



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**“VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**PRESENTADO POR:
DR. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ ALAN JHOSHET**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR DE LA CERDA ÁNGELES JUAN CARLOS**

2018

CD.MX.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

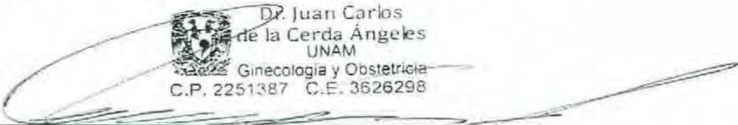
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**"VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO"**

Autor: Sánchez Hernández Alan Jhoshet
Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dr. De la Cerda Ángeles Juan Carlos


Dr. Juan Carlos
de la Cerda Ángeles
UNAM
Ginecología y Obstetricia
C.P. 2251387 C.E. 3626298

Profesor titular del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dr. Federico Lazcano Ramírez



Director de Educación e Investigación



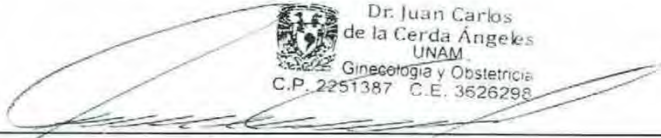

SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

**"VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO"**

Autor: Sánchez Hernández Alan Jhoshet
Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo

Dr. De la Cerda Ángeles Juan Carlos


 Dr. Juan Carlos
de la Cerda Ángeles
UNAM
Ginecología y Obstetricia
C.P. 2251387 C.E. 3626298

Director de Tesis, Médico Ginecólogo Obstetra y Director General del
Hospital General Dr. Enrique Cabrera

Dedicatoria

A mis seres queridos por nunca dejarme solo.

Resumen

La violencia de género en México representa un problema de salud pública que es de interés federal. En la Ciudad de México, específicamente la delegación Álvaro Obregón, dada sus características socio demográficas, es una región con probable alto índice de violencia de género. En este estudio se realizó un análisis descriptivo para identificar los tipos de violencia de género registrados en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera en el año 2016 así como atenciones otorgadas. Para llevar a cabo esta investigación se recurrió a fuentes de información proporcionadas por SEPAVIGE. Los resultados obtenidos mostraron que existen seis tipos principales de violencia de género en las mujeres: 1) físico, 2) psicológico, 3) abandono, 4) sexual, 5) económico-patrimonial y 6) feminicida; el 44 % los casos reportados son atendidos de forma urgente debido a violencia física. Así mismo, se encontró que las atenciones proporcionadas fueron de carácter médico y psicológico, siendo la atención psicológica la más frecuente, sin embargo, con respecto a la atención médica se observó que existe un mayor número de casos sin seguimiento que en seguimiento. Describir y comprender de qué manera se manifiesta la violencia de género hacia mujeres permite proponer y desarrollar estrategias para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia, además de sensibilizar al personal médico para otorgar una mejor atención y seguimiento, y en conjunto con psicología proporcionar un tratamiento integral.

Contenido

1. Antecedentes.....	1
2. Planteamiento del Problema.....	17
3. Justificación.....	18
4. Objetivos.....	19
4.1. General.....	19
4.2. Específicos.....	19
5. Metodología.....	20
5.1. Descripción del universo.....	20
5.2. Variables.....	20
6. Análisis de resultados.....	21
7. Discusión.....	28
8. Conclusiones.....	30
9. Recomendaciones.....	31
10. Bibliografía.....	33
11. Anexos.....	35
11.1. Anexo 1. Tipos de violencia.....	35
11.2. Anexo 2. Vía de ingreso al hospital.....	35
11.3. Anexo 3.....	36
11.4. Anexo 4.....	36
11.5. Anexo 5.....	37

1. Antecedentes

VIOLENCIA DE GÉNERO

Violencia de Género se define como abuso de poder dentro de una relación de pareja (mayoritariamente ejercida por el hombre hacia la mujer), que tiene como objetivo el control desigual de esa relación y que se ejerce mediante comportamientos inaceptables y reiterados (maltrato psicológico, abuso sexual., violencia física).

Indicadores de violencia física, a los signos y síntomas -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

Indicadores de violencia psicológica, 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 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.

Indicadores de violencia 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 alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

Características fundamentales

- a) es una conducta que no suele denunciarse, al menos inicialmente,
- b) es una pauta de comportamiento continuada en el tiempo,
- c) el agresor es alguien a quien la víctima quiere, alguien en quien se supone que la mujer debe creer y con la que tenía un proyecto de vida en común,
- d) el lugar en el que se produce la violencia en la mayor parte de las ocasiones es el hogar (1).

Las consecuencias de la violencia para la salud pueden ser inmediatas y agudas, duraderas y crónicas o mortales. Las investigaciones sistemáticamente encuentran que cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus repercusiones sobre la salud física y mental de las mujeres. Además, las consecuencias negativas para la salud pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado el maltrato. Las consecuencias de la violencia tienden a ser más graves cuando las mujeres sufren más de un tipo de violencia (por ejemplo, física y sexual) o episodios repetidos con el transcurso del tiempo.

Las mujeres víctimas de violencia sexual presentan tasas mayores de problemas ginecológicos que otras mujeres, por ejemplo infecciones vaginales, dolor durante las relaciones sexuales, dolor pélvico crónico o infecciones de las vías urinarias. Por ejemplo, en investigaciones basadas en la población efectuadas en los Estados Unidos se encontró que las mujeres víctimas de violencia por parte de una pareja tenían un riesgo de padecer problemas ginecológicos tres veces superior al de las no maltratadas. No obstante, aun sin abuso sexual, las mujeres que sufren violencia por parte de una pareja parecen estar expuestas a mayores riesgos de problemas ginecológicos, pero no se conocen bien las razones de esto (2).

Los datos vinculan la violencia física y sexual durante el embarazo con muchas complicaciones, entre ellas escaso aumento de peso materno, aborto espontáneo, mortinatalidad e insuficiencia ponderal al nacer. Otra consecuencia de la violencia

durante el embarazo a menudo pasada por alto es la muerte materna. En entornos tan diversos como Bangladesh, la India y los Estados Unidos, la violencia infligida por la pareja es la causa de una proporción considerable de defunciones de embarazadas.

A nivel mundial, las mujeres tienen más probabilidades de morir a manos de alguien cercano a ellas; los compañeros íntimos varones cometen entre 30% y 70% del total de asesinatos de mujeres en lugares tan diversos como los Estados Unidos de América, Israel y Sudáfrica (2).

En México, la tasa de homicidios aumentó de 1979 a 1992, de 17.5 a 19.1/100 000 hab. (3/100 000 en el estado de Yucatán, hasta 57/100 000 en el estado de Guerrero). En 1996, México tuvo la mayor tasa en Latinoamérica. En las mujeres, el riesgo de morir a manos de su pareja o de un familiar es más elevado que en el hombre, y la mayoría de las muertes femeninas suceden en el hogar. El caso de las muertas de Juárez ha sido analizado desde la perspectiva de género, y se le destaca como un problema real social. Las mujeres, como objeto de violencia por parte de los hombres, la sufren desde su identidad genérica y su posición en el sistema de clases sociales. Por otro lado, podemos considerar al homicidio como la materialización última de la violencia (3).

La mayoría de los estudios concluyen que los trastornos mentales son muy poco frecuentes, pero sí aparecen determinados rasgos o características con una elevada frecuencia. De ellas algunas de las más frecuentes son:

- No presenta psicopatología específica.
- No emplea violencia con otras personas.
- Tiene actitudes sexistas y creencias estereotipadas.
- Celoso.
- Utiliza causas externas, como justificantes de su comportamiento violento.
- Buena imagen pública.

- Inestabilidad emocional: indica mal control de los sentimientos y emociones, baja tolerancia a la frustración con reacciones incontroladas y desproporcionadas a los estímulos, e inseguridad.
- Dominancia, necesidad de imponer las propias opiniones y que las cosas se hagan a su modo, ligada al orgullo y amor propio con intolerancia a la humillación y al desaire.
- Impulsividad y agresividad.
- Dependiente.
- Suspica (interpretaciones erróneas de la realidad, siempre en su perjuicio lo que da lugar a cuadros de celotipias injustificadas) (1)

Se poseen hallazgos científicos y un cuerpo creciente de literatura que muestra que la violencia está asociada con factores genéticos, neurobiológicos y psicofisiológicos.

Existen múltiples clasificaciones de la conducta agresiva, pero la de mayor solidez y, por tanto, la más empleada en la actualidad es la diferenciación entre agresión premeditada y agresión impulsiva. Estos dos subtipos se han identificado claramente en personas que han cometido actos delictivos, y es probable que se acompañen de mecanismos subyacentes distintos. La agresión instrumental o premeditada tiene lugar de forma fría por parte del agresor hacia la víctima, y es empleada con el fin de conseguir determinados propósitos. En cambio, la agresión reactiva o impulsiva suele estar asociada con emociones negativas intensas, como ira o miedo, y tiene lugar como respuesta a una amenaza percibida en el medio, acarreando importantes consecuencias negativas para el propio agresor. Recientes investigaciones con potenciales evocados encuentran que la impulsividad se podría relacionar con agresión descontrolada cuando se combina con una reacción emocional encolerizada y con agresión controlada y premeditada, más cercana a la psicopatía, en ausencia de reacción emocional.

El grupo de Raine llevó a cabo un estudio en el que dividieron a un grupo de asesinos en dos: depredadores (agresión premeditada) y afectivos (agresión impulsiva). Los autores encontraron que la corteza prefrontal de los asesinos afectivos presenta tasas de actividad bajas. Por otra parte, los asesinos depredadores tenían un funcionamiento frontal relativamente bueno, lo que corroboraría la hipótesis de que una corteza prefrontal intacta les permite mantener bajo control su comportamiento, adecuándolo a sus fines criminales. Ambos grupos se caracterizan porque presentan mayores tasas de actividad en la subcorteza derecha que los del grupo control. Por esta mayor actividad subcortical, los asesinos de uno y otro grupo pueden ser más proclives a comportarse agresivamente, pero los depredadores tienen un funcionamiento prefrontal lo bastante bueno para regular sus impulsos agresivos, manipulando a otros para alcanzar sus propias metas, mientras que los asesinos afectivos, al carecer de control prefrontal sobre sus impulsos, tienen arranques agresivos, impulsivos y desregulados.

A partir de evidencias como éstas, se mantiene la hipótesis de que la violencia impulsiva está relacionada con alteraciones en los sistemas cerebrales que gobiernan el control emocional, ya que se caracteriza por un grave déficit para regular el afecto y controlar los impulsos agresivos, y es altamente comórbida con diversos trastornos mentales, como la depresión, el trastorno límite de la personalidad o el abuso de sustancias, en los que el componente emocional se encuentra, asimismo, afectado. Los individuos con alteraciones funcionales o estructurales en el sistema regulador del afecto podrían, por tanto, manifestar comportamientos descontrolados y dominados por la ira, debido a su estilo de respuesta dirigido por la estimulación externa y la incorrecta interpretación de esta información como amenazante, a pesar de que sus capacidades de inteligencia general, razonamiento lógico y conocimiento declarativo de las normas sociales y morales se encontrarían probablemente preservadas.

En los últimos años, se han llevado a cabo múltiples estudios empleando modernas técnicas de neuroimagen estructurales y funcionales, que han permitido localizar áreas que podrían ser disfuncionales en sujetos agresivos y violentos. En el caso de la agresión impulsiva, Davidson et al postulan que la agresión impulsiva se manifestaría como resultado de una disfunción en un conjunto coordinado de estructuras cerebrales que funcionarían para regular la respuesta emocional, e incluiría las regiones orbitofrontal y ventromedial del lóbulo prefrontal, y estructuras subcorticales, como la amígdala o el hipocampo, muy relacionadas con la emoción y los instintos. Si estas regiones se encontrasen afectadas, tanto en su estructura como en su funcionamiento, podrían predisponer a los individuos a comportamientos irresponsables y violentos.

Actualmente se sabe que el daño en los lóbulos frontales provoca un deterioro de la intuición, del control del impulso y de la previsión, lo que conduce a un comportamiento socialmente inaceptable y poco adaptativo. Esto es particularmente cierto cuando el daño afecta a la superficie orbital de los lóbulos frontales. Los pacientes que sufren de este síndrome 'pseudopsicopático' se caracterizan por su demanda de gratificación instantánea y no se ven limitados por costumbres sociales o miedo al castigo.

En el plano neuropsicológico, el área anterior de los lóbulos frontales se ha asociado a las funciones ejecutivas, responsables de procesos como la planificación, flexibilidad, memoria de trabajo, monitorización e inhibición para la obtención de metas; y también están implicadas en la regulación de estados emocionales que se consideran adaptativos para la consecución de tales objetivos.

Varios estudios han mostrado un peor rendimiento en pruebas cognitivas de lenguaje, percepción y habilidades psicomotoras en sujetos violentos frente a sujetos normales. Si las dificultades en el control de impulsos están relacionadas con ciertas alteraciones cerebrales, el rendimiento en test cognitivos y de

habilidades podría ser mejor predictor de la conducta antisocial que otras medidas de personalidad.

Se piensa que hay cierta dificultad en los individuos impulsivos para conectar áreas cognitivas y emocionales y, por tanto, una alteración en la producción de los juicios morales. El área ventromedial del córtex prefrontal se ha asociado a capacidades volitivas, motivacionales y de regulación emocional. Una reciente investigación llevada a cabo por el grupo de Damasio muestra respuestas emocionales disminuidas e inadecuada regulación de la ira y la frustración en pacientes con lesiones focales bilaterales en la corteza prefrontal ventromedial a partir de la ejecución de tareas que implican juicio moral y social, lo que demuestra que la emoción desempeña un papel crítico en estos aspectos.

Con los resultados de un estudio llevado a cabo por Liddle et al en el que investigaron la inhibición de la respuesta en una muestra de sujetos psicópatas y encontraron que este proceso implica la integración y cooperación activa de muchas regiones, incluyendo la corteza frontal ventromedial y dorsolateral. La primera región es fundamental en el comportamiento adaptativo desde el punto de vista de la selección natural, y en él se incluyen decisiones de tipo emocional, mientras que la segunda es la encargada de reflexionar en la toma de decisiones y las acciones que se derivan de ellas. La comunicación ineficaz entre estas áreas frontales representaría una ausencia de inhibición o 'freno' emocional, que podría facilitar la aparición de conductas antisociales

Las diferencias encontradas en elementos estructurales y funcionales en individuos agresivos no solamente se encuentran en la corteza. La amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal se integran en el sistema límbico que gobierna la expresión de las emociones, a la vez que el tálamo transmite *inputs* desde las estructuras subcorticales límbicas hasta la corteza prefrontal. Asimismo, el hipocampo, la amígdala y el tálamo son de gran importancia para el aprendizaje, la memoria y la atención. Anormalidades en su funcionamiento pueden

relacionarse tanto con las deficiencias a la hora de dar respuestas condicionadas al miedo como con la incapacidad de aprender de la experiencia, deficiencias estas que caracterizan a los delincuentes violentos. La amígdala desempeña, además, un papel importante en el reconocimiento de los estímulos afectivos y socialmente significativos, por lo que su daño se traduce en una carencia de miedo y, en el caso del ser humano, en una reducción de la excitación autónoma.

Cada vez existen más datos que indican que la baja actividad de la corteza prefrontal puede predisponer a la violencia por una serie de razones. En el plano neuropsicológico, un funcionamiento prefrontal reducido puede traducirse en una pérdida de la inhibición o control de estructuras subcorticales, filogenéticamente más primitivas, como la amígdala, que se piensa que está en la base de los sentimientos agresivos. En el plano neurocomportamental, se ha visto que lesiones prefrontales se traducen en comportamientos arriesgados, irresponsables, transgresores de las normas, con arranques emocionales y agresivos, que pueden predisponer a actos violentos. En el plano de la personalidad, las lesiones frontales en pacientes neurológicos se asocian con impulsividad, pérdida de autocontrol, inmadurez, falta de tacto, incapacidad para modificar o inhibir el comportamiento de forma adecuada, lo que puede facilitarlos actos violentos. En el plano social, la pérdida de flexibilidad intelectual y de habilidades para resolver problemas, así como la merma de la capacidad para usar la información suministrada por indicaciones verbales que nacen del mal funcionamiento prefrontal, pueden deteriorar seriamente habilidades sociales necesarias para plantear soluciones no agresivas a los conflictos. En el plano cognitivo, las lesiones prefrontales causan una reducción de la capacidad de razonar y de pensar que pueden traducirse en fracaso académico y problemas económicos, predisponiendo así a una forma de vida criminal y violenta (8).

En el caso de los niños que no sólo son testigos del maltrato hacia su madre sino que, a la vez, también son víctimas de esa violencia, la pérdida es todavía, si cabe, mucho más desequilibrante, pues afecta a un componente absolutamente

necesario para el adecuado desarrollo de la personalidad del menor, el sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean. Máxime cuando el agresor es su propio padre, figura central y de referencia para el niño y la violencia ocurre dentro de su propio hogar, lugar de refugio y protección. La toma de conciencia por parte del menor de tales circunstancias frecuentemente produce la destrucción de todas las bases de su seguridad. El menor queda entonces a merced de sentimientos como la indefensión, el miedo o la preocupación sobre la posibilidad de que la experiencia traumática pueda repetirse, todo lo cual se asocia a una ansiedad que puede llegar a ser paralizante. Desafortunadamente, en el caso de la violencia familiar, la experiencia temida se repite de forma intermitente a lo largo de muchos años, constituyendo una amenaza continua y muchas veces percibida como incontrolable.

Los efectos producidos por la experimentación de un acontecimiento traumático de forma crónica pueden ser mucho más profundos puesto que llevan asociados la afectación, en mayor o menor medida, de los significados cruciales de la vida de una persona. En el caso de los niños que experimentan la violencia dentro de su propia familia, algunos de los significados que resultan minados por esta experiencia son sentimientos tales como los de merecimiento, la creencia de ser querido y atendido o la percepción de control sobre los acontecimientos y la vida en general.

Resultados hallados en diversos estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes) y más conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes) que los niños que no sufrieron tal exposición.

Los niños de estos hogares violentos también suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que los niños de familias no violentas, además de promedios más altos en medidas de ansiedad, depresión

y síntomas traumáticos. Se estima que entre el 25% y el 70% de los niños de familias en las que se producen episodios de violencia, manifiestan problemas clínicos de conducta, especialmente problemas externos como conductas agresivas y antisociales.

Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen y Johnson (2003) realizaron un estudio longitudinal sobre un periodo de 20 años en una muestra de 543 niños, concluyendo que entre los factores predictores del riesgo de ejercer violencia contra sus parejas se encontraban, en primer lugar, los trastornos de conducta, seguidos por la exposición a la violencia doméstica entre los padres y los sistemas de castigo basados en el poder.

Los hijos de mujeres maltratadas se ven expuestos no sólo a la influencia de factores de su entorno sociocultural, sino también a la propia experiencia de sufrir, bien como testigo o como víctima, la violencia dentro de su entorno familiar. Así, los niños que crecen en hogares violentos aprenden e interiorizan una serie de creencias y valores negativos sobre las relaciones con los otros y, especialmente, sobre las relaciones familiares y sobre la legitimidad del uso de la violencia como método válido para la resolución de conflictos, fruto todo ello de la interacción tanto de factores culturales y sociales (socialización diferencial de género y aceptación social del uso de la violencia) como situacionales (historia de violencia intrafamiliar (9)).

Introducir el tema de la situación de las mujeres en política pública y agendas de desarrollo, enfatizando el potencial subutilizado y/o su eficiente papel para optimizar los recursos para el bienestar de los miembros de los hogares, especialmente aquéllos en pobreza, ha significado un logro. Sin duda, la política pública y los programas diseñados para utilizar el potencial de las mujeres, iniciado en México a fines de los setenta y presente hasta la fecha, han representado un importante avance en las condiciones de las mujeres. Sin embargo, la promoción de su participación por esta vía en México (al igual que en

otros países) se ha dado mediante un proceso de encasillamiento en el cual las mujeres están presentes como objeto de política pública y no como sujeto de la misma. Al no considerarse las relaciones existentes entre su posición en las estructuras económicas y las relaciones de género vigentes, no se han creado condiciones para retar y transformar las desigualdades de género. (4)

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue adoptada el 10 de diciembre de 1948; la Primera Conferencia sobre la Mujer se llevó a cabo en 1975 (en México); el decenio 1975-1985 fue declarado por la ONU como La Década de la Mujer; el 18 de diciembre de 1979 fue adoptada la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; en 1980 se celebró la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer (Copenhague); en 1990 se celebró la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nairobi); el 20 de diciembre de 1993 se redactó el documento Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer; en ese mismo año la ONU declaró que la violencia contra las mujeres supone una violación a los Derechos Humanos; el 9 de junio de 1994 fue suscrita la Comisión Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (3).

En 1999 se crea el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (Pronavi).

En 2002 el Programa Nacional por una Vida sin Violencia, 45 2002-2006.

En 2007 se promulga la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se crea el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y las Niñas.

En 2009 se crea la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Conavim) con la responsabilidad de elaborar el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, cuyo diseño fue responsabilidad del Inmujeres en 2007.

Asimismo se han generado estadísticas sobre violencia contra las mujeres: en 2003 y 2006 se levantó la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) y en 2008 el inegi publicó *Las mujeres en México:*

estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres (inegi, 2008). (4)

La política pública suele entenderse como un curso de acción, una definición de principios y/o flujos de información en relación con un objetivo público definido en forma democrática. La política se expresa en orientaciones, instrumentos, programas, normas institucionales, entrega de productos, servicios, etc.

En otras palabras, la política pública tiene como antecedente la percepción de un problema, es decir, aquellos que se suscitan cuando las sociedades no logran encontrar un equilibrio satisfactorio entre, por ejemplo, los procesos de desarrollo y crecimiento económico con la distribución equitativa del beneficio de los mismos. El examen de las políticas públicas y sociales desde una perspectiva de género constituye uno de los temas de mayor recurrencia en el tratamiento moderno de las relaciones entre población y desarrollo, y un avance significativo tanto en relación a los análisis teóricos de la problemática, como en la práctica de los programas y proyectos de desarrollo.

En este marco, se trata de disponer de fundamentos teórico-metodológicos sobre los cuales sustentar la elaboración e implementación de políticas públicas de todo tipo, económicas, sociales, ambientales, etc., que dirigidas a la solución de los candentes problemas de población y desarrollo, incorporen la equidad de género y garanticen una calidad de vida superior para todos los ciudadanos y ciudadanas. Será la única manera de promover un desarrollo humano sostenible basado entre otros principios, en un nuevo compromiso social: la equidad, que pasa por un valor esencial que necesita ser rescatado, la solidaridad humana. (5)

La creación y operación de los refugios en México inició en la década de los noventa como una de las principales aportaciones de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) para proporcionar servicios de protección a las mujeres que han sido víctimas de violencia familiar.

De acuerdo con la LGAMVLV, los refugios deberán ser lugares seguros para las víctimas de violencia (mujeres, hijas e hijos) quienes pueden permanecer por tres meses según sea el caso.

Esto último será valorado por el personal que especializado que labora en el refugio y en todo caso deberán consentir su permanencia o reingreso al refugio. Durante su permanencia, recibirán atención integral por medio de servicios especializados y gratuitos de hospedaje; alimentación; vestido y calzado; servicio médico; asesoría jurídica; apoyo psicológico; programas educativos que permitan su reintegración y capacitación para desempeñar alguna actividad laboral. El objetivo es lograr el empoderamiento de las mujeres a fin de que logren tomar decisiones de su propia vida y adquieran conciencia de sus derechos humanos.

En México operan actualmente 72 Refugios de los cuales 34 pertenecen a organizaciones de la sociedad civil, 4 a instituciones de asistencia privada y 34 son instituciones públicas. 10 De ese universo, 44 refugios (33 de la OSC y 11 de gobierno) se articularon en la Red Nacional de Refugios (RNR), una OSC que desempeña un papel representante de los intereses de los refugios a nivel nacional, prevé espacios para el intercambio de buenas prácticas en los procesos de atención y supervisa que los servicios sean otorgados siguiendo los principios de derechos humanos y perspectiva de género.

El primer refugio en México fue creado en 1996 en la ciudad de Monterrey por la organización civil Alternativas Pacíficas.⁴⁹ Su creación responde a poder brindar atención psicológica, asesoría legal y trabajo social a las mujeres sus hijas e hijos víctimas de violencia intrafamiliar. En ese mismo año, se inauguró en Aguascalientes el refugio “Mujer contemporánea”, una organización de la sociedad civil creada para “brindar apoyo moral, emocional, jurídico, médico y psicológico a personas que padecen de la violencia intrafamiliar

Número de Refugios identificados por entidad federativa

Aguascalientes	1	Distrito Federal	5	Morelos	3	Sinaloa	3
Baja California	1	Durango	1	Nayarit	1	Sonora	1
Baja California Sur	1	Guanajuato	1	Nuevo León	1	Tabasco	1
Campeche	1	Guerrero	1	Oaxaca	2	Tamaulipas	1
Coahuila	5	Hidalgo	1	Puebla	4	Tlaxcala	2
Colima	1	Jalisco	2	Querétaro	1	Veracruz	4
Chiapas	3	México	8	Quintana Roo	2	Yucatán	2
Chihuahua	9	Michoacán	2	San Luis Potosí	1	Zacatecas	0

Fuente: Información enviada por Inmujeres en solicitud de acceso a la información no. 0610400012915

El Modelo para el funcionamiento de los refugios refiere que la estadía de la víctima está determinada por tres meses o más según las necesidades del caso. Las mujeres deben cumplir con las normas establecidas con el objeto de establecer límites entre las familias que habitan y la seguridad de las integrantes. Los servicios para la atención integral deberán ser otorgados sin discriminación, gratuidad y previa información y consentimiento de las víctimas en cada etapa de atención. Los refugios deberán contar con dos áreas principalmente: un área de atención,60 al que se denomina Centro de Atención Externa (CAER) en donde se desarrolla el trabajo administrativo, y áreas especializadas dentro del refugio encargadas de brindar los servicios para el tratamiento y a rehabilitación de las víctimas de violencia:

Área de trabajo social: Primer contacto de la víctima con el refugio y donde inicia el proceso de atención y el enlace con otras áreas.

Área de psicología: terapias individuales o grupales con el fin de reducir los trastornos y deterioros emocionales causados por la violencia.

Área jurídica: orientación legal y, en su caso, representación y acompañamiento jurídico a las víctimas, con el fin de garantizarles su derecho de acceso a la justicia en caso de que se deban llevar a cabo procedimientos o procesos judiciales de carácter administrativo, familiar, civil o penal. El personal jurídico debe conocer la normatividad que tutela los derechos humanos de las mujeres. Es importante

recalcar que la protección jurídica de la mujer víctima de violencia se fundamenta en la Norma Oficial Mexicana 046 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (7) y en conjunto con Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de enero de 2008), siendo esta ley ejercida únicamente en la Ciudad de México (13)

Área médica: provee tratamiento médico a las mujeres víctimas de violencia. El seguimiento deberá también estar basado en lo establecido por la NOM 046-SSA2-2005.

Área educativa: programas reeducativos no sexistas para las víctimas, sus hijas e hijos para continuar con su formación escolarizada. Esto ayudar a las víctimas para empezar un proyecto productivo o de empleo.

El personal del refugio establece el plan de egreso de las víctimas previa valoración. La salida se puede dar por voluntad de la víctima por un traslado necesario a otro refugio o por una violación del reglamento interno y conclusión del programa de intervención. En el caso de una salida después tres meses, las diferentes partes involucradas firman una carta de corresponsabilidad, donde toman la responsabilidad de buscar la mejor opción para dar el mejor seguimiento a la mujer, en función de su particular situación.

Un texto elaborado por la RNR establece otros servicios de atención integral de manera que abarquen en el mediano plazo, el proceso de protección, tratamiento, rehabilitación y empoderamiento de las mujeres. Así, incluye la atención en un Centro de Atención Telefónica; el CAER; una Casa de Emergencia, como paso previo al entrar a un refugio, donde las mujeres toman una decisión, tienen la oportunidad de contactar a su red de apoyo sin poner en riesgo la discrecionalidad y la localidad del refugio. Este modelo menciona además la Casa de Transición después el refugio, que promueve la autonomía y el empoderamiento de las mujeres para acompañar las mujeres a su propia independencia. De este esquema más amplio propuesto por la RNR, el Inmujeres sólo retoma el CAER y

del refugio como elementos centrales para la atención integral de las víctimas como los elementos que debieran adoptar los refugios en México.

En México, los servicios de protección especializados e integrales para las mujeres que sufren violencia se puede acceder de cuatro maneras diferentes, según lo establecido por el Modelo de atención:

- Directamente, a través del número de teléfono de la RNR, donde la sobreviviente están entrevistada brevemente, se evalúa el riesgo que ella está viviendo, se diseña un plan para ayudar a escapar con seguridad de la casa, se identifica el refugio adecuado en función de su disponibilidad y la distancia del lugar de residencia anterior de la mujer que necesita el servicio;
- Indirectamente, a través de la transferencia del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar del gobierno (CAVI) después de que una mujer decidió declarar la violencia y su agresor;
- Indirectamente, a través del asesoramiento de un centro de salud especial que pertenece al Sector de Salud Pública y
- Indirectamente, a través de la transferencia de las instituciones especializadas para las mujeres (Inmujeres). (9)

Así mismo se han establecido recomendaciones y estrategias relacionadas a: creencias y comportamientos individuales, en las relaciones y en los factores comunitarios para una mejor atención a las mujeres víctimas de violencia (12)

La atención médica y psicológica, es parte fundamental de la provisión de servicios de salud del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, el cual ha incrementado paulatinamente su oferta de servicios en las unidades médicas de esta dependencia; es por ello que a partir de 2005, se implementaron los Servicios de Prevención y Atención de la Violencia de Género (SEPAVIGE) en hospitales y centros de salud T-III, de la red de servicios médicos del Gobierno del Distrito Federal, como una estrategia para fortalecer la atención por violencia de género. (13)

En el componente de Prestación de Servicios de Salud, se desarrollan actividades de detección intencionada de personas en situación de violencia de género, a través de la aplicación de Cédulas de Tamizaje a la población usuaria que acude a las salas de espera de la consulta externa, la realiza el personal de trabajo social, enfermería de las unidades médicas, y el de psicología de los SEPAVIGE, asimismo se proporciona consulta por el personal médico y terapia individual o grupal por el de psicología de las unidades médicas o de los SEPAVIGE.

2. Planteamiento del Problema

La violencia de género es un problema de salud pública que amerita un interés importante dentro de las acciones estratégicas para otorgar atención médica; la zona poniente de la Cd de México, específicamente la delegación Álvaro Obregón, dada sus características sociodemográficas, es una región con probable alto índice de violencia de género en alguna de sus modalidades. Esto se presume por la creciente demanda de atención en el módulo de SEPAVIGE que ofrece sus servicios en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, por ello se establece la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los tipos de violencia, frecuencia y atenciones otorgadas a mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera?

3. Justificación

En México, la violencia de género es un problema muy amplio pues se presenta en toda la república sin importar el estatus económico, educativo y social. Las consecuencias para las mujeres que sufren de violencia pueden incluso poner en peligro su vida, por ejemplo, la tasa de homicidios aumentó de 1979 a 1992, de 17.5 a 19.1/100 000 hab (3/100 000 en el estado de Yucatán hasta 57/100 000 en el estado de Guerrero). A pesar de que existen diferentes programas encaminados a evitar la violencia en las mujeres, los resultados no parecen ser los esperados, por ello es importante determinar cuáles son los principales tipos de violencia, frecuencia y atenciones otorgadas a mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera con el fin de brindar una mejor orientación, seguimiento y tratamiento a las mujeres con violencia. Describir y comprender de qué manera actúan factores inmersos en la violencia de género hacia mujeres permitirá emitir estrategias para la educación así como la prevención dentro de la población que atiende el hospital.

4. Objetivos

4.1. General

Determinar tipo de violencia, frecuencia y atenciones otorgadas a mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera 01.01.16 al 31.12.16.

4.2. Específicos

- Identificar tipo de violencia en mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera 01.01.16 al 31.12.16.
- Determinar la frecuencia de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia.
- Determinar el rango de edad de las mujeres atendidas víctimas de violencia.
- Conocer tipo de ingreso y atenciones otorgadas en el Hospital General Enrique Cabrera .

5. Metodología

5.1. Descripción del universo

Mujeres atendidas en el Módulo de SEPAVIGE por violencia de género en alguna de sus modalidades en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera de la Secretaría de la Ciudad de México en el periodo del 1ro de enero al 31 de diciembre de 2016.

5.2. Variables

Las variables utilizadas fueron extraídas de SEPAVIGE y capturadas mediante el programa de cómputo Excel, se clasificó la información conforme a los objetivos planteados y se realizaron gráficas de barra para representar y describir las variaciones del número de casos reportados durante el periodo de tiempo. A continuación se describe la variable, tipo de variable, definición operacional, escala de medición y clasificación.

Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de medición	Calificación
Violencia de género	Dependiente	Abuso de poder dentro de una relación de pareja (mayoritariamente ejercida por el hombre hacia la mujer), que tiene como objetivo el control desigual de esa relación y que se ejerce mediante comportamientos inaceptables y reiterados (maltrato psicológico, abuso sexual., violencia física).	Cualitativa nominal	Psicológico, físico, sexual
Vía de ingreso	Dependiente	Tipo de ingreso para recibir algún tipo de atención	Cualitativa nominal	Primer nivel, urgencias, consulta externa, agentes de la comunidad, iniciativa propia y otro canalización.
Atención otorgada	Dependiente	Tipo de atención otorgadas a mujeres víctimas de violencia	Cualitativa nominal	Casos en seguimiento y sin seguimiento; Médica y psicológica.

6. Análisis de resultados

Se identificaron seis principales tipos de violencia de género en mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera durante el año 2016 (tabla 1).

Tabla 1. Tipos de violencia registrados en el año 2016.

Violencia	No. de casos
Física	132
Psicológica	111
Abandono	10
Sexual	25
Económico-Patrimonial	15
Feminicida	7

En total, el tipo de violencia física representó 44 % de los casos registrados durante el periodo de estudio, seguido de violencia psicológica, abandono, sexual, económico-patrimonial y feminicida (figura 1).

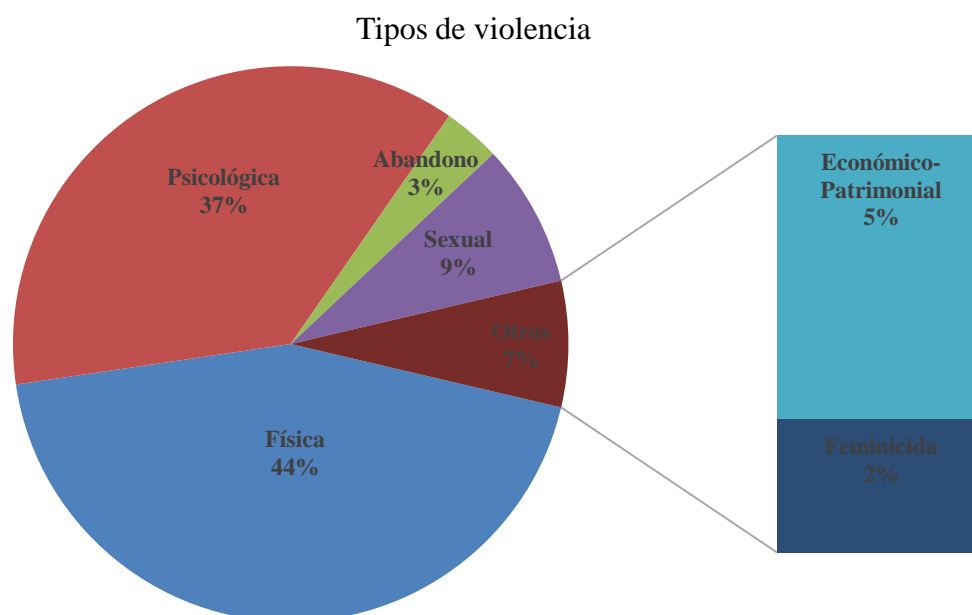


Figura 1. Porcentajes del tipo de violencia de género en mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera durante el periodo 2016.

El comportamiento de los datos durante los meses se describe en la figura 2. El mes en que se registró mayor número de casos de violencia a mujeres fue septiembre, con un total de 55 casos reportados, seguido de junio y mayo con un total de 49 y 47 reportes, respectivamente. Por otro lado, durante los meses de octubre y noviembre no se registraron casos de violencia, no obstante el mes de febrero se caracterizó por presentar el menor número de casos reportados, en total 2 (figura 2, anexo 1).

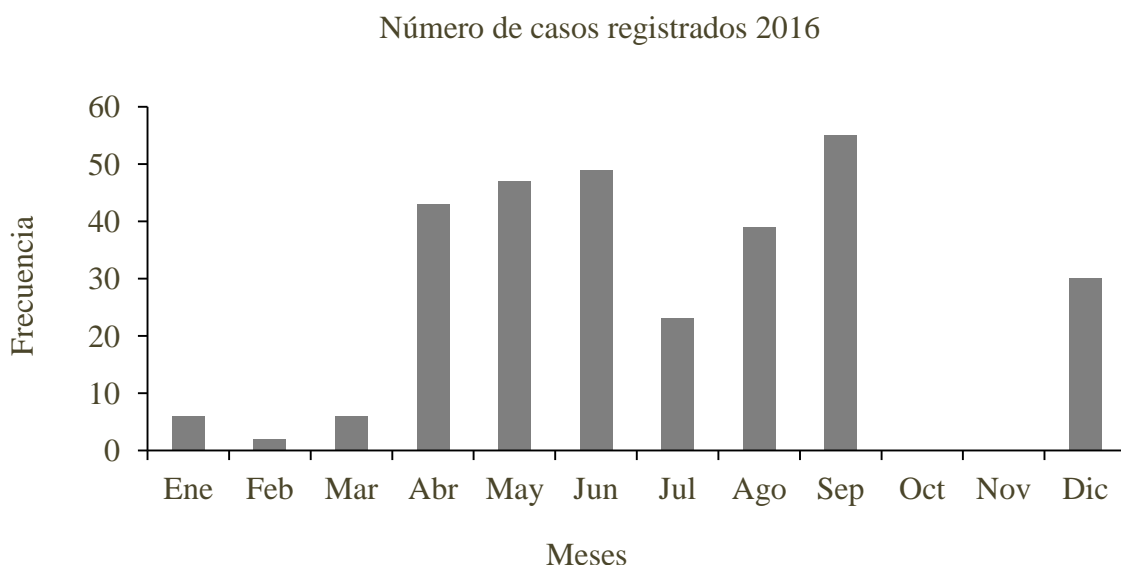


Figura 2. Casos registrados de violencia de género en mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

El ingreso de mujeres víctimas de violencia al Hospital General Dr. Enrique Cabrera se clasificó en seis tipos: 1) primer nivel, 2) urgencias, 3) consulta externa, 4) agentes de la comunidad, 5) iniciativa propia y 6) otro canalización (figura 3, anexo 2). El tipo de ingreso por urgencia presentó mayor número de casos, en total 54. En los meses que hubo registros de ingreso por urgencia, septiembre fue el mes que presentó mayor número de registros, en total 19, seguido de junio con 11 casos reportados.

Las unidades de primer nivel fueron los tipos de ingreso con menor número de registros, siendo únicamente uno el reportado durante todo el año para el mes de junio. Las consultas externas fueron el tercer tipo de ingreso con mayor número de registros, en total 23 conformados por los meses de abril-6 casos, junio-1, julio-1, agosto-2, septiembre-4, octubre-1 y diciembre-8. Para el tipo de ingreso por agentes de la comunidad, el número de casos reportados durante todo el periodo de análisis fueron 27, en el cual el mes de agosto registró el mayor número de casos, en total 12, seguido de junio-6 casos, abril-5 y diciembre-2; los meses de septiembre y octubre registraron cada uno un caso, el resto de los meses no presentó registros. El tipo de ingreso por cuenta iniciativa propia obtuvo un total de 19 casos, de los cuales el mes de diciembre obtuvo el mayor número de registros, en total cinco, seguido de abril y agosto cuatro casos cada uno, junio con tres y julio con dos; en el mes de septiembre se registró únicamente un caso, siendo así el mes con menor número de ingresos por iniciativa propia.

El número de canalizaciones a la unidad médica por algún otro tipo de ingreso de los anteriormente descritos, fueron en total 12, de los cuales el mes de mayo presentó mayor número de registros con un total de ocho casos, seguido de julio con tres y diciembre con un caso.

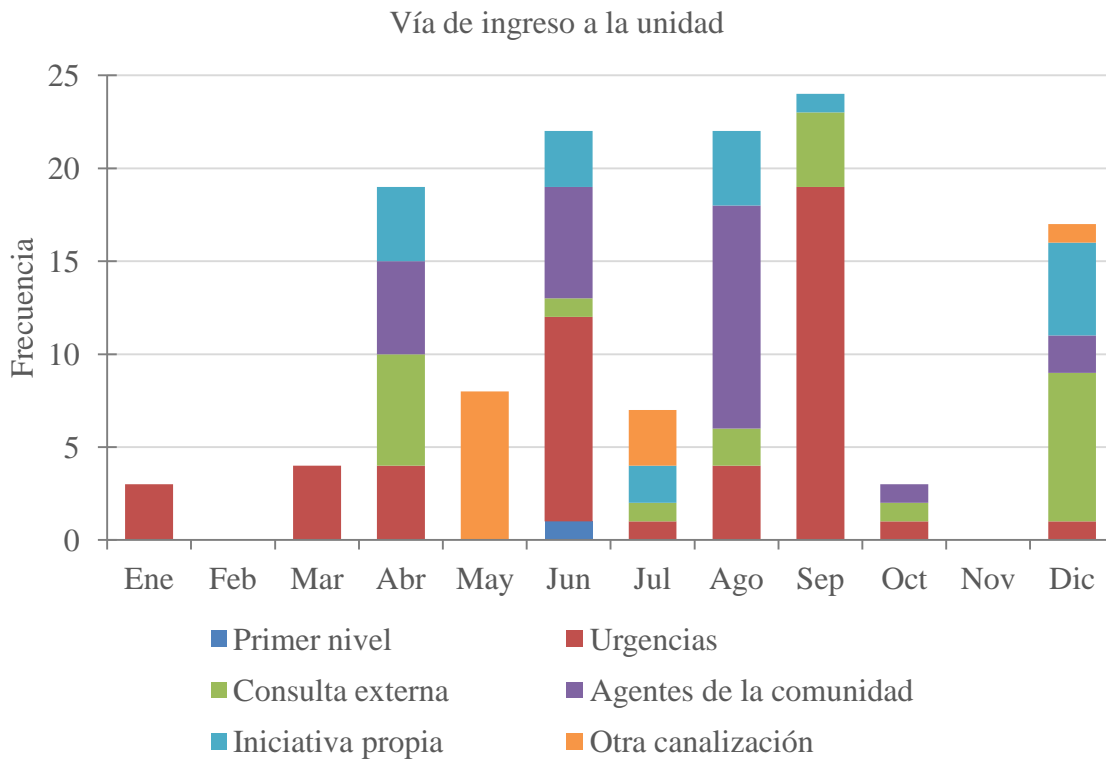


Figura 3. Tipo de ingreso al Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

Los registros y atenciones otorgadas a mujeres en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera fueron predominantemente hacia mujeres con edades ≥ 15 años. El tipo de atención que se proporcionó fue de carácter médico y psicológico. En la figura 4 (anexo 3) se compara el número de atenciones proporcionadas por vez primera y la frecuencia de casos subsecuentes. Para el mes de septiembre se observó el mayor número de casos atendidos por vez primera. No obstante, el mes de diciembre es el que obtuvo mayor número de casos subsecuentes.

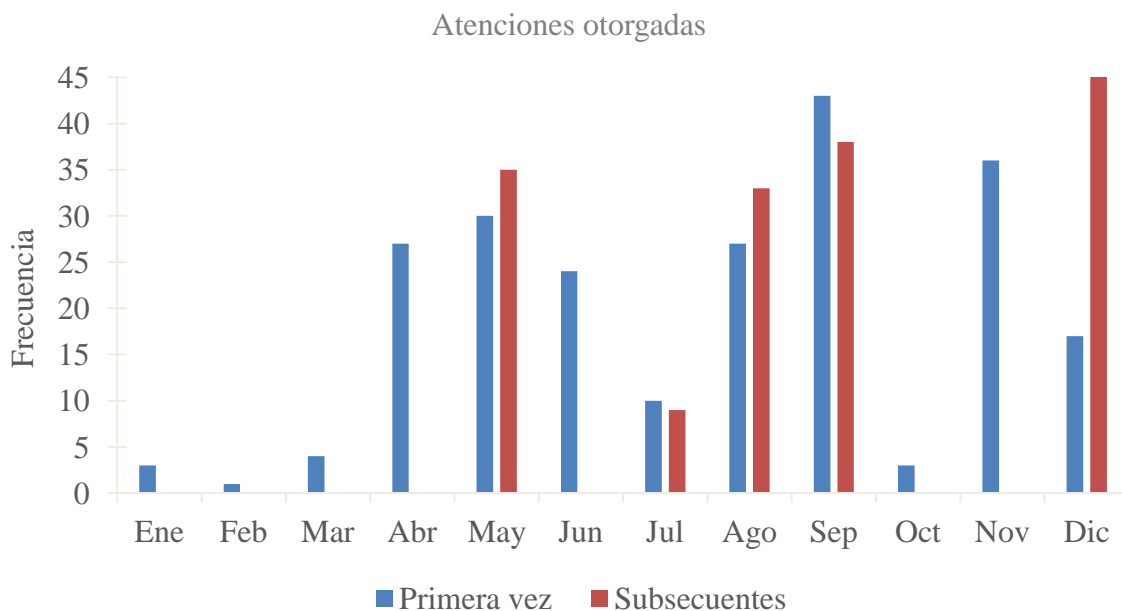


Figura 4. Atenciones otorgadas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera durante el año 2016.

En relación a la atención médica proporcionada en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, se observó que existe un mayor número de casos sin seguimiento que en seguimiento (figura 5, anexo 4). Durante el mes de junio la frecuencia de casos sin seguimiento fue mayor que en el resto de los meses. Los casos en seguimiento son significativamente menores a los casos sin seguimiento, siendo el mes de abril y mayo los únicos meses que presentaron casos atendidos y uno por mes.

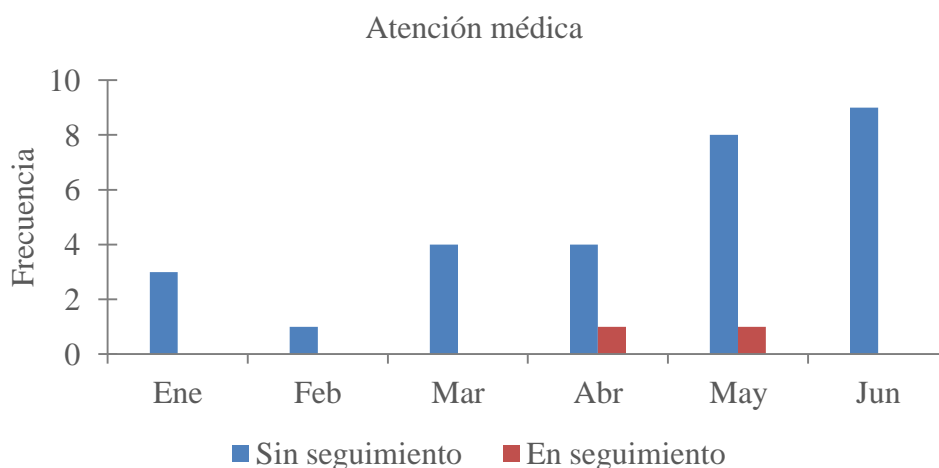


Figura 5. Seguimiento de casos para atención médica.

Los datos analizados en relación al seguimiento de la atención psicológica proporcionada se muestran en la figura 6 (anexo 5). Durante todo el año, los meses en los cuales se obtuvieron registros pertenecieron a abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre y diciembre, siendo los meses de enero, febrero, marzo, octubre y noviembre en los cuales no se presentaron casos de algún tipo de atención psicológica.

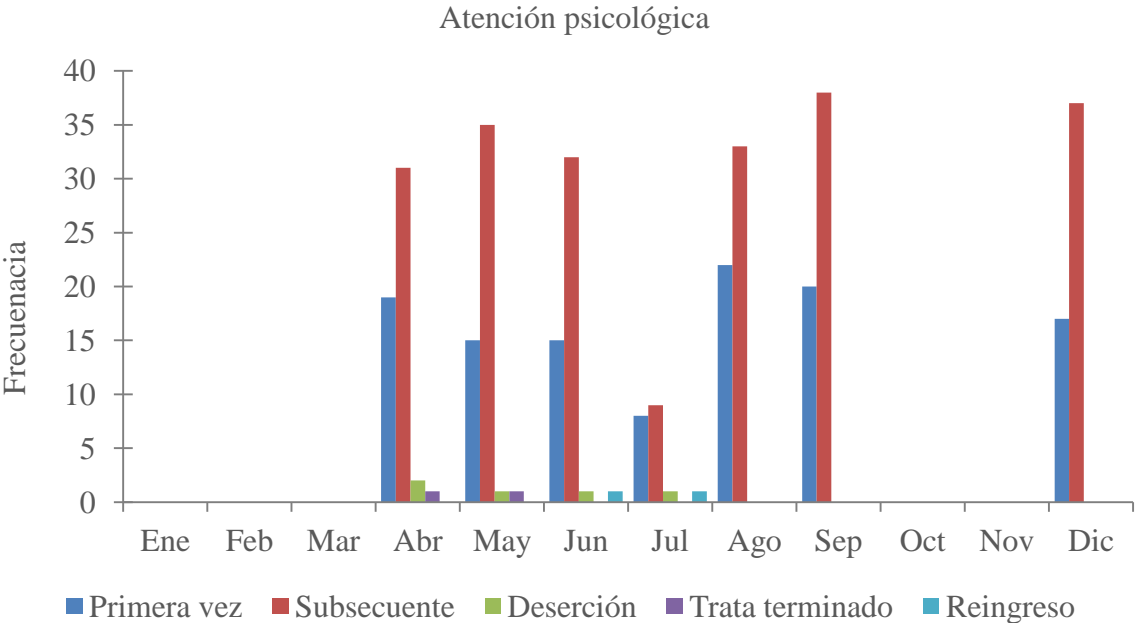


Figura 6. Seguimiento de atención psicológica otorgada.

Las atenciones otorgadas por vez primera a mujeres víctimas de violencia tuvieron mayor número de registros durante el mes de agosto con un total 22 casos, siendo julio el mes con menor número de casos, en total 8. Para el caso de la atención tipo subsecuente, el mes de septiembre obtuvo mayor número de registros con un total de 38; al igual que las atenciones por vez primera, el tipo de atención subsecuente tuvo menor número de casos durante julio, en total nueve. La atención tipo deserción presentó mayor cantidad de registros durante el mes de abril con un total de dos casos, los meses de abril, mayo, junio y julio presentaron únicamente un caso por mes, los meses restantes para este tipo de atención no se presentaron registros. Los casos registrados que terminaron sus tratamientos

fueron en total dos y pertenecientes a los meses de abril y mayo, uno para cada mes, los meses restantes no se presentaron registros. El número total de casos de reingreso fueron dos y pertenecientes a los meses de julio y julio, uno para cada mes, en los meses restantes no se observó registro de casos.

7. Discusión

Según los datos obtenidos, el 44 % de las mujeres que ingresan al Hospital General Dr. Enrique Cabrera son atendidas de forma urgente debido a violencia física. Los efectos producidos por la experimentación de un acontecimiento traumático de forma aguda o crónica pueden ser más profundos puesto que llevan asociados la afectación de los significados cruciales de la vida de una mujer (2) y aunado a que la violencia física se halla encontrado como la más frecuente y que su materialización última pueda ser el homicidio (3) es importante intervenir en la detección, atención y seguimiento de mujeres víctimas de violencia en alguna de sus modalidades.

Así mismo es importante resaltar que durante todo el año 2016, el mes de septiembre se caracterizó por tener el mayor número de registros respecto a los rubros de medición analizados en este documento, el motivo por el cual se presenta mayor número de casos en este mes se desconoce y enlistar las causas sería mera especulación por lo que es recomendable mejorar las encuestas realizadas a mujeres víctimas de violencia, y relacionar con los años posteriores para esclarecer este comportamiento, ya que podría ser un patrón que se repita año con año o sólo ser un acontecimiento estocástico.

Por otro lado, la mayoría de las atenciones otorgadas son de tipo psicológico y tienden a ser con mayor frecuencia de tipo subsecuente en el mes de diciembre, pero de primera vez con mayor frecuencia en el mes de septiembre. Considero que la violencia de género se deba detectar para prevenir más daño físico y psicológico en las mujeres atendidas en consulta externa de cualquier servicio del Hospital General Dr. Enrique Cabrera a través de la implementación de cuestionarios de detección de violencia en cualquiera de sus modalidades para incrementar así su atención en SEPAVIGE (Servicios de Prevención y Atención de la Violencia de Género) (13) y disminuir la atención en urgencias evitando que las mujeres lleguen a experimentar algún tipo de violencia.

En México la violencia en las mujeres es un punto focal debido a las elevadas tasas de reporte. Tal es el caso de las mujeres de Juárez que ha sido analizado desde la perspectiva de género y se le destaca como un problema real social (3). Proporcionar orientación legal y, en su caso, representación y acompañamiento jurídico, con el fin de garantizarles su derecho de acceso a la justicia en caso de que se deban llevar a cabo procedimientos o procesos judiciales de carácter administrativo, familiar, civil o penal, recalcando que la protección jurídica de la mujer víctima de violencia se fundamenta en la Norma Oficial Mexicana 046 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (7) y en conjunto con Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (13) siendo esta ley ejercida únicamente en la Ciudad de México.

8. Conclusiones

Con base a los datos obtenidos se pudo conocer el tipo de violencia, la frecuencia y las atenciones otorgadas a mujeres atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera:

- El tipo de violencia física es el caso más reportado y atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera.
- El ingreso de mujeres víctimas de violencia al Hospital General Dr. Enrique Cabrera es mayormente por urgencias.
- Los casos con seguimiento tienen atenciones otorgadas de tipo psicológico.
- Dichos datos mostraron variaciones a lo largo del periodo de estudio, siendo septiembre el mes con mayor número de casos reportados y atendidos.

9. Recomendaciones

Se recomienda desarrollar estrategias que permitan el seguimiento de casos y atenciones otorgadas a mujeres víctimas de violencia, por ejemplo, pláticas y talleres para que las mujeres aprendan a identificar algún tipo de violencia y eviten ser víctimas de ello.

La violencia de género debe ser detectada para prevenir más daño físico y psicológico en las mujeres atendidas en consulta externa de cualquier servicio del Hospital General Dr. Enrique Cabrera a través de la implementación de cuestionarios de detección de violencia en cualquiera de sus modalidades para incrementar así su atención en SEPAVIGE y disminuir la atención en urgencias.

Describir con mayor precisión los formatos y encuestas en la detección de violencia de género para que la información obtenida sea más completa y fidedigna.

Programas de desarrollo social, como los orientados a prevenir la intimidación, así como los programas preescolares de enriquecimiento.

Fortalecer los programas de tratamiento para las personas que corren el riesgo de atender contra sí mismas, incluido el tratamiento médico de los trastornos psiquiátricos; y programas para los autores de delitos sexuales y las personas que maltratan a sus parejas o a sus hijos.

Mejorar la comunicación y las interacciones entre los miembros de la familia, así como enseñar aptitudes de resolución de problemas que ayuden a padres e hijos.

Sensibilizar al personal médico para otorgar una mejor atención a aquellas mujeres que ingresan con algún tipo de violencia al servicio de urgencias, para que se dé seguimiento, y en conjunto con psicología proporcionar un tratamiento integral.

10. Bibliografía

1. PASTOR BRAVO M., RODES LLORET F., NAVARRO ESCAYOLA E. PERFIL DEL AGRESOR EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Boletín Galego de Medicina Legal e Forense nº. 16. Diciembre 2009.
2. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington,DC :OPS , 2013.
3. Jorge Alberto Álvarez Díaz, LAS MUERTAS DE JUÁREZ. BIOÉTICA, GÉNERO, PODER E INJUSTICIA, Acta Bioethica 2003; año IX, NO 2
4. Ana María Tepichin Valle, POLÍTICA PÚBLICA, MUJERES Y GÉNERO
5. Valle Rodríguez, Gloria M., Bueno Sánchez, Eramis, Las Políticas Públicas desde una perspectiva de género, Novedades en Población (Año 2 no. 4 2006), La Habana, CEDEM, Centro de Estudios Demograficos, Universidad de La Habana, 2006
6. LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Última Reforma DOF 17-12-2015
7. NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN.
8. Miguel Ángel Alcázar-Córcoles, Antonio Verdejo-García, et al Neuropsicología de la agresión impulsiva, Rev Neurol 2010; 50 (5): 291-299 291
9. Cecilia Toledo Escobar, Cécile Lachenal, Diagnóstico sobre los refugios en la política pública de atención a la violencia contra las mujeres en México, 2015 Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. Cerrada de Alberto Zamora 21, Col. Villa Coyoacán, C.P. 04000, México, D.F.
10. Rosa Patró Hernández y Rosa María Limiñana Gras, Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas, anales de psicología 2005, vol. 21, nº 1 (junio), 11-17
11. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen, Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 2002
12. Lineamientos y Reglas de Operación de los Programas Sociales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal 2013 Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, Publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 31 de Enero de 2013
13. GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL, Órgano de Difusión del Gobierno del Distrito Federal, 11 DE MARZO DE 2013 No. 1560
14. Derecho a la Salud en México Primera edición, 2015, Universidad Autónoma Metropolitana Prolongación Canal de Miramontes 3855 Colonia Ex-Hacienda San Juan de Dios 4387, México, Distrito Federal

15. Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos Actividad Institucional de Prevención y Atención de la Violencia de Género, AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO, (Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Apéndice Informativo 1)

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Tipos de violencia.

Tipos de violencia Detectada	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Física	5	2	6	19	25	21	9	13	24	0	0	8
Psicológica	1	0	0	18	15	16	9	18	19	0	0	15
Abandono	0	0	0	0	0	0	2	5	3	0	0	0
Sexual	0	0	0	5	3	5	0	2	5	0	0	5
Económico-Patrimonial	0	0	0	1	4	1	2	1	4	0	0	2
Feminicida	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0
Total	6	2	6	43	47	49	23	39	55	0	0	30

11.2. Anexo 2. Vía de ingreso al hospital.

Vía de ingreso	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Unidades de primer nivel	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Urgencias del hospital	3	0	4	4	0	11	1	4	19	1	0	1
Consulta externa del hospital	0	0	0	6	0	1	1	2	4	1	0	8
Agentes de la comunidad	0	0	0	5	0	6	0	12	0	1	0	2
Institución gubernamental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iniciativa propia	0	0	0	4	0	3	2	4	1	0	0	5
Otra canalización	0	0	0	0	8	0	3	0	0	0	0	1

11.3. Anexo 3.

	1ª. Vez	Subsecuente
Ene	3	0
Feb	1	0
Mar	4	0
Abr	27	0
May	30	35
Atenciones otorgadas Jun	24	0
Jul	10	9
Ago	27	33
Sep	43	38
Oct	3	0
Nov	36	0
Dic	17	47

11.4. Anexo 4.

ATENCIÓN MÉDICA			
		MUJERES	MUJERES
Ene	En seguimiento	0	0
	Sin seguimiento	3	0
Feb	En seguimiento	0	0
	Sin seguimiento	1	0
Mar	En seguimiento	0	0
	Sin seguimiento	4	0
Abr	En seguimiento	1	0
	Sin seguimiento	4	0
May	En seguimiento	1	0
	Sin seguimiento	8	0
Jun	En seguimiento	0	0
	Sin seguimiento	9	0

11.5. Anexo 5.

Atención psicológica individual

		Mayores de 15 años	Menores de 15 años
Ene	Primera vez	0	0
	Subsecuente	0	0
	Deserción	0	0
	Tratamientos terminados	0	0
	Reingreso	0	0
	Feb	Primera vez	0
	Subsecuente	0	0
	Deserción	0	0
	Tratamientos terminados	0	0
	Reingreso	0	0
Mar	Primera vez	0	0
	Subsecuente	0	0
	Deserción	0	0
	Tratamientos terminados	0	0
	Reingreso	0	0
	Abr	Primera vez	19
Subsecuente		31	0
Deserción		2	0
Tratamientos terminados		1	0
Reingreso		0	0
May		Primera vez	15
	Subsecuente	35	0
	Deserción	1	0
	Tratamientos terminados	1	0
	Reingreso	0	0

Jun	Primera vez	15	0
	Subsecuente	32	0
	Deserción	1	0
	Tratamientos terminados	0	0
	Reingreso	1	0
	Jul	Primera vez	8
Subsecuente		9	0
Deserción		1	0
Tratamientos terminados		0	0
Reingreso		1	0
Ago		Primera vez	22
	Subsecuente	33	0
	Deserción	0	0
	Tratamientos terminados	0	0
	Reingreso	0	0
	Sep	Primera vez	20
Subsecuente		38	0
Deserción		0	0
Tratamientos terminados		0	0
Reingreso		0	0
Oct		Primera vez	0
	Subsecuente	0	0
	Deserción	0	0
	Tratamientos terminados	0	0
	Reingreso	0	0
	Nov	Primera vez	0
Subsecuente		0	0
Deserción		0	0
Tratamientos terminados		0	0

	terminados		
	Reingreso	0	0
Dic	Primera vez	17	0
	Subsecuente	37	0
	Deserción	0	0
	Tratamientos	0	0
	terminados		
	Reingreso	0	0
