



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FISCALÍA ESPECIAL PARA LA ATENCIÓN DE
DELITOS RELACIONADOS CON ACTOS DE
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL PAÍS



PSICOLOGÍA Y GÉNERO EN LA PROCURACIÓN DE JUSTICIA

Nivel Intermedio

MÓDULO III. MECANISMOS DE ATENCIÓN A LAS MUJERES AFECTADAS
POR VIOLENCIA

Unidad Temática 2. Atención médica a las mujeres afectadas por violencia de género

Autor: Dr. Ariel G. Barranco Izquierdo

MANUAL DE LA PERSONA PARTICIPANTE

ÍNDICE

	Págin a
INTRODUCCIÓN.....	03
OBJETIVOS.....	04
1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS A LA PRÁCTICA MÉDICA.....	05
1.1. El juramento hipocrático.....	05
1.2. ¿Qué es el acto médico?.....	06
1.3. ¿Qué es la <i>lex artis ad hoc</i> ?.....	07
2. DERECHOS DE LAS MUJERES VIOLENTADAS.....	09
2.1. Violencia de los hombres, masculinidad y complejidad.....	09
2.2. El silencio y la violencia de los hombres.....	10
2.3. Habla y violencia en los hombres.....	11
2.4. Prevención de la violencia familiar.....	13
2.5. Derechos de las mujeres.....	19
3. CONSECUENCIAS DE SALUD PREVISIBLES DE LA VIOLENCIA...	
3.1. Violencia sexual.....	23
3.2. ¿Qué es la violación sexual y cuáles pueden ser sus consecuencias inmediatas?.....	23
3.3. ¿Qué tan frecuente es la violación sexual? ¿A quiénes afecta?.....	24

3.4. ¿Qué les ocurre a los hombres que han vivido violación sexual?.....	25
3.5. ¿Qué características tiene el abuso sexual infantil?.....	25
3.6. ¿Cuáles son las primeras acciones que debe realizar el personal de salud cuando una persona ha sido violada sexualmente y solicita atención?.....	27
3.7. ¿Cuáles son las consecuencias previsibles de la violación sexual?.....	30
3.8. ¿Se debe notificar la violación? ¿Por qué emitir el certificado médico legal?.....	33
4. EVALUACIÓN DE RIESGO PARA PRESERVAR LA VIDA DE LAS PERSONAS VIOLENTADAS.....	34
4.1. El personal de salud ante la violencia familiar.....	34
4.2. ¿Por qué preguntar?.....	37
4.3. ¿Cómo preguntar?.....	39
4.4. ¿Cuándo preguntar?.....	43
4.5. ¿Dónde preguntar?.....	44
4.6. Factores importantes en la comunicación.....	46
4.7. ¿Qué debe hacer el personal de salud al detectar violencia contra la mujer?.....	50
4.8. ¿Cómo desarrollar un plan de seguridad?.....	52
CONCLUSIONES.....	54
GLOSARIO.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	59
APARTADO DE EJERCICIOS	
Ejercicio 1. Expresiones y situaciones de violencia familiar.....	61
Ejercicio 2. Cuestionario autodignóstico de violencia familiar.....	64 68
Ejercicio 3. Ninguna sociedad escapa.....	72
Ejercicio 4. Hoy recibí flores.....	67
Ejercicio 5. Mitos alrededor de la violencia.....	70
Ejercicio 6. Conceptos de la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999.....	76
Ejercicio 7. Revisión de casos sobre violencia contra las mujeres.....	

INTRODUCCION

Desde los antecedentes más remotos de la humanidad han surgido muchos documentos en los que se ha tratado de definir el actuar y el comportamiento ético de los médicos, ya que de las decisiones y actos que éstos tomen afectarán en gran medida la vida de las personas a las que se atiende.

En la historia de la humanidad el primer documento que se considera como parte de esto fue descubierto en el año de 1902 una expedición francesa que realizaba excavaciones en la antigua ciudad de Susa (hoy Tunicia) una enorme piedra negra de aprox. 2 mts de longitud y cerca de un metro de diámetro de forma más o menos cilíndrica, casi totalmente cubierta con escritura cuneiforme. El cual se tradujo y se llevó al Museo de Louvre en Francia. Efectivamente se trataba del código del Rey Hammurabi que reinó en Babilonia y que data aproximadamente del año 2250 A.C. y en el cual contenía las leyes que regulaban los muy distintos aspectos de la sociedad de los sumerios y acadios y en el cual se legisla sobre ciertos temas médicos que en ese entonces se consideraba como actividad técnica, porque los aspectos mágicos y sobrenaturales que predominaban en la Medicina eran mayores que los aspectos humanos. Se trata sólo de aspectos de remuneración y castigo tomando en cuenta el resultado y las clases sociales involucradas.

Pero algo que marcó una gran diferencia en la ética médica fue en el siglo V A. C. en el que surge el juramento hipocrático que se cree que en sus inicios fue utilizado en una secta minoritaria de místicos que ejercían la Medicina y que después cesó de tener vigencia ya que no formó parte del Corpus Hipocraticum, que reúne 70 textos médicos distintos acumulados en los cuatro siglos que separaron a Hipócrates de Galeno de Pérgamo (I A.C.). Pero el Juramento resurge en la Edad Media ya que muchos de los preceptos que contenían coincidían con los principios religiosos tanto católicos, musulmanes o judíos (siglos VII a XI) por lo que poco a poco se reintrodujo realizándole algunos cambios para conformarlo con las diferentes religiones monoteístas y así seguir coexistiendo con el paso del tiempo.

Y si bien en la actualidad muchos de estos preceptos se han hecho obsoletos otros han sido y serán motivo de controversia su importancia en la ética médica es de que haya existido y que se reconociera la importancia de que existieran reglas que señalaran los límites y restricciones en la práctica de la Medicina o sea en la necesidad de un código de ética que regule su ejercicio.

Con esto se habla de la necesidad de entender un concepto fundamental: la Ética Médica que se define como el “conjunto de valores, principios morales y acciones relevantes del personal responsable de la salud (médicos, enfermeras, técnicos y funcionarios) dirigidas a cumplir con los objetivos de la Medicina”¹.

Dentro de los cuales están la conservación de la salud, el combate a la enfermedad y lucha contra las muertes evitables y prematuras.

¹Ruy Pérez Tamayo, “Ética Médica Laica”, Fondo de Cultura Económica, México, 1ª ed. 2002, pág. 12

Recordemos que al hablar de salud no sólo nos referimos a la ausencia de enfermedad, sino como el completo bienestar físico, psicológico y social del individuo. Por lo que al referirse a la violencia ésta impacta de manera predominante en la salud de la mujer; y de cómo actúen los prestadores de los servicios de salud ante esta problemática estará directamente relacionada con la limitación de los daños que ésta produce en la persona y en la sociedad. Por eso surge la necesidad de establecer una serie de parámetros que ayuden a los prestadores de servicios de salud y de profesionistas de otras disciplinas para sensibilizarse ante esta problemática y tener elementos disponibles para saber distinguir, comprender y ayudar a las personas involucradas en este problema de salud pública que tenemos en nuestro País.

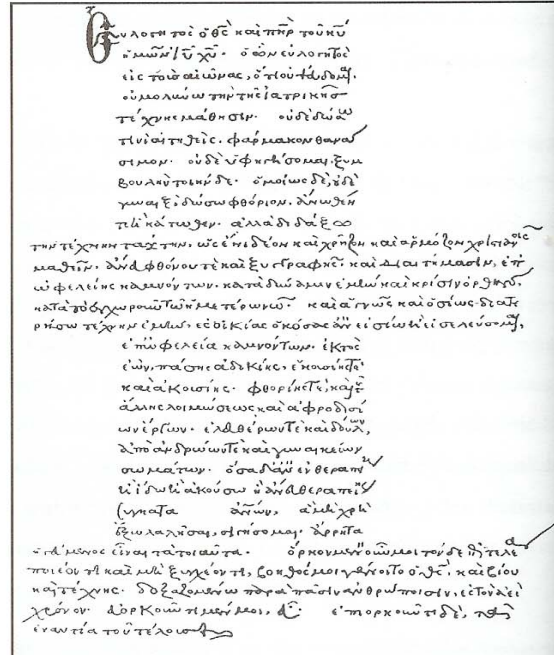
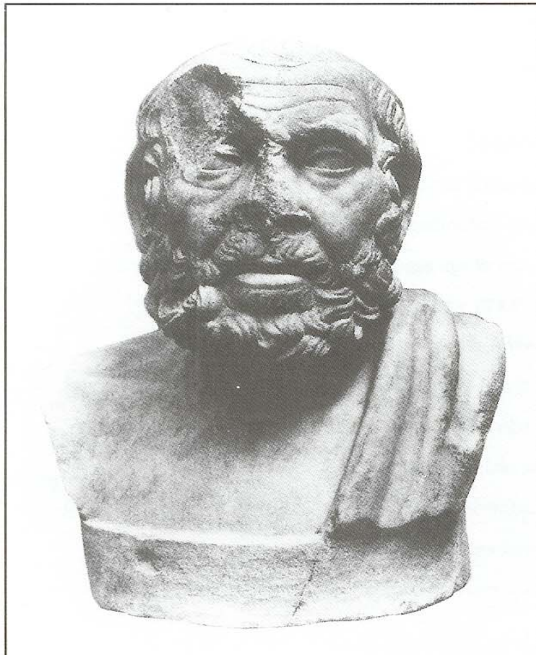
OBJETIVOS

Al término del presente curso-taller las personas participantes:

- A. Adquieran las herramientas conceptuales y prácticas que les facilite un desempeño de acuerdo con los criterios para la atención médica de la violencia familiar expuestos en la NOM-190-SSA1-1999.
- B. Analicen información amplia sobre violencia familiar que les ayude a asumir su responsabilidad en la identificación y tratamiento de la misma.
- C. Cuestionen creencias y prejuicios que puedan inhibir su capacidad para actuar sin enjuiciamientos y poder establecer una relación de respeto y apoyo con las víctimas de violencia familiar.

1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS A LA PRÁCTICA MÉDICA

1.1. El juramento hipocrático



"Juro por Apolo el médico y Esculapio por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tengo poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; el participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por concepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas. Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del prejuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa. No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier cosa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, obteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de la lasciva con las mujeres u hombres libres o esclavos. Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas. Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de

la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro."

1.2. ¿Qué es el acto médico?

Uno de los conceptos de mayor importancia y de mayor problemática para el Derecho Sanitario² (la disciplina jurídica especial que define las relaciones entre los usuarios o pacientes y los sistemas nacionales de salud) ha sido el de acto médico.

En ese contexto, en el ámbito doctrinario se han esbozado diversas definiciones³ entre ellas destaca la aportada por José Caballero quien lo define de la siguiente manera:

Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud si bien típicamente lo realiza el médico, también puede ser realizado por otro tipo de profesional de la salud llámese odontólogo, obstetra, enfermera, técnico, etc..

En el derecho mexicano, la referencia normativa por antonomasia la encontramos en el artículo 32 de la Ley General de Salud: Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Siguiendo el criterio anterior, la legislación mexicana es la que por primera vez en el ámbito de la legislación comparada ha definido qué ha de entenderse por acto médico, pues se trata de un acto jurídico *sui generis*, así el anteproyecto de Reglamento general de atención médica de los Estados Unidos Mexicanos lo define de la siguiente manera: "Toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico, con fines de protección a la salud e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, llevados a cabo por personal de salud o bajo su responsabilidad. En razón de lo anterior, no se considerará por su naturaleza acto mercantil."

Es generalmente aceptado que el acto médico, posee las siguientes características:

A. La profesionalidad.- Sólo puede ser realizado por personal de salud debidamente entrenado (de ahí el término facultativo)⁴.

² Declaración de Madrid, adoptada en octubre de 2004 por la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, previo acuerdo especial de los representantes de las Asociaciones Argentina, Chilena, Española y Mexicana. Revista CONAMED Vol. 9, No. 4, octubre-diciembre, 2004.

³ Vide Casa Madrid Mata, Octavio. "El acto médico y el derecho sanitario". Memoria del Noveno Simposio CONAMED, Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005.

⁴ Al respecto la Ley General de Salud contiene las siguientes disposiciones: Artículo 78.- El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a: 1. La Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal; Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias.

- B. La ejecución típica estandarizada.- En términos de la *lex artis ad hoc* el personal de salud sólo puede realizar las acciones que expresamente han sido tenidas por válidas a la luz de la literatura médica generalmente aceptada.
- C. La licitud.- El acto médico es legítimo cuando se realiza en apego a la ley, la *lex artis ad hoc* y se ha recabado en debida forma el consentimiento del paciente o su representante legal.
- D. La no formalidad.- Bajo esta característica, la regla es que el acto médico no requiere de la forma escrita para la contratación de servicios. Sin perjuicio de lo anterior, la documentación del acto médico es obligatoria en el expediente clínico, en términos de lo previsto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y en la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

El acto médico ha de entenderse bajo un régimen de libertad prescriptiva en favor del personal médico, y según se ha reiterado en las diversas normas oficiales mexicanas rectoras de la atención médica: los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Lo anterior significa que el personal de salud, puede optar de entre las distintas alternativas aceptadas por la *lex artis ad hoc*.

1.3. ¿Qué es la *lex artis ad hoc*?

La *lex artis ad hoc* es otro de los conceptos esenciales para el Derecho Sanitario y en él descansa la definición del marco general de actuación del profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud.

Sobre el particular se han aportado diversas definiciones, entre ellas destaca la de Luis Martínez Calcerrada que desde el ámbito español ha trascendido al común del derecho sanitario y ha servido para establecer el contexto generalmente aceptado:

El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria -, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida.

En concordancia a lo anterior, el artículo 90 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención medica, señala:

La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Por su parte, el artículo 21 del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, expresa a la letra:

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA (*LEX ARTIS MEDICA*), El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo;

PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA, El conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica;

La *lex artis ad hoc*, se integra en México por:

- A. La literatura magistral. La empleada en las instituciones de educación superior para la formación del personal de salud.
- B. La biblio-hemerografía indexada. Es decir, la contenida en publicaciones autorizadas por comités nacionales especializados en indexación y homologación biblio-hemerográfica o instituciones *ad hoc*.
- C. Las publicaciones emitidas por instituciones *ad hoc*, en las cuales se refieran resultados de investigaciones para la salud.
- D. Las publicaciones que demuestren mérito científico y validez estadística. e.) Los criterios que, en su caso, fije la Secretaría de Salud.
- E. Los criterios interpretativos de la *lex artis ad hoc* emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- F. La farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (que resulta obligatoria, en términos de los artículos 224 y 258 de la Ley General de Salud).
- G. Los diccionarios de especialidades farmacéuticas debidamente autorizados por la Secretaría de Salud.
- H. Los criterios emitidos por las comisiones ad-hoc autorizadas por la Secretaría de Salud (comisiones de investigación, ética y bioseguridad; y de igual suerte los comités internos de transplantes).

Entonces no todas las publicaciones de Medicina tiene el sustento necesario para ser tenidas como fuentes de *lex artis*. El propósito de la literatura es reducir el margen de incertidumbre en el acto médico.

Sin duda no resulta fácil la valoración de los casos de atención médica, empero siguiendo un esfuerzo de síntesis, podríamos señalar algunos de los rubros más importantes en cuanto a la correcta apreciación del cumplimiento de la *lex artis ad hoc*.

Valoración de los principios médicos

- A. Si se realizó el diagnóstico.
- B. Si existió diagnóstico diferencial.
- C. Si los diagnósticos fueron correctos.
- D. Si las técnicas empleadas están aceptadas en la *lex artis ad hoc*.

- E. Si en las técnicas correspondientes se observaron las indicaciones y contraindicaciones establecidas en la literatura generalmente aceptada.
- F. Si las instrucciones fueron precisas y bien fundamentadas.
- G. Si existió la supervisión adecuada.
- H. Si cada uno de los integrantes del equipo de salud cumplió su cometido.
- I. Si se aplicaron las medidas de sostén terapéutico. Si se realizaron los reportes obligatorios.

Valoración del cumplimiento a los principios éticos o deontología médica

- A. Cuál fue el *animus* (intención, propósito) del personal de salud al ofrecer sus servicios (lícito o ilícito, ético o no ético).
- B. Si existió información suficiente al paciente y en su caso, a su representante legal.
- C. Si se obtuvo el consentimiento bajo información.
- D. Si el paciente fue sometido a riesgos y daños innecesarios (ensañamiento terapéutico). Entre las fuentes autorizadas de deontología médica (que, por supuesto incluyen parámetros que integran la *lex artis ad hoc*).

Por lo que el acto médico se encuentra regulado legalmente en nuestro país por: Ley General de Salud, Reglamentos de la ley General de Salud en materia de: prestación de servicios de atención médica, de control sanitario, de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, de investigación para la salud entre otros. De igual manera las Normas Oficiales Mexicanas en atención médica dentro de las que se destacan la 168 del expediente clínico, los 190 criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Código civil, regulación procesal civil del arbitraje y el código penal.

2. DERECHOS DE LAS MUJERES VIOLENTADAS

Antes de entrar al análisis de los derechos de las mujeres así como de la violencia que se ejerce hoy por hoy en contra de éstas y desde luego sus derechos, se hace necesario observar otros aspectos no menos importantes como lo es la violencia de los hombres, el silencio, el habla etc. Con la finalidad de obtener un enfoque no sólo desde la perspectiva femenina sino también de la perspectiva masculina, y con ello observar algunos patrones culturales que influyen directamente en el no reconocimiento de los derechos de las mujeres.

2.1. Violencia de los hombres, masculinidad y complejidad

Reflexionar sobre la violencia de los hombres significa reflexionar sobre la dominación masculina, significa analizar aquellas formas de control de los hombres sobre las mujeres, otros hombres y ellos mismos, y sobre sus historias personales donde se les exigió garantizar las formas de dominación masculinas. Bordieu señala que las formas de dominación de la masculinidad buscan crear un mundo sexuado, donde los cuerpos, las actividades, los espacios y los tiempos se mantenga en estricta separación y los roles exactos en tiempos y espacios exactos.

La violencia de los hombres se ha convertido en un instrumento de control en este sistema. Por ello reflexionar y atender la violencia de los hombres es reflexionar sobre los aspectos sociales y culturales de la masculinidad. Sin embargo, al trabajar con la violencia de los hombres diversos autores se han encontrado con que este sistema de dominación masculina también se reproduce hacia los hombres, y que éstos expresan vivencias de exclusión sexista por no cumplir determinados mandatos de la masculinidad. Así, atender la violencia de los hombres es atender sus aspectos sociales y psicológicos.

Otros tantos autores señalan que, la identidad masculina hegemónica en nuestro país sigue apuntando al ejercicio del poder y el control sobre otras. Dominar, mandar, representar, protagonizar, poseer, se constituyen en la fuerza motivacional más importante de la masculinidad.

Sin embargo los tradicionales valores de la masculinidad conllevan una gran carga de responsabilidad, de tal forma que los hombres que ejercen violencia física en la relación conyugal suelen representar la caricatura de los valores culturales de la masculinidad como el que la esposa depende de él, que la esposa sea fiel, que le tenga hijos, que lo atienda, etc.

Los hombres aprenden la violencia como producto de haberla vivido de niños y aunque no son capaces de expresarlo verbalmente, los hombres violentos parecen haber experimentado tempranamente un tipo de trauma que, además de haberlos inducido a imitar las acciones violentas, produce otros efectos los cuales se manifiestan globalmente en su incapacidad de confiar en los demás, en sus celos delirantes, sus estados de ánimo cíclicos, su cosmovisión, etc., lo que constituye lo que se ha denominado personalidad violenta.

Los hombres ejercen violencia porque llevan a cabo los roles de género masculinos y las formas de control hacia la pareja, se manifiestan en insultos, desprecios, etc. También se debe impulsar una cultura de cambio en los hombres.

2.2. El silencio y la violencia de los hombres

La violencia surge como seguramente se ha estudiado en este Diplomado, del abuso de poder de una persona hacia otra, el maltrato es comúnmente silenciado y callado tanto por quienes ejercen la violencia como por quienes son víctimas de ella, así el poder controla y domina las formas de expresión de las personas.

Estos silencios son impuestos generalmente en el seno familiar, el joven se guarda sus sentimientos cuando el padre lo descalifica, y a su vez reprime a sus hermanas cuando se quejan. La madre silencia la golpiza del marido y lo defiende ante los ataques de los hijos. Las hijas callan el abuso del padre, y a su vez critican al hermano cuando habla mal de él, por lo tanto estamos hablando que se generan complicidades que reproducen la forma de dominación. Las consecuencias de esto son muy profundas porque se van creando códigos, y por lo tanto ésta violencia se manifiesta en el cuerpo, se apropia lo conduce y dirige, y a su vez se traduce en la enfermedad del cuerpo, que algunas veces se recupera y otras más reacciona, convirtiéndose en un efecto e instrumento de la violencia.

2.3. Habla y violencia en los hombres

El poder crea formas de control como el silencio, que por una parte expresa control y por la otra es una expresión fallida del malestar y la vulnerabilidad de los hombres. Genera un saber y su discurso en torno a éste, pero he aquí que el poder cae en una paradoja con el lenguaje, y en particular con el lenguaje de los hombres sobre la violencia: si bien genera un saber y un lenguaje para comunicarlo, también genera su propia visibilidad y se convierte en objeto de escrutinio.

Cuando los hombres comienzan a expresar de forma hablada su violencia, ésta comúnmente no adquiere un discurso coherente y bien definido, es decir, no alcanzan a describir, denunciar y comprender los alcances devastadores que la misma tiene en el género humano.

Cuando los hombres hablan de la violencia usan un lenguaje profundamente racionalizado, que a su vez está relacionado con la forma en que han sido socializados como hombres, para Sonkin y Durphy (1982) la mayoría de los hombres son entrenados desde pequeños para que piensen lo que pasa y no para que lo sientan, y desde el pensamiento deben caracterizarlo como positivo o negativo. Es así como se estructura un juicio respecto del significado de las cosas, juicio que se hará desde un lugar jerárquico, particularmente en los golpeadores. Sin embargo, de ello no están exentos el resto de los hombres, pero en menor medida Pensar y Sentir pasan a ser sinónimos. Los hombres aprenden a que deben de manejarse con el pensar; las mujeres aprenden que deben conducirse con el sentir.

Los hombres expresan los sentimientos en términos de pensamientos, porque confunden sentimientos con pensamientos u observación, lo que provoca que los hombres culpabilicen a la pareja. Se pueden ver como agentes de la violencia, pero ellos no se ven como responsables de la misma. De esta forma, los hombres mencionan la violencia en plural. Esto es, que no hablan de su violencia, sino de "nuestra violencia", pues parten de la idea de que siempre ella "hizo algo" para "provocarla". Así, cuando los hombres hablan de sus logros, éxitos o avances hablan en singular, pues consideran que ellos son los que alcanzaron las metas. Pero cuando hablan de aspectos desagradables o de su "parte oscura o desagradable" (la violencia) incluyen a la pareja en su narrativa. De esta forma los hombres la racionalizan y pluralizan el discurso. Ello se manifiesta con un formato de engañosa simplicidad que contempla una lógica de causa y efecto: "Ella me grita, y por ello le grito", "Ella me engaña, y debido a ello la violo". Siempre se explica el propio actuar por una causa externa de los hombres. La idea principal en su mente es que ella hizo algo que explica su acto.

Cómo se llega a esto? ¿Por qué cuando los hombres hablan de la violencia por primera vez culpabilizan sin siquiera cuestionarse? ¿Por qué se reconocen como actores, pero no como responsables del acto?

Esto ocurre porque los hombres construyen significados sobre lo que ella les dice. Estos significados son construcciones personales e individuales que tienen orígenes sociales

surgidos en el proceso de socialización de los hombres en la construcción de su masculinidad.

Pondré un ejemplo de la interpretación de estos sentimientos:

Interpretación cultural de María:	"Los hombres son los proveedores de la casa".
María:	"Pedro, no hay dinero para el gasto..."
Significado para María:	"Necesitamos más dinero para el gasto".
Pedro escucha:	"Pedro, no hay dinero para el gasto..."
Significado para Pedro:	"Pedro, eres un holgazán y no provees dinero suficiente".
Interpretación de Pedro:	"María me está diciendo holgazán".
Interpretación cultural de Pedro:	"Las mujeres que reclaman son agresivas y violentas". "Una mujer que reclama se sale de mi control".
Interpretación cultural de Sonia:	"Las mujeres tienen derecho a salir solas".
Sonia:	"Fernando, voy a salir al cine".
Significado para Sonia:	"Quiero distraerme y estar sola".
Fernando escucha:	"Fernando, voy a salir al cine".
Significado para Fernando:	"Ella desea otras diversiones. Se aburre conmigo".
Interpretación individual de Fernando:	"Sonia me es infiel".
Interpretación cultural de Fernando:	"Las mujeres que salen solas son mujeres infieles".

Como se observa, los aspectos culturales, y en particular las creencias sobre los roles de género provocan distorsión en la comunicación. En el primer caso María es una mujer que también reproduce los mensajes tradicionales de género. En el segundo caso Sonia es una mujer que mantiene una actitud crítica a éstos. Pero en ambos el hombre realiza una lectura diferente sobre lo que ella dice. Para Pedro ella lo está cuestionando y fundamenta su creencia en un prejuicio sobre lo que las mujeres deben de hacer. De hecho, pareciera que el mensaje de ella es un detonador que lo amenaza.

Por ello muchos hombres escuchan, pero al momento de implementar los acuerdos ambos caen en cuenta que no escuchó el significado que ella deseaba darle en el mensaje. Esto ocurre independientemente de que ella sostenga también las mismas ideas sobre los roles

de género, pues quien realiza este proceso de traducción del mensaje de ella es él. Así, podemos decir que los hombres escuchan, pero no comprenden, pues la escucha de los hombres se fundamenta en la construcción de monólogos masculinos donde responden no a lo que ella dijo, sino a las interpretaciones personales y culturales sobre lo que ella mencionó.

2.4. Prevención de la violencia familiar

Las acciones que hoy se tipifican como violencia familiar no siempre tuvieron en la sociedad la misma connotación; en años pasados muchas conductas fueron permitidas y además consideradas justas. Un ejemplo de ello es el derecho a educar a base de golpes y todo tipo de vejaciones. Cada vez más, se ha ido reconociendo a la violencia en sí misma como un problema y la legitimidad de que gozaba ha ido disminuyendo.

En la actualidad México aún presenta obstáculos en la lucha por el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres en general, pero sobre todo, en los derechos que no se dan desde el seno familiar, como sería el tener una Vida sin Violencia por ello, con el propósito de abordar el tema de la prevención de la violencia familiar y los de aplicación obligatoria no sólo para el sector público sino el privado en materia de salud como lo es la Norma Oficial No. 190, y que es poco conocida y por ende no se aplica en el sector Salud, sin dejar de reconocer que paralelo a este existen otros tipos de violencia como se verá más adelante.

De manera casi permanente- incluso en el siglo que inicia-, las mujeres sobre todo han tenido que hacer frente a situaciones complejas derivadas no sólo de su entorno familiar, sino también de su difícil inserción paulatina en la vida laboral, profesional, académica, cultural, económica y política, y por qué se insiste en hablar de la violencia que se ejerce en contra de las mujeres? porque milenariamente a la mujer es a quien no se le han reconocido sus derechos humanos, citamos como ejemplo la filosofía de Aristóteles que duró casi dos mil años y como desde épocas milenarias a la mujer únicamente se la ha considerado como un objeto para tener hijos, así pues Aristóteles señalaba que la mujer solamente servía para cultivo del caldo del hombre es decir sólo la receptora del semen. Como este ejemplo desde luego han existido muchos más.

Generalmente las Instituciones dedicadas a estos temas intentan rebuscar algunos conceptos utilizando palabras anglosajonas por ejemplo, empowerment sin saber el significado real de las mismas y traduciéndolas equivocadamente, causando con ello un mayor desconocimiento o bien creando confusiones, que de ninguna manera resuelven los problemas sobre todo porque no se adaptan a nuestra cultura. Así se tiene que en programas de género y equidad se habla de una prevención que nada tiene que ver con el significado real de la palabra, por ello lo más sencillo será para resolver el problema, acudir a lo que simplemente la definición que el diccionario refiere, de tal suerte que la prevención no es otra cosa que La medida tomada para evitar un daño o peligro.

La pregunta obligada es: ¿se puede prevenir la violencia? para poder determinar esto se deberá primeramente hablar un poco más acerca de ella, así pues:

Es importante señalar el concepto general de violencia de tal manera que la palabra etimológicamente hablando significa: Fuerza

Por violencia debemos entender la utilización de la fuerza física o verbal para conseguir un determinado fin en un conflicto. Violencia es obligar o forzar a una persona, en cualquier situación, a hacer algo en contra de su voluntad.

Todos los seres humanos vivimos situaciones conflictivas y muchas veces cometemos actos violentos, citaré ejemplos sencillos como los que diariamente vemos en la televisión específicamente en las noticias, o bien por Internet en donde somos testigos de situaciones por demás impactantes en donde la violencia rebasa cualquier límite esperado.

Testigos mudos de estos hechos violentos resultan ser los niños los cuales son bombardeados en todos los ámbitos en los que se mueven, como lo es el hogar, la escuela, la calle, etc.

La violencia ha tomado un papel predominante en nuestra vida y es tan común que nos acostumbramos a ella, y así como el cuerpo cuando tiene algún problema de salud o alguna herida actúa produciendo endorfinas, las que a su vez producen un efecto anestésico disminuyendo el dolor, tal pareciera que de igual forma nos anestesiarnos cuando presenciamos hechos violentos sin embargo, la diferencia es que el cuerpo sabiamente disminuye la cantidad de estas endorfinas para que exista la conciencia de que hay un problema que requiere ser atendido y en el segundo caso esto no sucede por lo que podemos ser testigos y actores de la violencia sin reaccionar de manera conciente que es algo que nos lesiona y nos puede llevar hasta la muerte.

La violencia como ya se ha señalado anteriormente se puede dar en la familia, en el trabajo (violencia laboral la cual no sólo incluye el acoso sexual, sino el descrédito a opiniones o trabajos, asignación de tareas excesivas etc.), en la sexualidad, en los servicios de salud, (que se traduce en la falta de acceso a éstos, la agresión del personal al solicitar el servicio o al dar la consulta) etc.

La violencia adopta múltiples formas pasando incluso por la distribución inequitativa de los alimentos, y no se refiere esto a lo que sucede en la sociedad debido a la falta de poder adquisitivo que tiene la población que vive en la pobreza o pobreza extrema. Si no que dentro del mismo hogar se reparten los alimentos en diferente proporción por tratarse de hombres y mujeres; se da la mayor porción al varón (padre o hijos) en muchas ocasiones por mitos como es que el “hombre es muy tragón” o “cómo él trabaja mucho necesita más comida”.... o como sucede comúnmente en las comunidades indígenas (en donde se siguen mucho los usos y las costumbres) las mujeres tienen que ceder sus pocos alimentos al hombre de la casa o a los hijos varones. Esto se convierte en un acto discriminatorio sobre otro que es la pobreza extrema en la que viven.

Las consecuencias de la violencia se manifiestan en la:

- A. Afectación de la salud de la mujer
- B. El bienestar de los hijos

- C. Dificulta la participación en la vida pública
- D. Reduce su contribución social y económica
- E. Se experimentan intervalos de desempleo

Y sobre todo se traduce en costos intangibles como:

- A. Dolor y sufrimiento
- B. Miedo u ansiedad
- C. Deterioro de la calidad de vida, pérdida de autoestima, etc.

En otro aspecto del tema se trata de señalar que la violencia a la que se suele llamar “Intrafamiliar” deberá dejar de existir como concepto y cambiarlo por violencia familiar, en virtud de que queda en sí mismo prisionero delimitado a un lugar. Se insiste en que la violencia no sólo se da en el hogar, es cierto que desde el seno familiar se observa su origen pero también lo es, que la encontramos en otros espacios fuera de los límites de la casa pero con los mismos actores, ejemplo en el trabajo de la esposa, en la vía pública, etcétera.

El concepto generalizado de violencia familiar que manejan las instituciones y según la NOM 190 –SSA1-1999 es el siguiente: “Es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. Este acto comprende:

ABANDONO

Se define como 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.

Se refiere al incumplimiento de obligaciones hacia uno o varios miembros de la familia, por parte de quien está comprometido a proveer cuidados y protección.

Puede relacionarse con: higiene, nutrición, cuidados rutinarios, atención emocional y necesidades médicas no resueltas o atendidas tardíamente, y abandono en lugares peligrosos.

MALTRATO FÍSICO

Se define como el acto de agresión que causa daño físico. Presenta un rango de agresiones muy amplio. Desde un empujón hasta lesiones con secuelas permanentes, o la muerte misma.

Puede incluir:

- A. Empujar, abofetear, golpear, patear, sofocar.
- B. Atacar con un arma.

- C. Sujetar, amarrar, encerrar, quemar.
- D. Negar ayuda en caso de enfermedad o herida.

Sus consecuencias van desde hematomas, laceraciones, equimosis, heridas, fracturas, luxaciones, quemaduras, lesiones en órganos internos, hemorragias, abortos, hasta traumatismos craneoencefálicos y muerte. Es recurrente y aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo.

MALTRATO PSICOLÓGICO

Se define como la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos. Comprende una serie de comportamientos que llevan al menoscabo del concepto que cada quien tiene de sí mismo (autoestima) lo cual genera sentimientos de ira, miedo, humillación, tristeza y desesperación.

Algunas de sus manifestaciones son:

- A. Aislamiento: limitación de salidas y movimientos, prohibición de ver amigos o familiares, sometimiento a silencios prolongados.
- B. Abuso verbal: gritos, insultos, insistencia en los defectos, burlas, críticas a lo que hace y dice la otra persona, ironías, ridiculizaciones, sobrenombres ofensivos, utilización de juegos mentales para confundir, acusaciones sin fundamento.
- C. Intimidación: amenazas de herir, matar, llevarse a los niños y niñas, suicidarse, asustar con miradas, gestos o actos; arrojar objetos, destruir las pertenencias de la víctima, maltratar a los animales domésticos.

Además de la desvalorización que sufren las víctimas, también se pueden presentar trastornos psiquiátricos como desánimo, ansiedad, estrés postraumático, abuso o dependencia de alcohol, tabaco u otras sustancias nocivas, ideación o intento de suicidio, entre otros.

La violencia psicológica o emocional puede darse antes, después o durante el abuso físico. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica ocurre una agresión física y por lo mismo, no siempre se reconoce su presencia.

MALTRATO SEXUAL

Se define como la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

Este abuso se manifiesta en situaciones diversas, tales como: intentar que la víctima establezca relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad; llevar a cabo actos sexuales cuando la persona subordinada no goza de todos sus sentidos o tiene miedo de negarse; lastimarla físicamente durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso intravaginal, oral o anal de objetos o armas; forzarla a tener relaciones

sexuales sin protección contra el embarazo o infecciones de transmisión sexual; criticarla e insultarla con nombres sexualmente degradantes; acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas; obligarla a ver películas o revistas pornográficas; forzarla a observar a su pareja-agresor mientras ésta tiene relaciones sexuales con alguien más.

Entre las consecuencias físicas del maltrato sexual se encuentran: lesiones e infecciones genitales, anales, orales y del tracto urinario así como embarazos no deseados.

Muchas mujeres con embarazos producto de la violencia sexual resuelven interrumpirlos mediante procedimientos muy riesgosos y sin ningún tipo de apoyo familiar, lo cual termina siendo un grave problema para su integridad física y emocional.

En el plano psicológico, este tipo de violencia, además de generar sentimientos de subvaloración, ideas o actos autodestructivos, trastornos sexuales, estrés pos-traumático que lleve al uso de sustancias tóxicas, produce alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

MALTRATO PATRIMONIAL

Como parte del maltrato psicológico se encuentra el abuso económico, que consiste en el control y manejo de los recursos de la familia mediante un ejercicio abusivo del poder. En la relación de pareja heterosexual, ésta es otra forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente.

Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: exigir a la mujer todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, obligarla a pedir dinero, dar menos del necesario a pesar de contar con él, inventar que no hay dinero, no informar el monto de los ingresos familiares e impedir el acceso a ellos, gastar cantidades importantes sin consultar; disponer del dinero de la mujer, tener a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio, privar de vestido, comida, transporte o refugio a la familia, impedir que la mujer trabaje aunque sea necesario para el sostén de la familia.

Esta tipología, como cualquier otra, es arbitraria. De hecho, en la vida cotidiana se entremezclan los distintos tipos de violencia. Además, la violencia contra la mujer es un fenómeno repetitivo, de largo plazo, que se establece como parte de una relación y se va modificando con el tiempo.

La violencia familiar es un problema de salud pública, una de cada tres mujeres vive estos episodios, en la actualidad el INEGI ya habla de cifras superiores a ésta, señalando que una de cada dos mujeres sufre violencia.

Su incidencia es entre el 30 y 70 % de las mujeres mayores de 15 años que están o han estado unidas a una pareja y que no necesariamente son o han sido casadas.

De cada 100 mujeres que han sufrido violencia física o sexual 65 de ellas fueron objeto de violencia cuando fueron niñas, y 10 de ellas reciben o han recibido agresiones físicas.

El embarazo no libera a las mujeres de la violencia, contrariamente a ello muchas veces son objeto de mucho más violencia y se le culpabiliza por no cuidarse adecuadamente con algunos de los métodos. En este sentido es importante señalar que se debe cambiar la cultura de prevención de la natalidad para que la pareja asuma sus responsabilidades igualitariamente.

Es la tercera causa de pérdida de años de vida saludable, se reportan cifras importantes en aumento de las visitas que realiza una mujer a los servicios de salud, y que tiene relación principalmente con la violencia, las causas principales pueden ser trastornos emocionales, así como lesiones que pueden ir desde pequeños hematomas (moretones) y escoriaciones hasta lesiones graves que pongan en peligro la vida.

Algo muy importante que se debe resaltar es que la mujer que sufre violencia muestra rasgos característicos de culpabilidad y baja estima, lo que dificulta darle la cara a la violencia o simplemente reconocerla como tal y además se traducen a su vez en falta de concentración; trastornos de la alimentación o en los hábitos de sueño, confusión, problemas en la capacidad de comunicación, soledad, vergüenza, timidez, y depresión.

A pesar del impacto en la salud, aún son muy pocos los prestadores de servicios que deciden dar la cara a la violencia familiar, ya sea por los prejuicios que pudiera tener el personal o simplemente para no meterse a lo que ellos consideran problemas o responsabilidad y muchos otros con sus actitudes re-victimizan a la mujer, no sólo los prestadores de servicios de salud, sino cualquier autoridad culpan a la mujer de los malos tratos que le proporciona el marido o sus hijos, señalándola como una persona que no pone de su parte o que poco aguanta o bien que ha hecho o realizado alguna actitud que le represente molestia a estos individuos y por ello la han violentado; lo que en realidad sucede es que la mayoría de los hombres no ha podido cambiar su rol social y cultural de machos y justifican a la violencia como el modo de resolver los problemas.

Para las mujeres dar la cara no es fácil, la ignorancia, la vergüenza y la ausencia o ineficiencia de las respuestas institucionales son algunos de los múltiples obstáculos que perpetúan la violencia que forma parte de su vida cotidiana.

CÍRCULO DE LA VIOLENCIA

La violencia como tal es un evento repetitivo y cíclico que comienza con las tensiones de la vida diaria y de pareja en la que se inicia un periodo de agresiones no físicas, que pueden ser del orden verbal, psicológico, se vicia, las cuales van en aumento hasta que se despeña la agresión física. Posteriormente el agresor inicia un periodo de arrepentimiento en el que justifica su actitud violenta tratando de asumir una postura un tanto cuanto de víctima mediante el cual solicita el perdón de la mujer, generalmente utiliza o emplea instrumentos como los regalos, las flores, o la propia sexualidad, etc. Con ello entra a una etapa que comúnmente se conoce como luna de miel, desafortunadamente esta etapa es tan efímera que en muchas ocasiones tiene una duración fugaz, reiniciándose casi de manera inmediata las agresiones y por ende el círculo de la violencia.

De igual forma como se ha determinado la existencia de este fenómeno cíclico que puede tener una variación tan grande en su presentación, como podría ser:

- A. Anualmente, por ejemplo en el aniversario de bodas, el cumpleaños de la mujer, etc.
- B. En periodos tan cortos como podría ser, diariamente cuando se coincide antes de salir del hogar, o cuando se va a tomar alimentos y que por estar fríos o calientes son pretextos suficientes para desencadenar el evento violento.

Por lo que algunas características en las que se presenta la violencia en contra de la mujer van conformando un patrón de conducta por parte de el agresor como son:

Ocurre generalmente en casa.

- A. Es intencional.
- B. Es recurrente.
- C. Genera un clima de miedo.
- D. Se realiza para conseguir poder y control.
- E. El agresor y la víctima se conocen.
- F. El agresor sabe la rutina de la víctima.
- G. El agresor utiliza la información que tiene de la víctima para agredir: esconder medicinas, amenazar con quitarle a los hijos o hijas, sorprenderla en algún lugar.
- H. La agresión no termina con la separación, al contrario, se recrudece.
- I. Ocurre en todos los grupos sociales.
- J. Sus manifestaciones se presentan casi siempre en forma combinada.

2.5. Derechos de las mujeres

Generalmente se escucha decir mujer:

- A. “Tienes derecho a la salud, a estar y sentirte bien física y emocionalmente”:
- B. “Tienes derecho a enterarte de todo y a decir libremente lo que piensas”.
- C. “Tienes derecho a elegir y ser elegida para ocupar cualquier puesto público”.
- D. “Tienes derecho a exigir una educación que no discrimine a las mujeres”.
- E. “Tienes derecho a vivir en un medio ambiente saludable”.
- F. “Tienes derecho a decidir cuántos hijos quieres tener, cuándo y con quién”.
- G. “En el trabajo, tienes derecho a recibir igual pago por igual trabajo”.
- H. “Tienes derecho a que nadie te maltrate ni con palabras ni con hechos”.

Y ¿en realidad se tienen o solamente se encuentran plasmados sin que éstos sean reconocidos o aplicados? Si esto fuera no tendría razón el estar hablando del tema, desde luego resultaría ocioso, la pregunta aquí es: ¿mujer sabes cuáles son tus derechos y cómo puedes ejercerlos? Porque lo interesante del tema es que todas las mujeres sepan cómo pueden ejercerlos, es decir, hacerlos valer ante alguna autoridad, administrativa o judicial o bien en lo que más no ocupa en este momento en los servicios de salud.

Es importante tener el conocimiento de los más relevantes o de aquellos que han destacado como son:

- A. 1975.- Conferencia Mundial Sobre las Mujeres. Objetivo.- Respetar la integridad de las mujeres. México
- B. 1979.- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.- Ratificada por 150 países, México firmó el 18 de diciembre de 1980.
- C. 1980.- Naciones Unidas.- reconoce que la violencia contra la mujer es el crimen encubierto más frecuente en el mundo.
- D. 1994.- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. D.O.F 18 dic. 1996. Belem Do Pará.

Señalaba anteriormente que estos instrumentos no son obligatorios a pesar de estar suscritos por los países y prueba de esto es lo siguiente:

El Gobierno de China, el país más poblado del mundo, con 1,3 billones de personas, impuso su política de restricción de la natalidad en el año de 1979; se dice que los métodos usados causan horror y pena, los ciudadanos, aterrorizados de ser descubiertos por el gobierno, abandonan y matan a sus propios hijos debido a que el límite o restricción es de un niño por familia en las ciudades y en las zonas conurbadas de dos y sólo que en caso de que este segundo sea mujer se enfrentará a graves discriminaciones.

El año pasado circuló por e-mail una fotografía de un bebé recién nacido muerto, en la calle, y del que se observaba la indiferencia de los que por ahí pasaban. Estas fotografías fueron tomadas por una turista que se encontraba asombrada y que fue acosada por el gobierno chino para que les entregara las fotografías ésta era su mayor preocupación y no la muerte del bebé. Este es un caso más de la política cruel del gobierno chino: aborto obligatorio.

Después de ver estas imágenes se pregunta: ¿los gobiernos que firman estos acuerdos internacionales cumplen con ellos?, tan sencillo como señalar para reafirmar lo anterior que en Beigin en 1995 se estableció que la violencia contra la mujer podía ser:

- A. Física
- B. Emocional
- C. Psicológica
- D. Sexual
- E. Económica

Cuyo objetivo es: unir esfuerzos de los gobiernos, organizaciones civiles, instituciones académicas y todos los sectores de la sociedad para instrumentar las medidas necesarias para prevenir y eliminar todas estas formas de violencia

¿Se cumple? Y como ésto no sucede entonces deberemos acogernos a los instrumentos y herramientas jurídicas que en México tenemos para poderlos ejercer. Así encontramos que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la igualdad jurídica entre hombres y mujeres y sin embargo no sucede así en la realidad como se verá a continuación.

En este tenor ninguna constitución podrá estar por encima de la Federal sin embargo encontramos que el artículo 94 de la Constitución Política del Estado de Yucatán establece:

El matrimonio es una institución jurídica dirigida a organizar la reproducción humana en el sentido de lograr generaciones física e intelectualmente capacitadas para la convivencia. El estado reconoce que es de vital interés para la sociedad que en la unión de hombre y mujer para la procreación, se establezcan límites en cuanto a edad y salud física y psíquica para evitar la degeneración de la especie. Se procurará la instalación de clínicas gratuitas para difundir los principios de la higiene sexual y para la esterilización voluntaria de quienes por sus antecedentes, personales se reconozcan en peligro de engendrar seres débiles o anormales

Estas reformas a la Constitución del Estado fueron publicadas en el año de 1938, cabe aclarar que han existido reformas, pero nunca se ha tocado este artículo, incluso las últimas fueron dadas en septiembre de 2005 derogando el artículo 95, lo que resulta paradójico.

Como éste, existe un sinnúmero de ejemplos que han sido analizados por diversos especialistas en el tema de derechos de las mujeres. Pero para el tema que nos ocupa en relación con la salud de las mujeres violentadas he de referirme a una norma que resulta de especial interés para nuestro curso como lo es la Norma Oficial Mexicana 190 “Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar”, la cual entra en vigor el 9 de marzo del 2000, y que es obligatoria para todos los prestadores de Servicios de Salud⁵.

Esta Norma es poco conocida en muchas partes y sobre todo en los servicios de salud, la experiencia nos ha demostrado que sólo un 5% cuando mucho ha escuchado y los que la conocen no la aplican por no saber cómo hacerlo, es importante señalar que la Ley General de Metrología y Normalización del año 2002 establece el cumplimiento obligatorio de las normas de carácter técnico y ésta es una de ellas.

La norma coadyuva a la prevención y disminución de la violencia familiar y promover estilos de vida saludables, fomenta la equidad entre los géneros y entre las personas, el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y a las diferencias entre congéneres.

Entre sus generalidades se establece que se deberá dar atención médica a o los usuarios involucrados en la violencia familiar.

Y las actividades intra y extrainstitucionales educativas y de salud necesarias para contribuir a una cultura de la no violencia.

Así como dar aviso al Ministerio Público en un formato específico y a la Secretaría de Salud en los formatos establecidos. (ésto en los casos que se requiera y es una situación que actualmente se discute porque por ejemplo en el caso del ISSSTE no contamos con agencias investigadoras) sin embargo, cuando tenemos conocimiento de alguna muerte por

⁵ Concepto contenido en la NOM 190. Prestadores de servicios de salud, a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos que la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

hecho violento es decir que no sean causas naturales con independencia del lugar en el que se den se deberá por obligación ciudadana hacer del conocimiento de la autoridad en el caso del Ministerio Público, esta situación no debiera espantarnos porque como se dijo y repito es una obligación ciudadana.

La referida norma emplea criterios específicos como:

- A. Promoción de la salud y la prevención: Educativas y participación social.
- B. Para la detección y diagnóstico: Identificar a los pacientes afectados por la violencia y el grado de riesgo. Realizar entrevistas, anotar las lesiones en el expediente clínico con la historia del maltrato físico y factores desencadenantes.
- C. Para el tratamiento y la rehabilitación:
- D. Atención médica específica integral y de las secuelas específicas incluyendo la referencia a otros niveles de atención.
- E. Aviso al Ministerio Público: Mediante el formato específico y orientar a la paciente de la posibilidad de la denuncia en la Agencia correspondiente.
- F. Sensibilización, capacitación y actualización: Para el personal que proporciona servicios de salud, de los temas de mayor relevancia relacionados con la violencia.
- G. Investigación: Promover y realizar investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar.
- H. Registro de información: Ante la Secretaría de Salud con fines de investigación y estadísticas.

Por último, es importante señalar que otra norma oficial que se comentó con anterioridad es la NOM 168 relativa al expediente clínico que tiene de igual forma que la NOM 190 obligatoriedad para el sector público y privado de los prestadores de los servicios de salud y que al respetarse ésta, el expediente clínico constituirá una prueba documental fundamental para acreditar la violencia familiar, en virtud de que se puede solicitar al juez de la causa o bien al agente del Ministerio Público tenga acceso y conocimiento al mismo y con ello pueda incluso dictar las medidas pertinentes que pongan a salvo la vida de la o las víctimas.

Uno de los principios fundamentales que se deberá llevar a cabo a fin de evitar esta situación lasciva es generar un cambio en los paradigmas de las relaciones de pareja y crear una cultura de la “No Violencia” como lo dice en los principios fundamentales de la NOM 190 lo que realmente llevará a prevenir de manera efectiva la violencia en cualquiera de las formas en las que se comentó y de la cual todos sin excepción debemos ser responsables por el bien de las nuevas generaciones.

3. CONSECUENCIAS DE SALUD PREVISIBLES DE LA VIOLENCIA

Estas consecuencias efectivamente previsibles pueden ser vistas desde muchas aristas en virtud de que como se ha mencionado la violencia no sólo se da en el seno familiar, sino en cualquier ámbito como lo es el laboral, la discriminación, con los adultos mayores, etc., resultaría imposible abarcar en poco tiempo todos estos entornos por lo que me referiré a la Violencia Sexual como ejemplo.

Es a partir de los años 90s que se comienza a tipificar la violencia sexual entre otras como una violación de los Derechos Humanos, son las mujeres las que experimentan en mayor medida estos fenómenos que día a día se han vuelto más complejos y delicados.

Finalmente la violencia sexual se ha considerado una de las agresiones más fuertes que reflejan y confirman las maneras y los modos en que se manifiestan o se concretizan las desigualdades de poder en la sociedad, sobre todo reflejan las desigualdades en las relaciones sexo-género, al existir inequidades éstas subordinan a una mujer o a un grupo de mujeres. A través de la historia, la violación sexual, por ejemplo ha sido utilizada estratégicamente para humillar y desmoralizar al “otro”, sea mujer u hombre por lo que quien sufre esta agresión sufre trastornos en la salud.

3.1. Violencia sexual

La violencia sexual es un fenómeno mucho más frecuente de lo que pensamos y cuyas consecuencias físicas, psicológicas y para la salud pública poco se mencionan.

Es importante que prestadoras y prestadores de servicios de salud deben tener información especializada para prevenir y limitar en lo posible de manera inmediata mayores daños a la salud.

Es importante reconocer que la atención oportuna y de calidad, tiene un impacto positivo y significativo en la prevención de complicaciones importantes de la violación, que afectan la calidad de vida, al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre ellos: el embarazo forzado y las infecciones de transmisión sexual.

3.2. ¿Qué es la violación sexual y cuáles pueden ser sus consecuencias inmediatas?

La violación sexual es considerada como uno de los mayores daños que puede sufrir una persona; tiene consecuencias inmediatas, mediatas y a largo plazo. Las personas son sometidas por la fuerza, por chantaje u otro tipo de presión emocional para realizar actividad sexual en contra de su voluntad; este hecho atenta contra la libertad y la dignidad personales, genera trastornos en la integridad de la persona violada y en su entorno. La persona sufre la pérdida de su autonomía, confianza, seguridad, control y autoestima.

La violación sexual es la penetración vaginal, anal u oral con el pene y/o cualquier otro tipo de órgano u objeto usando la fuerza o la coerción. Las relaciones sexuales forzadas son, casi siempre, violentas, lo cual incrementa el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que al desgarrarse las paredes vaginales, o anales, durante la penetración forzada, se facilita su transmisión. Esto mismo puede suceder cuando la violación es por vía oral y hay lesiones bucales.

Después de un ataque sexual, las posibilidades y riesgos de un embarazo forzado y de contraer una ITS son muy altas; diferentes estudios revelan una probabilidad de 10 a 30% de presentar un embarazo forzado y de 10 a 20% de adquirir una ITS.

Es importante saber que no todas las violaciones dejan secuelas o lesiones físicas evidentes y esto no excluye que la persona que se presenta en busca de atención, realmente la haya sufrido. Hay que considerar que muchas veces la violación se realiza bajo coerción moral o psicológica, como en los casos en que el agresor es conocido de la persona violada o cuando se trata de niñas y niños.

3.3. ¿Qué tan frecuente es la violación sexual? ¿A quiénes afecta?

Existe poca información sobre la frecuencia de violación sexual. En México algunos estudios señalan que la mitad de los casos ocurre en niñas, niños y adolescentes y que entre 2.8 y 5% de las mujeres han sido violadas alguna vez en su vida.

Información proveniente de los centros de atención en crisis, que atienden casos de violación, revelan que un gran porcentaje de violaciones e incidentes de abuso sexual son perpetrados contra mujeres de 15 años o menores de edad.

En un estudio realizado en México entre 1990 y 1996 se estudiaron 531 casos, de los cuales 85.8% fueron del sexo femenino; casi la mitad, menores de edad; y hubo una mediana de nueve años de escolaridad. Se encontró que todos los agresores fueron del sexo masculino; y que el 62% eran conocidos de la persona violada. De éstos 86.7% eran familiares o personas cercanas a la familia. En los domicilios de la agredida o del agresor ocurrió el 55.4% de las violaciones.

Eventualmente, cualquier persona puede ser sujeto de violación, independientemente de su condición social, edad, sexo, educación u ocupación (esposas, novias, madres, estudiantes, profesionistas, niñas, niños, adolescentes, abuelas, indígenas, migrantes, trabajadoras, personas privadas de la libertad, ricas o pobres, discapacitadas, etc.).

Tampoco existe un perfil específico del agresor: puede ser alguien conocido, un familiar cercano o lejano, amigo, compañero de trabajo, novio, vecino, o alguien totalmente desconocido. Así también, el acto de violación puede suceder en cualquier lugar: la casa, la oficina, la calle, un automóvil, la prisión, la iglesia, las fuerzas armadas, etcétera.

El uso de alcohol y drogas han facilitado el sexo no consensuado. Bajo su efecto ocurre lo que se ha denominado “violación por cita”. Las personas violadas pueden no tener plena conciencia de que han sido drogadas y sexualmente abusadas, lo que puede retrasar la atención.

Por otro lado, diferentes estudios revelan que hasta 65% de los agresores eran conocidos de la familia y de éstos 80% tenían un vínculo familiar o de cercanía con la persona agredida. Los vínculos emocionales entre el agresor, la persona violada y su familia favorecen el encubrimiento y la falta de denuncia. Existen otros factores que favorecen la no denuncia, tales como la carencia de redes sociales que apoyen en estas circunstancias, así como el estigma de que son objeto, y la violencia de otro tipo que sufren en los servicios de salud y

en los de impartición de justicia cuando son tratadas como culpables de inducir la agresión sexual, esto se le conoce como revictimización.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 revela que las mujeres evitan hacer uso de los servicios de salud en la medida de lo posible. Las razones que aducen para ello son vergüenza y desconfianza en el personal de salud y en el de impartición de justicia, algunas veces a raíz de experiencias personales; otras por historias de otras mujeres, o porque existen estereotipos del comportamiento del personal en estas situaciones.

3.4. ¿Qué les ocurre a los hombres que han vivido violación sexual?

Aunque la violación sexual de hombres se reporta en menor medida, también sucede. El temor a reportarla es más fuerte que en el caso de las mujeres. Los sitios en donde ocurre con mayor frecuencia a hombres adultos son las prisiones y en las instalaciones de las fuerzas armadas, pero puede ser cualquier lugar y a cualquier edad.

Las consecuencias físicas y psicológicas son similares a las que sufren las mujeres, pero, a diferencia de ellas, los hombres suelen sentir cuestionada su masculinidad y su sexualidad. La falsa concepción de que sólo los homosexuales son violados favorece este tipo de reacciones que terminan por estigmatizar a quien fue abusado sexualmente.

3.5. ¿Qué características tiene el abuso sexual infantil?

El abuso sexual en niñas y niños difiere del que ocurre en adultos. Con frecuencia se trata de situaciones repetitivas, con duración de semanas o meses, antes de ser descubierto. Suele ocurrir sin mediar violencia física, sino psicológica a través de amenazas de agresión o muerte a la familia, razón por la que la niña o el niño evitan informar del abuso. Cuando lo hacen, se acercan con mayor frecuencia a la madre, quien puede no creerles o vivir también en situación de violencia por el mismo agresor.

Los objetivos de la atención a sobrevivientes de violación son: a) su salud y bienestar, b) evaluar y tratar lesiones; c) prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo; d) recabar evidencias médico legales (donde esto sea posible, y e) proporcionar consejería y seguimiento.

A pesar de que cotidianamente el personal de salud enfrenta situaciones dolorosas relacionadas con el ejercicio profesional, atender a una persona que ha sido vulnerada en extremo, le lleva a experimentar emociones de rabia, compasión, sufrimiento e impotencia.

Las actitudes que muestre desde el primer contacto pueden ser definatorias del proceso de atención. Por ello, además de la calidad técnica para un buen diagnóstico, una respuesta sensible, cálida, comprensible y solidaria puede facilitar que la persona hable de lo sucedido (lo que ayuda a explicar las lesiones que presente), a partir de que perciba un auténtico interés, respeto y confidencialidad.

Conviene que el personal de salud tenga presente que quizá sea la única oportunidad de facilitarle el camino a la persona violada para retomar sus capacidades, para enfrentar los procesos de duelo, negación, ira, frustración, impotencia y más, por lo que es oportuno que la médica o el médico garantice:

- A. Brindar la escucha y el apoyo incondicional a la persona agredida, atendiendo a la comunicación verbal y no verbal, dando credibilidad absoluta a su dicho.
- B. Omitir cualquier juicio de valor sobre su persona o condición y evitar en lo absoluto enunciados como "yo en su lugar hubiera" o "cualquiera hubiera".
- C. Mostrar atención y empatía con la persona. Imaginarse en su lugar para comprender lo que siente, permite una actitud sensible durante la valoración médica. Antes de realizar cualquier exploración, explicar todo el procedimiento médico y pedir su consentimiento. Una revisión hecha sin respeto ni sensibilidad, aunque sea técnicamente correcta, puede ser vivida como una segunda violación (revictimización) y entorpecer el proceso de atención.
- D. Hablar con un lenguaje claro y sencillo es indispensable en estas circunstancias cuando la persona violada está en un estado de estrés, ansiedad y angustia. Es importante que el personal de salud se dé a entender y le manifieste su reconocimiento a la valentía demostrada por acudir a recibir atención.
- E. Apoyar la expresión de sentimientos y emociones, respetando los silencios de la persona agredida. Esto facilita la reflexión y la organización del pensamiento para arribar a las acciones a seguir en la prevención de mayores daños. Sus silencios suelen resultar especialmente incómodos para el personal de salud, pero pueden serle útiles para percatarse de su situación emocional. Preguntarle innecesariamente detalles del incidente no ayuda al buen desarrollo de la consulta y puede interpretarlo como que se le culpa de la violación, empeorando su situación emocional.
- F. Revisar cuidadosamente y con respeto a su integridad emocional y corporal, identificando cualquier indicio que ponga en riesgo la vida o una función, como fracturas, hemorragias, estados de choque, incluyendo el emocional, o estados psicológicos limítrofes, cuidando el pudor y evitando procedimientos médicos injustificados.
- G. Manejar, en caso de requerirse, la crisis emocional o solicitar apoyo de personal capacitado para ello.
- H. Idealmente, el cuidado de la salud y la colección de evidencias forenses deberían realizarse al mismo tiempo y por la misma persona.

3.6. ¿Cuáles son las primeras acciones que debe realizar el personal de salud cuando una persona ha sido violada sexualmente y solicita atención?

Los casos de violación constituyen urgencias médicas cuando está en peligro la vida, un órgano o una función y se requiera atención inmediata. Hay que considerar que existe la posibilidad de lesiones externas e internas, riesgo de ITS y VIH y daño emocional. Aún cuando en apariencia no exista un riesgo físico letal, el daño en las diferentes esferas de la persona es profundo y se requiere la total atención del equipo de salud, una vez que el o la sobreviviente decidió buscar atención en unidades médicas.

En el proceso de atención a sobrevivientes de violación se requiere la participación del personal médico, de trabajo social, de enfermería y de psicología. Es recomendable preguntar a la persona quién desea que la acompañe durante la revisión.

Conviene tener en cuenta el momento cuando se presenta la persona, antes o después de 72 horas, pues de eso dependen las acciones a realizar. A continuación se enuncian los lineamientos básicos a seguir por el equipo de salud.

Algunos lineamientos generales:

- A. Asegurarse de que el equipo está preparado antes de iniciar la revisión.
- B. Siempre ver a cada sobreviviente primero, antes de tocarle, evaluando su apariencia física y mental.
- C. Explicar cualquier procedimiento a realizar y pedir permiso antes de hacerlo.
- D. Asegurarle que puede preguntar y detener la revisión en el momento en que así lo desee.
- E. Tomar los signos vitales: pulso, presión, temperatura, frecuencias cardíaca y respiratoria.
- F. El estado inicial puede revelar complicaciones médicas que tengan que ser tratadas con urgencia y que requieran el ingreso a un hospital, tales como: trauma extenso (en región genital, cabeza, tórax o abdomen), hinchazón disimétrica de articulaciones (artritis séptica); déficit neurológico o dolor al respirar.
- G. Obtener consentimiento informado para la exploración y la recolección de muestras para examen forense (según el protocolo legal local).

También debe tenerse en cuenta:

Explicar a la persona violada o a la persona legalmente responsable (en caso de menores de edad o a quienes cursen con alguna discapacidad mental), su situación y posibles consecuencias, así como la posibilidad de prevenirlas.	Emitir el certificado médico legal y notificar el caso de violencia en los formatos oficiales que aparecen en la Norma Oficial Mexicana NOM 190, y anexos.
Prescribir medicamentos para la prevención del embarazo forzado, de infecciones de transmisión sexual y evaluar la profilaxis para el VIH/SIDA.	Brindar orientación médico, que incluya el derecho a denunciar, y evitar o interrumpir un embarazo consecuencia de la violación.
Evaluarle el riesgo para su vida y apoyarle para hacer un plan de seguridad en caso necesario.	Referirle a los servicios de apoyo especializado de acuerdo con las necesidades de cada caso.

Conviene recordar que no es tarea del personal que presta los servicios de salud probar que se ha cometido un delito, ni influir en la decisión de la persona afectada de presentar o no denuncia por violación. Sin embargo, si en el seguimiento se detecta embarazo, la mujer deberá acudir al Ministerio Público para obtener autorización legal en caso de que decida interrumpirlo.

No todos los casos de violación que se presentan a los servicios médicos son inmediatos a la agresión. Se consideran:

- A. Casos inmediatos. Aquellas personas que acuden en busca de atención en servicios médicos dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el ataque sexual. En esta situación se cuenta con el tiempo suficiente para recurrir a la anticoncepción de emergencia y a la profilaxis de ITS y del VIH, así como para recabar evidencias médico legales.
- B. 2.- Casos tardíos. Sobrevivientes que acuden a su atención por consecuencias de violación después de 72 horas. Pueden transcurrir largos períodos (semanas, meses, años). En muchos casos se pierde la evidencia médica, aunque algunas pueden perdurar por años (por ejemplo lesiones, cicatrices y rastros en la ropa siempre que no se haya lavado, además de las secuelas emocionales). Dependiendo del tiempo transcurrido, podrá recurrirse a profilaxis o tratamiento contra ITS.

Acciones a considerar si el o la sobreviviente acude antes de 72 horas:

- A. Nunca pedirle que se desnude totalmente si no se cuenta con una bata para cubrirle. Examinar primero la mitad superior del cuerpo y luego la mitad inferior.
- B. Examinar minuciosamente y sistemáticamente su cuerpo empezando por la cabeza; revisarle ojos, nariz, boca y detrás de las orejas; examinar antebrazos, muñecas y tobillos. Anotar estadio puberal.
- C. Buscar signos consistentes con la historia de la agresión tales como mordidas, marcas de golpes huellas de sujeción de las muñecas, áreas de pérdida de cabello en la parte de atrás de la cabeza, rompimiento de tímpanos (a consecuencia de bofetadas).

- D. Anotar todos los hallazgos cuidadosamente describir tipo, tamaño, color y forma de cualquier laceración, moretón o petequias.
- E. Tomar nota de su estado emocional y mental (introversión, calma, llanto, etcétera).
- F. Tomar muestras de cualquier material extraño en las ropas o cuerpo (sangre, saliva, semen, trozos de uñas, etcétera), de acuerdo con el protocolo legal local.
- G. Al examinar el área genital femenina inmediatamente después de una violación, es posible encontrar daño en menos del 50% de los casos.
- H. Examinar el pubis, cara interna de muslos, periné, ano, labios mayores y menores, clítoris, uretra, introito e himen (con mayor frecuencia es posible encontrar rasgaduras en adolescentes y niñas).
- I. Si ha habido penetración vaginal, insertar cuidadosamente un espejo vaginal lubricado con agua o solución salina normal. No usar espejo vaginal en niñas. Revisar cervix fondo de saco posterior y mucosa vaginal, buscando traumatismos, sangrado y signos de infección.
- J. Si se considera pertinente, hacer palpación bimanual para revisar cervix, útero y anexos en busca de signos de trauma abdominal embarazo o infección.
- K. Colectar secreciones vaginales con un hisopo (de acuerdo con el protocolo local de colección de evidencias).

Examen de ano y recto:

- A. Anotar la posición en la cual se efectuó el examen (supina para examen genital, lateral con rodillas al pecho, etcétera)
- B. Si está indicado por el relato, tomar muestras del recto, de acuerdo con el protocolo local de búsqueda de evidencias.
- C. Si está indicado, practicar examen rectal en busca de traumas, fístulas, desgarros, sangrado y descargas.

Acciones a considerar cuando el o la sobreviviente se presenta 72 horas después del incidente:

- A. Después de una semana de un asalto sexual, es difícil encontrar cualquier evidencia. No obstante, se recomienda realizar un examen físico completo.
- B. Anotar el tamaño de cualquier moretón o cicatriz reciente.
- C. Tomar en cuenta cualquier evidencia de posibles complicaciones (sordera, fracturas, abscesos, etcétera).
- D. Tomar nota de su estado mental (normal, retraído, depresivo, suicida).
- E. Si no hay queja de descarga genital, anal o ulceraciones, no se recomienda realizar examen pélvico
- F. Tomar muestras de vagina o ano para ITS (RPR para sífilis, tinción de Gram y cultivo para gonorrea, cultivo o ELISA para Chlamydia trachomatis, ELISA para VIH).
- G. Siempre obtener el consentimiento informado para la realización de la exploración y de la toma de muestras.

Después de 72 horas, la eficacia de la profilaxis contra el VIH e ITS se reduce considerablemente. La eficacia de la anticoncepción de emergencia está en relación con el

momento del ciclo menstrual, el tipo de esquema utilizado y el tiempo transcurrido entre la agresión sexual y el suministro de las pastillas.

En otras circunstancias, no se expresa como motivo de consulta la violación, sino que ésta es detectada por el personal de salud. Las medidas preventivas o terapéuticas (médicas y psicológicas) que se requieran dependerán del tiempo transcurrido luego de la violación.

Cuidados generales

- A. Limpiar cualquier rasguño, cortadura, raspón, suciedad y tejidos muertos dañados.
- B. Las heridas profundas deberán limpiarse perfectamente y suturarse dentro de las primeras 24 horas.
- C. Las heridas no suturadas en las primeras 24 horas, deberán dejarse cicatrizar por segunda intención.
- D. Es mejor no saturar las heridas muy contaminadas. Se recomienda prescribir antibióticos y medicación para el dolor.
- E. Ante las soluciones de continuidad en la piel, se recomienda aplicar inmunización antitetánica.

3.7. ¿Cuáles son las consecuencias previsibles de la violación sexual?

Hay dos consecuencias de la violación que deben prevenirse dentro de las primeras 72 horas posteriores a la agresión sexual:

- A. Embarazo forzado.
- B. Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA.

Un factor fundamental en la atención a personas violadas es la exploración de las reacciones emocionales que pueden variar en forma, tiempo y gravedad, desde la total negación de los hechos, hasta el estado de shock postraumático o "trauma de rapto", que puede presentarse ante cualquier agresión.

La respuesta inmediata puede durar horas o días y se caracteriza por la distorsión o parálisis de los mecanismos de defensa. Puede variar desde la pérdida total de control emocional hasta un aparente control de la conducta. Los signos inespecíficos que se presentan pueden incluir dolor generalizado, cefalea, dolor pélvico, trastornos del sueño, anorexia o polifagia. Se han identificado algunos síntomas específicos como leucorrea, prurito, dolor rectal; o síntomas emocionales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta.

La siguiente etapa o fase de organización se caracteriza por pesadillas, fobias, además de síntomas ginecológicos y menstruales, así como imágenes súbitas de la agresión que se aparecen recurrentemente. Conviene recordar la importancia de que en cada caso el trato del personal médico sea gentil, comprensivo, amable y empático, y que considere su estatus emocional, pues de la interacción entre ambos dependerá su colaboración en la exploración inicial y en las visitas de seguimiento.

Existe gran cantidad de mitos y desinformación acerca de la violación, por lo que conviene que el personal que presta los servicios de salud reflexione sobre sus propios prejuicios en el tema, para que su intervención en estos casos sea eficiente, oportuna y humanitaria.

El apoyo social y psicológico son componentes esenciales de la atención médica. La mayoría de sobrevivientes recuperan su salud mental gracias al apoyo emocional, a la comprensión de las personas con quienes tratan y a los grupos de apoyo.

Es recomendable prescribir un ansiolítico, de preferencia benzodiazepinas, como el midazolam (5 mg), para ayudar a conciliar el sueño y facilitar la intervención psicoterapéutica en situación de crisis.

Si el nivel de ansiedad es elevado e impide realizar las actividades cotidianas, deberá referirse a un profesional de la salud mental capacitado para tratar el caso.

Exámenes que deben practicarse

Prueba de embarazo (Beta-HCG) para el diagnóstico temprano de embarazo y/o para determinar si hay embarazo previo al acto de violación. Ante sospecha de embarazo producto de la violación.

No es necesario hacer la prueba o tener resultados para prescribir la anticoncepción de emergencia.

La interrupción del embarazo producto de violación es legal en todas las entidades del país, y la mujer tiene derecho a servicios de salud seguros dentro de las unidades públicas de salud. A solicitud de ella, la autoridad competente deberá emitir una orden dentro de las 24 horas de presentada la denuncia para que le sea practicada la interrupción legal del embarazo.

Pruebas serológicas para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):

- A. Gonorrea e infección por *Chlamydia trachomatis*, inicial y a las tres semanas.
- B. Sífilis, inicial y a las seis semanas.
- C. Hepatitis B, inicial y a las seis semanas.

Anticuerpos para el VIH (ELISA) en el momento cuando la persona violada acude a solicitar atención, a las seis semanas, tres y seis meses después de la violación. Esto tiene tres objetivos:

- A. Saber si la agredida estaba anteriormente infectada, en cuyo caso cambia el manejo de los medicamentos antirretrovirales recomendados en esta guía.
- B. Evaluar el resultado de la prevención antirretroviral.
- C. Dar seguimiento a los resultados negativos a las seis semanas, tres y seis meses.

Un resultado positivo de la prueba ELISA, confirmado por Western Blot, durante el seguimiento, implica que quien sobrevivió al ataque sexual debe canalizarse hacia los servicios especializados de atención en VIH/SIDA en la entidad para solicitar consejería, evaluación y seguimiento. En el aspecto legal, se agrava el delito y, por tanto, la penalización para el agresor.

Si se decide iniciar algún esquema para prevenir la infección por e/ VIH, no es necesario esperar el resultado de la prueba, ya que el tratamiento debe iniciarse dentro de las 72 horas posteriores a la violación.

Es controversial la utilidad de las pruebas de detección del Virus de Papiloma Humano (VPH) posteriores a una violación y aún no existe forma de prevenir la infección posterior a la exposición. Se recomienda el diagnóstico molecular con reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés), en los lugares en que esté disponible, a los tres y a los seis meses, y seguimiento con la prueba de Papanicolaou.

Dentro de los aspectos médicos, la protección de quién sobrevive a una situación de violencia sexual forma parte de la atención integral, para lo que se requiere evaluar los riesgos por las lesiones, riesgo potencial de homicidio o una nueva agresión sexual, y el de suicidio.

Las mujeres que informan de experiencias de coito forzado corren el riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y trastorno postraumático por estrés, que las no maltratadas. El trastorno postraumático por estrés posterior a la violación es más probable si en el transcurso de ésta se producen lesiones, o si existen antecedentes de depresión o de abuso de alcohol.

Las mujeres agredidas sexualmente durante la niñez o en la edad adulta, tienen, con respecto de otras mayores posibilidades de suicidarse o de intentar suicidarse.

Es conveniente observar si la persona está en condiciones de tomar decisiones y considerar el involucrar a alguien de su confianza. Durante el proceso de atención, es importante que sea ella misma quién identifique el riesgo real en que se encuentra.

3.8. ¿Se debe notificar la violación? ¿Por qué emitir el certificado médico legal?

La notificación de casos de violencia familiar, incluyendo la sexual, es legalmente obligatoria para el personal de salud, y constituye una evidencia útil en el proceso de denuncia. La atención médica en estos casos está regulada por la Norma Oficial No. 190, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. Esta incluye dar aviso al Ministerio Público o de Atención de Delitos Sexuales, y aquí debiera proponerse que se haga la reforma correspondiente en la norma oficial mencionada antes de que esta sea publicada en el Diario Oficial, para hacer expresamente la indicación de que también estará facultada para recibir esta notificación la Fiscalía

Especial para la Atención de los Delitos Relacionados con Actos de Violencia contra las Mujeres en el País. Más cercana y no constituye una denuncia; y el Registro de Atención de Casos de Violencia Familiar. Este último formato y que forma parte del apéndice segundo de la norma, deberá enviarse a la jurisdicción sanitaria correspondiente, para incorporarse al Sistema de vigilancia epidemiológica.

La adecuada integración del expediente clínico puede convertirse en prueba pericial a favor de la víctima, en caso necesario y según los criterios judiciales locales. Por ello conviene hacer un registro detallado de los hallazgos físicos (lesiones genitales y extragenitales), del estado mental y emocional en el que se encuentra la persona cuando llega al servicio y de su evolución.

Si el servicio de salud cuenta con la autoridad legal y el personal capacitado, deberá recabar evidencias médico-legales, que consisten en la recolección con hisopos secos de las secreciones del fondo del saco vaginal posterior, de los carrillos bucales y de la cavidad rectal; así como la toma de muestras, con hisopos humedecidos en solución salina, de manchas sospechosas de sangre o semen.

Las muestras recogidas deben conservarse en bolsas de plástico selladas así como también otros materiales como pelos pubianos; que puedan ser pruebas de interés forense. En caso contrario, referir al sujeto de la agresión sexual con el médico legista (en servicios de salud o agencias especializadas) una vez resuelta la urgencia médica y psicológica.

Es habitual que las personas violadas sean referidas en primera instancia por la Agencia del Ministerio Público. En este caso, el expediente médico deberá integrarse con el mismo cuidado.

4. EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA PRESERVAR LA VIDA DE LAS PERSONAS VIOLENTADAS

4.1. El personal de salud ante la violencia familiar

Cuando la mujer violentada decide romper el silencio y salir a confrontar a la sociedad para pedir ayuda, tiene puesta sus expectativas en las Instituciones que la van a atender, sin embargo existen una serie de barreras que pueden impedir la solución del problema.

Estas barreras pueden ser por parte de los prestadores de salud de manera general, pero tampoco queda exenta la mujer agredida a quien le cuesta trabajo quitarse prejuicios y confiar totalmente en las personas que la atienden.

Una de las barreras más comunes con los que se enfrenta las mujeres son los mecanismos de defensa que tienen los prestadores de servicios de salud para reconocer este fenómeno como son: La negación, la racionalización, identificación, la minimización e intelectualización.

La Negación

¿Qué es? La negación es una respuesta de distanciamiento que lleva a actuar como si los hechos no hubieran ocurrido. Se produce por los sentimientos de impotencia que puede generar un tema tan inquietante como es la violencia familiar.

¿Qué produce? La negación por parte del prestador o prestadora de servicios puede provocar que una sobreviviente piense que ella es la única persona a quien le ocurre esta situación, o que todo ha sido producto de su imaginación.

La racionalización

¿Qué es? La racionalización consiste en la construcción de una serie de argumentos para no abordar la cuestión de la violencia familiar. Es producto del desconocimiento que el prestador o prestadora de servicios tiene acerca de como debe actuar cuando se encuentra frente a la víctima y está escuchando historias traumáticas sobre maltratos.

Aún cuando están en capacidad de proporcionar el tratamiento médico a una mujer con contusiones, se sienten incómodos al considerar el contexto en que ocurrieron dichas lesiones. Asimismo, los prestadores y prestadoras de servicios pueden encontrar razones para evitar hablar de la violencia en su vida, argumentando que esto no interfiere en sus funciones.

¿Qué produce? Esta respuesta puede producir en la víctima un doble efecto: por un lado, desechar toda esperanza de recibir ayuda y por otro, aceptar en el abuso ciertos “rasgos de normalidad”.

La minimización

¿Qué es? Consiste en restarle importancia a la gravedad de la situación, y omitir la posible relación entre los síntomas físicos y psicológicos que presenta la víctima en la actualidad, y una experiencia traumática anterior.

¿Qué produce? Las víctimas, que tal vez estén padeciendo varios síntomas a raíz de la violencia familiar, pueden sentirse enojadas y confundidas al estar frente a alguien que minimiza su dolor y sus problemas. Es como constatar que nadie las quiere o las puede ayudar.

La identificación

¿Qué es? Es un intento de recuperar la seguridad cuando se enfrentan situaciones de violencia familiar, que despiertan sentimientos de vulnerabilidad.

Consiste en poner distancia frente al miedo que produce saber que todas las mujeres son vulnerables a las agresiones, enfocarse en encontrar razones por las cuales la víctima mereció ese trato y culparla, encubriéndose en un razonamiento parecido a: “¿cómo? si a mi nunca me ha pasado algo así” o “creo que yo hubiera hecho lo mismo.”

¿Qué produce? La víctima puede llegar a sentirse muy aislada, culpable y que está siendo abusada de nuevo.

La intelectualización

¿Qué es? Consiste en asumir frente a la víctima la posición de un “experto” que está en capacidad de diagnosticar lo que sucede, decirle que “debe” hacer y decidir en su lugar. Es una manera de defenderse de una situación fuera de su control.

¿Qué produce? Esta respuesta produce desconcierto en la víctima. No fue escuchada y mucho menos se tomó en consideración su situación particular, sus riesgos y sus temores. Ante esta respuesta la mujer puede llegar a sentirse más asustada, culpable y sola que nunca.

Por otra parte en las usuarias también existen barreras que impiden ayudarlas ya que las mujeres que sufren violencia tardan mucho tiempo en solicitar ayuda; en general, están aisladas y cuando acuden a los servicios de salud, que son prácticamente el único lugar al cual pueden ir libremente, no suelen plantear su situación ni ser interrogadas al respecto. El personal de salud debe comprender que si para los especialistas es difícil tratar el tema, para la víctima representa algo extremadamente doloroso, humillante y amenazador.

Por lo general, las mujeres quieren que se les pregunte sobre su situación de violencia familiar cuando la viven; quieren que se les escuche, se les crea y no se les juzgue cuando hablen sobre sus experiencias, y desean mantener el control de las decisiones que tengan que ver con sus vidas.

Desean ser tratadas con respeto y sensibilidad por prestadores y prestadoras que conozcan acerca de este problema.

Necesitan información sobre la violencia familiar y los recursos comunitarios a los que puedan recurrir, cuando decidan hacerlo.

Para muchas mujeres, el personal de salud es el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información.

La situación hasta ahora es la siguiente: el personal de salud no pregunta a las mujeres acerca de la violencia familiar porque ellas no dicen nada, y ellas no dicen nada porque el personal de salud no les pregunta.

Es una situación de estancamiento en que dos personas guardan silencio acerca de las agresiones: una porque teme hablar y otra porque teme preguntar.

La violencia familiar está presente entre las usuarias de los servicios de salud. Preguntar sobre el maltrato sólo cuando hay signos obvios de lesiones no es suficiente ya que son más las mujeres maltratadas que presentan dolencias vagas, que un traumatismo físico.

Además, no existen “perfiles” que permitan predecir confiablemente quién es una víctima probable de maltratos.

Las instituciones del sector salud están en una situación estratégica para ayudar a reconocer a un buen número de mujeres con un problema que puede causarles la muerte, o dejarlas severamente lesionadas, y conectarlas con otros servicios de asistencia de la comunidad.

El sistema de salud es clave pues tiene contacto con prácticamente todas las mujeres en algún momento de sus vidas.

Se ha observado que las mujeres en muchas ocasiones no hablan con el personal de salud por las siguientes razones entre otras:

1.- Tiene miedo a las represalias si el agresor se entera de que su violencia ha sido revelada:

No sabe cómo se va a manejar la información que proporcione, desconoce que lo que un o una paciente le dice al prestador o prestadora es información confidencial. Teme que una denuncia a la policía desencadene un estallido de violencia que ponga en peligro su vida y la sus hijos.

No está en posibilidad de entrevistarse a solas con su médico, sin ser acompañada por el agresor o bien, el agresor puede haber amenazado con matarla a ella o a sus hijos si cuenta lo sucedido.

2.- Siente vergüenza y humillación:

Cree que es la única que vive esta situación. Piensa que ella provocó la violencia al haber fallado a su pareja de alguna manera (por ejemplo, al no limpiar bien la casa, al educar mal a los hijos, al vestir de forma inadecuada, etcétera). Pudo haber intentado dejarlo anteriormente, y al no haber sido capaz se siente avergonzada.

3.- Cree que merece el maltrato:

Siente que no merece ser ayudada. Piensa que es consecuencia de haber actuado mal. Cree que es ella quien provoca las peores actitudes en su pareja.

4.- Quiere proteger a su pareja:

Él es su principal fuente de amor y afecto, cuando no la maltrata. Él es el único soporte de ella y sus hijos. Ella espera que él cambie.

5.- Desconoce qué le está pasando:

Piensa que todas las parejas tienen peleas como las de ellos. Cree que la violencia no se repetirá. No es consciente de que sus síntomas físicos están relacionados con el estrés de vivir en una relación abusiva.

Considera que las lesiones sufridas no son lo suficientemente importantes como para mencionarlas. Se siente presionada para soportar la situación.

6.- Cree que el prestador o prestadora de servicios no dispone de información o no se interesa lo suficiente sobre la violencia familiar como para hablarle de la situación:

Percibe que está muy ocupado u ocupada como para perder tiempo hablando con ella de su problema. Teme por la respuesta que pueda tener; cree que su problema no va a ser tomado en serio.

7.- Piensa que el personal de salud no la puede ayudar con su problema:

Desconoce que el personal de salud puede brindarle información que ella necesita. Recuerda situaciones anteriores en las cuales acudió al personal de salud, y éste no le prestó atención.

Por todas estas razones el personal que atiende a la mujer deberá ser respetuoso, cuidando la forma en la manera de preguntar, pero sobretodo sin enjuiciar, ya que si bien es muy importante hacer un escrutinio en todas las mujeres que acudan a los servicios de salud, resulta inútil si no se es cuidadoso y no se está capacitado para tratar adecuadamente a la paciente, lo que puede llevarla a sentir agredida o revictimizada.

4.2. ¿Por qué preguntar?

La violencia familiar no es sólo física. También incluye maltrato psicológico y algunas víctimas declaran que el abuso psicológico las ha afectado más que el abuso físico. La violencia familiar ocurre en todos los grupos de edad, raza, etnia, nivel socioeconómico y ubicación geográfica. Pero si no se hace la pregunta, las usuarias no declararán nada.

El personal médico no les diagnostica cuando las usuarias no presentan signos de trauma agudo. Las sobrevivientes de violencia familiar presentan dolores vagos, depresión, ansiedad, abuso de sustancias o intentos de suicidio, aún cuando el maltrato haya sido en el pasado pueden presentarse estos síntomas.

Las mujeres que experimentan violencia de “leve” también experimentan problemas físicos y psicológicos.

La violencia familiar tiene un serio impacto, aunque poco reconocido, en la salud de la mujer.

Los prestadores y prestadoras de servicios de salud no pueden cumplir bien sus funciones, a menos que comprendan de qué manera la violencia y la condición de subordinación de la mujer afectan su salud y su capacidad para tomar decisiones.

Los prestadores y prestadoras de servicios de salud están en una situación estratégica para ayudar a reconocer a las víctimas de la violencia familiar y conectarlas con otros servicios de asistencia de la comunidad.

El personal de salud no puede eliminar el trauma, pero puede contribuir a reducir síntomas y a lograr que las mujeres vivan mejor.

En un dispensario de atención prenatal, el índice de detección de violencia durante toda la vida se elevó de 14%, con las preguntas habituales durante una entrevista de trabajo social al 41% con un examen de detección de abuso de 5 preguntas.

En otro estudio se encontró que con tres breves preguntas es posible reconocer a casi todas las mujeres que han sido maltratadas:

- A. ¿Alguien le pegó, le dio puntapiés o puñetazos o la lastimó de alguna manera durante el año pasado? De ser afirmativa la respuesta ¿quién es esa persona?
- B. ¿Se siente segura con su compañero actual?
- C. ¿Hay un compañero con el que tuvo relaciones que ahora la hace sentir en peligro?

Para hacer estas preguntas se necesitaron, en promedio, sólo 20 segundos; menos del tiempo requerido para medir los signos vitales de la paciente.

Abordar la violencia familiar es la primera medida, de importancia crítica, a fin de que las víctimas reciban la ayuda que necesitan para comenzar a recuperarse.

Dado que todas las mujeres son vulnerables a la violencia por razones de género, tiene importancia crucial interrogar a todas aquellas que visitan los servicios de atención a la salud.

Las víctimas, en su mayoría, no revelarán espontáneamente que son objeto de violencia familiar, es frecuente que no hayan hablado a nadie acerca de esas experiencias. La violencia contra la mujer es un problema de salud pública, abordarlo en las unidades de salud es una forma importante de intervenir con respecto a esta cuestión.

Los prestadores y prestadoras de servicios en los programas de salud de la mujer atienden a usuarias que viven en ese momento relaciones violentas y a otras que han sido objeto de malos tratos en el pasado. A pesar del tiempo, es muy probable que puedan seguir experimentando sus efectos.

Las víctimas de violencia familiar suelen sentirse solas y aisladas, cargando con experiencias de malos tratos. El solo hecho de formular preguntas al respecto constituye el primer paso para que la mujer comience a liberarse de los secretos y la vergüenza que ha acarreado consigo. Al quebrar el silencio sobre este tema, se le puede ofrecer esperanza.

Los prestadores y prestadoras de servicios pueden abrir una puerta para la usuaria simplemente formulando preguntas sobre la violencia en su vida. Algunas mujeres, cuando respondan “sí” estarán en condiciones de traspasar esa puerta de inmediato.

Otras mujeres responderán “no”, aún cuando en realidad hayan sido víctimas. Necesitan más tiempo y cobrar más confianza en el encargado o encargada de los servicios antes de poder responder honestamente a las preguntas. No obstante, pueden estar más dispuestas a hablar del tema si se les cuestiona nuevamente las preguntas, algún tiempo después. Al proporcionar a la mujer que dice “no” el mensaje de que el prestador o prestadora de servicios desea saber, la comunicación se mantiene.

Una vez que el personal de salud se decide a actuar, pasa a ser parte de la solución.

4.3. ¿Cómo preguntar?

El primer paso es considerar cómo introducir el tema y desarrollar la manera de hacer la pregunta a todas las usuarias. He aquí algunas opciones:

Introducir la pregunta

“Antes de hablar sobre los anticonceptivos, convendría saber un poco más sobre las relaciones con la pareja.”

“Como la violencia es común en la vida de la mujer, hemos empezado a hacer preguntas sobre el maltrato a todas las usuarias.”

“No sé si usted tiene este problema, pero la violencia familiar es una situación que enfrentan muchas de las usuarias que vienen a verme. Algunas se sienten intimidadas o incómodas para mencionarlo por sí mismas, de modo que ahora hago habitualmente estas preguntas.”

Preguntar indirectamente

“Sus síntomas pueden estar relacionados con el estrés. ¿Tienden usted y su compañero a discutir mucho? ¿Ha sido lastimada alguna vez?”

“Tiene su marido algún problema con el alcohol, las drogas o el juego? ¿Influye eso en su comportamiento con usted y los niños o niñas?”

“Cuando considere qué método anticonceptivo le conviene, un factor importante es si puede o no anticipar el momento del acto sexual. ¿Siente usted en general que puede controlar el momento en que tendrá lugar? ¿Hay ocasiones en que su pareja puede forzarla a tener relaciones sexuales inesperadamente?”

“¿Ocurre algunas veces que su compañero desea tener relaciones sexuales cuando usted no lo desea? ¿Qué ocurre en esos casos?”

Preguntar directamente

“Como usted debe saber, estos días no es raro enterarse de que alguien ha sido emocional, física o sexualmente maltratada en algún momento de la vida, y que muchos años más tarde eso afecte su salud. ¿Alguna vez le ha pasado eso?”

“He visto lesiones como la suya en personas que han sido golpeadas. ¿Es eso lo que le pasó a usted?”

“¿Alguna vez le pegó o lastimó físicamente su compañero o excompañero?”

“¿La forzó alguna vez su compañero a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?”

“¿Tuvo de pequeña alguna experiencia sexual desagradable?”

Preguntar para las historias clínicas o los formularios de ingreso de las usuarias

“¿Tiene usted o ha tenido alguna vez una relación en la que recibió lesiones físicas, amenazas o se sintió atemorizada?”

“¿Alguna vez la violaron o la forzaron a tener relaciones sexuales contra su voluntad?”

“¿Tuvo en la niñez experiencias sexuales indeseadas?”

Elementos que se tienen que considerar en torno a las preguntas:

Formular las preguntas sobre violencia familiar de manera que las mujeres comprendan exactamente qué se les pregunta.

Evitar el uso de términos técnicos o con carga valorativa que confundan a la usuaria o la hagan sentir culpable. Es mejor utilizar preguntas relativas al comportamiento y relacionarlas con la paciente. Por ejemplo, en lugar de decir “violación” o “incesto”, se

describe el comportamiento: “¿la han forzado alguna vez a tener un contacto sexual contra su voluntad?”

Mostrar una actitud amable, comprensiva y sensible. Escuchar con interés, ganándose la confianza de la paciente y mostrando comprensión.

Trabajar para sentirse cómodo al formular las preguntas; de lo contrario, el prestador o la prestadora comunicará su incomodidad a la paciente y ésta responderá “no”, cuando tal vez se trate de una víctima de violencia familiar.

Definir en cada institución o sector el mismo conjunto de preguntas, a fin de recoger datos que indiquen cuántas usuarias han sido objeto de qué tipo de violencia.

Una vez tomada la decisión sobre las preguntas que se han de formular, éstas se integrarán a las actividades de capacitación o actualización del personal clínico responsable del interrogatorio a las usuarias.

Consignar las preguntas que se elijan en un formulario y mantenerlo a la mano en el lugar de la consulta, de modo que los prestadores y prestadoras de servicios se apoyen en ese material y formulen las mismas preguntas.

Incluir en el cuestionario dos secciones:

La primera, que explique a la usuaria la razón por la cual se le interroga, y que esta práctica es parte de una rutina normal.

La segunda, que permita establecer la experiencia particular de la paciente. Algunos autores sugieren clasificar en tres tipos de violencia de género: abuso sexual en la infancia, violación y violencia familiar.

Algunos ejemplos:

“Pregunto lo mismo a todas las usuarias.”

“Sé que hay muchas mujeres que son víctimas de violencia, y en esta institución pensamos que es importante hablar con las usuarias sobre este tema.”

“Yo sé que hay cosas que se han considerado del orden privado en la sociedad y entre ellas está la violencia familiar. En esta institución no creemos que sea una cuestión privada y pensamos que es importante hablar sobre ese tema.”

“A veces se dice a las mujeres que es correcto que personas muy cercanas les peguen o las hagan objeto de malos tratos, hay quien dice que es una expresión de amor. Pero yo sé que esto no debería ocurrir, nadie merece que se le golpee o se le haga objeto de cualquier tipo de abuso. Desearía saber si algo de eso le ha sucedido a usted.”

Abuso sexual en la infancia

A veces las niñas son tocadas de manera que las lastiman.

¿Le pasó esto a usted?

¿Alguien la tocó alguna vez de manera que la hizo sentir incómoda?

Cuando usted era niña, ¿alguien la tocó de manera sexual?

Violación

¿Se ha visto usted alguna vez obligada o presionada a entablar relaciones sexuales sin desearlo?

¿Alguien que usted conoce, o un desconocido, la obligaron alguna vez a hacer algo de naturaleza sexual que usted no quería hacer?

¿Cree usted que tiene control sobre sus relaciones sexuales y que si se niega se respetará su voluntad?

Violencia familiar

Es importante interrogar a las usuarias acerca de diferentes formas de violencia familiar. (La violación, como un aspecto de la violencia familiar, figura en el ejemplo de preguntas sobre violación).

¿Alguna vez su compañero la ha golpeado, pateado o abofeteado, o ha amenazado con hacerlo?

¿Teme usted a su compañero?

¿Alguna vez su compañero la ha criticado o insultado, o le ha gritado? ¿Alguna vez ha destruido objetos suyos o de su hogar?

¿Alguna vez su compañero ha lanzado amenazas contra su vida, o la ha aislado de su familia o sus amigos, o se ha negado a darle dinero o le ha prohibido que salga de su casa?

O bien pueden formularse preguntas de índole más general:

En su vida adulta, ¿ha sido usted alguna vez lesionada o herida debido a algún tipo de maltrato o violencia?, por ejemplo, ¿ha sido usted golpeado por su compañero u obligada contra su voluntad a tener relaciones sexuales? ¿Hay alguien a quien usted teme actualmente?

4.4. ¿Cuándo preguntar?

No hay consenso sobre la necesidad de examinar a todas las mujeres que visitan un servicio de atención de salud para determinar si han experimentado violencia. Algunos promotores de esta medida argumentan que, sin este examen, se quebranta la calidad de la atención. Otros creen que el examen de todas las mujeres, en todas las visitas, no es factible, sobre todo si el presupuesto es limitado y el personal está sobrecargado de trabajo. A algunos preocupa el hecho de que el reconocimiento de las mujeres maltratadas puede resultar contraproducente si no hay servicios ni recursos que ofrecerles, lo que llevaría a una mayor frustración de las usuarias y los prestadores y prestadoras de servicios de salud.

Cada servicio de salud deberá decidirse por la política de detección que mejor satisfaga las necesidades de las usuarias y los recursos locales.

En lugar de examinar a todas las usuarias, puede optarse por lo siguiente:

Cuando haya signos de abuso, hay que preguntar. Sin hacerlo es difícil reconocer a las mujeres que sufren abuso. El personal de salud debe tener presente que, contrariamente a lo que se cree, las lesiones físicas no constituyen el síntoma más común del abuso en las mujeres. Son más frecuentes las enfermedades vagas crónicas sin causa física aparente, esas enfermedades y otros síntomas clave dan la señal de alarma de la posibilidad de violencia y abuso sexual en el hogar. En presencia de uno o más de estos síntomas, los agentes de salud deberían preguntar directamente acerca del abuso.

Examen estratégico. Otra alternativa es examinar a todas las mujeres para detectar abuso en ciertos servicios que se consideran estratégicos debido al número de mujeres maltratadas que concurren allí, porque hay de por medio riesgos especiales o porque ofrecen una buena oportunidad para discutir el abuso. El examen habitual podría ser especialmente apropiado en los siguientes servicios:

Servicios de salud materno infantil. Por ser la violencia tan común y a menudo más seria que otros trastornos a examinar durante el embarazo, casi todos los expertos sostienen que todas las mujeres que concurren a los servicios de atención prenatal deberían someterse a un examen para determinar si hay abuso. El ambiente en que se prestan esos servicios es especialmente apto para hablar sobre la violencia familiar, porque al repetirse las visitas se establecen lazos de confianza. El examen post-parto también es importante puesto que la violencia puede volverse más frecuente o más grave después del mismo.

Las visitas al pediatra, incluidas las del bebé sano, ofrecen otra excelente oportunidad para reconocer y ofrecer apoyo a las madres y los niños o niñas expuestos a la violencia.

Servicios de salud reproductiva. Las discusiones sobre anticonceptivos o la prevención de ITS dan oportunidad de hablar sobre el abuso. Las mujeres que han sido maltratadas en el pasado o que actualmente son víctimas de la violencia, tal vez no sean capaces de controlar la oportunidad propicia para las relaciones sexuales ni de negociar el uso del condón. De allí que el examen habitual de los programas de planificación familiar y de prevención de ITS, es esencial para asegurar que los mensajes de asesoramiento se ajusten a las

necesidades de las mujeres que sufren malos tratos, y de las mujeres sexual o emocionalmente maltratadas.

Servicios de salud mental. Puesto que la violencia está relacionada con trastornos de la salud mental como la depresión o el trastorno de estrés postraumático, se considera que las mujeres que concurren a los servicios de salud mental constituyen un grupo de alto riesgo, particularmente expuesto a la violencia.

Departamentos de urgencias. La violencia por parte del compañero es la causa de numerosas lesiones físicas entre las mujeres adultas, y es probable que las mujeres lastimadas que justifican la atención médica, estén entre las más gravemente maltratadas.

Por lo tanto, es razonable preguntar a todas las mujeres que llegan a las salas de urgencia con lesiones traumáticas, si esas lesiones se deben a la violencia del compañero.

4.5. ¿Dónde preguntar?

Es importante que las preguntas se realicen en un ambiente favorable, esto es, en un lugar privado, seguro y que haga sentir que en la institución hay un verdadero interés por ayudar.

En principio, lo más probable es que la usuaria esté solicitando otros servicios no vinculados con la violencia; este puede ser un buen momento para que la mujer se entere que la violencia familiar es un tema importante para la institución y que existen servicios que pueden apoyar a las víctimas. Aunque ella no la necesite en ese momento, la información puede serle útil en el futuro y además puede compartirla con otras personas que la necesiten.

Si en la unidad de salud hay folletos o carteles referentes a la violencia familiar, las mujeres pueden sentirse más cómodas y dispuestas a hablar sobre su experiencia. El personal médico ha encontrado útil, en ocasiones, llevar un botón que diga: ¡Está bien que me hable sobre la violencia familiar!". Así mismo, una asociación médica en los Estados Unidos produjo un cartel para colocar en las salas de espera que dice: "Nosotros podemos olvidarnos de preguntar, pero siempre queremos saber si está expuesta a la violencia en su hogar".

Cada institución necesitará preparar o adquirir los materiales sobre violencia familiar más apropiados para sus usuarias.

En el establecimiento debería haber, por lo menos, carteles para fijar en las paredes sobre la violencia familiar, breves folletos ubicados en las salas de espera, los cuartos de baño y las salas de examen, y tarjetas de bolsillo. Esas tarjetas podrían ubicarse en los cuartos de baño y, por ejemplo, tener inscripciones como "Usted no merece ser golpeada" o describir diferentes tipos de violencia familiar, e incluir preguntas sobre ataques de ese tipo. Las tarjetas también podrían informar a las mujeres acerca de las leyes vigentes en el país/estado con respecto al maltrato. Otra posibilidad es proporcionar en las tarjetas información sobre la manera de planear su seguridad si están en una situación de riesgo, o

agregar datos sobre la violencia familiar en los materiales sobre salud que ya se distribuyen.

Es necesario que los materiales educativos estén escritos con un lenguaje apropiado, y a un nivel de lectura que pueda ser comprendido por la mayoría de las usuarias.

Se ha calculado aproximadamente que la violencia familiar está presente en: una de cada 5 mujeres embarazadas; una de cada nueve en los servicios de urgencias, una de cada dos madres de hijos maltratados, en 1 de cada tres que intentan suicidarse y del 40 al 70 % de mujeres internadas en hospitales psiquiátricos.

Por estas razones se trata de que el personal de salud fomente una comunicación directa con la mujer víctima del maltrato ya que si la comunicación no fluye de manera recíproca las ideas no fluyen entre ambos lo que puede ocasionar en la mujer una sensación de aislamiento y autocensura por lo que difícilmente volverá a mencionar el tema.

Algunos factores que dificultan la comunicación entre el personal de salud y las usuarias son:

- A. Lenguaje complicado y tecnicismos
- B. Desinterés en un diálogo
- C. Falta de convicción sobre la capacidad para cambiar una situación
- D. Sensación de superioridad con respecto a la usuaria
- E. Actitud autoritaria e impositiva
- F. Falta de atención interés o respeto
- G. Presencia de prejuicios
- H. Poca privacidad
- I. Indiscreciones.

Pero un aspecto que resulta indispensable es la capacidad para escuchar, no para oír; ya que una de las quejas más sentida y constante que refieren las mujeres de su médico o médica es que no presta atención a su problemática y se distrae con facilidad o bien lo que quiere es terminar rápido para poder seguir con otra persona. Lo que resulta aconsejable que el personal de salud autoevalúe su capacidad para escuchar y así poder ayudar a las mujeres que requieran nuestro apoyo.

El mejorar los procesos de comunicación, el tener la sensibilidad y el cuidado de preguntar adecuadamente a las mujeres la presencia de la violencia familiar permite en la entrevista hacer la detección sistémica de los indicadores de maltrato que son referidos en la NOM 190 que abarcan los de tipo de abandono que se manifiestan en la alimentación, en la higiene; los de maltrato físico como las equimosis, fracturas, quemaduras, traumatismo craneoencefálico, etc.; los de tipo psicológico como podría ser autoestima baja, depresión, ideación o intentos suicidas entre otros; De maltrato sexual como lesiones e infecciones anogenitales, o del tracto urinario entre otros más. Los cuales vienen contenidos en la Norma Oficial Mexicana 190 y que al encontrarlos en la paciente nos permitirá llegar al

diagnóstico y estar en la posibilidad de evaluar el riesgo en que se encuentran la mujer y su familia de continuar con la violencia con la que se esta desarrollando su relación.

4.6. Factores importantes en la comunicación

Las personas usuarias estarán dispuestas a hablar sobre la violencia familiar siempre y cuando sientan que el y la profesional de la salud están verdaderamente interesados y desean escucharlas, crean que podrán ayudarles y sientan que les garantizan confidencialidad.

Sólo así se abrirá el camino para la verdadera comunicación, con la consecuente posibilidad de ayuda y cambio. A continuación se presentan algunos factores que facilitan la comunicación, animan a la paciente a hablar y permiten que se establezca un verdadero diálogo.

La atención

Nada de lo que se diga tendrá impacto alguno si la paciente nota poco interés en sus problemas. Tanto para exhortarla a expresarse, como para hablarle, es importante verla a los ojos, tener una postura corporal derecha y orientada hacia ella y reafirmarla constantemente, ya sea con leves inclinaciones de cabeza o breves exclamaciones. El personal de salud deben ser pacientes y brindarles tiempo, respetar su espacio físico y acompañarlas en sus emociones; deben prestar atención y demostrarlo.

La empatía

Aunque cada ser humano reacciona de manera diferente ante las situaciones de la vida, existe similitud en las sensaciones que provocan en los individuos.

Así, un y una profesional de la salud que no ha estado expuesto a la violencia familiar puede ponerse en el lugar de la paciente y sentir y demostrar su comprensión. Cuando la empatía se logra, la paciente siente que ha sido comprendida; esto exige estar atento a la comunicación verbal y no verbal, omitir juicios de valor, ubicarse en el lugar de la paciente y dar puntos de vista personales acerca de la problemática. Sin la empatía no puede darse la comunicación efectiva, pues se corre el riesgo de estar hablando de dos realidades diferentes.

La claridad del lenguaje.

Aunque ciertos términos médicos han pasado a ser parte del léxico general (por ejemplo, infarto, náusea, apendicitis), el personal de salud frecuentemente habla en términos que no son comprensibles para la gente.

El uso de un lenguaje común es básico para el entendimiento entre dos personas, el personal de salud no debe olvidar que los términos que para ellos y ellas son rutinarios, no forman parte del vocabulario de la paciente. Si a esto le sumamos la ansiedad normal de la

consulta médica y el estrés producto de la relación de violencia, la comunicación se tornará aún más difícil.

La eficacia de las preguntas

Son herramientas que permitirán conocer apropiadamente la situación de la paciente. Las preguntas se clasifican en abiertas (permiten una respuesta detallada y fomentan la reflexión) y cerradas (permiten solamente un sí o un no). Las y los profesionales deben saber cuándo propiciar una respuesta detallada que fomente la reflexión, pero también orientar amablemente a la paciente para que sea más específica cuando su respuesta ya no esté proporcionando datos indicadores.

El uso del silencio

El uso apropiado del silencio facilita la reflexión de la usuaria de servicios de salud, permitiéndole apropiarse de la información que recibe. Además le hace sentir que hay respeto por sus sentimientos (miedo, tristeza, pena) y permite al interlocutor e interlocutora darse cuenta de la situación emocional de la otra persona.

El silencio será tan largo como las dos personas lo deseen, sin embargo, si quien presta servicios de salud decide terminarlo, debe tener claro que lo hace por razones independientes a su propia incomodidad o incapacidad para soportarlo. El silencio de la usuaria requiere de un acompañamiento atento por parte del equipo que presta servicios de salud.

La retroalimentación

Es una herramienta que permite clarificar la comunicación para cerciorarse que la información ha sido comprendida. Por ejemplo, después de haberle explicado a la paciente el ciclo de la violencia, el y la profesional de la salud le dirá, “¿podría explicarme lo que sucede en su caso para que se acumule la tensión?”, o “¿cuándo fue la primera vez que la golpeó?”

El respeto

Incluye valores religiosos y culturales, así como sentimientos y autonomía que son elementos indispensables para la buena comunicación. El personal de salud deberá tener claro cuáles son sus valores, y considerar que cada paciente tiene los suyos, y que éstos probablemente le dificultan hablar del problema de violencia y le impide abandonar la relación. Si la paciente percibe sanción o burla en los gestos o palabras del personal de salud, disminuirá su confianza en el interlocutor e interlocutora y limitará o se negará a hablar de su situación. Además, hay que tomar en cuenta que es importante respetar la autonomía de cada paciente, teniendo cuidado de no caer en un “paternalismo”.

La tentación de ayudar a un ser humano que sufre puede ser difícil de controlar para algunas personas; sin embargo, se debe recordar que tratar de rescatar a la paciente sin

hacerla consciente de que ella es la responsable de tomar sus propias decisiones, sólo la volverá dependiente de otra persona.

En relación con la autonomía, el personal de salud debe saber que, aunque la paciente exprese haber comprendido la información, es muy posible que no tome la decisión de acudir a un centro de apoyo, denunciar a su agresor o abandonarlo; que para ella no resulta fácil alejarse de la relación de un momento a otro. Obligarla o insistir, es seguir el mismo patrón de comportamiento que el agresor: controlarla en vez de ayudarla a tomar sus propias decisiones.

En múltiples ocasiones cuando la comunicación no ha sido adecuada y no se ha logrado establecer el diagnóstico existen síntomas que pueden ser sugestivos de maltrato y que obligan a tratar de indagar con mayor acuciosidad la violencia y éstos son:

- A. Quejas crónicas y vagas que no tienen una causa física clara.
- B. Lesiones que no concuerdan con la explicación de cómo ocurrieron.
- C. Retraso entre el momento de la lesión y la búsqueda de un tratamiento.
- D. Heridas físicas durante el embarazo.
- E. Obesidad extrema.
- F. Infección en las vías urinarias.
- G. Síndrome crónico de intestino irritable.
- H. Dolor pélvico crónico.
- I. Embarazo de niñas menores de 14 años de edad, solteras.
- J. Infecciones de transmisión sexual en niñas o jovencitas.
- K. Prurito o pérdida de sangre vaginal.
- L. Defecación o micción dolorosa.
- M. Dolor abdominal o pélvico.
- N. Problemas sexuales, ausencia de placer.
- O. Vaginismo.
- P. Rechazo a los exámenes pélvicos.
- Q. Problemas con el alcohol y las drogas.
- R. Conductas sexuales de riesgo.
- S. Compañero excesivamente atento o controlador.
- T. Ansiedad, depresión, comportamiento autodestructivo.
- U. Historia de intento de suicidio o pensamientos suicidas.
- V. Problemas para dormir.
- W. Mala imagen de sí mismo.

De igual forma el personal que entrevista a la mujer se deberá percatar de algunas actitudes que pueden sugerir la existencia velada del maltrato y que si no estamos preparados seguramente perderemos la oportunidad de poder encontrarlo.

La paciente describe muy vagamente la causa de la lesión, la explicación no coincide con la evidencia, acude a consulta tiempo después de ocurrido el hecho.

Su comportamiento es anormal, se observa nerviosa, ríe, llora, suspira, no sostiene la mirada, como si en cualquier momento fuera a perder el control o quisiera gritar lo sucedido sin embargo minimiza sus lesiones y lo atribuye a sus distracciones.

Habla en tercera persona o de lo que le sucede o sucedió a una “amiga” que es víctima de la violencia, hace mención del mal carácter de su pareja, dice que está nerviosa y que no sabe por qué.

Se observa propensión a accidentes, hipocondría, visitas frecuentes a consulta, quejas vagas o síntomas sin evidencia de anormalidades fisiológicas, uso frecuente de tranquilizantes menores o analgésicos, tratamientos inconclusos, negación a la ayuda.

El compañero en todo momento observa y controla las interacciones, responde por la mujer, su comportamiento hacia la mujer es demasiado esmerado, se muestra hostil y arrogante con el personal de salud, se niega a dejar la sala de revisión.

La paciente: tiene acceso limitado a las instituciones, no sigue los tratamientos médicos, no compra medicinas, falta a sus citas, no tiene manera de transportarse por sí misma, no tiene acceso o control de finanzas, no puede comunicarse por teléfono, no usa condón u otros métodos anticonceptivos, su pareja nunca le comunica que tiene alguna infección sexualmente transmisible, incluyendo VIH.

En el embarazo inicia su control prenatal tardíamente, no acuden a las citas, aumentan poco de peso y se nutren mal, se inducen abortos o los sufren de forma espontánea, el trabajo de parto inicia anticipadamente.

**SI LA USUARIA RECONOCE ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR
SE DEBE PROCEDER A APLICAR EL SIGUIENTE INTERROGATORIO:**

1. Estado de ánimo

¿Cómo la ha afectado el maltrato?

¿Qué hace usted para afrontar el abuso?

¿Qué le gustaría que pasara?

¿Cómo le gustaría que fuera la vida para usted y para sus hijas o hijos?

2. Estrategias de seguridad

¿Cómo se protegen usted y sus hijas o hijos?

¿Qué estrategias de seguridad ha probado usted?

¿Ha buscado ayuda externa para la violencia familiar? ¿De quién o dónde?

¿Ha intentado separarse alguna vez? ¿Qué pasó?

¿Alguna vez llamó a la policía durante un incidente? ¿Cuál fue el resultado?

¿Hizo alguna denuncia? ¿Cuál fue el resultado?

¿Siente que está segura en su casa?

3. Efectos sobre la salud

¿Qué tipo de problemas de salud y psicológicos que ha tenido, se deben al maltrato? (Por ejemplo: dolor crónico, peores condiciones médicas, abortos, ansiedad, trastornos del sueño, abuso de medicación, drogas o alcohol).

4. Historia de lesiones en el pasado

- ¿Ha sido tratada por lesiones relacionadas con la violencia?
- ¿Ha sido hospitalizada alguna vez? ¿Dónde?
- ¿Se registró algún antecedente del motivo de la internación?
- ¿Le han atendido en urgencias por lesiones relacionadas con la violencia?
- ¿Se registró algún antecedente del motivo de la consulta?

5. Pensamientos de suicidio / homicidio

- ¿Ha intentado suicidarse en el pasado?
- ¿Tiene usted ahora ideas de muerte o pensamientos de suicidio?
- ¿Ha pensado cómo lo haría?
- ¿Ha pensado alguna vez en dañar o matar a su compañero? (Muchas mujeres desean la muerte de su pareja como una intervención del destino que, por un lado, las libera a ellas y por el otro castiga al agresor).

6. Grado de control del agresor sobre la usuaria

- ¿Ha amenazado su pareja con herirse, herir a familiares o amigos o hacerla a usted si lo deja?
- ¿Controla su tiempo y pide explicaciones sobre dónde ha estado y con quién?
- ¿Le impide hacer cosas que son importantes para usted?
- ¿Maneja usted dinero propio, o depende del apoyo financiero de su pareja?
- Autonomía en las decisiones anticonceptivas
- ¿Tiene relaciones sexuales, aún cuando no las desee?
- ¿Toda la responsabilidad de la anticoncepción recae sobre usted?
- ¿Se siente cómoda pidiéndole a su compañero que utilice condón?
- ¿Utiliza actualmente algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿ha tenido alguna dificultad para su uso?
- ¿Está informada sobre la Anticoncepción de Emergencia?

4.7. ¿Qué debe hacer el personal de salud al detectar violencia contra la mujer?

El personal de salud debe estar alerta a las siguientes lesiones que puede presentar una víctima de violencia: Hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, heridas, esguinces, quemaduras, traumatismo craneoencefálico, lesión muscular, luxaciones, trauma ocular o raspaduras.

Las manifestaciones visibles ocurren con más frecuencia en la parte central del cuerpo, en la cabeza y el cuello. Es conveniente explorar las condiciones del cabello y cuero cabelludo, así como revisar cara y cuello, pecho, abdomen, pelvis, nalgas y muslos. También es importante estar atentos a heridas o lesiones en distintas etapas de cicatrización o mejoría. Las marcas en los antebrazos pueden ser el resultado de un intento de defensa propia. Es importante aclarar que el grado o tipo de lesión de una paciente no

necesariamente refleja la gravedad del ataque. Por ejemplo, un intento de asesinato con arma de fuego puede no dejar rastros.

Haciendo hincapié en la relación embarazo-violencia, las y los profesionales de la salud deberán estar alertas a: lesiones en pechos, abdomen y área genital, o dolores inexplicables; abuso de sustancias adictivas, mala nutrición o desnutrición, depresión, asistencia esporádica o asistencia tardía a las consultas de control prenatal; abortos “espontáneos”, pérdidas y labor de parto prematuro.

Además, hay que tomar en cuenta que el estrés de vivir en una situación de violencia también tiene consecuencias fisiológicas como: dolores psicogénicos, dolores crónicos, desórdenes del sueño y del apetito, fatiga, disminución en la concentración, problemas gastrointestinales, dermatitis, palpitaciones, mareos, parestesias o falta de aire, dolores atípicos, problemas ginecológicos y del tracto urinario muy frecuentes, dispareunia y dolores pélvicos. Algunos médicos han notado que los padecimientos crónicos como asma, convulsiones, diabetes, artritis, hipertensión y problemas del corazón, se ven exacerbados, o no se controlan eficientemente, en mujeres que sufren maltrato.

Los siguientes padecimientos no son inmediatamente observables y tienen que ver con la salud mental de la víctima: depresión, ataques de pánico, síntomas de ansiedad (palpitaciones, temblor, sudoración), hipervigilancia, trastorno de somatización, reacciones típicas de estrés post-traumático (pesadillas, revivir el episodio, etcétera), abuso de alcohol o drogas e intentos de suicidio.

Es responsabilidad del personal de salud realizar diagnósticos que vayan a la(s) causa(s) de los problemas, y que descarten la posibilidad de la violencia como raíz del padecimiento.

El diagnóstico diferencial

Es importante que el personal de salud comprenda que la violencia familiar es la causa de muchos padecimientos físicos y psicológicos, sin negar la posibilidad de que existan otros factores. Si no se indagan las verdaderas causas, la mujer seguirá siendo maltratada y el personal de salud la seguirá atendiendo tradicionalmente, intentando “curarla” una y otra vez.

El fortalecimiento implica:

- A. Que la víctima obtenga información objetiva acerca de la violencia familiar y cuáles son los riesgos de su situación.
- B. Que la víctima comprenda o empiece a pensar que ella no es responsable del maltrato que sufre y que nadie merece recibirlo.
- C. Que cualquier decisión que tome será respetada.
- D. Por ejemplo:
- E. La violencia familiar es muy común en nuestra sociedad.
- F. Generalmente la violencia continúa con el tiempo y aumenta en frecuencia y severidad, pese a las habituales promesas de cambio.
- G. Los efectos de la violencia familiar pueden ser muy perjudiciales, tanto para usted como para sus hijos e hijas aún cuando sólo sean testigos de lo que sucede.
- H. La violencia familiar no consiste solamente en maltrato físico, sino que incluye otras formas de abuso: insultos, desvalorización, amenazas, control, aislamiento, actos sexuales forzados, etcétera.

Algunos otros ejemplos:

- A. No hay ninguna excusa para la violencia familiar.
- B. Nadie merece ser maltratado.
- C. La violencia no es culpa suya, es responsabilidad exclusiva del abusador.
- D. No está sola. Hay personas con las que puede hablar para lograr apoyo y consejo.
- E. Debe ser muy difícil para usted salir de esta situación. Es una sobreviviente y puede lograrlo.

4.8. ¿Cómo desarrollar un plan de seguridad?

Una de las acciones más importantes que los prestadores y prestadoras de servicios de salud deben tomar en cuenta cuando una usuaria revela que vive en una situación de violencia es realizar, con ella, una valoración de riesgo y ayudarla a establecer un plan de seguridad. Es posible que la usuaria no esté preparada para dejar una relación de violencia por diferentes razones, pero hay medidas que ella puede tomar para garantizar su seguridad y el bienestar de sus hijos o hijas en caso de futuros episodios de violencia.

Antes de ayudar a la usuaria a hacer el plan de seguridad, se debe haber hecho una valoración de riesgo que incluya la evaluación de factores aceleradores de incidentes violentos, tales como armas en casa, uso de drogas o alcohol, maltrato ante otros, antecedentes de maltrato en el embarazo, tensión económica, desempleo, amenazas de muerte o de suicidio.

Durante este proceso, es importante que sea la misma mujer quien identifique el riesgo real en que se encuentra. Esto se puede hacer, por ejemplo, utilizando recursos visuales y construyendo conjuntamente un gráfico con el ciclo de violencia o con la intensidad y frecuencia de las lesiones, de manera que ella pueda reconocer su riesgo y activar el plan.

- A. Identificar posibles caminos y lugares a dónde ir en caso que necesite dejar la casa.

- B. Saber números telefónicos de organizaciones que proveen ayuda, de consulta telefónica en situaciones de violencia familiar, y de la policía.
- C. Saber cómo tener acceso a anticoncepción de emergencia, en el caso de violación.
- D. Mantener informadas a personas que viven cerca para que vigilen y llamen a la policía si notan algún incidente.
- E. Informar a las hijas e hijos acerca de lo que deben hacer en caso de un incidente violento, y ensayar un plan de escape.
- F. Tener listos algunos objetos y documentos que ella requiere para poder dejar la casa de prisa (ejemplo: ropa, dinero, documentos, llaves). Dejar una maleta con estos artículos ya sea en su casa o en la de amigas, amigos o parientes.
- G. Si no es posible evitar una discusión en la casa, intentar tenerla en una habitación donde se puede escapar fácilmente. Sobre todo, evitar cualquier habitación en la que se puedan encontrar armas.

Después de hacer el plan, es importante que la usuaria lo ensaye e incluso, si fue escrito, sugerirle que se lo aprenda de memoria y destruya el papel y cualquier otro documento que haga referencias a servicios de ayuda en casos de violencia.

Si la mujer usa sustancias psicoactivas, como sedantes, es importante explorar la posibilidad de suspender el uso de dichas sustancias durante esta fase porque eso contribuirá a que la mujer esté alerta y pueda salvar su vida.

En el caso de agresiones físicas o sexuales, es importante mencionarle la necesidad de que se conserven las evidencias de maltrato en su cuerpo para las gestiones policiales y legales. Es decir, que no se limpie ni se bañe, que vaya en seguida a la delegación y, si esto no es posible, que acuda a la sala de urgencias de un hospital y pida una constancia sellada y firmada por una persona especialista.

Además, el personal de salud puede ayudar a la usuaria a pensar en medidas de seguridad cuando está fuera de la casa o en una situación en la cual el agresor no vive con ella.

- A. El médico tratante podrá informar y orientar a la o el usuario afectado por violencia familiar o, en su caso, a su acompañante, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la Agencia del Ministerio Público correspondiente, con la finalidad de ejercitar la acción legal que corresponda”. (NOM-190-SSA1-1999, inciso 6.16).
- B. Informar sobre los límites de la confidencialidad de la información que revela, ya que existen normas que obligan a las prestadoras y a los prestadores de servicios de salud a reportar los casos de violencia.
- C. Informar sobre la Anticoncepción de Emergencia, aunque esta información no sea necesaria en el momento puede serle útil en el futuro.
- D. Informar a la paciente que siempre puede volver si desea más información o apoyo.
- E. Informar acerca de los recursos disponibles.

CONCLUSIONES

Primera.- Desde los tiempos más remotos de la humanidad la violencia ha sido un factor determinante en las relaciones de las personas y su existencia, la historia nos ha mostrado cómo los grupos hegemónicos del poder conquistaban a otros grupos de personas usando la violencia como instrumento, acabando con sus culturas e imponiendo la suya o en el mejor de los casos mezclándolas.

De igual forma las relaciones en la pareja o en la familia han continuado bajo este mismo esquema, donde el control y el poder se ejercen sobre los más débiles ocasionando enfermedad y sufrimiento en quienes las padecen.

Segunda.- En nuestro país la violencia familiar es un grave problema de salud pública, tanto por las repercusiones en la salud de las personas de quienes la padecen así como por el altísimo costo social que significa el que millones de mujeres lo hayan o lo estén padeciendo.

Tercera.- Los servicios de salud en nuestro país se mantuvieron al margen de la dimensión del problema debido a la falta de una cultura de prevención, de sensibilización y capacitación del personal de salud, en el rubro de la violencia familiar o bien por la insuficiencia de las instituciones para responder ante una demanda oculta, que hasta cierto punto tanto en el ámbito familiar como en el social se mantuvieron durante siglos en la sombra.

Cuarta.- Los prestadores de los servicios de salud deben atender a las personas víctimas de la violencia con base en los principios éticos y deontológicos de su profesión, que desde tiempos de Hipócrates se reflejaba en su juramento que fue base fundamental de la medicina de nuestra época, lo que ha hecho evolucionar la ética médica para que con bases científicas el acto médico no pierda su valor objetivo pero sobre todo refleje el espíritu humanitario que debe de prevalecer en la atención y recuperación del paciente.

Quinta.- Queda claramente demostrado que el hombre es el principal agresor en la familia y que estos aprenden la violencia desde las etapas más tempranas de su vida lo que marca a lo largo de su desarrollo una pauta para la solución de sus conflictos. Pero si bien muchos de ellos la violencia les ocasionó traumas profundos, e incapacidad para demostrar sus sentimientos, también los hizo o los ha convertido en personas sumamente desconfiadas, con estados de ánimo cíclicos y con estallidos de ira ante los más pequeños conflictos. Lo que constituye lo que se ha denominado personalidad violenta.

Sexta.- Si bien a lo largo de la existencia las mujeres han tenido que luchar incansablemente por el reconocimiento de su dignidad y de sus derechos, se han logrado algunos que incluso se elevaron a rango constitucional (art. 1º. Constitucional) pero que finalmente quedan como letra muerta al no existir mecanismos para su debida aplicación.

En materia de salud se ha expedido la norma oficial mexicana No. 190, por la Secretaría de Salud, que contempla los principales criterios de atención a las víctimas de violencia, por

parte de los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, sin embargo dicha norma no ha tenido la divulgación adecuada y de manera general el personal de salud tampoco le ha dado la importancia requerida, por lo que resulta en las más de las veces inaplicable.

Séptima.- Los prestadores de servicios de la salud y cualquier otra persona que trabaje con o atienda a mujeres víctimas de violencia deberá comprender la gran responsabilidad que esto conlleva y tendrá que entender que el lograr cambios en los paradigmas de la atención médica, social, jurídica, contribuirá a crear una sociedad con relaciones igualitarias, con mayor equidad pero sobre todo, a generar una cultura de la no violencia que deberá permear a todas las edades y a todos los niveles.

GLOSARIO

Antirretrovirales.- Medicamentos usados para eliminar o inhibir la multiplicación del VIH.

Benzodiazepinas.- Son un grupo de fármacos que producen aletargamiento de las funciones nerviosas, por lo que producen relajación o sensación de calma, es ansiolítico y anticonvulsionante.

Beta-HCG (prueba de embarazo).- (Gonadotrofina Coriónica Humana): Estudio de ciertas alteraciones ginecológicas, especialmente del embarazo.

Cadena Polimerasa.- es una técnica (descrita en 1985, por Kary Mullis) de biología molecular, cuyo objetivo es obtener un gran número de copias de un fragmento de ADN particular, partiendo de un mínimo, en teoría, de una única copia de ese fragmento.

Esta técnica sirve para amplificar un fragmento de ADN. Tras la amplificación, resulta mucho más fácil identificar con una muy alta probabilidad virus o bacterias causantes de una enfermedad, identificar personas (cadáveres) o hacer investigación científica sobre el ADN amplificado. Estos usos derivados de la amplificación han hecho que convierta en una técnica muy extendida, con el consiguiente abaratamiento del equipo necesario para llevarla a cabo.

Cérvix.- El cérvix o cuello uterino es la parte inferior, estrecha, del útero. El útero es un órgano hueco, en forma de pera, que está ubicado en la parte baja del abdomen de la mujer, entre la vejiga y el recto. El cérvix forma un canal que desemboca en la vagina, la cual conduce al exterior del cuerpo.

Dispareunia.- Dolor al coito, Tanto para hombres como para mujeres, el dolor puede ocurrir en el área pélvica durante o poco después de la relación sexual. El dolor puede presentarse en cualquier momento durante la relación sexual, por ejemplo, en el momento de la penetración, la erección o la eyaculación. Finalmente, si este dolor continúa, la persona puede perder interés en cualquier actividad sexual.

Elisa para Chamydia Trachomatis.- (Electro Inmuno Análisis). Prueba que se realiza para detectar un virus.

Elisa para VIH.- (Electro Inmuno Análisis). Es una prueba de tamizaje, es la primera que se realiza por su bajo costo resulta sencilla y da resultados confiables. Si la prueba de ELISA sale negativa, no se hacen más pruebas. Cuando sale positiva, es preciso practicar la Western Blot para confirmar los resultados.

Hipervigilancia.- Los factores etiológicos son múltiples y variados. Pueden responder a patologías orgánicas tales como:

- intoxicaciones y abstinencias de distinto tipo: alcohol, corticoides, drogas tales como marihuana, anfetaminas, cocaína y ciertos antituberculosos.
- afecciones generales y metabólicas: hipoglucemia, hipercalcemia, porfiria aguda, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, hipertiroidismo, cuadros infecciones y otros.
- afecciones cerebrales: síndrome meníngeo, epilepsia (agitación confusional post-crítica y estados crepusculares), accidentes cerebro vasculares, traumatismo de cráneo, tumores cerebrales, encefalopatías.
- etiología psiquiátrica pura: agitación maníaca.
- agitación en trastornos de la personalidad (principalmente en las estructuras límite, antisocial, y narcisistas).
- agitación delirante: episodios delirantes, esquizofrenia.
- agitación ansiosa: en trastornos afectivos y en demencias seniles.

Midazolán.- se asemeja al diazepam, pertenece a la clase de los benzodiazepínicos, su principal mecanismo es bloquear los receptores gabarérgicos aumentando el estado de permeabilidad neuronal, colocando a la célula en estado de hiperpolarización, se administra intravenosa, intramuscular, y tiene efectos amnésicos, en altas dosis puede causar amnesia.

Perianal.- Alrededor del ano.

Palpación bimanual.- Palpación: medio de exploración táctil diagnóstica que consiste en aplicar los dedos o la cara anterior de la mano con presión ligera o profunda sobre una superficie corporal para apreciar ciertas cualidades.

Palpación bimanual: examen de los órganos pélvicos de la mujer llevado a cabo por el examinador colocando una mano en el abdomen y uno o dos dedos de la otra en la vagina. Palpación mesuradora: palpación bimanual empleada en obstetricia para darnos cuenta del tamaño fetal en relación con la pelvis.

Palpación superficial: método de exploración en el que se deprime suavemente el abdomen 1-2 cm para ver la forma y la situación de los órganos abdominales.

Papanicolau.- o citología del cuello de útero es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer. Para obtener la muestra se utiliza un aparato médico llamado espéculo, que se coloca dentro de la vagina, para así poder tomar una muestra de células o " agüita espesa", que luego se extiende en una lámina de vidrio y que se manda al laboratorio para ser analizada.

Serológicas, Pruebas.- estas pruebas permiten detectar enfermedades transmisibles por sangre, por ejemplo: enfermedad de Chagas por dos métodos, HIV por dos métodos, hepatitis B por dos métodos, hepatitis C, Brucellosis, HTLV, sífilis y también anticuerpos irregulares, que es una prueba que va a realizar otra sección del servicio.

Shock.- Estado fisiopatológico agudo y complejo de disfunción circulatoria, que origina un fracaso del organismo para aportar cantidades suficientes de O₂ y otros nutrientes con que satisfacer las necesidades de los tejidos y eliminar los productos de su catabolismo. Cursa con postración, hipotensión, palidez, diaforesis, frialdad cutánea y oliguria.

Sustancias Psicoactivas.- es cualquier sustancia que cuando entra en el cuerpo altera la estructura o función del organismo. Por lo tanto, es farmacológicamente correcto llamar droga a casi cualquier sustancia extraña que entra al organismo. Dado la confusión que causa el término medicinas en las discusiones sobre terminología de drogas, definimos como una especie de droga a aquella que toma para prevenir o curar una enfermedad o incapacidad.

Tinción de Gram.- es un tipo de tinción diferencial empleado en microbiología para la visualización de bacterias, sobretodo en muestras clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

Bordieu, P *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, 2000

Dutton, D y S. Golant *El golpeador, un perfil psicológico*, Buenos Aires, Argentina, Paidós, 1997.

Foucault, M *Historia de la Sexualidad I, la voluntad de saber*, México, Siglo XXI, 1997

Lozano, R *Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México*, En Andrew Morrison y María Loreto Beihl (eds). El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. Washington DC, BID, s/a.

Pérez, R *Ética médica laica*. México, Fondo de Cultura Económica, 1ª edición, 2002.

OPS/OMS *Violencia contra la mujer. Untema de salud prioritario*. Washington DC, 1998.

Revistas

Revista CONAMED, Volúmen 9, No. 4, Octubre-Diciembre, 2004.

Revista CONAMED, Volúmen 10, No. 1, Enero-Marzo, 2005. Memoria del noveno simposio Vede Casa Mata, Octavio *El acto médico sanitario*.

Legislación

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Constitución Política del Estado de Yucatán

Ley General de Salud

Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional

Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Reglamento de la Ley General de Salud

Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999 *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia intrafamiliar*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, Miércoles 08 de marzo de 2000.

Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 *Del expediente clínico*. Publicada el 30 de septiembre de 1999.

APARTADO DE EJERCICIOS

Ejercicio 1

Expresiones y situaciones de violencia familiar

- 1.- “Bueno para nada, te pareces a tu padre, su hijo tenías que ser”.
- 2.- “Comes como cerda”.
- 3.- “Tu mamá trabaja porque prefiere estar en la calle que cuidarlos a ustedes, ¡no le importan!”
- 4.- “Ya estás viejo e inútil”.
- 5.- “A los abuelos déjalos en el rincón de la casa para que no estorben”.
- 6.- “Viejo achacoso...”.
- 7.-“Hoy saliste con tu padre y te compró puras porquerías de comer; te cumple tus caprichos y no le importa que te enfermes. Claro, como yo soy la que te tiene que cuidar, a él no le importa lo que te pase”.
- 8.- “De seguro tu madre sigue con ‘ese’ dizque su novio. Vas a ver que no pasará mucho antes de que los deje por preferirlo a él, así como me abandonó a mí”.
- 9.- “Tu padre..., ¡hombre fuera para mantenerte! Con lo que pasa para alimentos, no se mantiene ni el perro de la casa”.
- 10.-“Si tu madre trabaja es porque no quiere estar con ustedes, sus propios hijos; no es porque necesite dinero, yo le doy lo suficiente para vivir bien, y para que les dedique más tiempo”.
- 11.-“Cuando yo trabajaba y los niños eran chicos, tenía una muchacha que los cuidaba. Mi hijo, en el jardín de infantes, hizo un dibujo con esta muchacha en la cama con su papá y a mí afuera, trabajando”.
- 12.- “Una vez apareció con ladillas diciendo que como él no tenía relaciones con nadie más, la culpable era yo. Me desviví tratando de explicarle que yo le era fiel”.
- 13.- “Frente a sus infidelidades, yo me ponía mal, lloraba y él reaccionaba violentamente”.
- 14.-“Él salía de trabajar a las 12 de la noche y llegaba a las 4 de la mañana; un día me enojé y él se puso como loco. Recuerdo que constantemente me retorció los brazos y me daba trompadas; terminaba casi siempre aventándome en la cama y pegándome”.

15.-“Cada vez que yo tenía que ir al grupo, había disgustos; se enojaba y hacía lo posible para que no fuera. Si de todas maneras iba, me lo recriminaba: ‘¡qué tienes que juntarte con esas fodongas!’”.

16.- “Cuando dejo salir a mi hija, él dice que le estoy enseñando a ser una cualquiera como yo”.

17.-“Me estaba bañando con mi hija, que tenía 2 ó 3 años; él se desnudó y se metió en la bañera con nosotras, después, desnudo, se llevó a la nena a la cama y la hizo jugar con su pene hasta que tuvo una erección. Yo le pedía que la dejara tranquila y él no me hacía caso”.

18.-“Utiliza mi nombre para trabajar y él no pagar impuestos. Últimamente, tampoco me da dinero para que pague lo que corresponde, así que también ensucia mi nombre”.

19.-“Me pegó porque contradije sus órdenes; es que me salí sin pedirle permiso, yo ya sé que no le gusta que “me junte” con mis amigas... pero, ¿cuándo se me quitará lo habladora y dejaré de provocar sus enojos?”

20.-“Estando embarazada del menor, quiso pegarme, pero decidió que no y mejor rompió todo el ropero. En la pared de nuestro cuarto están marcados sus nudillos de otra ocasión”.

21.-“Trabajamos en el mismo horario, juntos. Algunas veces yo puedo salir 20 minutos antes para preparar la comida, cuando él llega, se sienta para que lo atiendan porque está cansado de tanto trabajar. Yo continúo en casa, y me pregunta cuándo va a estar la comida. Supuestamente el que gana el dinero es él, y quien trabaja sólo es él”.

22.-“Durante tres años no pudimos salir al balcón porque a él le había dado por tener y cuidar plantas ahí. Tampoco podíamos prender la estufa porque el fuego las arruinaba”.

23.-“Su trato conmigo es siempre con reproches. Si me siento, Con todo lo que hay por hacer, ¿cómo puedes estar así?’ Si hago algo, ‘No, así no se hace. ¡Déjame!. Todo lo tengo que hacer yo.

24.- “Un día conseguí muebles de segunda mano y entre mi hija y yo arreglamos la casa y pusimos cortinas, quedó muy bonita, pero él se enojó muchísimo, porque los muebles no eran los adecuados para el ambiente. Dijo que yo era una tarada, que no sabía elegir y que había puesto muebles para casas y no para departamentos”.

25.-“Cuando le pedí dinero para la ecografía, para descartar si tenía un tumor, me contestó: Justo ahora te vienes a enfermar, cuando hay problemas en el trabajo y no hay dinero”.

26.-“Después de una fiesta, yo subía con mi chiquita en brazos y otro niño de 9 años cuando me encontré que el elevador estaba parado entre 2 pisos y vi que él estaba besándose con una amiga vecina. Me puse muy mal y me fui sola a la casa de otra amiga. Él le dijo a mi mamá que no sabía por qué me había ido, y a su familia, que yo me había ido

porque creí ver lo que en realidad no era cierto. Todo el mundo terminó creyendo que yo abandonaba a mis hijos por una imaginación y que estaba totalmente loca”.

27.-“Siempre dice que ando con otro y me hace mil reclamos, si me peino, ‘¿a quién vas a ver?’; si me arreglo bien: ‘¿a quién vas a dejar entrar cuando yo salga?’; si le digo que no me alcanza lo que me da para el gasto, ‘¿a quién estás manteniendo?’

28.-“Desde la última pelea, en la que levantó una herramienta para pegarme y yo me tuve que arrojar del coche en marcha, me amenaza diciéndome que la próxima vez no me voy a escapar”.

29.-“Durante una reconciliación, me contó parte de sus infidelidades y me preguntó si yo lo había engañado; entendiendo que era algo de buena voluntad, le dije que estando separada de él, había salido con otra persona. Durante mucho tiempo después, me torturaba permanentemente forzándome violentamente (me agarraba de los brazos) a contarle con lujo de detalles cómo habían sido esas relaciones, porque eso lo excitaba; después me obligaba a mantener relaciones sexuales con él. Cuando esto no fue suficiente decía que no podía hacerle creer que esa era la única relación que yo había tenido. La tortura era tan grande que en más de una oportunidad pensé en inventarle otras historias, pero no lo hice porque sabía que después sería peor”.

30.-“Durante un tiempo se la pasó juntando dinero, para algo que nunca decía qué era; se comportaba como un avaro. Cuando creía que yo dormía iba y lo contaba. En esa época yo tenía la estufa dañada (estuvo así durante 3 años) y por 4 años no tuve lavadora, él me recriminaba lo que gastaba en lavandería. Los niños no tenían zapatos ni pantalones y yo trataba de arreglarme con lo que me daba para cocinar, cada vez con menos. Cuando los niños le pedían zapatos o alguna otra cosa (siempre muy elemental), él se enojaba y decía: Voy a sacar la lana y la voy a poner en medio de la mesa para que me la ¡¡!! En medio de la tortura a que me sometía, empecé a buscar el dinero para dejarlo.

Encontré \$70,000 y me llevé \$40,000; veinte usé para instalarme (en un lugar a varias horas de distancia) y para comprarle ropa a mis hijos y veinte lo puse a plazo fijo.

Un día él se apareció para buscarme y reconquistarme; finalmente, esa lana se la gastó. Lo único que quedó fueron los veinte mil que tenía a plazo fijo; no sé qué pasó con el resto, pero él me recrimina que yo me la gasté y que por eso él, ahora, no tiene posibilidades de hacer otras cosas”.

Ejercicio 2

Cuestionario autodiagnóstico de violencia familiar

1. - ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

2.- ¿Te acusa de infidelidad o que actúas en forma sospechosa?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

3.- ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras o compañeros de trabajo para que tu pareja no se enoje?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

4.- ¿Te critica y humilla en público o en privado, sobre tu apariencia tu forma de ser, el modo como desempeñas tus tareas hogareñas?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

5.¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

6.- ¿Cuándo quiere que tú cambies de comportamiento, ¿ te presiona con la indiferencia o te niega dinero?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

7.- ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público o con otras personas?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

8.- ¿Sientes que estás en permanente tensión y que hagas lo que hagas, él se irrita o te golpea?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

9.- ¿Te ha golpeado con sus manos, con objetos o te ha lanzado cosas cuando se enoja?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

10.- ¿Te ha amenazado alguna vez con objetos o armas, o con matarse él, o a ti a algún miembro de la familia?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

11.- ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

12.- Después de un episodio violento él ¿se muestra cariñoso y atento, te regala cosas o te dice que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

13.- ¿Has buscado, o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, médica, psicológica, religiosa o legal).

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

14.- ¿Es violento con los hijos/ hijas o con otras personas?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

15.- ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado, al sentir que tu vida y la de otros miembros de la familia esta puesta en peligro por tu pareja?

_____SI	_____A VECES	_____RARA VEZ	_____NO
---------	-----------------	------------------	---------

REFERENCIA CUESTIONARIO AUTODIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA FAMILIAR
Cáceres Ana y otras Colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer Chile Programa Estatal de la Mujer y Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer, Tamaulipas, Gobierno del Estado.

http://www.tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp.

Complemento del ejercicio 2

Instructivo para el llenado del autodiagnóstico de violencia familiar

1.- ¿Se aseguró que la paciente ha recibido la información básica indispensable previa a través la plática con la persona responsable de la aplicación del cuestionario sobre el motivo y finalidad de éste? de lo contrario solicite información y se difiere el llenado del mismo.

2.- ¿Se contó con ficha de identificación con firma que evidencie el consentimiento de la paciente para participar en el presente estudio y correcto llenado de los datos a evaluar?.

3.- ¿Se cotejó de los datos registrados con los del expediente clínico?.

4.- ¿Se entregó cuestionario y lápiz a la paciente en área cómoda sin acompañantes, aclarándole que cuenta con el tiempo necesario para su respuesta y en caso de dudas en la redacción de alguna pregunta se le puede auxiliar?.

5.- ¿Se leyó cuidadosamente cada pregunta para marcar con una cruz según corresponda sólo una respuesta de las sugeridas, y al finalizar la persona a cargo de la entrevista asigno el puntaje según correspondía a cada respuesta, SI (3 puntos) A VECES (2 puntos) RARA VEZ (1 punto) NO (0 puntos)?.

6.- Puntaje:

35 a 45 puntos POSITIVO A VIOLENCIA FAMILIAR ¡ABUSO PELIGROSO! Considerar en forma URGENTE, la posibilidad inmediata de dejar la relación en forma temporal o permanente, con apoyo policial o legal. El problema de violencia no se resuelve por sí solo, desearlo puede llegar a estar en peligro de muerte en más de una ocasión o su salud física o mental, quede permanentemente dañada.

23 a 34 puntos POSITIVO A VIOLENCIA FAMILIAR. En este punto de escala, se necesita considerar seriamente solicitar ayuda institucional o a personal capacitado, y salir de casa temporalmente en tanto obtiene apoyo.

12 a 22 puntos POSITIVO A VIOLENCIA FAMILIAR, la violencia en la relación esta comenzando, es una situación de alerta que puede aumentar en un futuro.

0 a 11 puntos Puede haber problemas en el hogar, pero se resuelven comúnmente sin violencia.

7.- Se recabarán los cuestionarios verificando el correcto llenado, y que correspondan cada uno de ellos con el No. progresivo asignado conforme a la ficha de identificación.

Ejercicio 3

Ninguna sociedad se escapa

En Estados Unidos, cada nueve segundos se produce una agresión física a una mujer por parte de su compañero íntimo. (Bunch, 1997)⁶

En Canadá, 29% de mujeres alguna vez casadas o en unión consensual, informan haber sido agredidas físicamente por un compañero actual o anterior desde los 16 años de edad. (Statistics Canada, 1993)⁷

En el Reino Unido, 25% de las mujeres han recibido puñetazos o bofetadas de un compañero actual o anterior en algún momento de su vida. (Mooney, 1995)⁸.

En Colombia, 19% de las mujeres han sido agredidas físicamente por su compañero durante algún momento de su vida. (Encuesta DHS III, 1995)⁹

En Argentina, 37% de mujeres golpeadas por su pareja han vivido esta situación durante 20 años o más. (Naciones Unidas, 1991)¹⁰.

En Nicaragua, una de cada dos mujeres informa haber sido maltratada por su compañero, cuando menos una vez. (Ellsberg, 1996)¹¹.

En India, cada año son asesinadas más de 5 mil mujeres porque su dote matrimonial es insuficiente. Por lo general, mueren quemadas en la cocina por aparentes accidentes; esto se le conoce como quema de recién casadas. (Bunch, 1997)¹².

En Bangladesh, arrojar ácido a la cara de la mujer para desfigurarla es tan común que su tratamiento legal tiene una sección propia en el código penal. (Heise, 1994)¹³.

En Tailandia, 20% de los esposos reconocen haber maltratado físicamente a sus esposas por lo menos una vez en el matrimonio. (Hoffman et al., 1994)¹⁴.

En Uganda, 41% de las mujeres informan haber sido golpeadas o lesionadas físicamente por un compañero; 41% de los hombres informan haber golpeado a su compañera. (Blanc et al., 1997)¹⁵.

⁶ Bunch, Charlotte *The intolerable status quo: violence against women and girls*. En: UNICEF. *The Progress of Nations* 1997. New York. p. 41, 1997.

⁷ Citado en: OMS/OPS. *Violencia contra la mujer*. Washington, D.C. 1998

⁸ OMS/OPS. Op. Cit.

⁹ OMS/OPS. Op. Cit.

¹⁰ United Nations. *The Worlds Women 1970 – 1990: Trends and Statistics. Social Statistics and Indicators*. Series K, No. 8, New York, 1991.

¹¹ Ellsberg, M. Et al. *Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Asociación de mujeres profesionales por la democracia y el desarrollo. Managua. 1996.

¹² Bunch, C. Op. Cit. p. 41.

¹³ Heise, L. . Op.Cit.

¹⁴ OMS/OPS. Op. Cit.

¹⁵ OMS/OPS. Op. Cit.

Ejercicio 4

¡Hoy recibí flores!

No es mi cumpleaños o ningún otro día especial; tuvimos nuestro primer disgusto anoche, y él dijo muchas cosas crueles, que en verdad me ofendieron. Pero sé que está arrepentido y no las dijo en serio, porque él me mandó flores hoy.

¡Hoy recibí flores!

No es nuestro aniversario o ningún otro día especial; anoche me lanzó contra la pared y comenzó a ahorcarme. Parecía una pesadilla, pero de las pesadillas despiertas y sabes que no es real; me levanté esta mañana dolorida y con golpes en todos lados, pero yo sé que está arrepentido; porque él me mandó flores hoy.

¡Hoy recibí flores!

Y no es día de San Valentín o ningún otro día especial; anoche me golpeó y amenazó con matarme; ni el maquillaje ni las mangas largas podían esconder las cortadas y golpes que me ocasionó esta vez. No pude ir al trabajo hoy, porque no quería que se dieran cuenta. Pero yo sé que está arrepentido; porque él me mandó flores hoy.

¡Hoy recibí flores!

Y no era el día de las madres o ningún día especial; anoche él me volvió a golpear, pero esta vez fue mucho peor. Si logro dejarlo ¿qué voy a hacer? ¿Cómo podría yo sola sacar adelante a los niños? ¿Qué pasará si nos falta el dinero? Le tengo tanto miedo, pero dependo tanto de él, que temo dejarlo. Pero sé que está arrepentido, porque él me mandó flores hoy.

¡Hoy recibí flores!

Hoy es un día muy especial: Es el día de mi funeral. Anoche por fin logró matarme.

Me golpeó hasta morir.

Si por lo menos hubiera tenido el valor y la fortaleza de dejarlo.

Si hubiera aceptado la ayuda profesional hoy no hubiera recibido flores.

Tomado de: separadasydivorciadas.org/flores/html

Ejercicio 5

Mitos sobre violencia contra las mujeres

Mito: Cosa que no tiene realidad concreta; fábula, ficción. Aunque el mito tiene un especial contexto dentro de lo religioso, también las sociedades han creado sus propios mitos en torno a hechos o creencias.

Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, dio nueva orientación al origen e interpretación de los mitos, al señalar que más que un recuerdo idealizado de ancestrales situaciones históricas o culturales, los mitos son una expresión simbólica de los sentimientos inconscientes de toda la humanidad. Otro psicoanalista, Carl Gustav Jung, considera que los mitos son una manifestación de los arquetipos o modelos que surgen del inconsciente colectivo de la humanidad.

También existen mitos que nacieron de la voluntad del hombre con el fin de imponer o justificar determinadas costumbres sociales y que fueron aceptados por imposición superior, en particular a éstos nos referiremos.

Una de las características fundamentales de los mitos es que se aceptan sin cuestionamiento, por lo que resulta en extremo difícil que una sociedad reconozca sus propios mitos, pues si así fuera pasarían a ser admitidos racionalmente como tales, convirtiéndose en mera ficción; existe, pues, una resistencia individual y social a desenmascararlos.

En el tema que nos ocupa y particularmente con respecto a las mujeres, el mito de que son seres inferiores, y como tales hay que tratarlas, ha tenido una justificación social, filosófica y religiosa que durante siglos se ha mantenido en la humanidad.

Independientemente de las valiosas aportaciones que la filosofía griega y el derecho romano dieron a la civilización, en el caso de las mujeres construyeron y justificaron la superioridad del hombre y, por ende, la inferioridad de la mujer.

La filosofía griega, con Aristóteles al frente, entre otros, impuso su pensamiento acerca de las mujeres. A decir de éste, las mujeres eran inferiores a los varones por estar dotadas en menor medida que ellos, de participación en “La Razón”.

Otros las consideraron como males necesarios, condenándolas a la marginación social y material y negándoles toda participación y derecho.

De igual manera, las religiones justificaron “la inferioridad”, y hasta la fecha en algunas de ellas se continúa con este pensamiento que ha llevado a convalidar actos de tortura, mutilación o confinamiento. El caso de la religión musulmana es un ejemplo.

El derecho no escapó a esa influencia, y muchos mitos se convirtieron en ley. Al final de cuentas, las leyes eran escritas y aprobadas por los hombres. ¡Imposible esperar que no siguieran los patrones sociales, culturales o religiosos! En las sociedades occidentales el

derecho romano llevó a los códigos el pensamiento griego, y éste trascendió durante siglos. A la fecha, aún no podemos afirmar que todo vestigio de discriminación ha sido totalmente eliminado de nuestras leyes.

En relación con esta materia, destacamos algunos de los mitos más comunes.

Mito: la persona que realiza un ataque sexual no tiene otra salida para sus necesidades.

Realidad: la motivación principal para realizar un ataque sexual es la obtención de poder. De dominar y controlar a otra persona. La violación no es un asunto relacionado con la sexualidad, es violencia y sometimiento.

Mito: las mujeres provocan los ataques sexuales por su manera de vestir o sus insinuaciones.

Realidad: esta creencia es equivocada, porque sostiene que la gente desea ser atacada sexualmente por su actitud, manera de vestir o lugares que frecuenta, incluso en el derecho penal se habla de las víctimas propiciatorias.

Este mito es el que más se utiliza para culpar a la víctima y no al violador. Por desgracia, a través de los siglos ha permanecido esta idea de que la mayoría de las veces la mujer es la culpable de estas agresiones.

Cabe destacar, y las estadísticas lo demuestran, que de la mayoría de los casos que se reportan a las autoridades, el 53% de las víctimas son menores de 18 años y la vestimenta poco importa en el momento del ataque.

Mito: la violencia sexual ocurre sólo entre extraños.

Realidad: de los casos reportados a las autoridades, en 65% de ellos el agresor resulta ser familiar o conocido de la víctima y el 50% de las agresiones sexuales ocurren en el domicilio familiar, destacándose entre ellos la figura paterna (padraastro, tutor, abuelo, tío) lo que obliga a la mayor parte de las víctimas a mantener silencio y no denunciar.

Mito: si verdaderamente lo quiere, cualquiera puede defenderse de un ataque sexual.

Realidad: este mito mantiene la creencia de que nadie puede ser forzado a tener una relación sexual.

De las denuncias, el 90% involucra amenazas de daño físico o uso efectivo de la fuerza. Muchas veces las personas sucumben a un ataque para prevenir ser lastimadas de manera más severa e incluso ser asesinadas.

Mito: los agresores sexuales son unos perversos.

Realidad: en este mito subyace la noción de que es la incapacidad mental asociada a la locura, la que conduce a una persona a cometer un delito sexual, solemos creer que está “enferma o loca”. Creer en ello tiene como consecuencia esperar que el agresor en potencia sea una persona marcada con características peculiares. Por el contrario, si el acusado (desde nuestro punto de vista) se ve y actúa de manera normal, no creemos que haya cometido el delito.

Mito: las mujeres frecuentemente mienten y hacen acusaciones falsas.

Realidad: se calcula que uno de cada diez delitos de violación o de abuso sexual que se cometen son reportados a las autoridades. Lo que demuestra que el sistema de justicia no ha podido generar confianza en las mujeres para que denuncien. En cuanto a la violencia física dentro del hogar, ésta apenas empieza a ser denunciada, no así la violencia psicológica o sexual, que aún permanece como algo natural en las relaciones de pareja. La motivación principal de las mujeres para no denunciar las agresiones de que son objeto, es que piensan que nadie les va a creer.

Mito: las mujeres que denuncian la agresión rompen a la familia.

Realidad: lo que rompe a una familia o deteriora las relaciones familiares es la violencia, no la tolerancia en su interior de toda la expresión de la misma. Incluso se afirma que ésta es una manera de educar. También se piensa que si no existe la figura paterna, deja de ser familia, por lo que la permanencia de una figura masculina se vuelve fundamental; las mujeres no quieren romper con la pareja. Esta falsa idea contrasta con la vida cotidiana, ya que de los casi 20 millones de hogares que existen en nuestro país, alrededor de 4 millones son jefaturados y sostenidos por mujeres.

Mito: al interior del hogar el hombre debe ser el jefe de la familia.

Realidad: esta actitud permite que los agresores justifiquen su consideración de que los demás miembros de la familia son parte de su propiedad y por ende sus subordinados, obligándolos a acatar sus decisiones sin cuestionamiento.

Mito: las mujeres son las culpables de que las maltraten, por permanecer al lado de su pareja agresora.

Realidad: las mujeres violentadas regularmente se culpan por lo que les ocurre, se consideran incapaces de proporcionar felicidad a su pareja y a sus hijos, por no haber podido mantener la armonía en el hogar o por no cubrir las expectativas que de ellas se esperaban; por ello, guardan silencio y soportan la violencia, en tanto no sólo sienten culpa sino además vergüenza. Otro de los factores por los que permanecen en esa situación son la dependencia económica o el miedo a que la agresión llegue al homicidio. Este mito, por desgracia, es aceptado por hombres y mujeres.

Mito: es mi esposa y puedo hacer con ella lo que quiera.

Realidad: ningún ser humano es propiedad de otro. El matrimonio o la vida en pareja no otorga un derecho de propiedad al hombre ni una dependencia de la mujer.

Mito: los agresores regularmente son alcohólicos o drogadictos.

Realidad: si bien el alcohol y las drogas pueden ser detonantes de conductas delictivas, la realidad nos refleja que los casos de agresiones contra mujeres regularmente se llevan a cabo de manera consciente por parte del agresor y el porcentaje de estos delitos bajo la influencia de drogas y alcohol son menores. Sin embargo, muchas mujeres refieren tener una buena relación con su pareja “hasta que éste se alcoholiza y entonces las maltrata”.

Las estadísticas en este sentido señalan, que uno de cada diez violadores había consumido droga o alcohol; el resto (90%) estaban sobrios cuando cometieron el delito; en los casos de violencia intrafamiliar, menos del 30% lo hicieron bajo influencia de estas sustancias, mientras que el 70% estuvo consciente de la agresión.

Si bien no resulta fácil desprendernos de un día para otro de lo que hemos aprendido en nuestra casa, en la escuela y en las relaciones sociales con respecto a las mujeres, es importante que cuando estemos tratando en situaciones relacionadas con la mujer, sea en su calidad de víctima (por desgracia la mayoría de las veces) o en su calidad de presunta responsable, evitemos prejuicios y nos abstengamos de expresar juicios de valor. Si dejamos atrás los mitos y las nociones preconcebidas y al contrario nos allegamos de información necesaria, pondremos nuestros conocimientos y elementos científicos al servicio de una investigación seguramente tendrá éxito y lograremos con ello aplicar la ley con equidad.

Ejercicio 6

Revisión de la Norma Oficial Mexicana

NORMA OFICIAL MEXICANA, N.O.M.-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia intrafamiliar (Diario Oficial de la Federación Miércoles 08 de marzo de 2000).

En la elaboración de esta Norma participaron:

- La Secretaría de Salud
- Dirección General de Asuntos Jurídicos
- Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario
- Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades
- Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
- Dirección General de Salud Reproductiva
- Dirección General de Promoción de la Salud
- Dirección General de Estadística e Informática
- Subsecretaría de Coordinación Sectorial Centro Nacional de Rehabilitación
- Coordinación de Salud de la Mujer
- Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
- Secretaria de la Defensa Nacional
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
- Secretaría de Educación Pública
- Procuraduría General de la República

Organismos No Gubernamentales (ONG's):

- Federación de Mujeres Universitarias
- Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia
- Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México
- Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres, A.C.
- Instituto de Atención a la Violencia, A.C.
- Unidad de Atención Psicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal, A.C.

Entre otras muchas instancias involucradas directamente con el problema de la violencia intrafamiliar.

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

No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles (en función del sexo, la edad o la condición física), que se manifiestan cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso de poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que socialmente son más vulnerables: las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental o discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.

OBJETIVO: Establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.

CAMPO DE APLICACIÓN: esta NOM es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen e Sistema Nacional de Salud.

DEFINICIONES: se entenderá por:

- Atención médica de la violencia familiar, al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situaciones de violencia familiar. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentra, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.
- Consejería, al proceso de análisis y apoyo, mediante el cual la o el prestador de servicios de atención médica, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas a la o el usuario respecto de su situación.
- Detección de probables casos, a las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar, entre la población general.
- Discapacitado o persona con discapacidad, al ser humano que presenta de manera temporal o permanente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal.
- Educación para la salud, al proceso de enseñanza -aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.

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

- Grupos vulnerables, a las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.

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

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

- Indicadores de maltrato físico, a los signos y síntomas -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismo craneoencefálico, trauma ocular, entre otros congruentes o incongruentes con la génesis de los mismos, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

- Indicadores de maltrato Psicológico, a los síntomas o signos, indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica - autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros - o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad,- abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

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

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

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

- Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registran los aspectos relevantes de la atención médica de una o un usuario, contenidos en el expediente clínico.
- Usuaría o Usuario, a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- Violencia Intrafamiliar, al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

La violencia familiar comprende:

- Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.
- Maltrato Psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- Maltrato Sexual, a la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

GENERALIDADES: Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, los cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado, el que pudo haber realizado el maltrato, y el involucrado indirectamente en este tipo de situaciones, y que todos éstos en algún momento pueden requerir la prestación de los servicios de salud.

Incluye la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

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

Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras Instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para que en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, en su caso

apoyo legal, psicológico u otros para los cuales estén facultados, a las personas que se identifiquen como usuarias o usuarios involucrados en violencia intrafamiliar.

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

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

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

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

Ejercicio 7

Revisión de casos sobre violencia contra las mujeres

CASO No 1

Ya no sé qué más hacer con mi matrimonio. Tengo una casa bonita, dos niños que estudian y les va bien en la escuela, y las preocupaciones por dinero, que tuvimos hace diez años cuando nos casamos, ya desaparecieron.

Parecería que tengo todo para estar contenta, pero mi esposo me dice constantemente que se siente muy miserable conmigo, que mi forma de gastar lo está arruinando y que mi aspecto es repugnante. Yo sólo gasto lo que él me da, que es poco y aunque quisiera no podría gastar mucho.

Me siento mal y deprimida cuando se refiere a mi aspecto. Me veo fea y mal arreglada porque en años no me he podido comprar ropa, ni nada para mí. A mí misma me da mucha vergüenza cuando vamos a reuniones familiares o de su trabajo, que no son muy frecuentes; siento como si todo el mundo se fijara cómo voy vestida.

Cuando sale con amigos y regresa borracho me sienta a ver con él películas pornográficas y quiere ensayar conmigo las cosas que ve. Si me niego, me avienta lo primero que encuentra y me dice frígida y toda clase de groserías.

He tratado de cambiar las cosas que él dice que no le gustan de mí. Ya no sé qué hacer porque todo lo que intento fracasa, estoy muy confundida y no sé qué decisión tomar.

En realidad nunca he pensado en irme pues en mi familia nunca ha habido divorcios. A veces pienso en mis hijos y no sé si esta situación los estará afectando.

CASO No. 2

Acabo de hablar con mi secretaria para que cancele todos mis compromisos porque amanecí enferma y el doctor cree que voy a tener que faltar varios días porque parece que es contagioso.

La verdad de las cosas es que no quiero que me vean, por más que me tape se me va a notar. Tengo un ojo hinchado y amoratado por el puñetazo que me dio mi esposo.

Aunque me ponga lentes oscuros se alcanzará a ver y los rasguños en la cara no los tapa el maquillaje. Me sentiría muy avergonzada si en la oficina llegaran a pensar que tengo problemas con él. Además, eso lo perjudicaría en su trabajo o acabarían diciendo que son mentiras mías porque él se destaca por su buen trato y todo el mundo lo quiere.

Me preocupa que no me crean en el trabajo y no vaya a ser que con todos los recortes de personal que están haciendo, decidan prescindir de mis servicios. Con ésta ya son como diez las veces que faltó por varios días.

Por ahora, como voy a tener que quedarme en casa, voy a ensayar varias recetas de cocina, así mi esposo va a estar más contento con la comida que le preparo y no se va a volver a enojar.

Afortunadamente mis hijas no estaban. Siempre quieren terminar la pelea y salen lastimadas.

Aunque de un tiempo para acá ya casi no están en casa, se la pasan con sus amigas, estudian y duermen en casa de sus compañeras y por suerte no tienen que presenciar nuestras peleas.

Más tarde llamo a la farmacia para que me manden árnica y una bolsita para ponerme hielo.

CASO No 3

Tengo catorce años y vivo con mi papá, mi mamá y mis dos hermanas menores. Hoy, cuando regresamos de la escuela, la casa estaba desordenada y mi mamá estaba toda golpeada. Tenía marcas en el cuello y en los brazos. Era obvio que mi papá la había golpeado.

Odio a mi padre y muchas veces pienso en qué hacer para que se vaya. Una vez quise defender a mi mamá y me aventó hasta el otro lado del cuarto. Mi mamá me rogó que no me volviera a meter y que eso sólo empeoraba las cosas. No me acuerdo de mi familia de otra manera.

A veces me enfurezco con mi madre, no entiendo por qué no lo deja, le grito y hasta la he hecho llorar.

Siento miedo de que ella decida irse y que no me lleve. Odio a mi padre y él me odia a mí.

Me dice “flojo, nena, bueno para nada, bebé de mamá”. Cuando crezca, ya verá lo que le voy a hacer.

Siempre estoy metido en problemas, aún cuando trato de evitarlos; pero, me vale, ni sirve esforzarse por ser bueno. En la escuela todos dicen que soy el que mejor pego y nadie me gana. Los maestros dicen que soy muy agresivo y que tengo mal carácter, pero yo no puedo remediarlo.

Nadie sabe lo que pasa en mi casa; mi mamá dice que nadie tiene por qué saberlo, que no le puedo contar a nadie y que hay que saber guardar secretos. Si no fuera porque tengo que cuidar a mis hermanitas y estar seguro que no le pase nada a mi mamá, me iría de la casa.

CASO No 4

Joaquín era un estudiante de 14 años que vivía con su madre y su padrastro con quien ella se casó, desde hacía tres años. Entre madre e hijo había mucho afecto y comunicación.

El padrastro de Joaquín se empezó a sentir celoso por la relación tan estrecha entre ellos, lo que dió inicio a una serie de conductas de agresión hacia Joaquín. Se burlaba de su cara con acné, de su baja estatura, de su trabajo escolar y de sus amigos. Luego, empezaron las restricciones: no podía salir después de la escuela, no podía invitar amigos ni atender invitaciones, no podía ir a fiestas, además se restringía el uso de la tele. Ante las protestas del muchacho vinieron las bofetadas y golpes muy severos.

La madre trataba de intervenir, pero resultaba agredida y el joven se sentía culpable.

Joaquín se sentía abatido y se volvió solitario. A causa de un intento de suicidio fue hospitalizado, y en todos los interrogatorios la familia omitió mencionar la violencia familiar.

Joaquín salió de allí y ya no quiso volver a la escuela, empezó a fumar y a consumir drogas, y se volvió muy agresivo con su hermanito de 8 años.

El padrastro culpó a su esposa de la situación de Joaquín y ahora ella pasó a ser insultada y golpeada. En una ocasión las lesiones durante los altercados la llevaron a la sala de urgencias de un hospital cercano. De regreso a casa, la discusión los distrajo y el coche chocó contra otro vehículo. Todos resultaron con heridas de consideración.