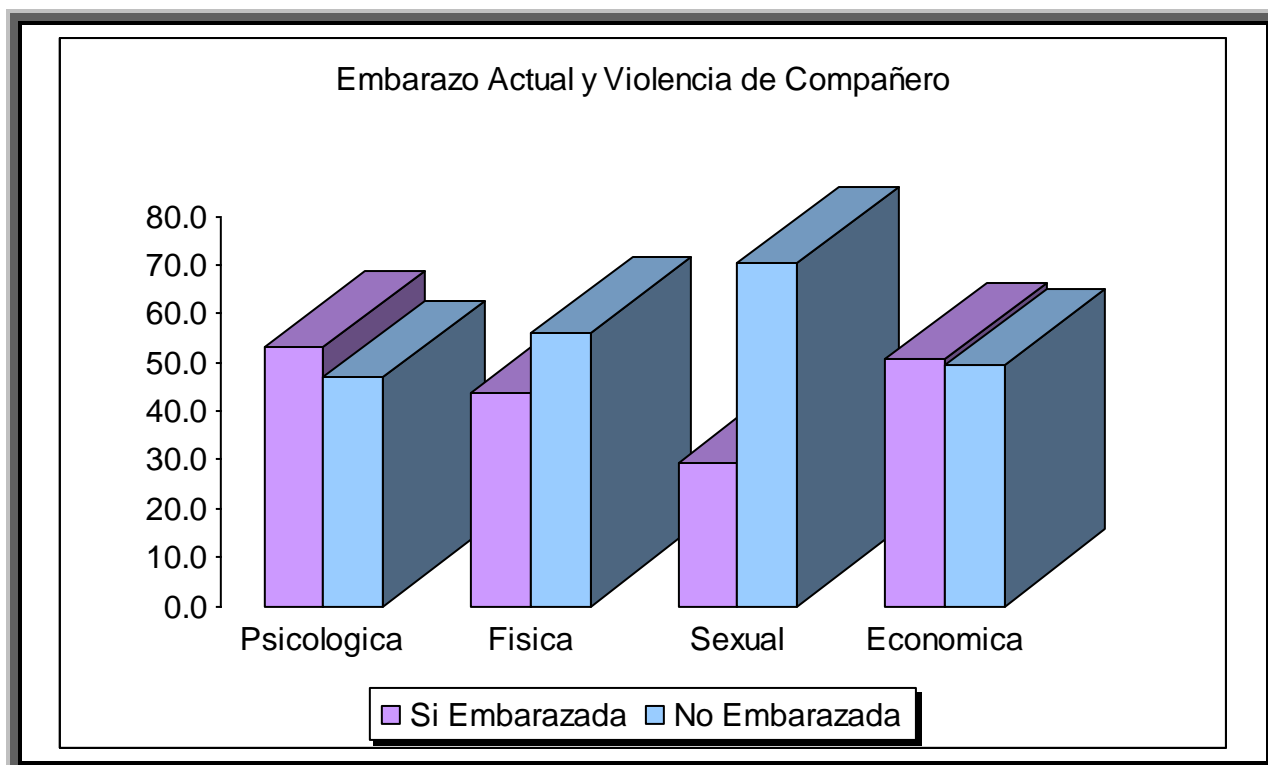
La prevalencia global de la violencia de pareja fue de 48%(81 mujeres) de las 168 encuestadas en la zona rural, que al clasificarse por cada tipo de violencia se reporto lo siguiente en primer lugar se refirió a la violencia Económica con un 68%; en segundo lugar la violencia Psicológica con 58%; y en tercer lugar la violencia Física con un 37%. La violencia Sexual reporto los valores más bajos en la encuesta con un 29%.



Gráfica N° 2. Prevalencia de violencia por compañero por tipo y grado en las mujeres encuestadas de zona rural
Fuente: Encuesta “Percepción Femenina VCM”

PREVALENCIA POR GRADO Y TIPO DE VIOLENCIA.

Al analizar por grado y tipo de violencia de las mujeres encuestadas en la zona rural se encontró que: el tipo de violencia más frecuente fue la Económica (60.7%) en la frecuencia de Siempre y la Psicológica (29.3%) en la frecuencia de A veces; observándose que la menor prevalencia en Siempre y A veces fue la violencia Sexual (9.8% y 20.7% respectivamente); siendo la violencia Física el segundo lugar en frecuencia de A veces (26.4%) y el tercer lugar en la categoría de Siempre (28.2%).

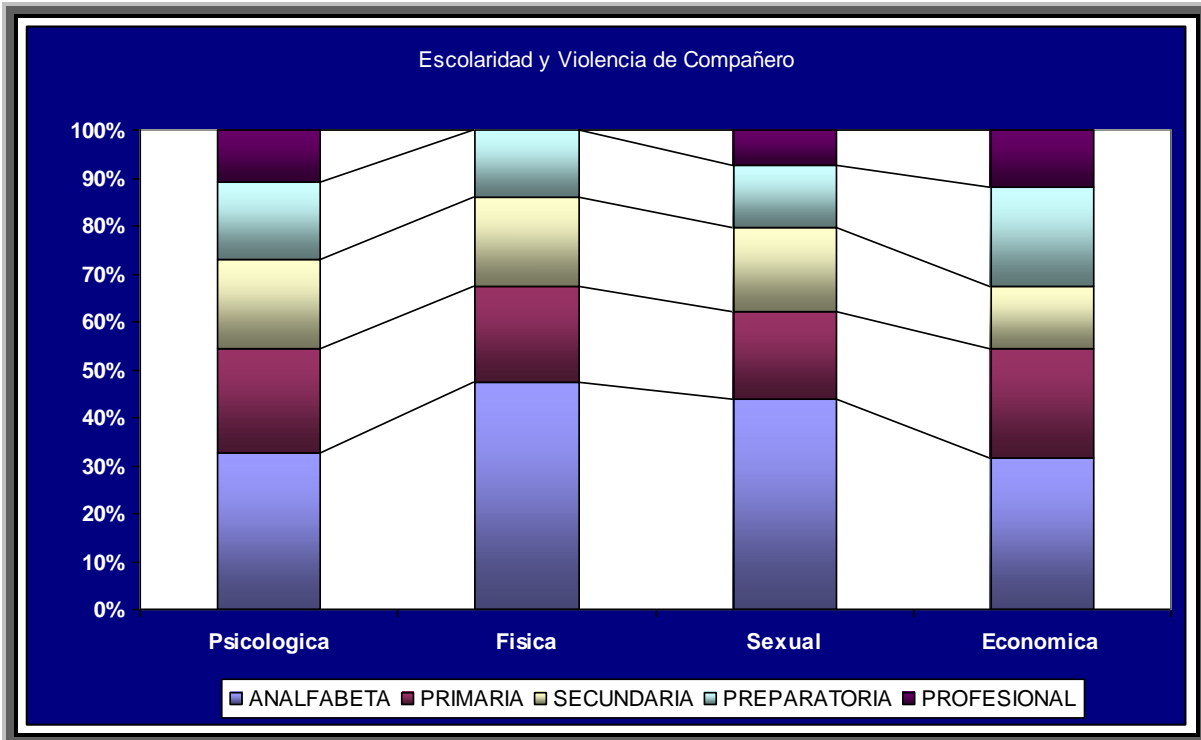


Gráfica N° 3. Embarazo actual y Prevalencia de violencia por compañero en las mujeres encuestadas de zona rural

Fuente: Encuesta “Percepción Femenina VCM”

EMBARAZO ACTUAL Y VIOLENCIA DE COMPAÑERO.

Al analizar las diferencias por la presencia de embarazo de las mujeres encuestadas se encontró que al momento del estudio 30 de ellas presentaron (18%) embarazo y 138 (82%) sin esta condición, al comparar las diferencias entre ellas se observó que: la prevalencia de violencia en las embarazadas fue mayor en las del tipo Psicológico en primer lugar (53%) y las de Económico en segundo (50.7%), observándose que la violencia Sexual es menor con el embarazo en donde se reporta la mayor diferencia con valores más bajos. (Psicológica RM = 1.24, Física RM= 0.69, Sexual RM= 0.33, Económica RM=1.09)

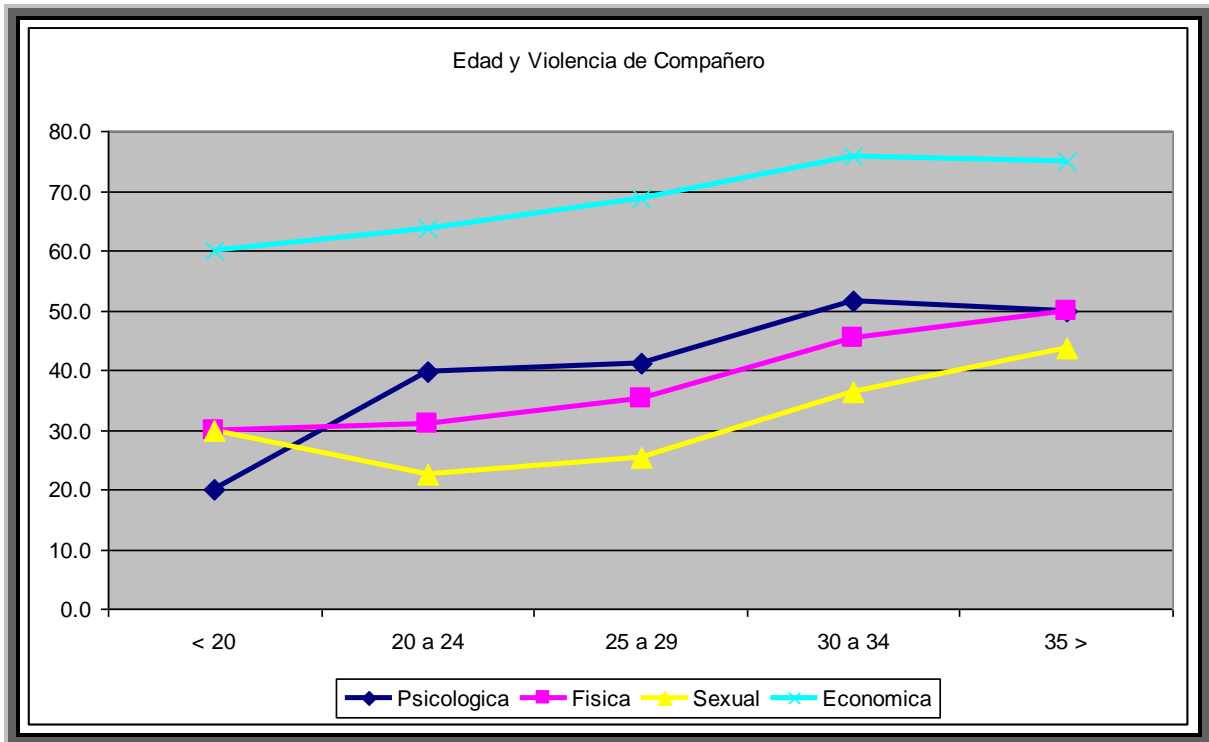


Gráfica N° 4. Escolaridad de la mujer y violencia del compañero de las encuestadas de zona rural
Fuente: Encuesta “Percepción Femenina VCM”

ESCOLARIDAD DE LA MUJER Y VIOLENCIA DEL COMPAÑERO

Al analizar las diferencias por escolaridad de las mujeres encuestadas se encontró que a mayor escolaridad menor prevalencia de violencia en las cuatro categorías, siendo más perceptible en la violencia Física donde las 4 mujeres analfabetas reportaron violencia Física y comparándola con las mujeres profesionistas ninguna de las 8 mujeres encuestadas reportó este tipo de violencia.

La prevalencia mas baja de los cuatro tipos de violencia la reportaron las Profesionistas con un 18.8% y la mas alta las Analfabetas con un 87.5%.
(Psicológica RM = 1.72, Física RM= 1.94, Sexual RM= 1.58, Económica RM=3.48)



Gráfica N° 5. Prevalencia de violencia por grupo etáreo en las mujeres encuestadas de zona rural

Fuente: Encuesta “Percepción Femenina VCM”

PREVALENCIA DE VIOLENCIA POR EDAD

Las diferencias por grupo de edad de las mujeres encuestadas se observó que: la violencia Económica aumenta progresivamente conforme a la edad en una forma progresiva, manteniéndose mas alta que el resto de los tipos de violencia; llamando la atención que la violencia sexual disminuye en la etapa de la mayor fertilidad de la mujer de 20 años hasta antes de los 30, manteniéndose por debajo que el resto del tipo de violencia. Manteniéndose la violencia Psicológica y Física con una tendencia creciente en forma irregular. (Psicológica RM = 1.65, Física RM= 1.81, Sexual RM= 1.97, Económica RM=1.62)

Capítulo 5

DISCUSSION

DISCUSION

Al analizar los resultados de la presente investigación y compararlo con otras realizados con respecto a la escolaridad anteriormente en nuestro país por Martha Hajar y Col ²⁸ publicado en 1998 reportan una RM de 2.33 y en nuestro estudio encontramos valores muy parecidos de la mujer encuestada y la violencia de su compañero en donde la razón de momios encontrada fue de 2.18 lo cual nos muestra valores semejantes por lo cual se podría considerar que se cumplió nuestro objetivo general al identificar el grado de relación de la escolaridad y el tipo de violencia contra la mujer. Comprobándose la hipótesis a un valor de una $p < 0.05$.

La comparación con respecto al tipo de violencia en la embarazada en nuestro país se observan cambios en cuanto a la percepción con respecto a la ENVIM 2003 en donde se estudiaron los estados de mas baja marginación social, en donde el tipo de violencia reportada fue en primer lugar la psicológica (53.1%), en segundo lugar la física (35.1%), en tercer lugar la sexual (31.4%) y en ultimo lugar la económica (23%), a diferencia de nuestro estudio en donde la violencia económica reporto el primer lugar (70%), en segundo lugar la psicológica (46.7%), en tercer lugar la física (30%) y en ultimo lugar la sexual con (13.3%).

Con respecto al tipo de violencia física y sexual se reportan valores mas altos que los encontrados por Leonor Rivera y Col ²⁷ reportada en el 2006 en la encuesta ENVIM del 2003, en donde la prevalencia de violencia sexual es de 7% y la física de 10.1% a diferencia de nuestro estudio donde se encontró la violencia sexual en 29% y la física en 37% observándose una diferencia de la percepción de violencia por zona geográfica del país y la percepción real y manifestación libre de las mujeres en la zona norte.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los análisis finales del presente estudio, se llegaron a las siguientes:

CONCLUSIONES:

1. La prevalencia global de violencia en las mujeres encuestadas fue del 48%, lo cual representa 81 mujeres de las 168 encuestadas.
2. El tipo de violencia mas común encontrada fue la económica y la menor fue la sexual.
3. La mujer embarazada reporto mayor tipo de violencia en la psicológica y económica; y una menor prevalencia en la sexual y física.
4. Las cuatro pacientes analfabetas reportaron violencia física y de las ocho universitarias ninguna reporto este tipo de violencia, en cuanto a los demás grados de escolaridad el 42% (11 de 26) que cursaron primaria, 39% (35 de 89) que cursaron secundaria y 29% (12 de 41) que cursaron preparatoria presentaron este tipo de violencia destacándose que conforme aumenta la escolaridad el porcentaje decrece. Comprobándose la hipótesis de trabajo de este estudio.
5. La distribución por grupo etareo de 16 a 39 años de edad con vida sexual activa. Demostró que la del tipo económico fue más alta en todos los grupos y la sexual se reportó como más baja.

En el presente estudio se trabajo con la hipótesis de la escolaridad relacionada con la violencia en las mujeres encuestadas de una zona rural, determinando que la muestra se comprueba.

BIBLIOGRAFIA

1.- Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

2.- Castro R., Riquer F.; La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos; Cad. Salud Pública Río de Janeiro Brasil, 2003; Vol.19.

3.- Rhodes K. V., MD- Levinson E.; Intervenciones para detectar la violencia de género contra las mujeres, JAMA 2003, Vol. 1289; 601,5.

4.- Valdez R., Hajar M., Salgado N., Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Pública Méx. 2006; 48:s221-s231.

5. -Hartigan P.; La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer; 1997, Rev. Panamericana de Salud Pública Vol.2 N0 -4 Octubre.

6.- Rodríguez R. A. -Bolaños, Márquez M.-Serrano; Violencia de Género: Actitud y conocimiento del personal de Salud de Nicaragua; Salud Pública de México; 2005, Vol.47, Mar-Abril-, No-2.

7.- Ferrer P. V., Bosch F. E.; Características de los hombres Violentos en el hogar: Estudio de una muestra española a partir de los informes de sus parejas.; Anuario de Psicología, 2005; Vol.36, No.2:159-179.

8.- Culay P., Santana S. F.; Mujer y Violencia: ¿Un problema de Salud comunitario, Rev. Cúb. Med. Gen.; 2000Vol16 (5); 450-4.

9.- Tuesca,-Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia), Prevalencia y Factores de riesgo; Gaceta Sanitaria de Barcelona ,2003 Jul-Ags. Vol.17, No.4

10.- Pía M., Alemán M., Fayanás R., Guedes A.; Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de Género en las consultas clínicas; Rev. Panamá Salud Publica 2005, Vol. 17 no.2.

11.- Cerón P.- Míreles, Sánchez C.-Carrillo, Robledo C. –Vera.; Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, 2000-2003; Salud Pública de México 2006, Vol.48, No.4, jul.-agosto, 332-340.

12.- Valdez R., Juárez C., Salgado N., Violencia de genero y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Pública Méx. 2006; 48:s250-s258.

13.- Olaiz G., Rojas R., Valdez R., Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. Salud Pública Méx. 2006; 48:s232-s238.

14.- Cuevas S., Blanco J., Juárez C., Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México, Salud Pública Méx. 2006; 48:s239-s249.

15.- Ramírez J., Uribe G., Mujer y Violencia: Un hecho cotidiano, Salud Pública Méx. 1993; 35:s148-s160.

16.- Ago C., Rajsbaum A., Herrera C., Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México, Salud Pública Méx. 2006; 48:s307-s314.

17.- Herrera C., Rajsbaum A., Ago C., Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México, Salud Pública Méx. 2006; 48:s259-s267.

18.- Campero L., Walker D., Hernández B., La contribución de la violencia a la mortalidad maternal en Morelos, México. Salud Pública Méx. 2006; 48:s297-s306.

19.- Rivera L., Allen B., Rodríguez G., Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-25 años). Salud Pública Méx. 2006; 48:s288-s296.

20. Paredes S., Villegas A., Meneses A., Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud Pública Méx. 2005; 47:335-341.

21.- Hajar M., Flores L., Valdez R., Atención medica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud Pública Méx. 2003; 45:252-258.

22.- Alvarado G., Salvador J., Estrada S., Prevalencia de violencia domestica en la ciudad de Durango. Salud Pública Méx. 1998; 40:481-486.

23.- Culay P., Santana S. F.; Mujer y Violencia: ¿Un problema de Salud comunitario, Rev. Cúb. Med. Gen.; 2000Vol16 (5); 450-4.

24.- Rivera L., Allen B., Chávez R., Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. Salud Pública Méx. 2006; 48:s268-s278.

25.-Tuesca,-Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia), Prevalencia y Factores de riesgo; Gaceta Sanitaria de Barcelona ,2003 Jul-Ags. Vol.17, No.4

26.-Lugo R., Jauriga, Díaz N., Gómez D.; Violencia Intrafamiliar Mortal; Rev. Cúb.-
2002 Vol. 3.

27- Rivera L; Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres
mexicanas durante la edad adulta; Salud Pública Méx. 2006; 48 supl 2:S268-S278.

28- Hajar M, Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia
familiar; Salud Publica Méx. 2003; 45:252-258.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2006

	JUL	AG	SEP	OC	NOV	DI	EN	FE	MA	ABR	MA	JUN
DELIMITACION DEL TEMA	100 %											
RECUPERACION REVISION Y SELECCION DE BIBLIOGRAFIA	50 %	70 %	100 %									
ELABORACION DEL PROTOCOLO	30 %	60 %	100 %									
PLANEACION OPERATIVA: ESTUDIOS PILOTO Y ESTANDARIZACION DE TECNICAS				50 %	100 %							
RECOLECCION DE LA INFORMACION					10 %	15 %	30 %	40 %	70 %	100 %		
ANALISIS ESTADISTICO										40 %	70 %	100 %
ESCRITURA DE TESIS E INFORMES												
OTRAS ACTIVIDADES												



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUC. E INVEST. EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No24
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN PARTICIPACION VOLUNTARIA Y SIN NINGUN BENEFICIO EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION

NOMBRE _____
NUM. DE AFILIACION _____
LUGAR Y FECHA _____

DECLARO QUE ME HAN BRINDADO INFORMACION AMPLIA, PRECISA Y CON LENGUAJE ENTENDIBLE. ASI COMO ACLARANDOME TODAS LAS DUDAS SOBRE EL TRABAJO DE INVESTIGACION QUE SE EFECTUARA DURANTE LA ENTREVISTA CLINICA QUE SE ME REALIZARA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIA DE ESTA UNIDAD, POR LO QUE HE COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES SIGUIENTES:

- 1.- DURANTE LA ENTREVISTA (CONSULTA MEDICA), SE REALIZARA UNA ENCUESTA
- 2.- QUE LOS EVALUADORES DE DICHA ENCUESTA SON PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y SOLO SE UTILIZARA CON ESE FIN.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999, PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCION MÉDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.

JAVIER CASTELLANOS COUTIÑO, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones III y XVIII, 5o., 6o., 13, apartado A, 169, 171 y demás relativos de la Ley General de Salud; 2o., 6o., 7o., 10, 11, fracciones II y IV, 41 y 44 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; 3o., fracción XI, 40, fracción XI, 41, 43 y 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o. del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28, 31, fracción III y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 6o., fracción XVII y 23, fracción III, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la siguiente Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

CONSIDERANDO

Que con fecha 20 de octubre de 1999, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el **Diario Oficial de la Federación**, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999, PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCION MEDICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

INDICE

Prefacio

- 0.** Introducción
- 1.** Objetivo
- 2.** Campo de aplicación
- 3.** Referencias
- 4.** Definiciones
- 5.** Generalidades
- 6.** Criterios específicos
- 7.** Registro de información
- 8.** Concordancia con normas internacionales y mexicanas
- 9.** Bibliografía
- 10.** Observancia de la Norma
- 11.** Vigencia

Apéndices Informativos 1 y 2

Prefacio

En la elaboración de ésta Norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD

Coordinación de Asesores del C. Secretario de Salud

Dirección General de Asuntos Jurídicos

Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario

Coordinación de Asesores

Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Consejo Nacional de Vacunación

Dirección General Adjunta de Epidemiología

Dirección General de Salud Reproductiva

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Estadística e Informática

Subsecretaría de Coordinación Sectorial

Centro Nacional de Rehabilitación

Coordinación de Salud Mental

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Hospital de la Mujer

Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"

Instituto Mexicano de Psiquiatría

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Salud Pública

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Secretaría de la Defensa Nacional

Dirección General de Sanidad Militar

Secretaría de Marina

Dirección General de Sanidad Naval

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Subdirección General de Asistencia y Concertación

Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social

Dirección de Modelos de Atención

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal

Dirección de Asuntos Jurídicos

Subdirección de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Médicas

Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Subdirección General Médica

Petróleos Mexicanos

Asesoría Jurídica

Gerencia de Servicios Médicos
Organización Panamericana de la Salud
Consultoría de Salud Reproductiva
Consultoría de Mujer, Salud y Desarrollo
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Consultora de Salud y Nutrición
Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
Secretaría de Gobernación
Consejo Nacional de Población
Comisión Nacional de la Mujer
Programa Nacional de la Mujer
Consejo Consultivo
Contraloría Social
Programa Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000
Consejo Consultivo
Secretaría de Relaciones Exteriores
Coordinación General de la Unidad de Asuntos Internacionales de la Mujer
Secretaría de Desarrollo Social
Dirección General del Instituto Nacional Indigenista
Secretaría de Educación Pública
Dirección General de Materiales y Métodos Educativos
Instituto Nacional de la Senectud
Dirección de Asistencia
Cruz Roja Mexicana
Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana
Procuraduría General de la República
Dirección General de Coordinación Interinstitucional
Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad
Subprocuraduría de Procedimientos Penales
Dirección General de Atención a Víctimas del Delito
Dirección General de Asuntos de Menores e Incapaces
Dirección General del Albergue Temporal de Justicia del Distrito Federal
Dirección General de Investigación de Delitos Sexuales
Centros de Atención a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar
Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales
Gobierno de Coahuila
Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario en el Estado de Coahuila
Centro de Mujer, Unidad Saltillo
Secretaría de Gobierno del Distrito Federal
Instituto de la Mujer del Distrito Federal
Secretaría de Salud del Distrito Federal

Dirección de Coordinación y Desarrollo
Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal
Dirección General de Equidad y Desarrollo Social
Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León
Consejo Estatal de Población del Estado de Nuevo León
Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León
Gobierno de Puebla
Consejo Estatal de Población de Puebla
Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Programa de Asuntos de la Mujer, el Niño y la Familia
Comité Nacional de Consulta y Participación de la Comunidad en Seguridad Pública
Comisión de Derechos Humanos en el Distrito Federal
Segunda Visitaduría
Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Programas de Investigación de Violencia Intrafamiliar en Facultades e Institutos
Colegio de México
Dirección del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano
Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer
Sociedad Mexicana de Criminología
Organismos no Gubernamentales:
Federación de Mujeres Universitarias
Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia
Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población, A.C.
Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población
Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal
Centro de Comunicación e Información de la Mujer, A.C.
Grupo de Educación Popular con Mujeres, A.C.
Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México
Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres, A.C.
Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C.
Instituto de Atención a la Violencia, A.C.
Unidad de Atención Psicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal, A.C.
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.
Centro de Apoyo a la Mujer Margarita Margón, A.C.
Centro de Orientación para los Adolescentes

0. Introducción

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

De este contexto, se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más

débiles (en función del sexo, la edad o la condición física), que se manifiestan cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso de poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que socialmente son más vulnerables: 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.

Independiente de su estructura, la función básica de los arreglos familiares o domésticos deben en la formación de personas contribuir a establecer con los demás, relaciones respetuosas y equitativas, lo que seguramente incide positivamente en el control de formas de relaciones sociales violentas.

Aun cuando en nuestro país no se conoce de modo preciso y directo la magnitud y repercusiones de este problema de salud pública, la violencia familiar -también identificada como violencia doméstica por caracterizar formas de relación en las unidades domésticas- no debe minimizarse. El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico -desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, hasta la muerte-, como en lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad. El embarazo no libra a las mujeres de violencia familiar.

El reto es coadyuvar a la prevención y disminución de la violencia familiar y promover estilos de vida saludables, por la frecuencia en que, según estimaciones sucede, y las consecuencias que genera, afectando la vida, la salud, la integridad y el desarrollo de las personas, las familias y las comunidades.

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.

Asimismo, se requiere realizar nuevas investigaciones en el tema, que permitirán conocer la magnitud y algunas características del problema, para estar en condiciones de afrontarlo mejor, de diseñar o reforzar políticas públicas y tomar decisiones para su prevención y la atención integral de los involucrados y lograr su paulatino abatimiento.

Con la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, el Gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer, que se encuentran plasmados en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979), Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989), Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Pará" (OEA, 1994); Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (Beijing, 1995).

1. Objetivo

La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar:

3.1 NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

3.2 NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

3.3 NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

3.4 NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.5 NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.

3.6 NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

3.7 NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores.

3.8 NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

3.9 NOM-173-SSA1-1998, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.

4. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entenderá por:

4.1 Atención médica de la violencia familiar, al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental, de las 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 que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.

4.2 Consejería, al proceso de análisis y apoyo, mediante el cual la o el prestador de servicios de atención médica, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas a la o el usuario respecto de su situación.

4.3 Detección de probables casos, a las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar, entre la población en general.

4.4 Discapacitado o persona con discapacidad, al ser humano que presenta de manera temporal o permanente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal.

4.5 Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.

4.6 Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

4.7 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.

4.8 Identificación del grado de riesgo, a la valoración que a través de un interrogatorio mínimo, permite identificar la presencia del maltrato, la probabilidad de incremento de la frecuencia y la gravedad del mismo debido a violencia familiar, entre las o los usuarios en situación de riesgo o entre la población en general.

4.9 Indicadores de abandono[♦], a los signos y síntomas, físicos o psicológicos, debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

4.10 Indicadores de maltrato físico[♦], a los signos y síntomas -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.

4.11 Indicadores de maltrato psicológico[♦], a los síntomas y signos, indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de

♦ Debidos a violencia familiar.

desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

4.12 Indicadores de maltrato sexual*, a los síntomas y signos, físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

4.13 Participación social, al proceso que promueve y facilita el involucramiento de la población y las autoridades de los sectores público, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

4.14 Prestadores de servicios de salud, a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

4.15 Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registran los aspectos relevantes de la atención médica de una o un usuario, contenidos en el expediente clínico.

4.16 Usuaría o usuario, a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

4.17 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.

La violencia familiar comprende:

4.17.1 Abandono, al 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.

4.17.2 Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.

4.17.3 Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

4.17.4 Maltrato sexual, a 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.

5. Generalidades

5.1 Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, los cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la 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.

5.2 Las instituciones de salud deberán participar en el diseño, aplicación y evaluación de los programas de promoción de la salud-educación para la salud, participación social y participación operativa.

5.3 Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, en su caso apoyo legal, psicológico u otros para los cuales estén facultados, a las personas que se identifiquen como usuarias o usuarios involucrados en violencia familiar.

5.4 El personal de salud proporcionará la información y atención médica a las o los usuarios que 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, a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación, así como apoyos legal y psicológico para los cuales estén facultados.

5.5 Las instituciones públicas y privadas que proporcionen servicios de salud, deberán proveer los mecanismos internos necesarios, o en su caso contar con un manual de procedimientos apropiado a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar, que garantice la correcta aplicación de la presente Norma.

5.6 La atención médica otorgada a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar deberá ser proporcionada por prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados, conforme a la capacidad resolutive de la unidad, para lo cual podrán en caso de estimarlo conveniente, tomar en cuenta las aportaciones que puedan brindar organismos de la sociedad civil especializados en el tema, siempre y cuando no contravengan la presente Norma.

5.7 En la atención de las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, las y los prestadores de servicios de salud deberán apegarse a los criterios de oportunidad, calidez, confidencialidad, honestidad y respeto a su dignidad.

5.8 Las instituciones públicas y privadas que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato que se anexa en el Apéndice Informativo 1 de esta Norma.

5.9 Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica, deberán registrar e informar a la Secretaría de Salud de las o los usuarios afectados por violencia familiar, conforme a lo establecen en las disposiciones aplicables y los manuales que al efecto emita la Secretaría de Salud.

6. Criterios específicos

Los prestadores de servicios de atención médica deberán observar los criterios que a continuación se indican:

Para la promoción de la salud y la prevención:

6.1 En materia de educación para la salud, los prestadores de servicios del sector público deberán:

6.1.1 Participar en programas educativos para la prevención y detección de la violencia familiar, dirigidos a la población en general.

6.1.2 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.

6.2 En materia de participación social, el personal que presta servicios de atención médica deberá:

6.2.1 Promover la integración de grupos, de promotores comunitarios y de redes sociales 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.

6.2.2 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, siempre y cuando no contravengan la presente Norma.

6.3 En materia de comunicación educativa, los prestadores de servicios de salud del sector público deberán:

6.3.1 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.

6.3.2 Promover la participación activa de la población y realizar acciones en las comunidades, tendientes a prevenir la violencia familiar.

6.3.3 Apoyar la coordinación con otras dependencias, para reforzar sistemas educativos para la prevención de la violencia familiar.

Para la detección y diagnóstico:

6.4 Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar y valorar su grado de riesgo, durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.

6.5 Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar en un clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad.

Debe incluir la historia del maltrato físico, psicológico, sexual o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración mínima del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación.

Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual o de abandono, como eventos únicos o combinados, para constatar o descartar su presencia.

En caso de que la o el usuario no esté en condiciones de responder durante la entrevista, el prestador de servicios de salud se dirigirá, en su caso, a su acompañante, sin perder de vista que pudiera ser el probable agresor de violencia familiar. Cuando la imposibilidad de la o el usuario se deba al desconocimiento o manejo deficiente del español, apoyarla o apoyarlo con un traductor de su confianza.

6.6 Registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo, en su caso: nombre de la o el usuario afectado, lugar donde fue encontrado o encontrada y condiciones en que se hallaba, estado físico y mental de la misma o el mismo, en su caso, la descripción minuciosa de las lesiones, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico y tratamiento médico y la orientación que se proporcionó.

6.7 Valorar en el caso de maltrato en mujeres embarazadas el retraso considerable en los cuidados prenatales; la historia previa de embarazos no deseados, amenazas de aborto, abortos, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer; lesiones durante el embarazo; dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante la gestación. El diagnóstico estará apoyado cuando sea posible en exámenes de laboratorio y gabinete, estudios especiales y estudios de trabajo social, para lo cual podrán en caso de estimarlo conveniente, utilizar los materiales disponibles que contribuyan y faciliten dicho diagnóstico, que puedan brindar organismos de la sociedad civil especializados en el tema, cuando no contravengan la presente Norma.

6.8 Integrar y registrar en el expediente clínico el diagnóstico del probable caso de violencia familiar con base en antecedentes, síntomas y signos, elaborando historia clínica completa, practicando, en su caso, pruebas psicológicas, de laboratorio o gabinete -en donde ello sea posible-, que apoyen el establecimiento de la relación causal de la violencia familiar de las y los usuarios involucrados, considerando los posibles diagnósticos diferenciales. Establecer en su defecto, la impresión diagnóstica o los problemas clínicos debidos a violencia familiar en cualquiera de sus variedades.

6.9 Apoyar la detección de los probables casos de violencia familiar, la valoración del grado de riesgo, la detección de la probable vinculación con adicciones y el maltrato psicológico y sexual, en donde ello sea posible, mediante la aplicación de entrevistas planeadas por prestadores de servicios médicos idóneos y capacitados para este fin.

Para el tratamiento y la rehabilitación:

6.10 Orientar el tratamiento de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar al otorgamiento de una atención médica integral y de las secuelas específicas, refiriéndolos para ello a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutoria, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme establecen las disposiciones aplicables y los manuales que al efecto emita la SSA, de conformidad con la presente Norma.

6.11 Considerar en el plan terapéutico de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, el manejo y el seguimiento periódico que procure evitar reincidencias y complicaciones, realizado por prestadores de servicios de salud especializados o capacitados para este fin.

En los casos en que se sospeche la comisión de delitos en la o el usuario afectado por violencia familiar, se deberán proveer los mecanismos internos necesarios o, en su caso, contar con un manual de procedimientos apropiado, a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar, que garantice la correcta aplicación de esta Norma.

6.12 Referir preferencialmente, a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades -atendiendo a las disposiciones específicas que al efecto se emitan- a las y los usuarios afectados por violencia familiar que manifiesten alteraciones psicológicas, trastornos psiquiátricos, alteraciones físicas u orgánicas -directas o consecuencias de la violencia familiar. La intervención deberá estar a cargo de profesionistas especializados y técnicos facultados de las especialidades pertinentes.

6.13 Desarrollar procedimientos específicos para la atención médica de las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, en los servicios de salud -mental o de otras especialidades- bajo los lineamientos establecidos en cada institución, apegados a la normatividad vigente.

La rehabilitación deberá mejorar la capacidad de la o el usuario para realizar actividades necesarias para su desempeño físico y mental, y cuando así sea conveniente, la adecuada participación o reintegración en su núcleo familiar y social.

6.14 Cuando la infraestructura lo permita, impartir consejería en los servicios médicos, con personal que haya recibido capacitación especial, propiciando un proceso de comunicación y análisis mediante el cual se brinden elementos para que la o el usuario tome decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre las alternativas para la prevención y atención de la violencia familiar.

Para dar aviso al Ministerio Público:

6.15 Avisar al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar y, en su caso, solicitar su intervención ante la incapacidad médica o legal de la o el usuario o la existencia de riesgo en su traslado, para que acuda un médico legista a la unidad de salud y la o el usuario afectado por violencia familiar, reciba servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social.

6.16 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.

6.17 En aquellos casos en donde no prevalezca una urgencia médica, una vez que la o el usuario involucrado en situación de violencia familiar haya recibido los primeros auxilios médicos y sea su voluntad, será canalizado a la Agencia del Ministerio Público o a la Agencia Especializada correspondiente en caso de que se presuma violación, abuso sexual, estupro, hostigamiento sexual o sus equivalentes, debiendo ser acompañado, en su caso, por personal del servicio de trabajo social, siempre y cuando el traslado no implique riesgo para la integridad de la usuaria o el usuario.

6.18 En los casos en 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.

Para la sensibilización, capacitación y actualización:

6.19 Otorgar y, en su caso, recibir sensibilización, capacitación o actualización de conformidad con las disposiciones aplicables y los contenidos de esta Norma.

Promover las acciones de sensibilización, actualización y capacitación para la formación de personal encargado de proporcionar los servicios salud, y apoyar en caso de solicitud -en acciones similares- que se desarrollen en otros sectores, de conformidad con las disposiciones aplicables.

6.20 Comprende los elementos siguientes:

6.20.1 Marco conceptual: equidad y violencia de género, derechos humanos, salud mental sexual y reproductiva, entre otros.

6.20.2 El análisis de factores asociados a la violencia familiar;

6.20.3 La magnitud, las consecuencias médicas y sociales, su vulnerabilidad física, psicológica y social ante la modificación de la conducta, la mejoría de la dinámica familiar, la notificación y la denuncia.

6.20.4 La identificación de usuarios afectados por violencia familiar e identificación del grado de riesgo;

6.20.4.1 El reconocimiento de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual y de abandono en los casos de violencia familiar;

6.20.4.2 Reconocimiento de afecciones a la salud causadas por violencia familiar;

6.20.4.3 El tamizaje de rutina en la población general y grado de riesgo en las y los usuarios afectados por violencia familiar.

6.20.5 El manejo de usuarios involucrados en situación de violencia familiar, con observancia en lo establecido en las disposiciones específicas que al efecto se emitan:

6.20.5.1 Atención médica inmediata, continua y de rehabilitación de secuelas;

6.20.5.2 Manejo psicológico y/o psiquiátrico inicial;

6.20.5.3 Canalización a un servicio o servicios especializados para dar continuidad y seguimiento al caso clínico;

6.20.5.4 Procedimientos de referencia a servicios de Salud Mental y Trabajo Social entre otros;

6.20.5.5 Procedimientos de referencia a Centros de Orientación, de Atención Integral, de Terapia de Apoyo, a Redes Sociales, entre otros.

6.20.6 Procedimientos de aviso al Ministerio Público cuando corresponda, en términos de las disposiciones aplicables.

6.20.7 Orientación, consultoría y asesoría a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar sobre Centros Especializados para el Tratamiento, Consejería Legal y Asistencia Social.

Para la investigación:

6.21 Promover y realizar, en las Instituciones del Sector Salud, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar; que permitan tanto la cuantificación como la identificación de las causas y determinantes del fenómeno -patrones sociales, culturales y repercusiones económicas-, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual (física y psicológica) y en la colectiva.

6.22 Promover y realizar, en las Instituciones del Sector Salud y de los otros sectores, investigaciones interdisciplinarias, que permitan diseñar mecanismos tendientes a modificar la percepción que tienen del fenómeno los servidores públicos y a coadyuvar en el proceso de planeación, formulación de políticas y programas para la prevención y a elevar la calidad de las acciones, que para la atención de las y los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, se realizan en los establecimientos de salud.

7. Registro de información

7.1 Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa.

7.2 Para cada probable caso de violencia familiar atendido por las Instituciones del Sistema Nacional de Salud deberá llenarse además el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar, el cual contiene variables sobre las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, el evento y la atención proporcionada conforme al Apéndice Informativo 2. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas.

7.3 En caso que las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar fallezcan a causa de la misma, el modelo 2000 del certificado de defunción incluye en el apartado de circunstancias que dieron origen a la lesión, la leyenda atribuible a violencia familiar, especificando en caso de homicidio, si éste involucró la violencia familiar y en lo posible, lo relativo al parentesco del usuario probable agresor de violencia familiar. Esto

permitirá la codificación de la posible causa de muerte a partir de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Y06 y Y07).

7.4 Con el fin de contribuir al mejor conocimiento de estos eventos podrán realizarse investigaciones especiales a través de encuestas, autopsias verbales, revisión de expedientes clínicos y seguimiento de unidades centinela. Lo anterior en el contexto del diseño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Accidentes y Lesiones (SIVEPAL).

7.5 Toda usuaria o usuario involucrado en situación de violencia familiar que acuda en primera instancia a alguna institución de procuración de justicia, será remitido en su oportunidad a una unidad médica del Sistema Nacional de Salud para su atención y registro. Será responsabilidad de dicha unidad médica el llenado de los formatos correspondientes.

7.6 Las categorías, variables y clasificaciones de la información captadas por la diversas unidades médicas deberán responder a un marco conceptual único, a criterios comunes preestablecidos, nacionales estatales y locales, por institución y tipo de actividad y servicio, a fin de asegurar la integración y concentración de la información generada en distintas instituciones, así como la posibilidad de comparación y complemento e intercambio de información a nivel nacional, sea proveniente de otros sectores -como el de Administración de Justicia o de otras fuentes de información- encuestas sobre el tema.

7.7 La autoridad sanitaria local es responsable de la recopilación inicial de la información y del envío de los resultados hacia el nivel estatal y nacional de acuerdo a los flujos y procedimientos definidos por los sistemas institucionales de información. La periodicidad de la información será continua para el registro, mensual para su concentración institucional y anual para la integración y difusión nacional.

7.8 Es competencia de cada institución entregar a la Secretaría de Salud, a través de los canales ya establecidos para tal efecto, los reportes de concentración y la base de datos, correspondientes a los numerales 7.1 y 7.2 respectivamente. La SSA será responsable de la integración y difusión de la información que apoye el diagnóstico, el diseño de políticas y la toma de decisiones en materia de violencia familiar.

8. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana no tiene concordancia con lineamientos o recomendaciones mexicanas e internacionales.

9. Bibliografía

9.1 Casa Madrid Mata, O R. Intervención Jurídica de las Instituciones Públicas en México. En: Loredo Abdalá, A. Maltrato al menor. México, D.F., Nva. Editorial Interamericana; 1994, p. 127-129.

9.2 CONMUJER, UNICEF, MILENIO FEMINISTA. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. Declaración y Plataforma de Acción. Objetivos estratégicos y medidas: C. La Mujer y la Salud; párrafos 89-111; páginas 75 a 102.

9.3 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Convención sobre los Derechos del Niño. México, 1a. Ed., Mayo 1990.

9.4 Loredo Abdalá, A. Diversas formas de maltrato. En: Loredo Abdalá, A. Maltrato al menor. México, D.F. Nva. Editorial Interamericana; 1994, p. 9-10.

9.5 México, Poder Legislativo, Asamblea Legislativa del Distrito Federal I Legislatura: Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar y Marco Jurídico Internacional; Colección Ordenamientos Jurídicos, diciembre de 1998.

9.6 OPS (PALTEX). Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Capítulo 8 Mujeres, p. 283-328.

9.7 OPS. Serie de Publicaciones: Comunicación para la Salud No. 10, 1996. La Violencia en las Américas: La pandemia social del Siglo XX. 1a. reimpresión, 1997, 32 p.

9.8 OPS/OMS. División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Shradler, E. y Sagot, M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar. Protocolo de investigación. Washington, DC: OPS, c 1998, 144 p.

9.9 Secretaría de Gobernación, CONMUJER. Programa Nacional de Violencia Familiar 1999-2000. 1a. Ed. 1999.

9.10 Lima Malvido, M. L. Modelo de Atención a Víctimas en México. 2a. Ed., Editorial Talleres Gráficos de la Cámara de Diputados, Abril 1997.

9.11 Oficina de las Naciones Unidas en Viena, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios. Manual Estrategias para luchar contra la Violencia Doméstica: un Manual de Recursos. Naciones Unidas, Sociedad Mexicana de Criminología, Cruz Roja Mexicana, PNUD. Traducción inglés a español, 1997.

10. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

11. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 4 de febrero de 2000.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **Javier Castellanos Coutiño**.- Rúbrica.

**AVISO AL MINISTERIO PUBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APENDICE 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	

U S U A R I O D E A F O D (A) O (A)	Nombre _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____	Edad _____ Años _____	Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino 2. Femenino												
	Domicilio _____ Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Barrio o colonia _____ Código postal _____														
	Localidad _____		Municipio _____ Entidad Federativa _____												
Fecha de atención médica <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td align="center">día</td><td align="center">mes</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td align="center">año</td><td> </td></tr></table>				día	mes			año		Hora de recepción del usuario(a) afectado(a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td align="center">horas</td><td align="center">minutos</td></tr></table>				horas	minutos
día	mes														
año															
horas	minutos														
Motivo de atención médica _____ _____ _____															
Diagnóstico(s) _____ _____ _____															
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____ _____															

