



GOBIERNO DE
MÉXICO



Estrategia para la prevención, detección, diagnóstico, atención y derivación de la violencia de género en IMSS-BIENESTAR

Guía Operativa 2021-2024



México
2021
Año de la
Independencia





Índice		Página
I.	Introducción	3
II.	Justificación	4
III.	Diagnóstico situacional	6
IV.	Marco teórico	10
V.	Marco jurídico	16
VI.	Objetivo general	18
VII.	Objetivos específicos	18
VIII.	Acciones	18
1.	Capacitación	20
2.	Difusión	20
3.	Acciones médico preventivas	21
-	Detección	21
4.	Acciones médico asistenciales	25
A.	Diagnóstico	25
B.	Atención Médica	26
-	Violencia física	28
-	Violencia sexual	30
-	Violencia psicológica	35
C.	Atención Psicológica	38
-	Manejo de crisis	38
-	Evaluación del Riesgo	40
D.	Atención por Trabajo Social	46
-	Elaboración de un Plan de Seguridad	46
-	Orientación Legal	49
5.	Derivación (Referencia)	51
-	Segundo y tercer nivel de atención e instituciones especializadas en violencia	51
-	Refugio	53
-	Ministerio Público	53
6.	Registro	55
Anexo 1.	Herramienta de detección	56
Anexo 2.	Aviso al Ministerio Público	57
Anexo 3.	Glosario	58
Referencias bibliográficas		62



I. Introducción

A lo largo de la historia se ha legitimado culturalmente el empleo del castigo físico como forma de resolver conflictos y como sistema disciplinario. Así mismo, la existencia de desigualdades sociales y económicas, como el desempleo, necesidades básicas insatisfechas y aislamiento social, generan violencia.

En el siglo XX después de las dos guerras mundiales, se comenzó a analizar con mayor profundidad el significado de los derechos individuales y las formas de las relaciones sociales. En 1948, se estableció por consenso internacional la Declaración Universal de los Derechos Humanos, siendo el punto de partida sobre el derecho de aquellas poblaciones con mayor vulnerabilidad:

- Niñas, niños y adolescentes
- Mujeres
- Adultos mayores
- Personas con discapacidad
- Indígenas
- Migrantes
- Grupo lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual (LGBTI)

El derecho de la mujer de contar con el nivel más elevado de salud física y mental fue reconocido por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, estableciendo que el principal obstáculo que les impide a las mujeres lograrlo, es la desigualdad social entre mujeres y hombres.

Es necesario romper paradigmas androcéntricos y patriarcales que continúan afectando las concepciones, los procedimientos y acciones sobre las mujeres y su salud, minimizar las exclusiones, demoras y barreras de acceso generadas por estereotipos de género.

La violencia es ascendente y una intervención a tiempo, dando el tratamiento como consecuencia de una denuncia de violencia verbal, puede evitar que las formas de violencia crezcan y lleguen a la muerte.

Para que esto sea posible, es necesario empezar por sensibilizar, hacer visible, documentar, entender el problema y servir de puente para que las mujeres afectadas puedan buscar ayuda y se genere un cambio profundo en el comportamiento, actitudes y valores de hombres y mujeres, dado que la mayoría de las mujeres no quieren expresar o no reconocen que viven en situación de violencia.



II. Justificación

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada en el 2016 en 142,363 viviendas rurales y urbanas, mostró que:

- 66.1% de las mujeres mayores de 15 años han sufrido un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida.
- En relación con el tipo de violencia: 49% sufren de violencia emocional, 41.3% sexual, 34% física, 29% económica o patrimonial o discriminación en el trabajo.
- Las entidades con mayor número de casos de violencia de género fueron la Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Aguascalientes y Querétaro.
- 9.4% habían sufrido abuso sexual en la infancia y los tres principales agresores fueron un tío (20%), conocido sin parentesco (16%) y primo (15.7%).
- El 88.4% no solicitó apoyo a alguna institución, ni presentó una queja o denuncia ante alguna autoridad. Las razones por las que no buscan ayuda, atención o denuncia son:
 - Se trató de algo sin importancia que no les afectó.
 - Miedo a las consecuencias o amenazas.
 - Vergüenza.
 - No sabía cómo o donde denunciar.
 - Pensó que no le iban a creer o a decir que era su culpa.
 - Por sus hijos.
 - Porque no quería que su familia se enterará.
 - No confía en las autoridades.
 - No sabía que existieran leyes para sancionar la violencia.

Las opciones disponibles para una mujer están condicionadas por factores que están fuera de su control:

- Actitud de la comunidad ante la violencia.
- Recursos disponibles para las mujeres maltratadas.
- Acceso a recursos financieros y apoyo social.

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



afrontan riesgos médicos y psicológicos deben ser eficaz y diligentemente atendidas por personal capacitado, para resolver el riesgo que enfrentan.

Debido a que cada caso de violencia es único, es importante considerar las particularidades de cada uno para definir las acciones a implementar, tomando como marco general las recomendaciones establecidas en la **NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención**, el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Secretaría de Salud y la Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección y atención de la violencia de pareja y de la violencia sexual en el primer y segundo niveles de atención.

IMSS-BIENESTAR busca contribuir con la prevención y la detección temprana de la violencia, el tratamiento inicial y la derivación de las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesarias; por lo que ha desarrollado una serie de actividades encaminadas a buscar e identificar en forma intencionada mujeres de 15 años y más, en situación de violencia; aplicando, previo consentimiento informado, una herramienta de detección en la consulta externa y enlazando el resultado con actividades de atención médica, orientación legal, evaluación del riesgo, elaboración de un plan de seguridad y la derivación a instituciones especializadas cuando sea necesario, a través de la intervención de un equipo de salud multidisciplinario.

IMSS-BIENESTAR tiene claro que se debe atender la violencia de género y busca otorgar al personal médico herramientas que les faciliten el abordaje integral y multidisciplinario para generar acciones de prevención, detección, atención y derivación de mujeres que viven en situación de violencia.

En este sentido, es importante que el personal de salud:

- Reconozca la violencia de género como un problema de salud pública y violación a los Derechos Humanos.
- Promueva un cambio de cultura y contribuya al ejercicio de la igualdad entre mujeres y hombres.
- Identifique la violencia de género en la población a su cuidado y las repercusiones en su salud.

La realización de las acciones planeadas en esta Estrategia permitirá:

- Evaluar la vinculación entre violencia y síntomas crónicos o recurrentes.
- Orientar a las mujeres que viven en violencia, sensibilizarlas a no aceptarla como algo natural y eliminar barreras que les impidan hablar sobre el problema.
- Promover una cultura de denuncia.
- Utilizar los servicios interinstitucionales de ayuda disponibles.



III. Diagnóstico situacional

A partir del 2016 inició operativamente en el Programa la “Estrategia de prevención, detección, atención y derivación de violencia de género en mujeres mayores de 15 años en IMSS-BIENESTAR”; desde entonces se han capacitado 7,831 servidoras y servidores públicos en la misma.

De 2016 al 2020, en las unidades médicas del Programa se han realizado 4.5 millones de detecciones de violencia de género y se han identificado 16,488 casos positivos (0.4%).

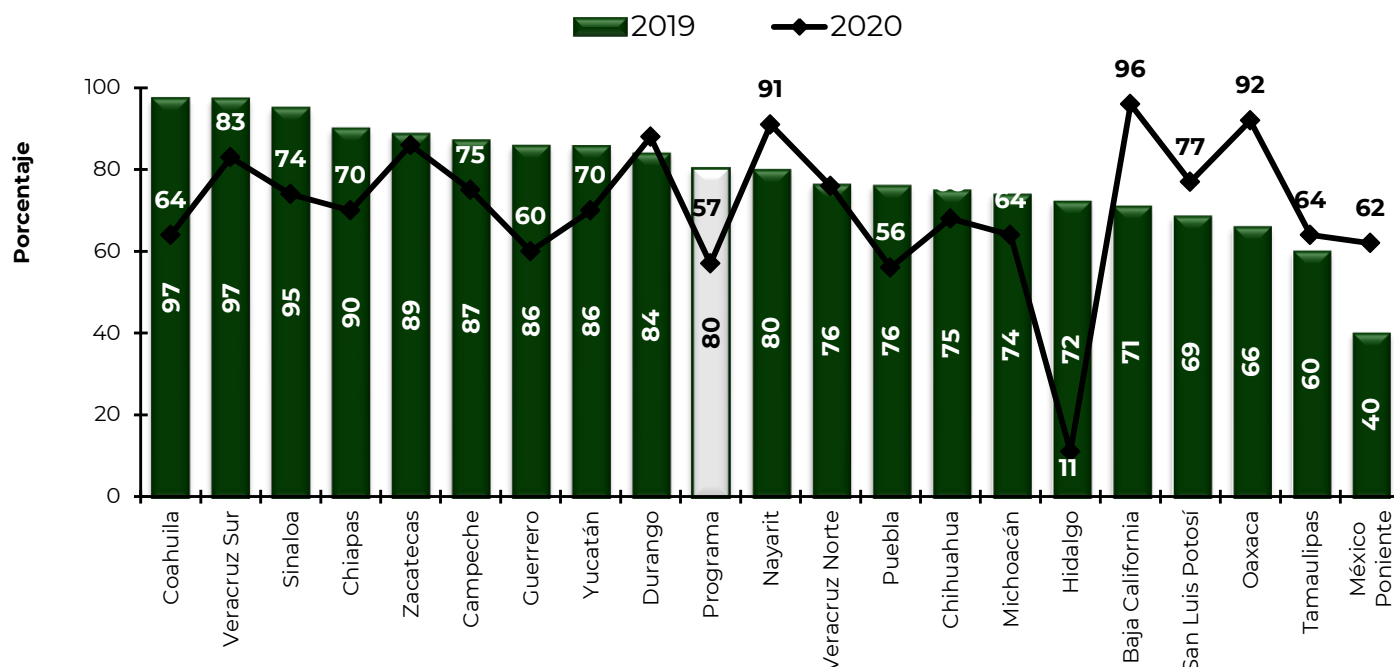
Detecciones de violencia de género en IMSS-BIENESTAR 2016-2020

Detecciones	2016	2017	2018	2019	2020
Total	190,942	310,236	425,987	2,104,226	1,528,868
Positivas	2,239	1,832	4,016	6,404	1,997

Fuente: Sistema electrónico para registro de violencia de género, 2016-2017.
SISPA 2018-2020.

En 2020, se realizaron 1'528,868 detecciones, lo que representó el 57% de lo programado. Destacaron los OOAD Baja California, Nayarit y Oaxaca con los mejores resultados. El 32% se realizó en Unidad Médica Rural (UMR) y el 68% en Hospital Rural (HR); el 53% se asumieron como indígenas y el 15% estaban embarazadas en el momento de la detección.

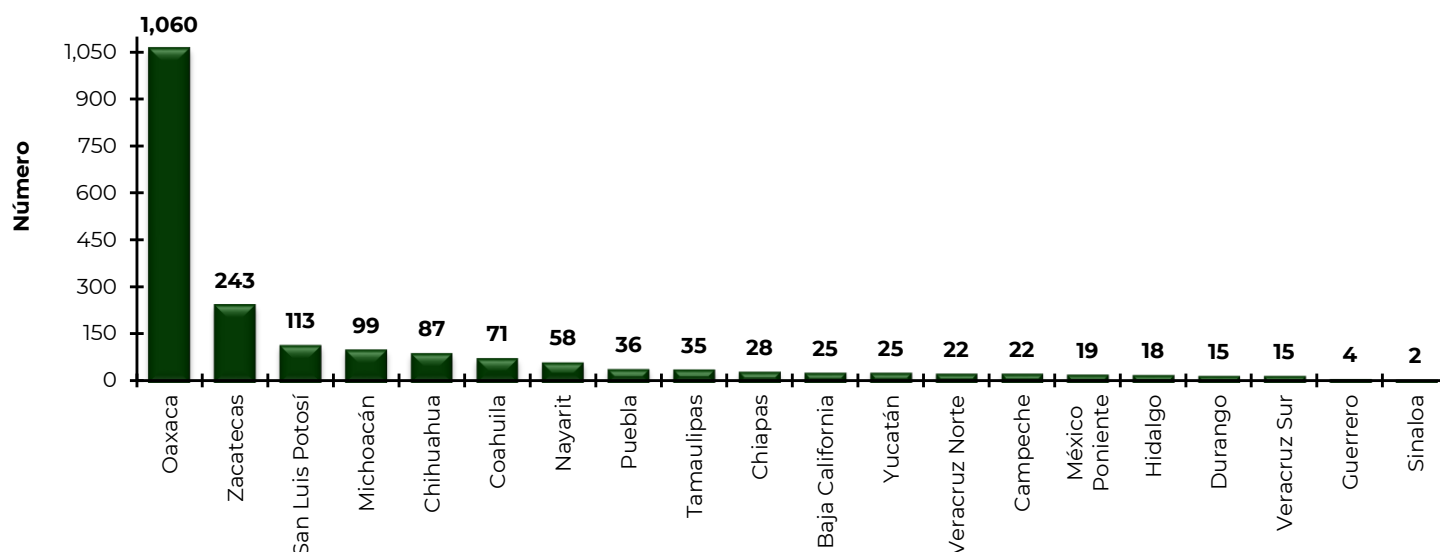
Logro con relación a la meta de detecciones de violencia de género por OOAD 2019-2020



Fuente: SISPA.

Al realizar el análisis de las detecciones positivas por OOAD, destaca Oaxaca con el 53% del total del Programa (1,060); observándose una prevalencia de violencia de género de 0.13%; además el 50% de los casos se identificaron en el grupo de 20 a 49 años.

Detecciones positivas por OOAD, 2020



Fuente: SISPA.



La violencia psicológica es el tipo más frecuente, al identificarse en 1,708 casos. En el 56% de los casos, el tipo de violencia no es único; es común que se encuentren dos o tres tipos de violencia en el mismo caso.

Número de casos por tipo de violencia de género por OOAD, 2020

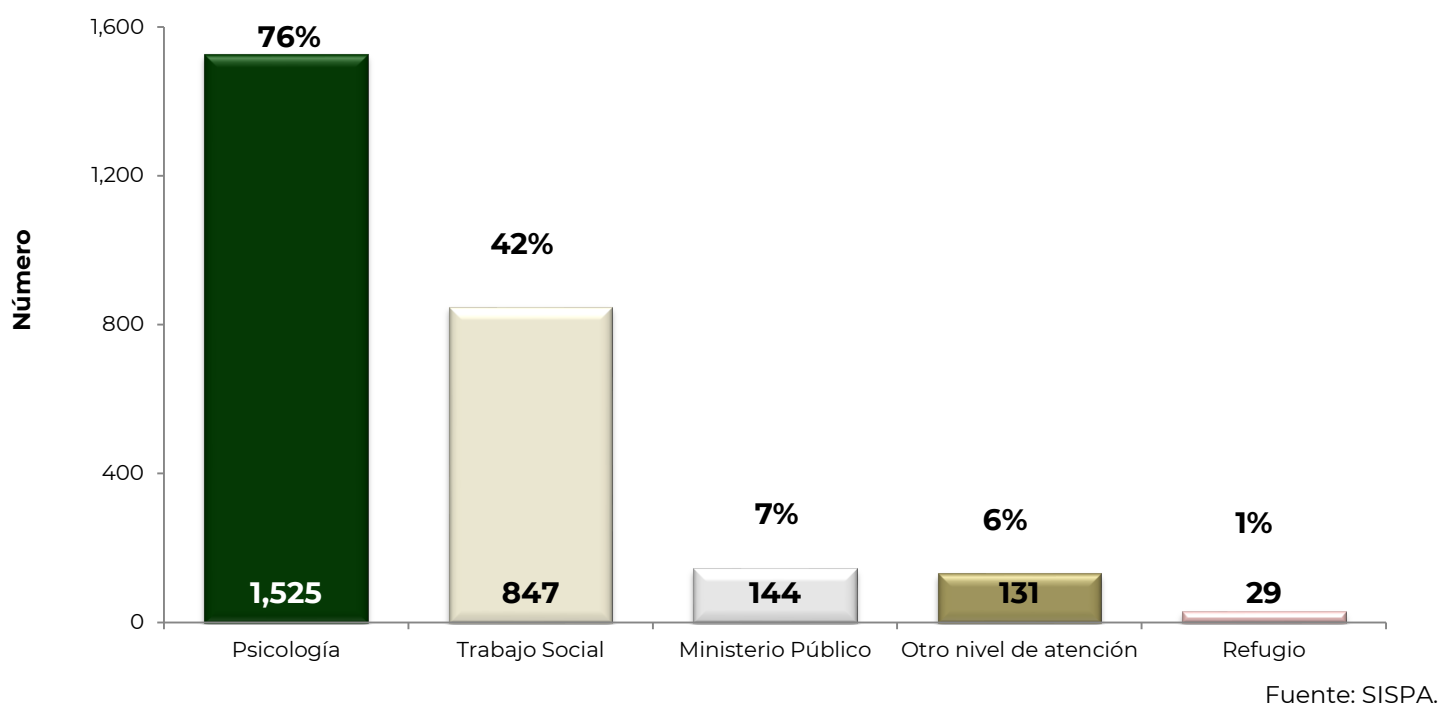
Número	OOAD	Psicológica	Física	Sexual
1	Baja California	19	9	6
2	Campeche	16	9	1
3	Coahuila	57	17	5
4	Chiapas	7	87	1
5	Chihuahua	49	65	15
6	Durango	11	25	0
7	Guerrero	2	3	0
8	Hidalgo	17	3	5
9	México Poniente	13	6	9
10	Michoacán	76	35	11
11	Nayarit	44	14	13
12	Oaxaca	951	422	31
13	Puebla	25	16	0
14	San Luis Potosí	90	80	33
15	Sinaloa	80	2	0
16	Tamaulipas	31	25	4
17	Veracruz Norte	9	132	4
18	Veracruz Sur	5	42	4
19	Yucatán	21	132	12
20	Zacatecas	185	101	21
Programa		1,708	1,225	175

Fuente: SISPA.

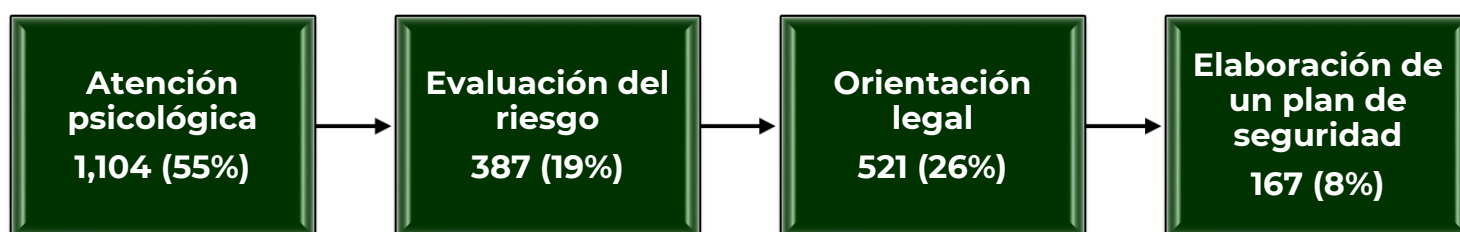
El agresor más común es la pareja, al presentarse en 1,210 de los casos positivos identificados.

Sólo 76% de los casos identificados, fueron referidos para atención por el personal de psicología de los HR, por lo que es importante referir a todos los casos.

Casos positivos de violencia de género referidos para atención, 2020



Ante la identificación de un caso positivo de violencia de género se han realizado las siguientes acciones:



Fuente: SISPA.



GOBIERNO DE
MÉXICO



IV. Marco Teórico

Género no es sinónimo de sexo; éste último alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que género se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo de los roles y el poder.

La equidad no es lo mismo que igualdad. Paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”. Así, mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos. El problema no es que existan desigualdades, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo.

La violencia de género se sustenta en la existencia de poder de uno sobre otro o sobre la necesidad de imponer control por quien determine un mayor grado de poder. Entendiendo a este como la capacidad de ejercer dominio o control sobre personas y cosas en el marco de una relación jerárquica de autoridad/subordinación. Los hombres son los principales autores de violencia en todos los niveles: casa, comunidad, instituciones.

Las condiciones estructurales de desigualdad social en las que viven las mujeres son el principal factor de vulnerabilidad, que tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social y cultural. En relación con la vulnerabilidad social, las mujeres siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo remunerado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a la información y a servicios adecuados de salud.

Las vulnerabilidades de las mujeres por cuestiones de género se refuerzan cuando, además se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas u orientación sexual; es decir, la violencia afecta a las mujeres, pero no a todas por igual.

La violencia de género es una forma de violación a los derechos humanos que afectan de manera directa la salud y que compromete no sólo el ámbito físico sino el psicosocial de las mujeres y se refiere a:

- Toda forma de violencia que incluye una relación asimétrica de poder.
- Donde se discrimina a una persona por su sexo, es predominantemente ejercida contra las mujeres.



- Tiene lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal; ya sea o no, que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.
- Ocurre en la comunidad y es perpetrada por cualquier persona.

La ONU en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, se refiere a ella cómo:

“Acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.

Abarca, sin carácter limitativo:

“La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la relacionada con la dote, la violación por la pareja, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la ejercida por personas distintas de la pareja y la relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, instituciones educativas y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.”

La Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Para), afirma que “La violencia contra la mujer es una práctica generalizada y profundamente arraigada que tiene graves consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres”.

Su persistencia es moralmente inaceptable; sus costos incalculables para los individuos, los sistemas de salud y para la sociedad en general. Sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos.

Para fines de esta Estrategia se consideran como **tipos de violencia:**

- **Física:** cualquier acto que infringe daño no accidental usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones; ya sea internas, externas o ambas.



- **Psicológica:** cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas; las cuales, conllevan a las víctimas a la depresión, aislamiento, devaluación de su autoestima e incluso el suicidio.
- **Sexual:** acto sexual o la tentativa de consumarlo, así como los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. Es la que permanece más oculta, particularmente la que ocurre en la familia contra las mujeres y niñas o niños.

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

La violencia se establece de forma progresiva y se va agravando conforme pasa el tiempo:

- Agresiones psicológicas
- Agresiones verbales
- Agresiones físicas
- Muerte violenta

Factores de riesgo

Frente al abordaje epidemiológico de factores de riesgo centrados en el agresor o en la víctima y desde la visión epidemiológica social, Heise propone un “marco ecológico integrado” para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer que contempla los siguientes factores:

- **Sociales:** normas que dan por sentado el control de los hombres sobre las conductas de las mujeres. Aceptación de la violencia como vía de resolución de los conflictos. Noción de la masculinidad al dominio, honor o agresión. Roles de género rígidos. En este nivel se ubican las políticas públicas en diversos ámbitos (económicas, educativas, sanitarias y sociales) que contribuyen a mantener las desigualdades entre los diferentes grupos de la sociedad.
- **Comunitarios:** se refiere a la influencia de valores, usos, costumbres y dinámicas de organización comunitaria que establecen y refuerzan el aislamiento de las mujeres, la falta de apoyo social, la tolerancia y legitimación social de la violencia.



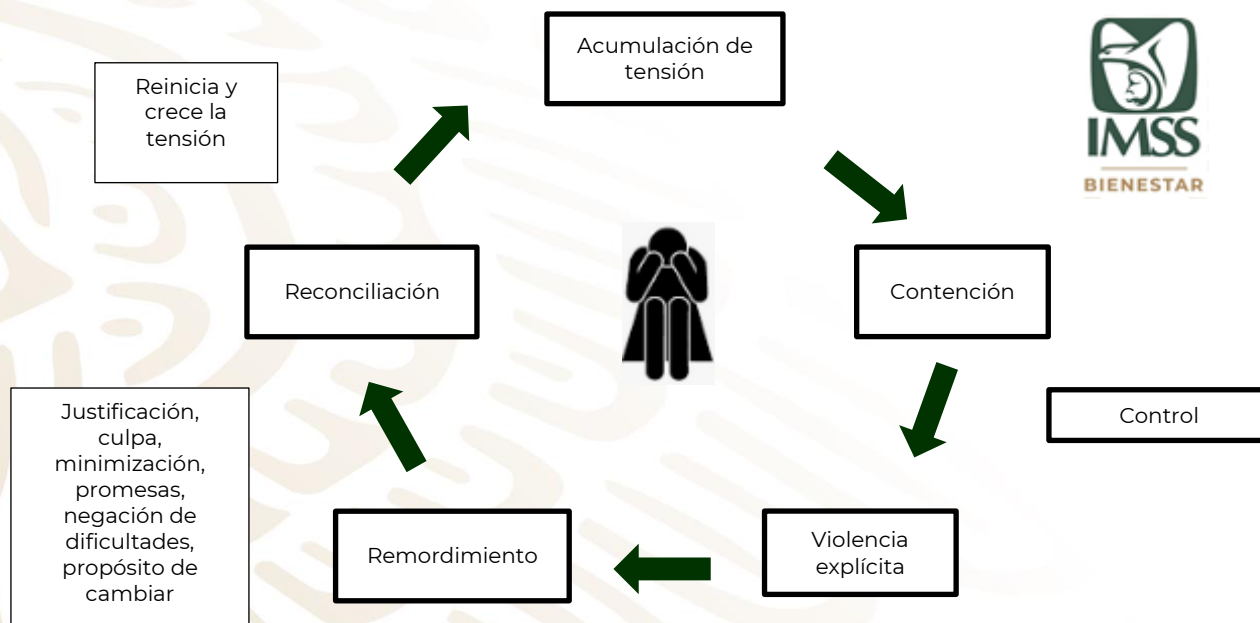
- **Relacionales:** abarcan el nivel de comunicación del hombre con la mujer, consumo de sustancias, situación laboral, haber presenciado actos de violencia entre sus padres en la niñez, agresividad con otros hombres, autoritarismo y control financiero.
- **Individuales:** se refiere a los antecedentes personales que influyen en el comportamiento del individuo y en sus relaciones. Se consideran en este ámbito, el nivel educativo de la mujer, su autonomía financiera, historial de victimización, el nivel de empoderamiento, apoyo social y ser testigo o víctima de violencia en la niñez, padre ausente o que lo rechaza, uso de sustancias e Interiorización de los valores tradicionales (superioridad del hombre e inferioridad de la mujer).

Ciclo de la violencia

Existe un ciclo de violencia que puede explicar cómo se produce y mantiene; sus fases son:

- **Construcción de la tensión:** ataques verbales, hostilidad progresiva, mayor vigilancia de la víctima. Acumulación de tensión y contención del agresor.
- **Violencia:** estallido de los maltratos o agresión, ocurre precipitadamente por un acontecimiento o sin previo aviso, después de la construcción de la tensión, durante días o meses.
- **Luna de miel:** el agresor se deshace en disculpas, prometiendo que nunca más volverá a hacer daño a la víctima. A menudo la corteja con regalos y con una conducta romántica. La mujer quiere creerle, llega a convencerse de que es responsabilidad suya mantener la paz y la armonía porque su pareja se lo repite continuamente. Hay remordimiento del agresor y reconciliación momentánea.

Fases del ciclo de la violencia



En el área rural, el ciclo de la violencia inicia en la segunda fase, incidente agudo de golpes y la fase de arrepentimiento suele no darse. La violencia se ejerce para controlar las decisiones de las mujeres, sus movimientos, sus opiniones, su sexualidad, su capacidad de reproducción y reafirmar la autoridad de la pareja o de otros hombres que las tutelan a lo largo de su vida.

Teresa Fernández de Juan en su artículo “Violencia contra la Mujer en México”, marca algunos rasgos de diferencia entre la violencia urbana y la rural. La mujer indígena muestra una doble vulnerabilidad, ser mujer e indígena y la violencia contra ella se encuentra inmersa en los usos y costumbres de sus regiones, el ciclo de vida, la justificación de los castigos y el derecho del esposo.

Es importante saber que la violencia suele agravarse cuando la mujer determina poner fin a la relación, hacer una denuncia o iniciar los trámites de divorcio; ya que, al enfrentar la pérdida de control y sometimiento de la mujer, el agresor adopta actitudes extremas. Otros factores como el embarazo, el uso de anticonceptivos, el aborto –ya sea espontáneo o provocado–, el nacimiento de hijos no deseados o del sexo femenino y la decisión de la mujer de buscar un trabajo pueden también ser factores para que los niveles de la violencia aumenten.

Las percepciones de riesgo de las mujeres que acuden a solicitar apoyo deben ser consideradas con mucha seriedad para el diseño de las medidas de protección y seguridad que deban tomarse.

Consecuencias de la violencia contra las mujeres

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijas/os y se extienden, además al conjunto de la sociedad:

- **Consecuencias fatales**

- Homicidio
- Suicidio
- Mortalidad materna

- **Consecuencias no fatales**

Salud física

- Lesiones
- Deterioro funcional
- Síntomas físicos inespecíficos
- Peor salud subjetiva
- Incapacidad permanente
- Obesidad

Condiciones crónicas

- Dolor crónico
- Síndrome de intestino irritable
- Trastornos gastrointestinales
- Quejas somáticas

Salud mental

- Estrés postraumático
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de pánico
- Trastornos alimentarios
- Disfunciones sexuales
- Baja autoestima
- Ideas suicidas

Conducta negativa de salud

- Consumo de sustancias
- Conductas sexuales de riesgo
- Inactividad física
- Desinterés del cuidado de su salud

Salud reproductiva

- Embarazo no deseado
- VIH/ITS
- Trastornos ginecológicos
- Aborto no deseado
- Complicación en el embarazo de la mujer y del recién nacido

Por todo lo anterior, los programas y acciones para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres deben enfocarse a:

- Eliminar sus causas
- Atenuar las condiciones que la favorecen
- Prevenir los factores de riesgo



A través de una infraestructura de apoyo que proporcione a las mujeres que se encuentran en situación de violencia las condiciones mínimas para superar su situación, que incluye:

- Informarlas sobre sus derechos
- Brindarles alternativas de asesoría legal
- Apoyo psicológico
- Enlazarlas con las instituciones de atención existentes como refugios, oficinas de atención a la mujer y organizaciones no gubernamentales especializadas
- Explorar las alternativas de obtención de ingresos y capacitación para lograr su autonomía económica.

V. Marco jurídico

A través de un largo recorrido, las mujeres han ido logrando el pleno reconocimiento de su situación de discriminación y de la necesidad de superar dicha realidad a través de la aprobación de instrumentos jurídicos de derechos de las mujeres que promueven la igualdad de género y desempeñan un papel importante en la prevención de violencia contra la mujer, entre los que se cuentan:

Internacional	Nacional
<ul style="list-style-type: none">• Declaración Universal de Derechos Humanos Art. 1, 5 y 6 (1948)• El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)• El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)• Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas (1993)• Convención Interamericana para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la mujer (Belém Do Pará) Art. 4 (1994)• Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) Art. 4. Recomendación núm. 19 (1992) y núm. 21 (1994)• Convención Americana de Derechos Humanos Art. 8 (1994)• Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de la OEA (1994)• Declaración y Plataforma de Beijing (1995)	<ul style="list-style-type: none">• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art. 1º, 4º y 123; fracción V (2011)• Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres Art 1 y 33 (2006)• Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia Art. 3, 5 y 46. Capítulo IV Art. 51 (2007)• NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (Actualización 2016)• Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Secretaría de Salud (2010)• Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024, en el eje transversal de perspectiva de género



Entre los cambios significativos para reforzar las leyes y las políticas nacionales se encuentran las leyes que tipifican como delito la violencia contra la mujer; por ejemplo, la violencia infligida por la pareja, la violación en el matrimonio y el tráfico de personas para la prostitución.

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

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

Las Normas Oficiales Mexicanas establecen los criterios y procedimientos que le permiten al personal de salud brindar atención de calidad de acuerdo con el tipo de atención específica que las usuarias requieran.

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

- La atención médica de la violencia género física, sexual o psicológica, es el conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental de las usuarias involucradas en situación de violencia. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencias a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica.
- El instrumento normativo que regula la atención médica en materia de violencia familiar es la NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- En la atención de las personas usuarias involucradas en situación de violencia, quienes presten servicios de salud debe apegarse a los criterios de oportunidad, calidad técnica e interpersonal, confidencialidad, honestidad, respeto a su dignidad y a sus derechos humanos.



- Es importante que el personal de salud conozca y realice los procedimientos indicados por los lineamientos técnicos, con el fin de evitar incurrir en responsabilidad, ya que la ignorancia, imprudencia, impericia o negligencia en la actuación; o bien, donde el médico actúa de manera deliberada en forma distinta a la indicada en perjuicio de la o el usuario, implican sanción. Ante esto las servidoras y servidores públicos pueden incurrir en responsabilidad penal, civil o administrativa. La responsabilidad de los y las servidoras públicas nace a partir de su nombramiento en el cargo o comisión que se le delega por parte del estado y por lo tanto debe responder de su conducta ante éste.

VI. Objetivo general

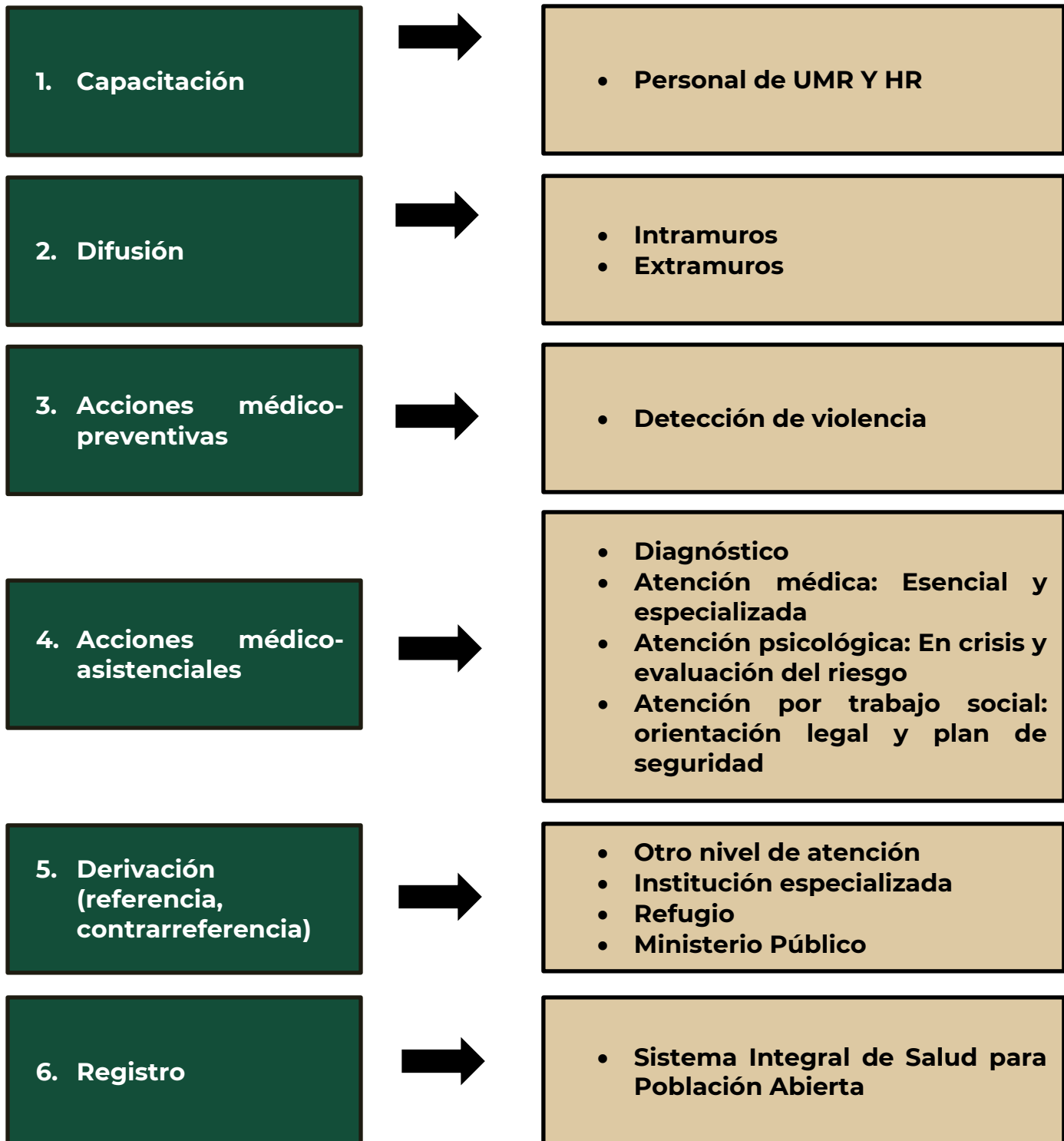
Promover, proteger y restaurar la salud física y mental de las mujeres mayores de 15 años en situación de violencia, a través de la promoción de relaciones no violentas, su prevención, detección, diagnóstico, atención y derivación a instancias especializadas para su seguimiento y protección.

VII. Objetivos específicos

- Capacitar al personal de salud en violencia de género en Unidades Médicas Rurales (UMR) y Hospitales Rurales (HR), para dar respuesta en forma multidisciplinaria al derecho a la salud y a una vida libre de violencia de las mujeres.
- Detectar oportunamente la violencia en mujeres de 15 años y más, a través de la aplicación de una herramienta de detección previo consentimiento informado.
- Diagnosticar y atender la salud física y emocional de las mujeres en situación de violencia, a través de atención médica y psicológica oportuna.
- Dar seguimiento y protección a las mujeres en situación de violencia, a través de proporcionar orientación legal y elaboración de plan de seguridad.
- Contar con un sistema de referencia y contra referencia para las mujeres en situación de violencia a instituciones especializadas, refugio y/o ministerio público.
- Registrar a las mujeres en situación de violencia y las características de la misma.

VIII. Acciones

La Estrategia para la prevención, detección, diagnóstico, atención y derivación de la Violencia de Género en IMSS-BIENESTAR tiene los siguientes componentes:





1. Capacitación

La atención médica otorgada a las usuarias involucradas en situación de violencia debe ser proporcionada por personal de salud capacitado y sensibilizado, que adapte la misma a las necesidades y realidad de cada comunidad.

La capacitación debe estar dirigida a personal becario de nuevo ingreso y activo de todas las categorías, de los HR y Zonas de Supervisión, en modalidad presencial, organizada e impartida por el Coordinador de Educación y Calidad, de acuerdo a las fechas establecidas por los OOAD, en los siguientes temas:

- Norma Oficial NOM-046-SSA 2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (Actualización 2016).
- Estrategia para la prevención, detección, diagnóstico, atención y derivación de la violencia de género en IMSS-BIENESTAR.
- Guía operativa de abuso infantil en IMSS-BIENESTAR y Guía de Práctica Clínica (GPC) detección temprana de abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años de edad para el primer nivel de atención.
- Violencia obstétrica y Atención Obstétrica Amigable (OMS, Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña-IHANN, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, Lineamiento técnico de atención obstétrica amigable, en el embarazo, nacimiento y puerperio 2018-IMSS y las Guía de Práctica Clínica (GPC) vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo 2019).
- Guía para la prevención, detección, diagnóstico, clasificación y manejo de trastornos hipertensivos del embarazo en IMSS-BIENESTAR.
- Equipo de Respuesta Inmediata a Emergencias Obstétricas (ERIEO) en IMSS-BIENESTAR.
- Acciones prioritarias en la atención de pacientes obstétricas en IMSS-BIENESTAR.
- Criterios de referencia con el Gineco-Obstetra en IMSS-BIENESTAR.
- Derechos Humanos. Derechos sexuales y reproductivos (OMS).

2. Difusión

La difusión incluye acciones que permiten fortalecer los mecanismos para generar factores protectores y mitigar los factores de riesgo como la promoción de una cultura de la no-violencia y la denuncia tanto a nivel institucional como comunitario, las cuales son:

1. Intramuros:

En la consulta médica el personal de salud promocionará a las mujeres que las UMR y HR cuentan con una estrategia de prevención de violencia, a través de la cual encontrará una respuesta y apoyo necesario en caso de encontrarse en esta situación.



2. Extramuros:

Se realizará en la comunidad a través de medios tradicionales (periódicos murales, mantas, pintas de barda, infografías, mensajes por radio y whats app).

3. Acciones médico-preventivas

Detección de violencia

Es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y es la puerta de entrada al proceso de atención.

Incluye la aplicación de una herramienta denominada HDV-01P (Anexo 1), que permite identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia, física, sexual y/o psicológica.

El personal de salud debe aprovechar las oportunidades de estar en contacto con las usuarias, para reconocer la violencia en forma confidencial. Debe incluir preguntas acerca de la violencia en:

- Consultas médicas por enfermedad
- Visitas anuales de prevención
- Atención prenatal
- Evaluación del estado mental
- Consulta de una nueva paciente y
- Cuando se presentan los síntomas o condiciones asociadas con la violencia

Para la aplicación de la herramienta de detección, es importante considerar algunos **aspectos éticos, de confidencialidad y de seguridad de la víctima:**

- Utilizar un ambiente de privacidad y comodidad para la usuaria.
- El médico debe solicitar el consentimiento informado antes de la aplicación.
- Es de vital importancia establecer un clima de respeto a los derechos humanos como la autonomía, la dignidad y la no discriminación (por sexo, posición social, raza, edad, religión, opiniones, origen, nacional o cualquiera otra causa) e informar de manera general sobre los derechos que asisten a las mujeres en situación de violencia, de acuerdo con cada circunstancia.
- Explicar el derecho de la mujer a la confidencialidad. Asegurarse de que la mujer esté convencida, de que la información que proporcione no será revelada.
- Crear un ambiente seguro de apoyo donde no se emitan juicios de valor. Permíta contar su historia sin calificar o valorar las circunstancias descritas.
- No tener miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar la violencia cuando se les pregunta en forma



directa y no valorativa. En realidad, muchas mujeres están esperando en silencio que alguien les pregunte.

- Interrogar en un espacio privado. Separar a la mujer de cualquier persona que la acompañe, especialmente familiares. Explicar que estas preguntas se hacen en forma rutinaria a todas las mujeres.
- No emplear términos técnicos. Es importante que las preguntas sobre este tema sean formuladas de manera clara, sencilla y directa, que las usuarias comprendan exactamente qué se les pregunta.
- Nunca hacer preguntas que sugieran que se tienen dudas o que está investigando si la historia que está escuchando es verdadera, ni tampoco que no tengan relación con la detección. Recordar que su papel es el de apoyar.
- Durante el interrogatorio poner especial cuidado en algunos signos y síntomas de alarma que pueden ser indicadores de violencia.
- La información recabada sobre cada caso es confidencial y no podrá ser revelada salvo estricta disposición legal.

Meta de la detección

El cálculo de la meta anual para esta estrategia, se realiza considerando la población total de mujeres de 15 años y más del Padrón de Beneficiarios por Hospital Rural y Unidad Médica Rural de los 20 OOAD del Programa. Una vez identificada se aplica la proporción de 0.50, interpretada como el número de mujeres a las cuales se les aplicará la herramienta de detección en un año. Para dar a conocer a cada OOAD su meta mensual, la meta anual se divide entre los 12 meses del año.

Metodología de la detección

Responsables:

- a) Personal médico de Unidades Médicas Rurales y Hospitales Rurales durante la consulta a mujeres de 15 años y más, de acuerdo a lo establecido en esta guía operativa.
- b) Personal de psicología durante las sesiones de prevención de violencia con adolescentes de 10 a 19 años, en los Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA) y escuelas de la localidad (primaria, secundaria y preparatoria), en apego a la Guía del CARA vigente.

Periodicidad:

- Anual, previo consentimiento informado.
- Semestral, en aquellos casos en los que exista sospecha de que la usuaria vive en situación de violencia y ella haya contestado negativamente a todas las preguntas.

Herramienta:

Se compone de tres secciones con reactivos para la búsqueda de violencia física, psicológica y sexual. La pregunta clave en las tres es: ¿En los últimos doce meses, su pareja, o alguien importante para usted?, y en seguida los ítems para cada tipo de violencia:



- La violencia física y psicológica tienen tres ítems cada una y la violencia sexual cuatro
- Todas tienen opciones de respuesta afirmativa y negativa
- Las respuestas afirmativas tienen un espacio para registrar a la/el agresor (¿Quién lo hizo?)
- Todas las secciones tienen un espacio para que anote indicadores de sospecha

Interpretación:

- **Positiva.** Cuando la usuaria responda afirmativamente más de una de las preguntas de violencia psicológica o responda afirmativamente a cualquiera de las preguntas de la violencia física y sexual.
- **Negativa.** Cuando la usuaria responda negativamente todas las preguntas.
- **Sospechosa.** Cuando al haber contestado todos los ítems en forma negativa, el personal médico ha observado sintomatología asociada a violencia, que hacen sospechar que la usuaria se encuentra en esta situación, pero no quiere hablar de ella.

Seguimiento a resultados:

Detección positiva

- En UMR el personal médico debe iniciar el protocolo específico de atención médica de acuerdo con las necesidades de la usuaria; otorgar consejería para violencia y/o derivarla a un Hospital Rural (HR), a un Hospital de la Secretaría de Salud (SS) y/o una institución especializada para su atención y seguimiento.

- En HR iniciar la atención médica esencial o especializada y derivarla al servicio de psicología para su atención psicológica y evaluación del riesgo; Así como, a trabajo social para su orientación legal y elaboración de un plan de seguridad.

Cuando no se cuente con trabajadora social la orientación legal debe ser proporcionada por el médico que aplicó la herramienta de detección.

- Tanto en UMR como HR, anexar la herramienta aplicada en el expediente clínico y asentar en la nota médica su resultado y el plan de seguimiento. Además debe registrar el resultado en la fuente primaria del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA-SS-55P-PN y SN) con todas las variables del caso.

Detección negativa

- Proporcionar información a la usuaria sobre el programa de atención a mujeres violentadas.

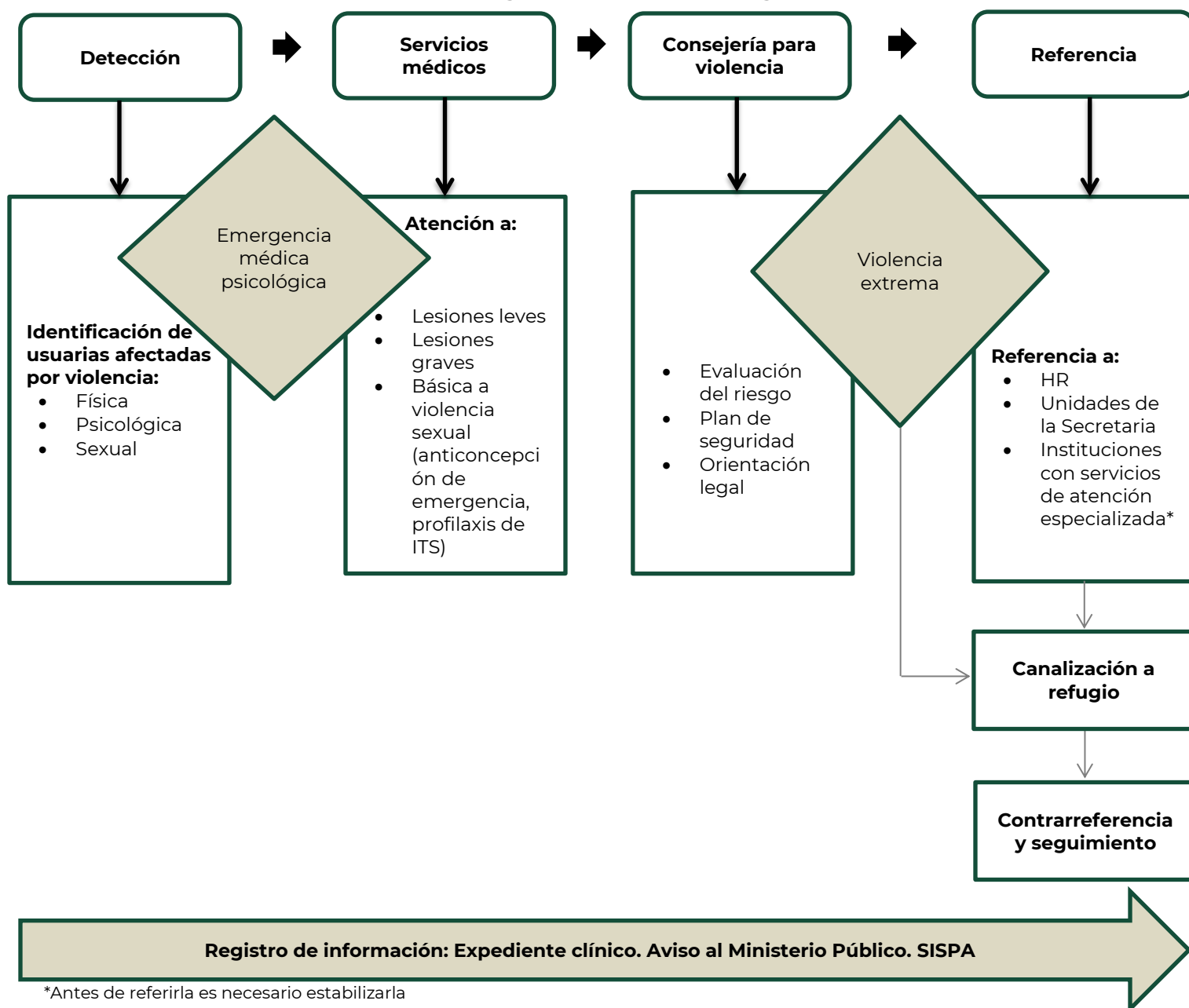
- Anexar la herramienta aplicada en el expediente clínico y asentar en la nota médica el resultado y la orientación realizada, además de registrar la aplicación y su resultado negativo en SISPA-SS-55P-PN y SN.



Detección sospechosa

- Si existe sospecha de que la mujer experimenta violencia aun cuando no lo manifieste, es importante que el personal médico anote en el apartado correspondiente de la herramienta de detección, una descripción específica de la lesión o sintomatología asociada a violencia que ha observado en ella, así como en el expediente clínico para dejar constancia de lo sucedido.
- Esta información servirá para alertar al personal de salud en momentos posteriores y volver a realizar el interrogatorio a los seis meses; tiempo durante el cual el personal médico podrá realizar su sensibilización, antes de la nueva aplicación.

Diagrama de la estrategia





4. Actividades médico-asistenciales

En los casos de detección positiva las actividades que contempla este componente son:

- A. Diagnóstico.
- B. Atención Médica: esencial y especializada.
- C. Atención Psicológica.
- D. Atención por Trabajo Social.

A. Diagnóstico

Para establecer el diagnóstico se debe elaborar una historia clínica: relato acerca de cómo se produjeron la o las lesiones, la relación vincular con el agresor, los síntomas que se presentan o se han presentado. Un examen físico con la descripción detallada de la o las lesiones, abrasión y laceración encontradas (tipo de lesión, ubicación, características, mecanismo que la originó, tiempo transcurrido entre el hecho y la consulta), con la finalidad de valorar médicamente el estado de salud de la usuaria y detallar los riesgos a la salud, para que la autoridad investigadora tenga los elementos necesarios para llegar a una conclusión en caso de que la usuaria decida continuar con un proceso legal.

Signos o síntomas asociados a violencia

Hay manifestaciones clínicas que están asociadas a los diferentes tipos de violencia aunque sean referidas por la paciente de origen diferente y que se pueden identificar en la consulta médica como las siguientes:

- **Violencia física**
 - Hematomas
 - Laceraciones
 - Equimosis
 - Fracturas
 - Quemaduras
 - Luxaciones
 - Lesiones musculares
 - Traumatismos craneoencefálicos y daño neurológico
 - Trauma ocular
 - Lesiones diversas congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo que las produjo
 - Lesiones recientes o antiguas con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes
 - Lesiones durante el embarazo
- **Violencia psicológica**
 - Baja autoestima
 - Cansancio y fatiga crónica
 - Problemas de memoria y concentración
 - Distorsiones del pensamiento



- Cefaleas crónicas
- Marcada disminución en el interés o la participación en actividades significativas
- Miedo intenso, desesperanza, culpa, vergüenza u horror
- Recuerdos perturbadores recurrentes e intrusivos
- Ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks
- Hipervigilancia o estado de alerta constante, palpitaciones
- Depresión leve, moderada o severa
- Trastornos del sueño y pesadillas
- Sentimientos de ira, culpa, vulnerabilidad, tristeza, humillación y desesperación
- Trastornos de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia de sustancias
- Ideación o intento suicida

Las mujeres que viven violencia durante el embarazo tienen mayor probabilidad de estar deprimidas, suicidarse y presentar complicaciones como: sangrado durante el 1er y 2º trimestre, baja ganancia de peso, anemia, infecciones, nacimientos pre término, restricción del crecimiento uterino y muerte perinatal.

- **Violencia sexual**

- El embarazo y/o Infecciones de Transmisión Sexual en niñas o adolescentes
- Prurito o hemorragia vaginal
- Defecación o micción dolorosa
- Dolor abdominal o pelviano crónicos
- Problemas sexuales y ausencia de placer
- Vaginismo o traumas en la región vaginal
- Infecciones recurrentes en las vías urinarias
- Embarazo no deseado (por embarazo forzado por violación)
- Aborto
- Lesiones o infecciones genitales anales, del tracto urinario u orales
- Ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales
- Abuso o dependencia a sustancias
- Alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual

La expresión máxima de los problemas de salud que puede ocasionar la violencia contra las mujeres es la muerte o feminicidio.

La respuesta de la mujer a la situación de violencia en que se encuentra está condicionada por las propias circunstancias del abuso y por las opciones a su alcance.

B. Atención médica

- **Esencial**

Es el paquete mínimo de servicios que debe ofrecerse a las usuarias en situación de violencia en todas las unidades médicas de primer y segundo nivel, contempla:



- Identificar y documentar el o los tipos de violencia, así como su frecuencia y cronicidad.
- Atención a sintomatología asociada a violencia.
- Atención a lesiones leves.
- Realización de estudios de laboratorio y gabinete.
- Si es el caso, realización de prueba inmunológica del embarazo y/o prueba rápida para VIH/sífilis.
- Anticoncepción de emergencia.
- Atención a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Atención prenatal a embarazo.

No olvidar:

- Integrar el expediente clínico e historia médica de acuerdo con los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Mantener a la mujer informada y solicitar su consentimiento a las acciones que se planea realizar en cada etapa de la atención y de acuerdo a las características de los procedimientos. Se deberá respetar su opinión o rechazo para cualquiera de las intervenciones contempladas en el protocolo de atención.
- Obtener en su caso, evidencias de interés médico legal.
- Integrar con el apoyo de las áreas de psicología y/o trabajo social, la evaluación de riesgo, el plan de seguridad, el plan de referencia y seguimiento que corresponda cuando la atención sea en HR.
- Verificar que la atención y soporte a su salud mental se inicien tempranamente.
- Toda usuaria que es atendida por lesiones en los servicios de urgencia de HR, debe ser considerada como un probable caso de violencia.
- Con frecuencia quien acompaña a la persona lesionada es su propio agresor.
- Cuando la vida de la mujer que sufrió lesiones está en peligro debe ofrecerse la referencia a un refugio para su protección y atención.
- De ser necesario realizar las derivaciones a un segundo nivel de atención y/o instituciones especializadas en violencia cuando la atención brindada se realiza en una UMR.



- **Especializada**

Se realizará en los HR del Programa que cuentan con servicios médicos-quirúrgicos, psicología, trabajo social y hospitalario que satisfagan de manera integral las necesidades de atención a mujeres que viven en situación de violencia, como resultado de la valoración clínica integral de acuerdo con el tipo y magnitud de la agresión sufrida de cada caso en particular.

Violencia Física.

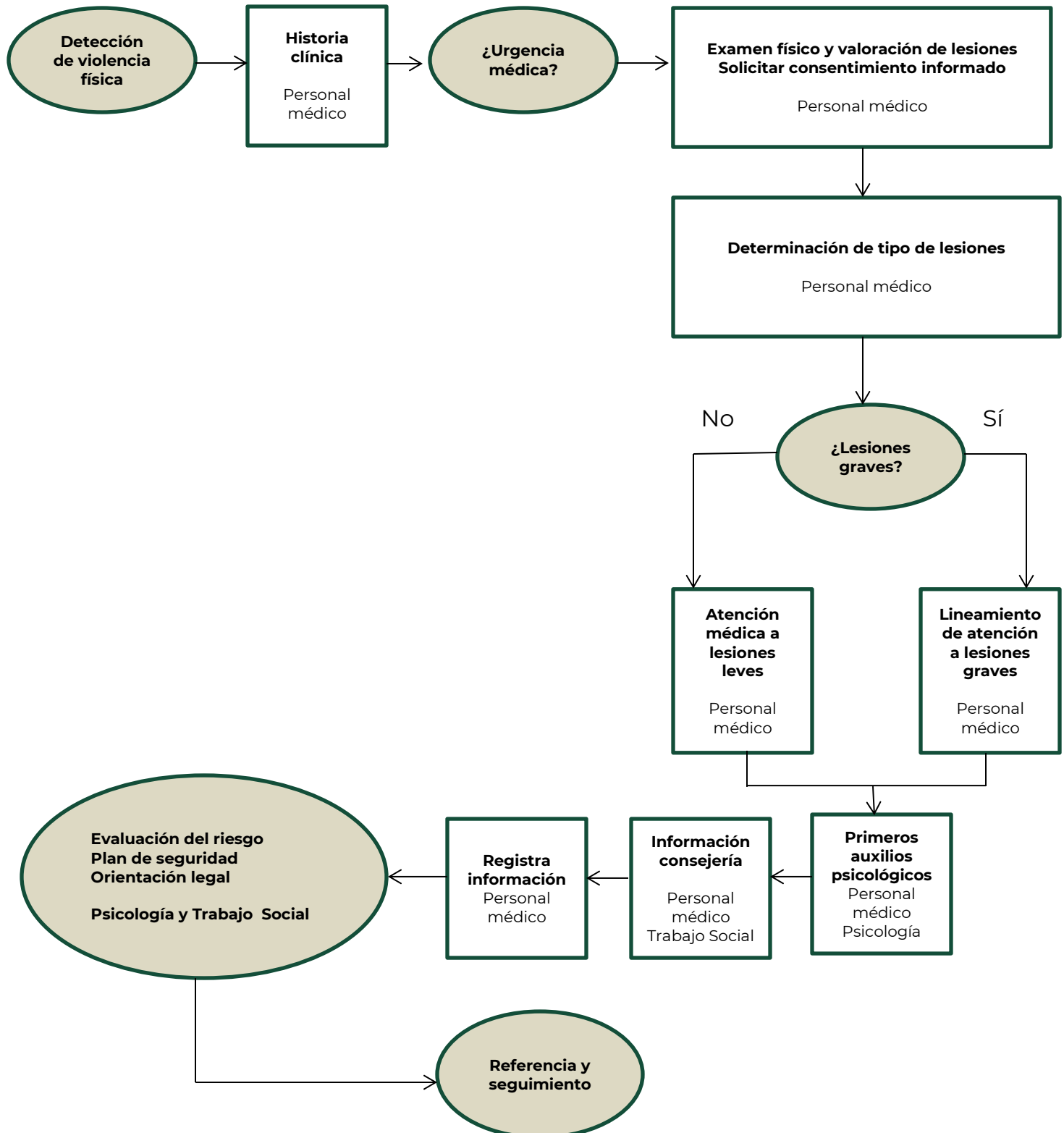
El ABC de la atención médica que aplica para las mujeres en circunstancias de violencia se hará acorde con los protocolos de manejo de urgencias médicas vigentes, valorar:

- Función respiratoria asegurando una vía aérea permeable.
- Función circulatoria y existencia de choque.
- Permanentemente los signos vitales.
- Función neurológica.
- Posibilidad de lesiones abdominales.

En caso de fracturas, éstas se deben inmovilizar antes de trasladar a la usuaria a un servicio de atención especializado. Debe considerarse como fractura abierta, aquella fractura en la que exista rotura de piel próxima al foco de la fractura. Se deben derivar a unidades de segundo o tercer nivel con capacidad resolutive según sea el caso.



Diagrama de atención a violencia física





Violencia Sexual

Toda persona que solicita los servicios de salud por violación sexual debe tratarse con el debido respeto a su dignidad, el derecho a la igualdad, la privacidad, confidencialidad, y la no discriminación, independientemente de su identidad de género y orientación sexual.

Una vez que se le explicaron los procedimientos y se obtuvo su consentimiento informado, se hará una valoración inmediata en el momento de la atención, de la magnitud de los daños físicos (valoración de infecciones o traumatismos en órganos sexuales y reproductivos, probabilidad de un embarazo) y su valoración emocional.

Interrogatorio

Cuando se elabore la historia clínica deben recopilarse los antecedentes del ataque; el personal médico debe informar a la mujer que es necesario hacer unas preguntas muy personales, las cuales deben hacerse en un lenguaje claro y cotidiano de tal forma que puedan ser contestadas brevemente:

- ¿Perdió el conocimiento durante el ataque?
- ¿Cuándo ocurrió el ataque?
- ¿En dónde ocurrió el ataque?
- ¿Fue un solo agresor?
- ¿Incluyó el ataque sexual cualquiera de los siguientes actos: penetración vaginal, penetración anal, penetración oral, eyaculación?
- ¿El agresor usó condón?
- ¿Utilizó algo para restringir sus movimientos?
- ¿Utilizó un objeto para penetrar? ¿Qué utilizó y cómo lo utilizó?

La mujer podrá interrumpir el interrogatorio cuantas veces sea necesario, cuantas veces quiera, reiniciándose cuando esté lista para continuar.

Exploración física

En cuanto a la descripción más exacta de las características y ubicación de las lesiones puede ser de utilidad usar un diagrama de la figura desnuda (trauma grama), donde el personal médico marque las lesiones visibles que la mujer tenga. Las laceraciones deben ser revisadas minuciosamente, especialmente si se utilizó un objeto afilado durante el ataque, para descartar una herida profunda y penetrante.

Para la recolección adecuada de la evidencia física de interés legal deberá contarse con el consentimiento de la mujer y realizarse por el personal entrenado (perito), que debe presentarse en la unidad médica para su realización o la paciente podrá ser llevada ante él si sus condiciones lo permiten. En su caso debe realizarse sólo después de estabilizar a la mujer y debe permanecer acompañada durante el proceso de atención.



Exámenes clínicos

A las víctimas que consultan en las primeras 72 horas después de la agresión sexual deben solicitarse las siguientes pruebas diagnósticas:

- Anticuerpos para VIH
- Antígenos de superficie para HB
- Gonadotropina coriónica
- Serología para sífilis (VDRL).

Nota: Para los exámenes con los que no se cuente en el Hospital Rural debe referirse a la institución más cercana para que se realicen y registrarlo en el expediente clínico.

La profilaxis pos-exposición en víctimas de abuso sexual es imperativa si la persona expuesta consulta al servicio médico dentro de las 72 horas después de ocurrido el evento y pretende prevenir ITS incluyendo al VIH y embarazo como consecuencia del abuso sexual.

Si la víctima ha sido sometida crónicamente a abuso sexual, no deje de analizar el caso individualmente y trate de evidenciar la exposición de riesgo dentro de las 72 horas.

Para las víctimas que consultan después de cuatro y cinco días después de la agresión sexual se deben solicitar los siguientes exámenes:

- Prueba de embarazo
- Prueba rápida de anticuerpos para VIH

En la historia clínica debe constar a través de la copia del “consentimiento informado” debidamente firmado por la víctima, que se ha realizado la asesoría pre-prueba.

Al respecto de la prueba de embarazo, un resultado positivo indica que la víctima ya estaba embarazada antes de la exposición al riesgo.

Si la prueba rápida para VIH es reactiva requerirá su prueba confirmatoria, para esta prueba y exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS referir a víctima a el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

En el caso de la prueba rápida para Hepatitis B, un resultado reactivo es altamente sugestivo de una infección aguda o crónica e igualmente se requieren pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico. Si es reactiva, la víctima no es candidata para recibir la vacuna de HB.



Cuando la persona afectada por violación sexual se presenta en la UMR, se le deben estabilizar los signos vitales, atender las lesiones que amenazan la vida, otras medidas de urgencia y realizar referencia al nivel hospitalario para su seguimiento especializado y legal.

En el HR debe ser atendida y evaluada por personal especializado (ginecología, medicina interna, psicología). Los consentimientos para el examen clínico y los estudios de laboratorio y gabinete deben ser revisados cuidadosamente y firmados. Debe informarse al ministerio público para la realización de los procedimientos que les corresponde por ley. Consignando todo en el expediente clínico. Si la agresora/or es conocida/o deben ser evaluados para identificar la existencia de riesgo en la exposición.

Es necesario ayudar a la paciente a mejorar y/o estabilizar su estado emocional.

Todos los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. Si la agresión sexual ha sido pocas horas antes del proceso de atención médica, se debe indicar la conveniencia de no lavarse, no usar el baño o comer o beber hasta que termine el examen.

Anticoncepción de emergencia

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual, es indispensable descartar un embarazo. La posibilidad de un embarazo debe considerarse en toda mujer en edad fértil, sin anticoncepción permanente, que haya sido víctima de penetración vaginal por medio de violencia, independientemente de su ciclo menstrual.

Cuando no se cuente con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el momento de la urgencia, la ausencia de la misma o carencia de un resultado, no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual, previa información completa sobre las indicaciones y forma de utilización, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

Se puede utilizar 0.75 mg de levonorgestrel. Prescribir una tableta dentro de las primeras 72 horas a la agresión, repitiéndose a las 12 horas. Los efectos secundarios son mínimos. Tiene mayor eficacia que los combinados cuando se administran dentro de las 24 horas siguientes del contacto sexual, mismo que se mantiene por 120 horas. Mayor comodidad en su uso.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

La infección por VIH y otras ITS son algunas de las consecuencias reconocidas que sufren las mujeres en situación de violencia sexual.

En el escenario de un abuso sexual, sobre todo si se trata de un episodio aislado y no se conoce al agresor, lo indicado es estudiar la ITS e iniciar la profilaxis pos-exposición y el



seguimiento clínico, asumiendo que el riesgo de que la agresora-or (agresoras-es) esté infectada(o) es elevado.

Es necesario informar de los riesgos de posibles ITS y de la prevención a través de la profilaxis. Iniciarla lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 4 horas y se obtendrán mejores resultados antes de las 36 horas pos-exposición, de acuerdo a lo dispuesto en la NOM 046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención y Guías de Práctica Clínica vigentes.

Si hay negación de parte de la persona afectada por violación sexual a la profilaxis, deberá citarla a las 24 horas para asegurarse que aún puede empezar en el periodo de las 72 horas después de la exposición.

Factores que influyen en la adquisición de una ITS secundaria a un abuso sexual:

- La prevalencia de estas enfermedades en la población adulta.
- El número de agresores.
- El tipo y la frecuencia del contacto físico entre la agresora/or (o las agresoras-es) y la víctima.
- La infectividad de cada germen.
- La susceptibilidad de la víctima a la infección.
- La administración o no de tratamiento profiláctico oportuno y adecuado.
- El tiempo que pase entre la agresión y la valoración médica.

El **riesgo** de exposición **es considerable** si se cumplen las tres condiciones siguientes:

- a) Exposición de recto, vagina, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.
- b) Con fluidos potencialmente infectantes.
- c) Fuente VIH positiva.

Hepatitis B

En la prevención de Hepatitis B posterior a una agresión sexual, es importante considerar la aplicación de vacuna para hepatitis B y/o Gammaglobulina según sea el caso y cuando estén disponibles títulos de anticuerpos (Ac).

Nota: Si no se cuentan con ellas en UMR y HR debe referirse a la institución más cercana y registrarlo en la nota del expediente clínico

Vacuna de Hepatitis B

Edad	Dosis	Administración
Menores de 10 años	0.25 ml	IM en región deltoidea hasta 72 horas después de la agresión
Adolescentes	0.5 ml	
Adultos	1.0 ml	



Considerar lo siguiente:

- a) Si la persona expuesta está vacunada y se puede saber que tiene títulos de anticuerpos ($Ac > 10$): no requiere vacuna ni gammaglobulina.
- b) Si la persona está vacunada pero no se sabe su nivel de Ac , solicitar anticuerpos y valorar la necesidad de un refuerzo. Si no es posible realizar la titulación de anticuerpos antes de las 72 horas desde ocurrida la exposición de riesgo, se debe iniciar profilaxis, realizar el análisis de niveles de anticuerpos y en ese momento decidir si se completa el esquema de vacunación para HB.
- c) Si la víctima no está vacunada o si los niveles de Ac son muy bajos (< 10): aplicar vacuna y gammaglobulina.

Gammaglobulina Anti-hepatitis B (HBIG)

Para profilaxis simultánea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultánea (inicialmente solo la vacunación), debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.

Herpes tipo II

La profilaxis consiste en administrar aciclovir 400 mg vía oral, cada 8 horas por 7 días.

VIH

En caso de violencia sexual, aunque el estado de infección por VIH del agresor no se conozca, el tipo de exposición, que suele comportar una relación forzada y traumática, puede aumentar el riesgo de infección.

En UMR Y HR debe referirse al CAPASITS (Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en sida e Infecciones de Transmisión Sexual).

El seguimiento de control post exposición por violación sexual una vez que ya se refirió a CAPASITS, se realiza a la semana, dos meses y seis meses:

a) A la semana

- Evaluar adherencia y efectos secundarios a tratamiento profiláctico.
- Indicar anticuerpos para VIH y serología de sífilis en siete semanas.
- Reforzar uso correcto y consistente de condón.
- Evaluar estado psicológico.

b) A los dos meses

- Verificar cumplimiento de la profilaxis.
- Verificar resultado de pruebas solicitadas.
- Constatar fecha de última regla.



- Indicar la prueba de VIH, serología de sífilis y antígenos de hepatitis B a los 5 meses post exposición.
- Cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B.

c) A los seis meses

- Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B.
- Verificar resultados de las pruebas de seguimiento.
- Evaluar referencia a psiquiatría.

Después de 6 meses de pruebas no reactivas, se descarta la infección, siempre que la persona expuesta haya usado condón en todas sus relaciones sexuales y no haya mantenido otros compromisos de riesgo.

Supervisar en la paciente que se encuentra en tratamiento antirretroviral:

- Infecciones de transmisión sexual y evitar el embarazo
- Hacer uso correcto y consistentemente del condón, durante los siguientes meses hasta el alta
- Suspender el amamantamiento si lo hubiera
- No donar sangre, plasma, órganos, tejido o esperma
- Insistir en la adherencia

Violencia psicológica

Las acciones para integrar la atención a mujeres con violencia psicológica incluyen:

- Elaboración de una historia clínica. Se debe documentar síntomas de presentación, factores desencadenantes, cronología de los acontecimientos, signos y síntomas, medicación, comorbilidad asociada, recursos familiares, sociales, económicos y exploración del estado de ánimo y mental
- Valorar trastornos psicológicos o psiquiátricos
- Brindar información y consejería.
- Otorgar atención psicológica.
- En UMR referir a psicología de HR u Hospital de la Secretaría de Salud.



Diagrama de atención a violencia sexual

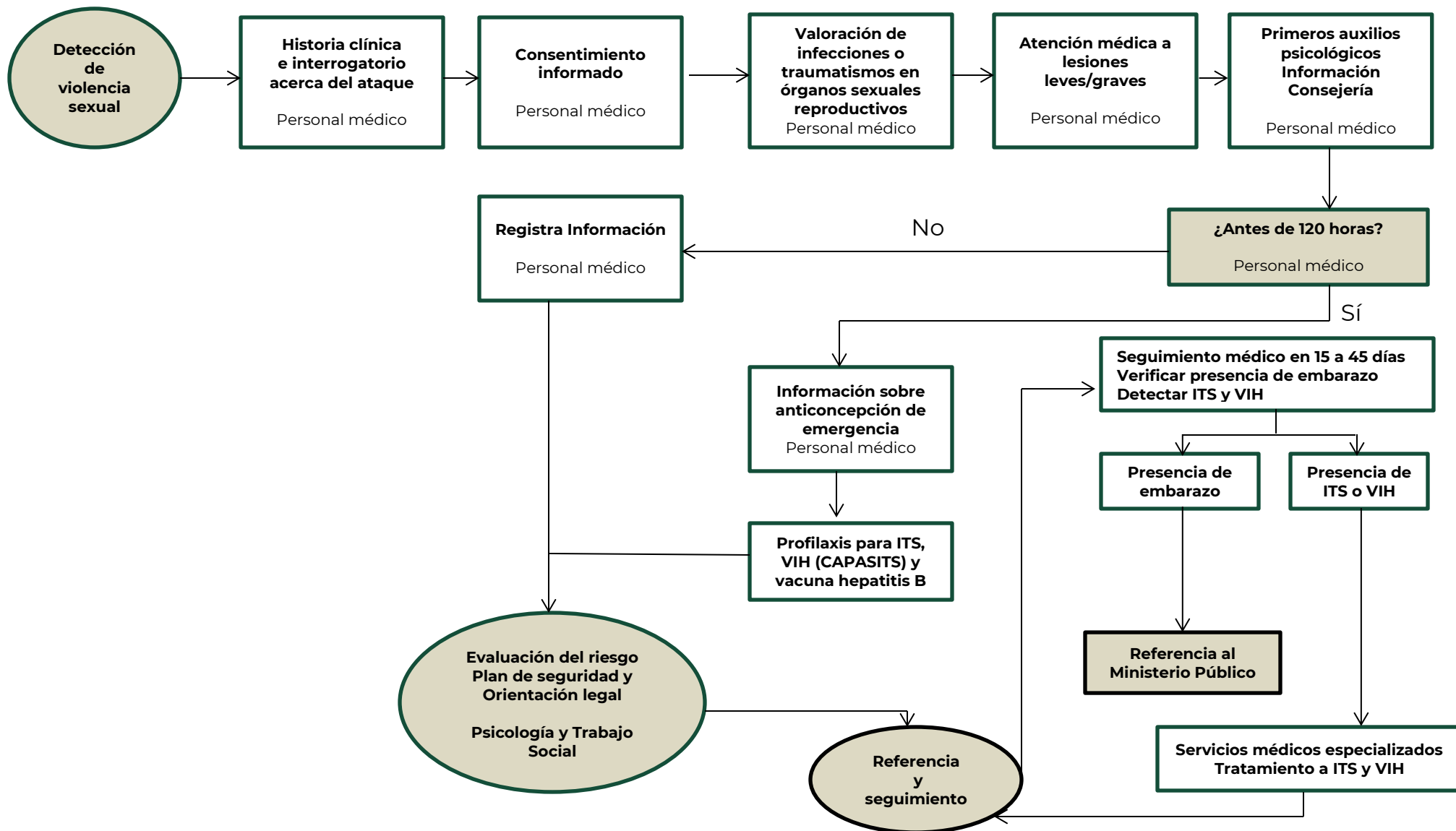
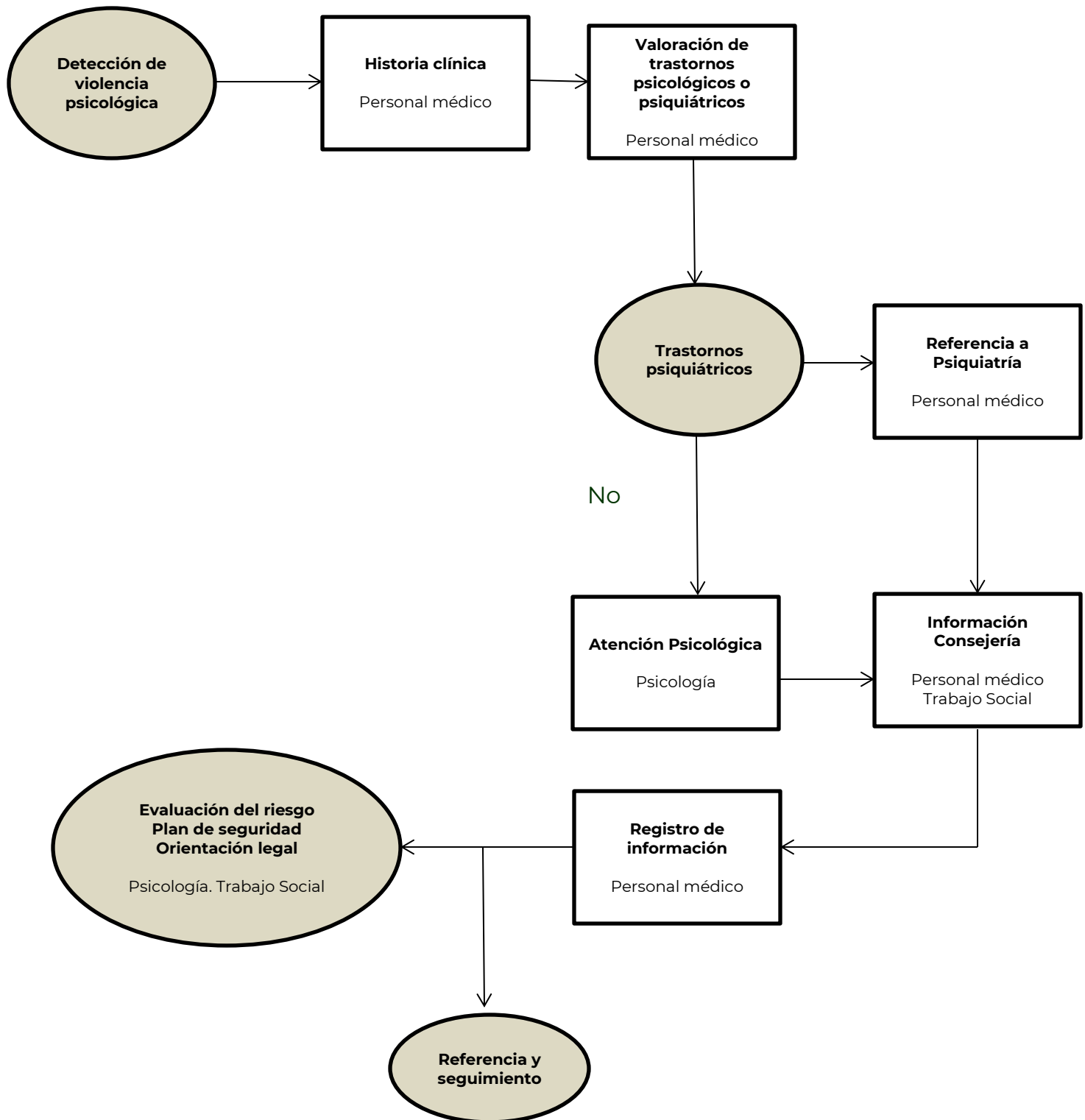




Diagrama de atención a violencia psicológica





C. Atención Psicológica

La atención por el personal de psicología en el HR comprende:

- Manejo de una crisis, que puede ameritar manejo urgente (intervención psicológica)
- Evaluación del riesgo

- **Manejo de una crisis**

Los primeros auxilios psicológicos se dirigen al apoyo de la mujer en situación de crisis, son un soporte elemental y suficiente que ayuda a recuperar un nivel de funcionamiento que permita mitigar el estado de angustia y recuperar el control.

Las crisis ocasionan un desequilibrio psicológico intenso provocado por evento (s) de tal magnitud que dificultan la capacidad de la persona para encontrar una estabilidad, como son los casos de violencia en cualquiera de sus modalidades.

Los síntomas se presentan dentro de las primeras 72 horas y pueden durar hasta 2 meses, sin que se presente necesariamente una sistematización sintomática hacia los trastornos.

La crisis emocional se caracteriza por dificultad para pensar con claridad en las situaciones posibles para enfrentar la situación de violencia, dificultad para reconocer y comprender la situación de violencia, porque éste es totalmente disonante con sus expectativas, creencias y conocimientos, incumplimiento en muchas de las actividades o responsabilidades cotidianas que antes realizaba, problemas para concentrarse, falta de interés general, depresión, olvido de sus compromisos, se muestra cansada, muestra síntomas de ansiedad o angustia, síntomas como taquicardia, palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, diarrea, dolor de cabeza constante y sensación de debilidad.

Según Horowitz, identifica cinco etapas en el proceso de crisis:

1. **Reacción emocional de impacto.** Se caracteriza por descarga emocional, llanto, gritos, lamentos, paralización o estado de “zombi”.
2. **Negación o bloqueo del impacto.** La persona trata de evitar pensamientos que le recuerden su problema, o actúa tal y como si el evento no hubiera pasado. Personas poco entrenadas en momentos de crisis, pueden confundir la negación con fortaleza, así como hacer una interpretación errónea de la gravedad del evento.
3. **Intrusión.** Se caracteriza por la invasión de pensamientos e imágenes que permiten la posibilidad de encontrarle sentido a la experiencia. Aparecen intentos de explicación, recuerdos o pesadillas sobre los cuales no actúa la voluntad. (“aunque no quiera, todo me viene a la mente una y otra vez más”).



4. **Penetración.** Se identifican y expresan los sentimientos, pensamientos e imágenes de la experiencia de crisis, lo más importante es el dominio cognoscitivo. Se resignifica el sentido de las explicaciones pasadas y se forman nuevas interpretaciones. En esta etapa los grupos de autoayuda y reflexión son de gran apoyo.
5. **Consumación.** Permite la integración de la experiencia. La mujer no solo admite su situación de maltrato y encuentra una explicación para ello, sino que ha identificado y expresado sus pensamientos y sentimientos. Son características de esta etapa: restauración del equilibrio, comprensión real y no errónea del problema e Identificación de nuevas estrategias de enfrentamiento y cambio de conductas necesarios.

El personal de psicología debe tener en cuenta que la respuesta común de las mujeres que viven en situación de violencia es de retraimiento y silencio. Las diferencias las marcará:

- El tipo de impacto,
- Las circunstancias,
- Historia personal de cada mujer,
- Fortalezas personales y
- Redes de apoyo social.

Para proporcionar Intervención Psicológica, se debe garantizar un espacio físico y privado que permita a la mujer expresar su problemática y ofrecer atención respetuosa, empática y exenta de prejuicios. Son recomendaciones:

- Comunicar a la usuaria en que va a consistir la intervención.
- Contar con el consentimiento de la usuaria para todas las acciones a realizar.
- A pesar de lo que usted pueda sentir, permanecer con calma.
- Dar oportunidad a la mujer de expresar sus sentimientos.
- Comunicarse con claridad, lenguaje sencillo y con interés.
- Brindar atención sin juicios de valor.
- Estar atenta(o) a las características y gravedad de la violencia.
- Evitar hablar mal del agresor o hacer promesas que no puede cumplir.
- Cerciorar que la información vertida fue suficientemente comprendida por la mujer.
- Dar oportunidad de hacer preguntas sobre dudas.
- Informar sobre su derecho a: denunciar los hechos de violencia que se presenten y la existencia de centros de apoyo disponibles.
- Los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa, facilitando y respetando la autonomía en sus decisiones e invitando a continuar con el seguimiento médico, psicológico y de trabajo social.



Puntos básicos para una intervención psicológica

- a) **Acercamiento.** A través del contacto visual y la oportunidad de hablar, se hace una invitación para que la persona inicie su catarsis y se pueda proporcionar el apoyo emocional y brindar una o varias posibilidades alternativas que concuerden con la realidad.
- b) **Contacto empático.** Es necesario transmitir a la persona que atraviesa por un estado de crisis que somos capaces de entender lo que está viviendo y que nuestra comprensión está libre de juicios y valores morales o sociales.
- c) **Reaseguramiento.** Apoyar a la persona a tolerar (contener) su emoción, guiándola a dimensionar para que no se desborde ni imposibilite el pensamiento claro y lógico en la medida de lo posible y acompañarlo para que logre aceptar que su realidad ha cambiado pero que la vida continúa.
- d) **Buscar opciones.** Es importante tener en mente que el proceso implica dar opciones para el otro decida, NO decidir por ella puesto que finalmente la solución debe estar acorde a su realidad y no a la nuestra.

- **Evaluación del riesgo**

Es importante, evaluar el riesgo a partir de identificar las características de la violencia, sus efectos y los probables peligros para la mujer y sus familiares cercanos. Le permitirá realizar acciones de prevención secundaria para disminuir el daño e impedir la muerte.

Los tipos de violencia y los niveles de riesgo se entremezclan y pueden modificarse súbitamente por lo que no se puede hacer una categorización arbitraria. El nivel de riesgo se mide a partir de la combinación entre conducta violenta y frecuencia, capacidad de respuesta de las mujeres y la peligrosidad del generador de violencia. La valoración depende también de la información cualitativa que la mujer proporcione.

En contextos de violencia no es posible hablar de “bajo, mediano o alto riesgo”, en virtud de que la sola presencia de actos violentos pone en riesgo a quienes se encuentran en esta circunstancia.

Para realizar esta evaluación se cuenta con **cuatro herramientas** (mostradas en las tablas siguientes) que establecen los puntos básicos para evaluar:

- A. Riesgo a la salud mental e incremento de violencia
- B. Riesgo a la salud física
- C. Riesgo a la salud sexual y reproductiva
- D. Riesgo de muerte inminente



Las herramientas buscan alertar sobre los tipos de riesgo, es decir, sobre las circunstancias específicas de violencia que experimenta la usuaria.

La aplicación de estas herramientas tiene valor probatorio para acciones legales que eventualmente decida usar la paciente, de ahí la importancia de integrarla al expediente clínico e informar a la usuaria la utilidad de estas.

Al final de estas cuatro herramientas se ha añadido un instrumento adicional:

- Herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria ante los eventos violentos.

Puede ayudar a la (el) profesional a valorar el efecto que la violencia en cualquiera de sus modalidades está ocasionando en la paciente y su necesidad de ayuda.

Mensaje recomendado antes de iniciar la entrevista para evaluar el riesgo.

- Para conocer en profundidad la situación en la que usted se encuentra y evaluar sus riesgos, hemos diseñado un cuestionario muy sencillo, con algunas preguntas íntimas que necesitamos hacer.
- La información es absolutamente confidencial, esto es, ninguna persona podrá conocer los datos a menos que usted lo autorice o se trate de alguna situación que ponga en riesgo su integridad o la de algún menor de edad.
- Este cuestionario nos ayudará a brindarle una mejor atención médica, brindarle información legal y realizar juntas/os un plan para que usted se sienta segura al salir de esta unidad médica.
- Es importante que usted no sienta vergüenza al responder las preguntas, recuerde que nada de lo que ha sucedido es su culpa, es responsabilidad de quien ejerce la violencia.
- ¿Está usted de acuerdo en que se aplique el “cuestionario”?



Herramienta para evaluar el riesgo, según situación específica de violencia

A. Riesgo a la salud mental e incremento de violencia

No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
1	La insulto, menospreció o humillo en privado o frente a otras personas.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local
2	Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento).	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local
3	La controló en sus actividades o tiempos.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local
4	Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local
5	La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda/DIF ONG local
6	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a servicios especializados de atención a violencia
7	Le destruyó algunas de sus pertenencias.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
8	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a servicios especializados de atención a violencia
9	Amenazó con golpearla o encerrarla.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a servicios especializados de atención a violencia
10	Amenazó con matarla.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a servicios especializados de atención a violencia
11	Amenazó con llevarse a sus hijas/hijos.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda



Herramienta para evaluar el riesgo, según situación específica de violencia

B. Riesgo a la salud sexual y reproductiva

No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
12	La hostigó o acosó sexualmente o bien la forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
13	Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otra persona o hacia sus hijas/os.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
14	Ha forzado físicamente a alguna persona o alguna/o de sus hijas/os para tener sexo.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
15	Le controla el uso de los métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
16	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin utilizar la fuerza física.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
17	La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
18	La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia.
19	Ha estado o está embarazada como producto de la violación. (Indague el tiempo de gestación)	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
20	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
21	La ha golpeado durante el embarazo.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
22	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provoco un aborto.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia



Herramienta para evaluar el riesgo, según situación específica de violencia

C. Riesgo a la salud física

No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
23	La sacudió, zarandeo, jaloneó o empujó a propósito.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
24	La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
25	Quemaduras con objetos calientes o sustancias.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia

D. Riesgo muerte inminente

No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
26	La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla
27	La trató de ahorcar o asfixiar.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla
28	La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla
29	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla
30	Le disparó con alguna pistola o rifle.	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla



Herramienta para evaluar la capacidad de respuesta de la usuaria ante los eventos violentos

No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
1	¿Ha tenido trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
2	¿Ha perdido interés en participar en actividades significativas para usted?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
3	¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etc.)?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
4	¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares o amigos?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a grupos de autoayuda
5	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Adicciones
6	¿Usted ha estado continuamente muy triste?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
7	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
8	¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
9	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	Nunca_____ No. de veces_____ Fecha del último evento_____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a Violencia
10	¿Tiene usted amigas/amigos o familiares que pudieran apoyarle con hospedaje o dinero en caso de emergencia?	SI ____ NO ____		
11	¿El lugar que piensa en caso de emergencia es un lugar donde su agresor puede encontrarla?	SI ____ NO ____		



D. Atención por Trabajo Social

Una vez realizada la evaluación del riesgo es necesario realizar un plan de seguridad, actividad que corresponde al personal de trabajo social y que tiene como propósito promover la conciencia sobre su propia situación y establecer alternativas y acciones que podrían disminuir peligros, por lo que será necesario derivarla con dicho personal y asegurar su seguimiento.

Al exponer su experiencia, las usuarias posibilitan que el personal de trabajo social ofrezca información específica en violencia y elementos de análisis de su situación individual, y a partir de ello, la configuración conjunta de alternativas de salud y seguridad, denominado **plan de seguridad y orientación legal**, en la que se le provee de información relativa a los derechos que asisten a la usuaria y sus posibilidades de acceso a la justicia (en UMR la orientación legal es responsabilidad del personal médico). Estas acciones coadyuvan a promover la conciencia sobre su propia situación y establecer alternativas y acciones que podrían disminuir peligros, asegurar su seguimiento y brindar alternativas de atención, orientación e información.

• Elaboración de plan de seguridad

Una vez que se ha evaluado juntamente con la usuaria el riesgo, un aspecto que contribuye sustancialmente a aumentar la seguridad de las mujeres es la realización de un plan de autoprotección o de seguridad, tomando en cuenta los siguientes lineamientos:

- a) La estabilidad emocional y los recursos internos que permitan a la mujer enfrentar el estrés y la violencia, así como la seguridad propia y la de sus hijas e hijos. Cuestione sobre la forma en que la mujer resuelve sus dificultades y cómo ella ha logrado superar sus momentos de crisis. Una vez identificados estos recursos, tendrán que ser validados.
- b) Los recursos familiares de apoyo para un plan de emergencia (incluya amistades y personas conocidas). Se incluyen personas adultas en quienes ella confía para buscar su colaboración en una situación de huida, préstamo de dinero, o sencillamente, para contarle a alguien sus problemas, sin recibir críticas o juicios.
- c) Problemas concomitantes. Por ejemplo, miembros de la familia con algún tipo de discapacidad, problemas económicos o enfermedades crónicas que obstaculizan la toma de decisiones.



GOBIERNO DE
MÉXICO



- d) La priorización de problemas y necesidades. Jerarquice los problemas y abórdelos de acuerdo con el orden de prioridades y posibilidades.
- e) El riesgo de maltrato a hijos e hijas. En este punto es necesario preguntar abiertamente por la presencia de agresión física, sexual o emocional hacia las hijas o hijos.
- f) La peligrosidad del agresor. En este punto es importante evaluar no sólo el riesgo de reincidencia, sino el riesgo de homicidio. También será importante evaluar la percepción de las mujeres sobre el agresor.
- g) Situaciones especiales de riesgo. Si la mujer ha presentado una denuncia puede haber mayor riesgo para sufrir nuevas agresiones, también un embarazo, tener un hijo recién nacido y estar en proceso de separación o divorcio.

En la siguiente tabla se encuentra la herramienta para la elaboración de un plan de seguridad.



Herramienta para elaborar un plan de seguridad

No.	Preguntas	Guía de acciones urgentes
1	¿Existe una razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su generador de violencia?	No _____ SI _____ Describa:
2	¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?	No _____ SI _____ Describa:
3	¿Utiliza drogas o alcohol con frecuencia y tiene el efecto de agredirla severamente?	No _____ SI _____ Describa:
4	¿Tiene acceso a armas?	No _____ SI _____ Describa:
5	¿Participa en actividades delictivas?	No _____ SI _____ Describa:
6	¿Tiene nexos con grupos policiacos o militares?	No _____ SI _____ Describa:
7	¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del generador de violencia?	No _____ SI _____ Describa:

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



GOBIERNO DE
MÉXICO



Ejemplo de plan de seguridad

- a) Evaluación de cuatro incidentes de violencia: el primero, el incidente típico, el peor de todos y el último.
- b) Detalles que anticiparon el incidente agudo: ¿Qué dijo él/ella?, ¿Cómo lo dijo él/ella?, ¿él/ella escucha?, ¿hubo presencia de drogas o alcohol?
- c) ¿Dónde comienza usualmente la violencia?: sala, dormitorio, cocina, otro.
- d) Dibujo de la casa para un posible plan de escape: puertas, ventanas, salidas. Señales para las hijas o hijos mayores.
- e) Cosas que necesita la mujer: dinero, ropa, medicamentos, objetos de valor, documentos oficiales.
- f) Ubicación en un lugar seguro: refugio, policía, familia, amigos.
- g) NO debe comunicar al agresor el plan. Tomar en cuenta condiciones para un posible regreso, el ciclo de la violencia y la posibilidad de muerte.
- h) Ensayo de salida (dos veces o más): ensayo verbal, dibujo de mapa y demostración.
- i) Recomendar a la usuaria evitar enfrentamientos con la agresora (or).

- **Orientación legal**

Esta actividad pretende hacer saber la existencia de alternativas legales, cuya instrumentación está a cargo de instituciones y organizaciones jurídicas, sin perder de vista que corresponde a la autoridad; ya sea penal, civil o administrativa encargada del tratamiento de la violencia, profundizar sobre la información legal y su aplicación.

Existen vías legales y órganos especializados que se encargan de realizar acciones para proteger a las mujeres en situación de violencia y establecer responsabilidades para quienes la cometen. Es importante que las mujeres conozcan la gama de opciones con las que cuentan para defenderse, solicitar medidas tendientes a su protección y acceder a la justicia. Propiciar la intervención oportuna de agentes de procuración de justicia es fundamental para lograrlo.



Las opciones planteadas no establecen un camino unidireccional a seguir, plantean posibilidades que permiten a las mujeres reconocer alternativas legales.

Se debe propiciar en cada caso, que la mujer tenga la libertad de decisión en la búsqueda de respuesta a sus expectativas y que al tomar decisiones de tipo legal lo haga sin sentirse obligadas por el personal de salud.

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

Si la mujer decide acudir a las autoridades penales, debe acudir al Ministerio Público más cercano al lugar donde ocurrieron los hechos. Desde el inicio de la denuncia se puede solicitar al Ministerio Público medidas de protección o cautelares.

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

- Separación del agresor del domicilio compartido
- Prohibición al agresor de ir a lugares determinados, tal como el domicilio o el lugar donde trabajan o estudian las y/o los agraviados
- Prohibición al agresor de aproximación hasta cierta distancia de la/los agraviados
- Reincorporación al domicilio de quien haya salido por razones de seguridad personal, entre otras

Las mujeres que consideren como alternativa el divorcio deben acudir ante un juez de lo familiar de la Entidad Federativa de la que se trate.

Las mujeres en situación de violencia que decidan no acudir al Ministerio Público o no divorciarse, pueden acudir ante la autoridad administrativa cuando, en la Entidad Federativa donde viven exista un órgano del Estado que tenga una ley que establezca un procedimiento para atender la violencia, esto les permitirá sentar precedentes ante la autoridad administrativa o llegar a acuerdos con el agresor mediados por dicha autoridad.

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



5. Derivación (Referencia)

El objetivo de la derivación de mujeres en situación de violencia es brindarles la oportunidad de una atención integral, motivar una cultura de denuncia y cuando sea necesario direccionarlas a un refugio, una vez que se haya brindado la atención médica esencial y/o especializada.

Pueden derivarse a:

- Segundo o tercer nivel de atención e Instituciones especializadas en violencia.
- Refugio.
- Ministerio público.

Segundo y tercer nivel de atención e instituciones especializadas en violencia

Se refiere al procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar la referencia-contrareferencia de usuarias en situación de violencia, con la finalidad de brindar una atención oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las mujeres identificadas o diagnosticadas en situación de violencia en las unidades médicas del Programa para atender los efectos y disminuir sus riesgos.

En este proceso es necesaria la articulación de esfuerzos y voluntades interinstitucional e intersectorial para ofrecer a las usuarias una atención integral con perspectiva de género. Para que se lleve a cabo esta articulación, es necesario que los Supervisores Médicos de los Equipos de Gestión, Asesoría y Seguimiento y Supervisores Médicos de los Equipos Multidisciplinarios de Supervisión de los 20 OOAD, proporcionen a las unidades médicas un directorio de contactos en los ámbitos municipal, estatal y federal, que facilite la referencia y contra referencia a otros servicios de atención y apoyo.

Este directorio debe estar actualizado y contar con el nombre, dirección y teléfono de todas las instancias especializadas en la atención de violencia, a partir de los cuales se le otorgue seguimiento, protección y seguridad a la paciente.

• **Directorio**

Para la elaboración del Directorio se debe considerar:

- La ruta crítica que deben seguir las mujeres para obtener servicios de apoyo (médico, legal, psicológico, de seguridad, de protección).



- Identificar las diferentes instituciones que prestan servicios de apoyo a mujeres en situación de violencia en su localidad. Las existentes en el área geográfica más cercana a la unidad como aquellas que estando más lejanas son estratégicas como:
 - o Instancias del Sector Salud con mayor capacidad de resolución
 - o Instituciones y organizaciones que prestan apoyo legal: Agencias de Ministerio Público, agencias especializadas en delitos sexuales; aquellas que, sin prestar atención inmediata, tienen posibilidades de generarlos como por ejemplo facultades de psicología, derecho, medicina y enfermería de las universidades
 - o Instituciones y organizaciones que ofrecen apoyo social, económico o de protección y seguridad (servicios de empleo, capacitación para el trabajo, refugios)
- Identificar y contactar a los líderes comunitarios que fortalezcan la red de apoyo a las mujeres
- Contar con claridad en la información de la Institución. El nombre y acrónimo, información de contacto (dirección, número de teléfono, correo electrónico), horario y días de servicio, cómo hacer la cita, los tipos de servicio disponibles, costo de servicios y requisitos de acceso
- Visitar y validar los servicios de la Institución. Identificar el objetivo y las características específicas de los servicios que se prestan, el enfoque institucional para abordar problemas relacionados con violencia contra las mujeres (si coincide con una perspectiva de género, derechos humanos y no re victimización secundaria) y solicitar observar las actividades
- Formalizar acuerdos y definir los mecanismos de operación
- Organizar reuniones periódicas entre las diferentes instituciones, lo que permitirá el conocimiento personal de cada una de las y los profesionales vinculados, el análisis de casos específicos y el monitoreo de los mecanismos de operación

En caso de ser referido de una UMR a un HR del Programa, el personal médico debe de hacer el enlace con el Director o con el Coordinador de Educación y Calidad y notificar la referencia al Supervisor Médico del Equipo de Supervisión y Asesoría Zonal de Unidad Médica Rural, según le corresponda para asegurar la derivación efectiva.

Cuando la derivación es a otras unidades médicas fuera del Programa y/o instituciones especializadas en violencia, el formato que se utilizará para estos fines, es la forma de referencia y contra referencia IMSS -430-8- vigente para este uso.



En las UMR debe ser llenado por el personal médico, signado con el nombre y firma de este y sello de la unidad donde se ha otorgado la atención, sin olvidar llenar todos los rubros y escribiendo en forma clara los datos de identificación, agregado y localidad.

Si la red de comunicación lo permite, el médico debe realizar el enlace con el Hospital de referencia cuando no se trate de un HR y confirmar el envío cuando las condiciones de salud de la usuaria lo permitan una vez lograda su estabilización.

En los HR debe ser llenado por el personal médico tratante, sin olvidar la autorización y firma de la autoridad responsable en el momento que se presta la atención, así como el sello del Hospital.

Este formato deberá ser integrado al expediente clínico e informar al área de trabajo social para que realice las gestiones pertinentes, establezca la estrategia que garantice la atención integral de las mujeres en situación de violencia y de seguimiento.

Para este seguimiento el personal de trabajo social, integrará un expediente confidencial de la usuaria que contenga:

- Los datos de localización de la usuaria y de las personas que integran la red de apoyo
- Resumen de las atenciones médicas vinculadas con la situación de violencia
- Hoja de evaluación de riesgo y plan de seguridad
- Copias de las formas 4-30-8 de las instancias a las que se haya canalizado y los resultados de cada una de ellas.

Cuando la usuaria pertenezca a la población universo de trabajo de alguna unidad médica y llegue en forma directa al Hospital Rural, se considerará a dicha unidad médica para la contrarreferencia y el seguimiento subsecuente, mediante acciones coordinadas con el personal médico de la misma y/o el Supervisor Médico Zonal responsable.

Refugio

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

Ministerio Público

La NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, establece que “en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual”, corresponde al responsable del establecimiento de salud dar aviso al Ministerio Público y no al médico tratante,



mediante el formato establecido, que para el Programa es el AMP 01(Anexo 2), la copia del aviso quedará en el expediente de la usuaria.

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

- “Ante las lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica de la o el usuario afectado por la violencia familiar o sexual o la existencia de riesgo en su traslado, se dará aviso de manera inmediata al Ministerio Público”
- “En los casos en los cuales las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante informará a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o en caso de que su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la agencia del Ministerio Público correspondiente siempre y cuando no sea la (el) probable agresora/or, o alguna persona que pudiera tener conflicto de intereses”
- Cuando por las condiciones de la paciente, ésta no pueda trasladarse al Ministerio Público, se deberá solicitar a éste que acuda un médico legista a los servicios de salud, con el fin de que la condición de urgencia y los hallazgos queden debidamente registrados en el expediente clínico
- Cuando no se trate de una urgencia médica, una vez que se haya brindado atención médica esencial o especializada para usuarias víctimas de violencia, y sea voluntad de la usuaria, ésta será canalizada a la agencia del Ministerio Público que corresponda, siempre y cuando no exista ningún riesgo para la salud de la usuaria
- **El personal médico debe tener presente que los datos médicos recabados son susceptibles de convertirse en evidencia legal, por lo que es indispensable el registro, resguardo y control de toda la información obtenidos de los procesos de atención médica. La evidencia médica puede ser:**

a) Inmediata:

Cuando está disponible para la autoridad en el momento o en un tiempo inmediato posterior a los hechos.

b) Histórica:

Cuando es susceptible de ser contada a través de constancias médicas, ya sea porque inicialmente no se optó por una denuncia, o porque la usuaria padece trastornos crónicos que coinciden con los protocolos sobre violencia



Porque el evento se registró durante actividades de detección, la usuaria vive un embarazo forzado, o sufre una o varias ITS.

Es importante recordar que, si se asienta información obtenida en un interrogatorio, debe señalarse a la usuaria como origen de tal información: “la mujer afirmó”, “la mujer narró”. No emitir juicios de valor o apreciaciones subjetivas, sustentar el diagnóstico, pero no establecer condiciones ajenas al ámbito médico; el personal médico, por su parte, habrá de ocuparse, fundamentalmente, de la descripción de las lesiones observadas al momento de la atención, con el fin de que la autoridad investigadora tenga los elementos que necesita para llegar a una conclusión (lo que corresponde al Médico Legista que designe el Ministerio Público).

El aviso es útil porque puede sentar un precedente legal sobre los hechos sufridos, lo que podría ser valioso para las usuarias que deciden tomar alguna acción legal.

6. Registro

El registro de casos de las usuarias que padecen de alguna de los diferentes tipos de violencia permite conocer la prevalencia e incidencia del problema y caracterizar a las mujeres que viven en situación de violencia y a sus agresores, así como las diversas manifestaciones de este fenómeno.

El registro de las actividades de esta estrategia debe realizarse por el personal médico de las UMR y HR, en los siguientes formatos de acuerdo al Instructivo SISPA:

- SISPA- SS- 55P- PSN, Registro Diario de Detecciones de Violencia Física, Psicológica y Sexual. Primer y segundo nivel de atención
- C55I-PSN Registro Intermedio de Detecciones de Violencia Física, Psicológica y Sexual. Primer y segundo nivel de atención
- C55I-CM Concentrado Mensual de Detecciones de Violencia Física, Psicológica y Sexual. Segundo nivel de atención

Su periodicidad es mensual en las fechas establecidas para la entrega de los reportes SISPA.



Anexo 1

Herramienta de detección

Número de expediente:	Fecha / /	
Prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección. Nombre: _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____		
Violencia psicológica		
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
a. ¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si ¿Quién lo hizo?	No
b. ¿Le ha menospreciado o humillado?	Si ¿Quién lo hizo?	No
c. ¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo?	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:		
Violencia física		
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
a. ¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?	Si ¿Quién lo hizo?	No
b. ¿Le ha tratado de ahorcar?	Si ¿Quién lo hizo?	No
c. ¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo?	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:		
Violencia sexual		
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
a. ¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si ¿Quién lo hizo?	No
b. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Si ¿Quién lo hizo?	No
c. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Si ¿Quién lo hizo?	No
d. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Si ¿Quién lo hizo?	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:		
HDV-01P Si él o la usuaria responde afirmativamente más de una de las preguntas de la sección 1 o a cualquiera de las preguntas de las secciones 2 y 3 está viviendo en situación de violencia.		



Anexo 2



Aviso al Ministerio Público

Nombre Hospital Rural _____		CLUES _____	
Dirección _____		Número _____	Colonia _____
Calle _____		Código Postal _____	
Localidad _____		Municipio _____	Entidad Federativa _____
Servicio: _____		Cama: _____	Fecha de elaboración: _____
		día	mes
		año	
Usuar(a) afectada(o) de VF	Nombre _____		Edad _____
	Apellido paterno _____		Apellido materno _____
	Nombre(s) _____		Años _____
	Domicilio _____		Sexo <input type="checkbox"/> 1 Mujer
	Calle _____		2 Hombre
	Núm. exterior _____	Núm. Int. _____	Barrio o colonia _____
	Código Postal _____		
	Localidad _____	Municipio _____	Entidad Federativa _____
Fecha de atención médica _____		Hora de recepción de la usuaria(o) afectada(o) _____	
día		mes	año
Motivo de atención médica: _____		Horas	
		minutos	
Diagnóstico (s): _____			
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____			
Plan:			
a) Farmacoterapia _____			
b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____			
c) Otro _____ Referencia _____			
Seguimiento del caso:			
Área de trabajo social: _____			
Área de psicología: _____			
Área de medicina preventiva: _____			
Pronóstico: _____			
Notificación:	Fecha _____	Agencia del Ministerio Público	Nombre y cargo del receptor: _____
	día	Presidente Municipal	
	mes	Jurisdicción Sanitaria	
	año		
		Otra instancia: _____	Num. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____

Médica(o) notificante: _____		Firma: _____	

AMP-01



Glosario

- **Abandono.** Es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- **Abuso de poder.** Aprovechamiento que realiza el sujeto activo para la comisión del delito derivado de una relación o vínculo familiar, sentimental, de confianza, de custodia, laboral, formativo, educativo, de cuidado, religioso o de cualquier otro que implique dependencia o subordinación de la víctima respecto al victimario, incluyendo a quien tenga un cargo público o se ostente de él, o pertenecer a la delincuencia organizada.
- **Abuso sexual.** Es todo acto sexual con intencionalidad, que se realiza en forma directa o indirecta en contra de la voluntad de otra persona, tales como violación, acoso sexual, incesto, caricias o manoseos no deseados, obligar a ver pornografía o tomarle fotografías para satisfacción sexual de quien comete el acto. Se agravan estos hechos en relaciones de poder entre la víctima/sobreviviente y el o la ofensor/ra.
- **Agresor.** La persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres.
- **Androcéntrico.** Es la visión masculina del mundo en todos los ámbitos: político, científico, filosófico, estructural, entre otros.
- **Asistencia y protección a las víctimas.** Conjunto de medidas de apoyo y protección de carácter integral que se brindan a las víctimas desde el momento de su identificación o rescate y hasta su reincorporación plena a la sociedad, que cumplen la función de orientarlas legalmente, otorgar apoyo médico. Psicológico, económico temporal, así como protección para ella y su familia.
- **Aviso.** Término usado por la NOM -046 y que se refiere a la notificación del Ministerio Público por parte del personal de salud respecto de los actos violentos que pueden ser o no de persecución de oficio.
- **Calidad del servicio.** Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales.
- **Crisis.** Trastorno o cambio brusco, inesperado y repentino que amenaza el bienestar físico y psicológico y que con frecuencia se inicia con urgencia y que requieren de acción inmediata.



- **Daño grave.** Cualquier daño físico, psicológico, financiero, sexual o a la reputación, o la sola amenaza para la víctima, capaz de hacerle creer que no tiene más opción que someterse o seguir sometida a la conducta de explotación, y que el sujeto activo, conociéndola, la utilice para obtener el sometimiento de la víctima.
- **Denuncia.** Cuando los hechos de los que se da noticia a la autoridad investigadora (Ministerio Público) son delitos que se persiguen de oficio, estos se constituyen en una denuncia y en el inicio de un procedimiento penal denominado Averiguación Previa.
- **Derechos humanos de las mujeres.** Derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia.
- **Desigualdad de género.** Consecuencia de la subordinación de las mujeres que tiene su sustento en las prácticas culturales, discriminatorias y excluyentes que se presentan en todos los órdenes de la vida y en las diversas instituciones, naturalizadas hasta el punto de pasar desapercibidas hasta que se analizan con perspectiva de género.
- **Empoderamiento.** Conjunto de procesos vitales amplios que permiten adquirir capacidades y habilidades para fortalecer los recursos emocionales, intelectuales, económicos, políticos y sociales que permiten a cada mujer o grupo de mujeres, enfrentar y erradicar las diversas formas de opresión, subordinación y sumisión de sus vidas. De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, “es el proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades”.
- **Equidad.** La resolución de inequidades que son innecesarias, evitables e injustas.
- **Equidad de género.** Principio conforme al cual hombres y mujeres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficios de los bienes y servicios de la sociedad, incluyendo aquéllos socialmente valorados, oportunidades y recompensas, con la finalidad de lograr la participación equitativa de las mujeres en la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.



GOBIERNO DE
MÉXICO



- **Género.** Formas históricas, económicas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en los grupos, en la sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo. Permite comprender cómo en las sociedades, lo femenino y lo masculino no son simples derivaciones de las diferencias biológicas, sino complejas construcciones sociales cargadas de significación, que se proyectan y activan en las estructuras discursivas y regulatorias de las sociedades.
- **Identidad de género.** Manera en que cada persona experimenta su pertenencia a un género (masculino o femenino). Como se trata de un registro de experiencia de vida, intervienen en él códigos sociales y culturales, y también influye el momento histórico y el lugar en que la persona se desarrolla.
- **Interculturalidad.** Principio de política basado en el reconocimiento de la otredad manifiesta en la salvaguarda, respeto y ejercicio de derechos de toda persona y comunidad a tener, conservar y fortalecer sus rasgos socioculturales y diferencias, que se desarrollan en el espacio privado y público, haciendo posible la interacción, la mezcla, hibridación entre sociedades culturales, así como el derecho de todas las culturas participantes a contribuir con el paisaje cultural de la sociedad en la que están presentes.
- **Jerarquías de género.** Conjunto articulado de costumbres, valores, reglas, normas y leyes, con las cuales las sociedades regulan la formación de las subjetividades; la definición de los roles, funciones y los estilos de vida permitidos y aceptados para mujeres y hombres.
- **Maltrato sexual.** La acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.
- **Perspectiva de género.** Visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres, contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.
- **Plan de seguridad.** Conjunto de acciones orientadas a prevenir un evento de violencia y/o a asegurar la integridad de la víctima y las de sus hijas e hijos.



- **Roles y estereotipos de género.** Conjunto de funciones, tareas, responsabilidades y prerrogativas que se generan como expectativas y /o exigencias sociales y subjetivas, una vez asumido el rol por una persona, la gente en su entorno exige que lo cumpla y pone sanciones si no lo lleva a cabo. La misma persona generalmente lo asume y, a veces, construye su psicología, afectividad y autoestima alrededor de él.

Entre los roles que tradicionalmente se han asignado a las mujeres se encuentran:

a) las responsabilidades reproductivas, que incluyen el trabajo doméstico, el cuidado, y la educación de los hijos e hijas, mantenimiento del hogar y relaciones familiares

b) las responsabilidades productivas, como la elaboración y comercialización de bienes, servicios y recursos para su propio sustento y de su familia.

- **Sexo.** Características biológicas con las que nacemos. Son las características que determinan la diferencia entre los hombres y mujeres físico-anatómicas y órganos funcionales.
- **Situación de vulnerabilidad.** Condición particular de la víctima derivada de uno o más de las siguientes circunstancias que puedan derivar en que el sujeto pasivo realice la actividad, servicio o labor que se le pida o exija por el sujeto activo del delito:
 - Su origen, edad, sexo, condición socioeconómica precaria
 - Nivel educativo, falta de oportunidades, embarazo, violencia o discriminación sufridas previas a la trata y delitos relacionados
 - Situación migratoria, trastorno físico o mental o discapacidad
 - Pertenecer o ser originario de un pueblo o comunidad indígena; e) ser una persona mayor de sesenta años
 - Cualquier tipo de adicción
 - Una capacidad reducida para formar juicios por ser una persona menor de edad, o
 - Cualquier otra característica que sea aprovechada por el sujeto activo del delito.
- **Transversalidad de género.** Es la modificación de todas las políticas con el propósito de lograr la igualdad entre mujeres y hombres. Implica abandonar el supuesto individuo neutro-universal sin diferencias sexuales y adoptar el esquema mujeres y hombres con sus diferencias y desigualdades.
- **Víctima.** La mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia.
- **Violencia contra las mujeres.** Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.



GOBIERNO DE
MÉXICO



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resumen del Informe estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Estudios resultados sobre la prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. 2005.
2. Elsa Gómez Gómez. Equidad, género y salud: retos para la acción. Adaptación de la autora del trabajo presentado por la autora en el seminario Género y Cuentas Nacionales de Salud, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud en Santiago, Chile, en noviembre de 2001.
3. CONAPRED 2009, segunda edición. 10 recomendaciones para el uso no sexista del lenguaje, Textos del caracol, núm. 1. México. 2 bis
4. Rebeca Rohlf Barbosa Gaetani, Claudia Natividad-Instituto Albam. Buscando indicadores de salud a partir de intervenciones terciarias de combate a la violencia de género. Chile 2002.
5. Cristina Herrera, Soc., M en CS, Lourdes Campero; Men E Salud Pública México 2002-44:554-564 La Vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA; constantes y cambios en el tema.
6. Guía de referencia rápida. Detección y atención de la violencia de pareja y la violencia sexual en el primer y segundo niveles de atención. GPC. Consejo de Salubridad General. México 2010.
7. Teresa Fernández de Juan. Violencia Contra la Mujer en México. (Coordinadora) CNDH México. 2004. Acerca de la violencia conyugal y su repercusión en la autoestima de la mujer. pp 157-170.
8. Rosalba Robles Ortega. Violencia Contra la Mujer en México. CNDH México. 2004. Violencia contra la mujer una violencia que se expande. Pp175-192



GOBIERNO DE
MÉXICO



9. Isabel Ruiz Pérez. Violencia contra la mujer y salud. Módulo 3 Escuela Andaluza de Salud Pública. España. 2004
10. Pilar Alberti Manzanares. Violencia Contra la Mujer en México. CNDH México. 2004. Qué es la violencia doméstica para las mujeres indígenas en el medio rural. pp 19 a 44.
11. Flor María Pérez Robledo, Violencia Contra la Mujer en México. CNDH México. 2004. Pegar de “Balde/pegar con razón” aproximación etnográfica a las practicas violentas hacia las mujeres en comunidades tojolabal. Pp 51-67
12. Roberto Garda. Violencia Contra la Mujer en México. CNDH México. 2004. Complejidad e Intimidación en la violencia de los Hombres. Reflexiones en torno al poder. El habla y la Violencia hacia las mujeres. Pp 119-141.
13. Inés Favela Hernández, Verónica González Zárate. Antonio Villagómez Candelas. Violencia Contra la Mujer en México. CNDH México. 2004. La Coordinación de Atención a la mujer y orientación familiar del DIF municipal como alternativa de atención integral de la violencia familiar. pp 237-261
14. Prevención de violencia: La evidencia. El Paso Texas: OPS, 2013. pp81-123
15. CEPAL Serie Mujer y Desarrollo. Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución. III: propuesta de Indicadores N°. 40 35-45.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS Las Mujeres y la Salud. Los Datos de Hoy la Agenda del Mañana. 2009.
17. Zeila Barroso. La violencia masculina contra las mujeres en las relaciones de pareja en Portugal. <http://socinova.fash-unl-pt>
18. Martha Torres Falcón. Violencia Contra la Mujer en México. CNDH México. 2004. El Marco Legal de la Violencia de Género: Avances y Desafíos. Pp 99-115.
19. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la No Discriminación Contra las Mujeres 2013-2018, Capítulo III, Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción pp 53-59.



GOBIERNO DE
MÉXICO



20. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y sexual. Manual de Operación. Segunda Edición 2009. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
21. NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Secretaría de Salud.
22. Instructivo para el uso del kit de profilaxis posexposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. OIM-IOM . Colombia 2012 .PP. 5-32; 54-65.
- 23 Guía clínica de la profilaxis post exposición. San Salvador, diciembre 2012 pp15-34.
24. Ministerio de Salud de Panamá. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Protocolo para ofrecer profilaxis post exposición a toda víctima de violencia sexual. Septiembre 2013. PP.18-34.
25. Documento de Consenso sobre profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional en relación con VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Gobierno de España. 2015.
26. Ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de caso de diez países) de Monserrat Sagot-con la colaboración de Ana Caicedo y Lea Guido. OPS. Programa Mujer y Salud 2000.
27. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016.
28. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art. 1º, 4º y 123; fracción V. (2011)
29. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres Art 1 y 33. (2006)
30. Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia Art. 3, 5 y 46. Capítulo IV Art. 51. (2007).
31. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024, en el eje transversal de perspectiva de género