



**Universidad Pedagógica Nacional  
Unidad Mexicali**

**ESPECIALIZACION: ESTUDIOS DE GÉNERO EN EDUCACION**

**“LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PERSONAL MÉDICO DE  
ISESALUD ANTE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR”**

**Presenta:**

**FABIOLA MUNIVE ANDRADE**

**Mexicali, B. C. Junio de 2010.**

TES/GEN/10/010



## Universidad Pedagógica Nacional Unidad Mexicali

**ESPECIALIZACION: ESTUDIOS DE GÉNERO EN EDUCACION**

**“LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PERSONAL MÉDICO DE  
ISESALUD ANTE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR”**

Presenta:

**FABIOLA MUNIVE ANDRADE**

Mexicali, B. C. Junio de 2010.



**Universidad Pedagógica Nacional  
Unidad Mexicali**



**Especialización: Estudios de Género en Educación  
IV GENERACIÓN**

**“LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PERSONAL MÉDICO DE  
ISESALUD ANTE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR”**

**Tesina**

**Para obtener el Diploma de Especialización en  
Estudios de Género en Educación**

**Presenta**

**FABIOLA MUNIVE ANDRADE**

**Mexicali, B. C. Junio de 2010.**

## DEDICATORIAS

*A mi esposo, por su apoyo incondicional en todo momento,  
por compartir sus conocimientos y  
experiencia profesional y académica.*

*Agradezco su paciencia, su tiempo y dedicación a  
las actividades familiares sin distinción de género.*

*A mis hijos, Elhi y Deneb, mis dos grandes amores,  
que con paciencia y cariño, supieron comprender y organizarse para la  
realización de sus actividades mostrando una gran responsabilidad,  
mientras cursé esta Especialización.*

*A mi madre, que con su disposición y preocupación ante mis necesidades, me  
demostró una vez más que  
siempre podré contar con ella.*

*A Joana, gran amiga, compañera, por su apoyo incondicional,  
profesionalismo, compromiso y entrega al trabajo;  
día a día, demuestra la gran persona que es.*

*A mis compañeros de grupo de la Especialización: Norberto, Iraís, Boni,  
Martha, Irma, Norma, Berenice, Margarita y Enrique, por el tiempo, las  
lecciones de vida y conocimientos compartidos.*

*A mis maestras y maestros, Rosario, Tere, Perla, Eleazar y Celia, fue un honor  
haber sido su alumna, espero haber cumplido sus expectativas.*

*Los amo inmensamente, son el motor que impulsa mi vida.  
Sin ustedes este trabajo no hubiera sido posible.  
Soy lo que soy por ustedes.*

GRACIAS

<b>TABLA DE CONTENIDO</b>	
	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>I. PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL PERSONAL MÉDICO DE ISESALUD</b>	6
A. Antecedentes institucionales del programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género	6
B. La perspectiva de género como política pública en ISESALUD	8
C. El personal médico ante la detección de la violencia familiar	11
D. Justificación: La violencia familiar como problema de Salud Pública	14
E. Objetivos de la investigación	16
F. Hipótesis del trabajo	17
<b>II. LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GENERO: IDEAS BASICAS Y CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y ATENCION A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GENERO</b>	18
A. La violencia familiar en la NOM-046-SSA2-2005	18
B. La violencia familiar un concepto polivalente	19
C. El ciclo de la violencia	22
D. El programa de detección y atención ala violencia familiar y de género en ISESALUD.	26
1. Personal y servicios que brinda el programa	28
2. El modelo operativo para la prevención y atención a la violencia familiar y sexual.	30
<b>III . METODOLOGIA DE INVESTIGACION</b>	33
A. Personal Médico de ISESALUD: los sujetos de la investigación	33
B. Dimensiones en la estructura del cuestionario por encuesta	33
1. La percepción y sentir del personal médico ante la aplicación de la herramienta de detección	33
2. La percepción del personal médico ante la estructura, operación del programa y capacitación del mismo	34
3. El conocimiento que el personal médico tiene sobre el programa y sobre el problema de violencia familiar	34
C. Aplicación de un cuestionario por encuesta	34
D. Resultados de la investigación	35
1 Identificación de los sujetos	35

2. Resultados del primer eje de investigación	38
3. Resultados de segundo eje de investigación	42
4. Resultados de tercer eje de investigación	45
5. Comentarios a los resultados de los datos e información recabada	49
6. Conclusiones de los resultados	55
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b>	57
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	59
<b>ANEXOS</b>	
1. Encuesta realizada	63
2. Cuadro con logro de detección a la violencia familiar en el 2008 en la Jurisdicción de servicios de Salud Mexicali	66
3. Cuadro con logro de detección a la violencia familiar en el 2009 en la Jurisdicción de servicios de Salud Mexicali	67
4. Herramienta de detección	68

## INTRODUCCION

*El Programa de Detección y Atención a la Violencia Familiar y de Género (PPAVFG)* existe desde hace cinco años aproximadamente en ISESALUD de Baja California, como respuesta a la necesidad de dar atención a este problema que se considera ya a nivel mundial un problema de salud pública.

Antes de su implementación en ISESALUD, otras instituciones como DIF proporcionaban a las mujeres la oportunidad de desempeñar un trabajo remunerado, la dotación de despensas o capacitación en alguna disciplina; otras más, como instancias de justicia, brindaban ayuda legal.

Al estudiar los planes de trabajo de otras instituciones, se observó en primer lugar que intervenían en una parte de la problemática de la familia, mas no incidían en la raíz del problema, pues cualquier tipo de violencia, psicológica, física, sexual, abandono, económica o patrimonial conlleva a un deterioro de la salud en todos los aspectos, por lo cual aunque se les brindara ayuda económica, despensas, educación o fuentes de trabajo, las mujeres no podían romper el *ciclo de violencia* que estaban viviendo.

En segundo lugar, al estudiar el ciclo de la violencia, se ha observado que existe un momento en el que las mujeres solicitan ayuda; este momento es justamente posterior a la presentación de un evento violento, ya que esta fase del ciclo muy frecuentemente causa alteraciones en la salud, ya sea estrés, depresión, angustia en casos de violencia psicológica o lesiones físicas evidentes en diferentes partes del cuerpo, incluso en genitales en casos de violación, etcétera, que ellas mismas consideran deben ser revisadas por el personal médico; dependiendo de la gravedad de la agresión, del daño causado o de la evolución del problema, las mujeres tarde o temprano acudirán a los servicios de salud para recibir atención médica; es aquí cuando al aplicarse *la herramienta de detección de casos de violencia familiar (HD)*, se observa la necesidad de apoyo psicológico, con el fin de que les sea posible tomar decisiones informadas y adecuadas; de lo contrario, ninguna ayuda extra podría lograr cambios.

Se sabe que todas las personas acudimos a los servicios de salud, por lo menos una vez en la vida, y tomando en cuenta de que la gran mayoría de las personas agredidas son mujeres (como lo demuestran las estadísticas), tendremos mayor oportunidad de realizar la detección de violencia, ya que en alguna parte de la vida seguramente cursarán con un embarazo y acudirán a consultas de control o solicitar un examen de rutina como un

papanicolaou o algún examen de mama, lo que propicia la detección y realizar una *prevención secundaria*<sup>1</sup> para que el problema no escale a etapas más intensas, por lo que el programa se instituyó en los servicios de salud.

Paralelo a la misma fecha de instalación en la institución, se integró una comisión de género que ha intentado, que todos los programas incorporen la perspectiva de género en sus actividades, y desde entonces ha venido pugnando en ese sentido. El programa está conformado por personal médico, de enfermería, trabajo social y de psicología; su función consiste en brindar a las mujeres que viven violencia familiar, la oportunidad de ser atendidas por personal capacitado en el área con la finalidad de proporcionarles atención médica, consejería en violencia, una intervención en crisis, si se amerita, atención psicológica individual y grupal, (términos de los que se hablará más adelante), o canalizarlas a una asesoría legal (dado que existe una coordinación interinstitucional) con el fin de orientarles en la toma de decisiones que les permitan construir relaciones sanas y prevenir riesgos.

Durante la mayor parte del tiempo que el programa tiene en ISESALUD, se ha trabajado en gran medida la promoción del mismo. En su inicio, en 2005, se encontraba ubicado en el departamento de promoción de la salud. En marzo del 2008 se le trasladó al departamento de salud reproductiva con lo cual se implementa en las actividades propias del personal médico, por lo que el avance posterior a este momento prácticamente se ha dado en la capacitación, sensibilización y apoyo al personal médico.

La *Herramienta de detección de casos de violencia familiar*, (HD) con la que cuenta el PPAVFG y en cuya aplicación hemos encontrado resistencia por parte del personal médico, constituye el eje central de la investigación que se presenta en la modalidad de tesis, donde se analiza el PPAVFG, las condiciones en las que opera y su relación con la aplicación de la HD.

Esta investigación nos permitió conocer algunos de los puntos de vista, necesidades y expectativas que el personal médico tiene ante esta problemática y sobre el programa en sí, dando la oportunidad de desplegar algunas acciones de mejora inmediatas y otras mediatas, que ayuden a resignificar la práctica médica, comprendiendo la perspectiva de género y dar cumplimiento a lo normado y que por ley es obligación realizar.

---

<sup>1</sup> Algunos autores se refieren a *la detección temprana como prevención secundaria*, ya que comprende las acciones orientadas a detener el escalamiento y las consecuencias de la violencia. Véase. Secretaría de Salud. **Manual Operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual**. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, Diciembre de 2004.



El presente documento se intitula "*La perspectiva de género en el personal médico de ISESALUD ante la detección de la violencia familiar*". Esta perspectiva se encuentra implícita a lo largo de todo el trabajo, además aparece enmascarada en la relación que el personal médico establece con la usuaria y al momento de realizar la HD, así por ejemplo, cuando se les pregunta (ver pregunta 4) su opinión acerca de la *edad de detección normada*, un porcentaje importante responde que debería aumentarse; esta respuesta hace pensar que por un lado probablemente el personal piense que en esa edad difícilmente se puede presentar violencia familiar debido a la concepción de género que cada uno de ellos/as tienen y por otro lado nos habla de la falta de información sobre el tema, pues es bien sabido que toda mujer que se encuentra en una relación de pareja o sentimental, como sería el noviazgo, puede presentar algún factor de riesgo por lo cual se debe estar siempre atento a una situación como ésta.

Este trabajo está estructurado en tres capítulos. En el primero se da cuenta del problema de investigación y de los tres ejes de análisis que se investigan, además de los antecedentes y la situación actual del programa dentro de la institución de salud en la que se realizó este estudio.

El segundo capítulo constituye las ideas y conceptos básicos obtenidos del análisis de documentos que se conjugan con las ideas y preocupaciones propias, derivadas de la práctica diaria y experiencia obtenida durante los últimos 3 años como responsable del PPAVFG en la Jurisdicción de Mexicali.

El tercer capítulo presenta los resultados de la investigación de campo en la que se encuestó al personal médico de ISESALUD, actores principales dentro de esta problemática. Esto nos permite apreciar qué tipo de necesidades no son atendidas, como es la necesidad de un mayor tiempo para otorgar una consulta de calidad y poder cumplir con el llenado adecuado de la totalidad de formatos que exige la institución, además de la necesidad sentida del personal médico en cuanto a la atención personalizada e individual en sus centros de trabajo y otras cuestiones que se exponen en el apartado de *Resultados y Conclusiones*, lo cual es un dato útil para los responsables del PPAVFG y en general, para ISESALUD e instituciones de salud.

Inicialmente se tuvo como propósito encuestar a la totalidad del personal médico con los criterios de inclusión, sin embargo se presentaron una serie de obstáculos, como la limitación en tiempo para la aplicación de las encuestas por cuestión de las distancias

entre las Unidades de Salud y el poco tiempo con el que el personal médico cuenta entre las consultas, además de las constantes lluvias que se presentaron durante esos días, las cuales ocasionaron la interrupción de labores en algunos centros de trabajo ya sea por las inundaciones que imposibilitaron el acceso a dichos centros o por los daños causados dentro del mismo centro; a pesar de esto se logró encuestar a la mayoría del personal.

Concluida la investigación, podemos decir que las expectativas iniciales han sido superadas, ya que, durante las visitas a cada centro de trabajo no solo fue posible la aplicación de la encuesta, sino que también pudo observarse las condiciones de trabajo en cada caso particular. Gracias a esta experiencia se abre la posibilidad de realizar nuevos proyectos que mejoren las condiciones laborales y beneficien el PPAVFG.

Asimismo, las visitas y entrevistas al personal médico ayudaron a conocerlo más profundamente, en relación con el manejo y su idea de la perspectiva de género y con esto se hizo patente que aunque la capacitación es necesaria, pudiese tener limitaciones y dificultades, pues la formación que se adquiere a través de la educación en la familia y de la vida en general, va permeando una concepción de género de modo lento, espontáneo e imperceptible, pero profundo, por lo cual es muy complejo llegar a tener conciencia de ello y mucho más, removerla y transformarla.

En ISESALUD se ha avanzado en esa materia, mas esta investigación ha permitido comprender la complejidad de la tarea, aunque también aporta nuevos elementos para la capacitación, como son diferentes formas de interacción entre el personal y los capacitadores, para que de esta manera se genere información sobre la forma de pensar y sentir de cada uno de los asistentes acerca de este tema. En estos términos, al existir esta información, se pudiesen emprender acciones orientadas a instituir una perspectiva de género distinta a la que actualmente priva en el personal médico, a partir de esto, el personal puede contar con mayores elementos para aplicar el PPAVFG que les permita desarrollar su creatividad de acuerdo a las experiencias que tengan en lo individual o en conjunto, que les permita cumplir con lo normado, no por obligación institucional, sino por convicción, y disminuya así las posibles implicaciones legales por omisión de este programa.

*“Las intervenciones de atención médica intentan beneficiar a los pacientes, pero también pueden causar daño. La Revolución Científico-Técnica, ha provocado la aparición de nuevas tecnologías y una creciente especialización, sin embargo se observa una fragmentación,*

*despersonalización y deshumanización de la atención médica. El personal de salud se enfrenta ante la posibilidad de incurrir en una diversidad de errores médicos, por lo tanto debe asumir mayores responsabilidades ante la sociedad y no sólo responder a viejos imperativos morales. Actualmente a los preceptos de la ética médica "no haré daño"... y "actuaré en beneficio del enfermo"....se añaden los principios bioéticos de "justicia y autonomía" permitiendo la incorporación de la sociedad y del paciente con sus dimensiones culturales, humanas y éticas, socializando este proceso."<sup>2</sup>*

La transformación del pensamiento y de la acción cotidiana de las personas no se da con una sola intervención, sino con una serie de ellas, pensadas en conjunto y secuenciadas, que surjan de problemas, necesidades y experiencias revisadas en colectivo. De acuerdo a los expertos,<sup>3</sup> resulta recomendable que las capacitaciones se realicen con regularidad y en espacios físicos y con tiempo que resulten propicios para el intercambio de ideas, experiencias e información que permita ampliar la mirada, en este caso, sobre el problema de la violencia y sobre la propia práctica.

---

<sup>2</sup> Martínez Hernández, Clara Magdalena. **Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social.** Secretaría de Salud. Tabasco, México.  
[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu13106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu13106.htm).

<sup>3</sup> Reyes Pérez, María Isabel. (2004). **Formación de profesores universitarios, un diagnóstico de necesidades.** Universidad Autónoma de Baja California

## I. PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO DE ISESALUD.

### A. Antecedentes institucionales del programa de violencia familiar en ISESALUD.

El marco normativo internacional vigente en materia de derechos humanos obliga al Estado Mexicano a garantizar la protección y pleno ejercicio de estos derechos para las mujeres. En 2006 se estableció la "*Ley General para la Igualdad entre mujeres y Hombres*" para el ámbito privado y público que considera, como primer objetivo la institucionalización de la perspectiva de género de manera transversal en los poderes de la Unión, los tres órdenes de Gobierno y en el Sector privado. Una de las principales líneas de acción, consiste en capacitar y profesionalizar en género a las y los servidores públicos<sup>4</sup>

De acuerdo con los valores y principios definidos en el "Programa Nacional de Salud 2001-2006", (PROMSA) se establece que para el año 2015 los programas, proyectos y servicios de salud se diseñen, presupuesten y evalúen incluyendo el enfoque de género. La violencia es uno de los fenómenos más graves de la presencia de discriminación de género. Los problemas asociados a la violencia contra las mujeres, son muestra del fuerte impacto en distintos ámbitos como el hogar, el trabajo, la escuela, la vida social y la vida pública; la mayor parte de años de vida saludable perdidos en las mujeres es por la depresión unipolar, que generalmente se asocia con la violencia.<sup>5</sup>

El Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012<sup>6</sup> establece en su eje 3 *la igualdad de oportunidades ubicando el desarrollo humano y el bienestar de las personas, mujeres y hombres como centro de la acción en esta materia*. En materia de salud establece como objetivos mejorar las condiciones de vida de la población, brindar servicios eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal; así como garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país. Para lograr dichos objetivos

<sup>4</sup> INMUJER. (2008). *Guía Metodológica para la sensibilización en género: Una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública*. INMUJER, Noviembre 2008.

<sup>5</sup> Cfr. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. <http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx>

<sup>6</sup> Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012). <http://pnd.presidencia.gob.mx/>

se requiere de acciones contundentes donde la perspectiva de género sea incorporada para deconstruir las inequidades y construir condiciones para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

En concordancia con dicho "Plan Nacional de Desarrollo", el "Programa Sectorial de Salud" desarrolla las líneas de acción para la igualdad de oportunidades en salud para mujeres y hombres; líneas que sirven de base para la elaboración del presente *Programa de acción de igualdad de Género en Salud*, en las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, donde se plasma la conjunción de esfuerzos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para desarrollar líneas estratégicas que contribuyan a la igualdad de género entre mujeres y hombres en materia de salud, tal y como lo mandata la "Ley de igualdad entre mujeres y hombres" y la "Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación"

Para dar cumplimiento a esta Ley y a los diferentes foros internacionales<sup>7</sup> el sector salud en México, específicamente ISESALUD, ha iniciado una serie de capacitaciones al personal de salud sensibilizándolo en género, así como una serie de módulos especializados para la atención a las pacientes que viven violencia.

Con la finalidad de eliminar todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre dentro de la familia contra la mujer, se emitió *La NOM-190-SSA1-1999 para la Prestación de Servicios de Salud Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar*, modificada el 29 de Noviembre del 2007 y publicada en el Diario Oficial el 3 de Marzo del 2008 para quedar como *NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, que junto con El Modelo integrado para la Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual, que está vigente desde 1999 considera la Violencia Familiar como un problema de Salud Pública. Éstos, constituyen los documentos normativos para el PPAVFG en ISESALUD.

---

<sup>7</sup> Algunos de estos foros son: la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer en la Asamblea General de las Naciones Unidas 1979; Convención Sobre Los Derechos del Niño; Asamblea General de las Naciones Unidas 1989; Conferencia Mundial Sobre Los Derechos Humanos, Viena, 1993; Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra La Mujer; Asamblea General de las Naciones Unidas 1993; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; Convención de *Belen Do* para 1994; Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo El Cairo, 1994; Cumbre Mundial sobre desarrollo Social, Copenhague, 1995; Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing, 1995.

## B. La perspectiva de género como política pública en ISESALUD.

El PPAVFG en ISESALUD, Baja California fue coordinado en un principio por el Departamento de Trabajo Social en la Jurisdicción de Mexicali, como anteriormente se indicó, de ahí que por la naturaleza de su práctica, su acción se limitó a la promoción del mismo, dejando un poco de lado la Detección y Atención especializada de los casos. En Marzo del 2008, cuando se transfiere el PPAVFG al Departamento de Salud Reproductiva, retoma su objetivo original en cuanto a la detección y atención a las mujeres que viven violencia, recayendo la responsabilidad en el personal médico como lo marcaba la norma desde un inicio.

En ese sentido, se puede decir que el referido programa, prácticamente, es nuevo para el personal médico, es por eso que para su capacitación, se ha solicitado el apoyo del departamento de enseñanza por parte del encargado del programa en la misma jurisdicción. En las capacitaciones, se les ha proporcionado las herramientas conceptuales y prácticas para la detección oportuna, pero *no se ha logrado incrementar la participación del personal médico de los Centros de Salud en el PPAVFG de la manera esperada*, lográndose un número muy pequeño de usuarias referidas al servicio Especializado de psicología.

Se ha pensado que para atender este problema, es necesario estar sensibilizado en género. Esta sensibilización tiene varias dimensiones: se ha observado que ésta se percibe desde etapas tempranas durante la educación formal e informal o dentro del núcleo familiar y a lo largo de la vida de una persona, por lo cual es difícil cambiar el modo de pensar en una sola capacitación, ya que aquí intervienen los estereotipos y roles determinados en cada uno de los ámbitos con los que se ha tenido contacto durante el transcurso de la vida, es así como se instala el *currículum oculto de género*, COG<sup>8</sup>, que en la mayoría de los casos interfiere negativamente en los esfuerzos realizados por lograr la instalación de la transversalización de una nueva perspectiva de género, que permita una mayor comprensión en temas de violencia familiar por lo que se considera necesario brindar esta capacitación en varias ocasiones, hasta lograr un cambio en la forma de percibir esta problemática.

<sup>8</sup> Lovering Dorr, Ann y Gabriela Sierra (s.f.). *El currículum oculto de género*.  
<http://www.emujeres.gob.mx/work/resources/LocalContent/22303/5/Elcurriculumocultodegenero.pdf>  
Recuperado el 20 de Mayo de 2010.

Por otro lado, es necesario considerar que la "perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud es una tarea pendiente".<sup>9</sup> Con respecto al problema que nos ocupa en esta investigación y de acuerdo con las/os articulistas citadas/os: "*La visión de la salud desde el género es imprescindible para el diseño e implementación de políticas públicas de salud, no sólo por un imperativo ético de equidad, sino también porque el género condiciona el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios y la calidad y eficiencia de las prestaciones de salud*"<sup>10</sup>

En ese sentido, mientras lo anterior ocurre con respecto a la *formación del personal médico como profesionales de la salud* en las instituciones de educación superior; la capacitación con perspectiva de género, para los/as médicos/as en ejercicio profesional, se convierte en una tarea básica, la cual ha de formar parte de un trabajo más amplio e integral, por lo que la investigación en este renglón en la localidad se vuelve indispensable.

En la actualidad, la ética médica y la bioética se plantean la necesidad de promover una toma de decisiones y un actuar justos en las relaciones médico-paciente, en la investigación y en las políticas sanitarias. La beneficencia y la no maleficencia, tan apreciadas en la deontología tradicional como en la bioética contemporánea, no pueden cultivarse sino en un terreno que haya sido abonado cuidadosamente por la justicia, debido a que muchos conflictos en estos ámbitos, tienen su génesis en la inequidad de género. Muchas de las contribuciones de la perspectiva de género, ya han sido recogidas e instrumentadas por la sociología médica y la filosofía de la educación e incorporadas a los programas internacionales de salud (OMS) y de educación (UNESCO), así como a los programas sanitarios nacionales. No obstante, existe aún un grave desconocimiento en torno al tema, por lo que - en aras de la equidad - es prioritario incorporar la teoría de género a los programas educativos en general y a la formación médica en particular.<sup>11</sup>

Sin perder de vista lo anterior, podemos decir que: *Las capacitaciones para la atención a la violencia, que se han brindado han logrado resultados satisfactorios en algunos casos, pero aun no se ha obtenido el resultado necesario para producir, un cambio en la práctica*

<sup>9</sup> Arcos, Stela, Johanna Poblete y otros. (2007) "Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente". *Revista Médica de Chile*. versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. Médica, Chile 35 n.6 Santiago jun. 2007.

<sup>10</sup> ídem.

<sup>11</sup> López García, Sonia. "La perspectiva de género en la ética médica profesional y la bioética: una cuestión de justicia" en **México, investigación en educación y valores**. VI Jornada Nacional de Investigadores en Educación y Valores. Ed. Gernika. México.

<http://www.scribd.com/doc/3264324/LA-PERSPECTIVA-DE-GENERO-EN-LA-ETICA-MEDICA-PROFESIONAL-Y-LA-BIOETICA> Recuperado el 14 de Junio 2010.

*profesional del personal médico que labora en los Centros de Salud, que logre impactar y a su vez produzca, en la población que acude a ellos, un verdadero beneficio.*

El programa cuenta con algunas estrategias implementadas como la vinculación con las Escuelas de Psicología y Pedagogía de la UABC Campus Mexicali, a través del servicio social de los estudiantes, que son previamente capacitados por los encargados del programa.

Los pasantes en servicio social de pedagogía imparten pláticas informativas a las usuarias y los usuarios que esperan en las salas de los Centros de Salud, así como al personal docente, padres, madres de familia y alumnado, en escuelas de diversos niveles educativos; con lo que se ha logrado que la población obtenga información sobre estos temas, valore su situación de vida e identifique algún factor de riesgo o el tipo de violencia a la que se esté enfrentando en ese momento, y acuda por iniciativa propia si así lo decide, lográndose incrementar un poco la asistencia de las usuarias a los servicios especializados, como se puede observar en el informe anual de actividades del programa de violencia familiar y de género 2008-2009. (Véase Anexos 2 y 3).

Los pasantes de psicología apoyan la detección de violencia con la atención psicológica a las usuarias que les son canalizadas. Algunos de los problemas están referidos a temas como violencia familiar, violencia en el noviazgo, infantojuvenil y de género. Este personal se encuentra distribuido en las diferentes Unidades de Salud del Municipio.

La NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, y el Modelo integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, vigente desde 1999 indica que "es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud, y que deberá implementarse el programa de atención a usuarias en todas las instituciones"; sin embargo, no existen registros de la puesta en marcha del PPAVFG en las instituciones de salud pública en el Estado, además de ISESALUD.

Los responsables del PPAVFG para solucionar esta problemática han convocado a reuniones a los representantes de las instituciones de salud, con la finalidad de dar a conocer el modelo de atención a la violencia familiar y de género utilizado en ISESALUD, para que se valore la posibilidad de implementar un módulo de atención en cada institución en el que se les proporcione a las y los usuarios la orientación específica para



la toma de decisiones y así iniciar la formación de un Comité Interinstitucional de Salud<sup>12</sup> tanto Estatal como Municipal que se marca como obligatorio en la misma Norma.

### **C. El personal médico ante la detección de la violencia familiar: dimensiones del problema de investigación.**

A cinco años de haber iniciado el PPAVFG en ISESALUD B, C. y a dos años de haber sido reestructurado para su aplicación por parte del personal médico, *la detección de violencia familiar no ha alcanzado los niveles esperados*, si tomamos en cuenta las estadísticas que manejan la Unidad de Violencia Intrafamiliar (UVI) e INMUJER, Víctimas del Delito y los Ministerios Públicos en el Estado.

Los Servicios Especializados de atención a la violencia en el Estado, actualmente atienden a mujeres que en su mayoría acuden presentando ya un cuadro de violencia severa y son conscientes de que necesitan ayuda para resolver o salir de esa situación por lo que acuden por iniciativa propia. El programa las atiende y les da una atención oportuna (antes de que la violencia escale y sufra daños irreversibles); sin embargo, como en todos los programas de salud, el objetivo principal es la prevención y en ese sentido no se ha cumplido adecuadamente.

**La detección temprana** es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia, los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación, y es también la puerta de entrada al proceso de **atención oportuna**; no obstante, estas dos acciones se consideran una **prevención secundaria**, ya que comprenden las acciones orientadas a detener el escalamiento y las consecuencias de la violencia, dado que va encaminada a la atención de la violencia familiar ya existente y no a la que aun no se produce, por lo que no se ha incidido en la **prevención primaria**, que se lograría con **la detección de factores de riesgo para la violencia familiar**, que el modelo de prevención considera, pero que es necesario implementar.

---

<sup>12</sup> Esto es cada vez más necesario, ya que estamos siendo rebasados por el problema de la violencia, aun cuando es atendido por la organización de otras instituciones Gubernamentales y ONG's. En este último año se ha logrado formar una red interinstitucional de apoyo a las pacientes en donde se encuentran instituciones gubernamentales y ONGs como UVI, Procuraduría, derechos humanos, DIF, ministerios públicos, CAVIM, Instituto de la Mujer, Centros de integración juvenil, CESAM y *Mujeres por un mundo mejor*, a donde se canaliza a las usuarias para ser atendidas según el servicio que se esté solicitando y éstos a su vez las contrarrefieren para que continúen con su terapia psicológica o médica pero aún no logramos obtener resultados satisfactorios en las instituciones públicas del Sector Salud.

El PPAVFG de ISESALUD en su reporte Mensual SIS (Anexos 2 y 3) indica que en el 2008 y 2009 el 26% y el 24% de los Centros de Salud no realizaron ninguna herramienta de detección durante todo el año. Ese alto porcentaje de Centros de Salud con una productividad de cero ha negado a las mujeres, que acudieron a consulta, la oportunidad de ser detectadas oportunamente, poniéndolas así en un mayor riesgo en caso de ser víctimas de violencia.

La HD consta de 10 preguntas divididas en 3 apartados, que se encuentran dirigidas a detectar, violencia psicológica, física y sexual; por normatividad debe ser aplicada a todas las mujeres mayores de 15 años que acudan a la consulta por cualquier causa, esta es de fácil realización durante el tiempo de la consulta. A pesar de esto se han presentado casos de resistencia o falta de adhesión a la práctica de llenado del formato por parte de algunos miembros del personal médico.

La NOM-046-SSA2-2005 refiere que el personal médico es el responsable de realizar la detección de estos problemas pues es el primer contacto con las usuarias, después de la enfermera, además de que se encuentra dentro de un lugar en donde existe privacidad que es el consultorio, y tienen la oportunidad, aun sin que la usuaria lo refiera, de detectar alteraciones psicológicas o emocionales además de lesiones, durante el interrogatorio o la exploración física. *El personal médico ha comentado que durante la consulta pueden detectar mediante otras formas y no solo utilizando la HD ya instituida, por lo que es importante para el programa conocer estas nuevas formas y saber si se pueden implementar en todo el gremio.*

La detección de la violencia, a través de esta HD, se puede aplicar a hombres y mujeres, no obstante, la NOM-046-SSA2-2005, limita esta condición, ya que indica que debe ser aplicada a todas las mujeres mayores de 15 años, que acudan a consulta a los Centros de Salud y aunque en la consulta diaria acuden mujeres de menor edad con riesgo por nupcialidad o por alguna relación sentimental, ésta no está indicada en estas edades, por lo que pedir la opinión de los profesionales de la salud en cuanto a la edad de detección normada es relevante, ya que son ellos los responsables de la detección de la violencia familiar y atención médica en estos casos.

Además de la sensibilización en género se han venido realizando una serie de capacitaciones sobre el programa y el modelo de atención con el que se cuenta, obteniendo un 60 % de personal médico capacitado pero no se cuenta con ninguna información acerca de los cambios que dicha capacitación ha logrado en este personal,

en relación a la perspectiva de género por lo que conocer la percepción que el personal médico tiene sobre el problema de violencia familiar, o sobre el mismo PPAVFG institucional, es importante ya que de ello dependerán las acciones en las siguientes capacitaciones.

*La falta de detección conduce a fallas en la prestación del servicio y por lo tanto la detección tardía y como consecuencia, complicaciones de salud, graves e irreversibles o la presencia de situaciones de violencia extrema a las que se exponen las usuarias y que en ocasiones pierden la vida.* Actualmente las mujeres atendidas en estos servicios, en su mayoría, acuden por iniciativa propia y en situación de violencia extrema. Esto hace pensar que el logro en cuanto a prevención y atención oportuna es bajo, por lo que sería útil para el PPAVFG conocer si el personal médico tiene dudas sobre el llenado de la HD, su sentir al realizarlas, su opinión en cuanto a su efectividad, el tiempo destinado para cada consulta, o si las condiciones en las que se encuentra otorgando la consulta diaria son las adecuadas para dicha detección, ya sea por situaciones internas o externas a ellos, ya sea por situaciones institucionales como las condiciones del inmueble, por dar algún ejemplo o debido a su visión de la violencia como ajena a su práctica profesional<sup>13</sup> o por la propia concepción de género<sup>14</sup>, que interfieran con la interacción médico paciente y no permite que exista un ambiente de empatía y una comunicación asertiva por lo que no logrará que las usuarias hablen de su problema y declaren que se encuentran en esta situación. Si por otro lado, el personal médico no se encuentra adecuadamente capacitado o sensibilizado ante la problemática, ninguna de las partes hablará del problema y el ciclo no se romperá.

<sup>13</sup>Uno de los errores más frecuentes en la práctica médica es el *Mal uso de la relación médico-paciente*: Los errores médicos producidos por la relación deficiente médico-paciente pueden deberse a la subvaloración de este aspecto por parte del facultativo, a su desconocimiento de los factores psicológicos básicos de la relación o a la inseguridad y la angustia que surge ante la enfermedad del paciente o ante situaciones humanas extraprofesionales que el médico desplaza sobre sus enfermos. La práctica médica ha determinado ser totalmente positivista, considerando al hombre como un ser puramente biológico, desconociendo su esencia social presente en el proceso salud-enfermedad. Clara Magdalena Martínez Hernández Secretaria de Salud Tabasco México. **Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social.**

[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu13106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu13106.htm), recuperado el 10 de junio del 2010

<sup>14</sup>Persiste, un gran desconocimiento y desinformación, en torno al tema de género especialmente en los países latinoamericanos, incluyendo el nuestro. La teoría de género tiene su marco conceptual en la ética feminista, una visión particular de la ética de la justicia, que analiza los supuestos que mantienen la "naturalización" de los roles sociales y del doble código moral, asignados de manera diferenciada a los hombres y a las mujeres. Tales asignaciones vitales representan una construcción cultural a partir de la diferencia sexual, misma que se define como género. Así, a partir de la naturaleza biológica, "lo que es", se ha pasado a establecer el "deber ser", es decir, lo considerado como correcto en términos sociales y morales, para cada sexo: la falacia naturalista deviene criterio de "normalidad" y "moralidad" en la vida cotidiana."

Véase. López García, Sonia. Universidad Autónoma de Nuevo León La perspectiva de género en la ética médica profesional y la bioética: una cuestión de justicia <http://www.scribd.com/doc/3264324/la-perspectiva-de-genero-en-la-etica-medica-profesional-y-la-bioetica>

El PPAVFG ha intentado incorporar esta visión de género en el personal durante las capacitaciones, pero el tiempo destinado para esta actividad es limitado, por lo que el conocer todas estas situaciones abriría el panorama y ayudaría a implementar diferentes acciones para su mejoramiento.

Por todo lo anterior, nos preguntamos ***¿Cuáles son los factores que influyen en la baja o nula detección de casos de violencia familiar por el personal médico en los Centros de Salud, para atenderla como un problema de salud pública?***

Para efecto de esta investigación el problema se desglosa en tres dimensiones:

- 1 - La percepción y sentir del personal médico ante la aplicación de la HD de violencia familiar
- 2 - La percepción del personal médico de la estructura, operación del PPAVFG así como de la capacitación que reciben
- 3 - El conocimiento que el personal médico tiene sobre el problema de violencia familiar

#### **D. Justificación: La violencia familiar como problema de salud pública.**

Como anteriormente se mencionó la NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, y el Modelo integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual que está vigente desde 1999, indica como responsable de la detección de los casos de Violencia Familiar al personal de salud y principalmente al personal médico, por lo que es parte de su deber diario de cada uno de ellos realizar esa detección a toda mujer que acude a consulta por cualquier razón.

hoy en día la violencia familiar es considerada un problema de salud pública que durante años ha mantenido a las mujeres discriminadas, marginadas y sometidas por relaciones de poder que las han llevado a problemas de salud crónicos de difícil control tanto físicos como psicológicos y que atenderlos médicamente representa para el sector salud una inversión importante de capital económico. En el 2003 INMUJER reportó que cada minuto una mujer pide ayuda a las autoridades por haber sido víctima de violencia familiar, esto ha ido en aumento cada día; ya en el 2008 la misma fuente reporta que 6 de cada 10 mujeres viven violencia actualmente, 3 de cada 7 han vivido violencia en algún momento de su vida, por lo que hacer la detección, incluso de eventos pasados (aun si la usuaria al

momento de la detección no estuviera en riesgo) es importante, pues es bien sabido que la violencia familiar deja lesiones psicológicas que sin la instalación de un tratamiento psicológico adecuado pueden ser la causa de patologías o de la incapacidad para formar relaciones sanas en el presente.

*El gasto que se hace anualmente en la compra de medicamentos utilizados para el control y tratamiento de enfermedades o patologías secundarias a cualquier tipo de violencia familiar es muy alto, esto se podría disminuir si se hiciera una buena investigación de las causas de estos problemas, y si tomamos en cuenta que en los servicios de salud no sólo se reciben usuarias con patologías secundarias a violencia en etapas tempranas y que son tratadas en la consulta externa, sino también usuarias que estuvieron expuestas a violencia severa y en las que será necesario realizar alguna intervención quirúrgica o alguna hospitalización en los servicios de terapia intensiva, esto incrementaría aún más el costo y presupuesto del sector salud.*

A pesar de que el personal médico tiene conocimiento de dicha problemática, no hace diagnósticos diferenciales con problemas de violencia, si esto se realizara seguramente encontraría que muchas de las patologías que se atienden en la consulta externa y en los servicios de urgencias resultarían ser secundarias a algún tipo de violencia familiar; también sorprendería el encontrar que muchas de éstas se pudieron evitar con una detección oportuna, por lo tanto una gran parte de la morbilidad reportada año con año y los gastos que de ello se genera, se reducirían de una forma importante, ya que el tratamiento cambiaría de medicamentoso a psicológico con una mejoría mucho más sostenida o con su remisión definitiva, cosa que no pasa si solo se otorga medicamentos sin pensar en la necesidad de este otro tipo de apoyo, por lo que, si se realizara una detección oportuna no sería necesario que las usuarias consumieran dichos medicamentos por largo tiempo, lo que ayudaría a que el Sector Salud ahorrara una gran cantidad de su presupuesto anual, pues además de la compra de medicamentos, material de curación y sutura, etc. se estaría reduciendo la consulta por estas causas en los Centros de Salud, dando así oportunidad a otros usuarios/as de utilizar los servicios, pues es sabido que la plantilla de personal médico es insuficiente en todo el Estado. Además, se deja pasar una valiosa oportunidad, cada vez que el personal tiene enfrente a las usuarias y no realiza la detección, sin tener en cuenta que posiblemente sea la única ocasión que se presente esa oportunidad pues algunas usuarias no regresarán o lo harán con problemas mayores y con mayor riesgo, provocando así una mayor inversión en todos los sectores que integran la red de apoyo a estos problemas.

Los costos de los que se habla se refieren a la usuaria, pero si se toma en cuenta que ésta no vive sola y que su situación de vida afecta a los que conviven con ella, que regularmente son sus hijos, entonces el costo se incrementa aun más.

En el manual de capacitadores del mismo programa de prevención y atención a violencia familiar se ha hecho un análisis de estos costos que se dividen de la siguiente manera: **costos directos** incluye los gastos en atención médica por morbilidad y mortalidad, Policía, Justicia Penal y Albergues en los casos con violencia severa. En este punto se ha de tomar en cuenta que no solo la mujer violentada ingresa al albergue sino todos sus hijos menores de 18 años, así que el costo por persona albergada se ve incrementado, si se considera techo, comida, insumos de limpieza, vigilancia, terapias etc., necesarias para solventar la totalidad de los requerimientos de la familia. Dentro de los **costos indirectos**, tenemos menor participación laboral, baja productividad, disminución del ingreso y ausentismo laboral además de costos intangibles como dolor, sufrimiento, miedo, ansiedad, transmisión del patrón de violencia a otras generaciones, deterioro en la calidad de vida, pérdida de autoestima<sup>15</sup>. Esta inversión se podría utilizar en otros conceptos como prevención y no en atención como a la fecha se hace.

Al no atender esta problemática, se niega a las mujeres que viven violencia la posibilidad de una intervención inicial oportuna, con una atención de calidad para disminuir con esto los riesgos a los que están expuestas y lograr disminuir la frecuencia e intensidad del ciclo de la violencia en el que se encuentran inmersas.

## **E. Objetivos de la Investigación.**

### **Objetivo General:**

Analizar la relación entre la falta de detección de casos de Violencia Familiar en los Centros de Salud Urbanos de Mexicali Baja California, con la práctica médica en la aplicación de la herramienta de detección y las condiciones en que ésta se aplica.

<sup>15</sup> Véase **Manual para capacitadores y capacitadoras para el personal de salud, prevención y atención de la violencia familiar sexual y contra las mujeres.** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Diciembre, 2003.

### **Objetivos Particulares:**

1. Conocer la percepción que el personal médico tiene acerca del Programa, particularmente de la herramienta de detección de violencia familiar y de la capacitación que la institución le ofrece.
2. Reconocer las condiciones en las que se da la práctica y la consulta médica para la detección de casos de Violencia Familiar (En cuanto a espacio, tiempo y ambiente).
3. Analizar la relación que el médico establece entre el problema de la violencia familiar y su quehacer profesional en el campo de la salud.

### **F. Hipótesis de trabajo.**

El bajo porcentaje en la detección de casos de Violencia Familiar por parte del personal médico de los Centros de Salud Urbanos de Mexicali, se debe a la concepción de género, a la poca información sobre Violencia Familiar y de la herramienta de detección, así como a las condiciones de trabajo que limitan la aplicación de dicha herramienta.

## II. LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO: IDEAS BÁSICAS Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.

### A. La violencia familiar en la NOM 046.

En la norma técnica no. 046 para la atención y prevención de la violencia familiar y de género, la violencia familiar se entiende como *"Todo acto u omisión, único o repetitivo, cometido por algún miembro de la familia, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra"*.<sup>16</sup>

En esta norma se incluyen los siguientes tipos de violencia familiar:

La **violencia psicológica**<sup>17</sup> son acciones u omisiones que provocan alteraciones psicológicas o incluso psiquiátricas. Estas pueden ser desde una palabra altisonante, trato inadecuado, control del tiempo y del dinero, aislamiento de la persona, agresiones verbales, intimidación, coacción, amenazas, este tipo de violencia es la más difícil de detectar, tanto para la persona agredida como para el personal de salud.

También se considera la **Violencia física**<sup>18</sup> como toda acción que provoca daño físico y va desde un empujón hasta lesiones graves que ponen en peligro la vida.

La **violencia sexual**<sup>19</sup> es toda acción u omisión que induce o impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad de consentir, y va desde una palabra con connotación sexual o introducciones de objetos intravaginales u orales, y muchas veces repercute en la salud sexual por ocasionar lesiones irreversibles graves en genitales y otras veces ponen en peligro la vida de las víctimas y lleva la mayoría de las veces a complicaciones como infecciones de transmisión sexual como VIH/ SIDA, sífilis o gonorrea y embarazos no deseados.

<sup>16</sup> NOM-046-SSA2-2005.Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación .16 de Abril de 2009. p 15.

<sup>17</sup> Ídem.

<sup>18</sup> Ídem.

<sup>19</sup> Ibid. p 16



La **violencia por abandono**<sup>20</sup> es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud; es el incumplimiento de obligaciones hacia uno o varios integrantes 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, así como falta de atención oportuna o abandono en lugares peligrosos.

La **violencia económica**<sup>21</sup>, es el control de los recursos de la familia mediante un ejercicio abusivo de poder, cuando a pesar de tener la posibilidad de apoyar con el dinero a la familia este apoyo es negado, y va desde negar el dinero cuando se necesita para solventar las necesidades de la familia ya sea para vestido, comida, transporte o refugio a la familia, inventar que no se tiene el dinero hasta esconderlo o exigir toda clase de explicaciones cada vez que se necesita dinero, obligar a la mujer a pedir prestado, gastar cantidades importantes sin consultar.

La **violencia patrimonial**<sup>22</sup> se presenta cuando el agresor destruye las pertenencias o cosas personales de la víctima, y puede tratarse de la simple destrucción de una credencial, hasta las prendas de vestir, documentos, muebles o incluso la vivienda, etc.

#### **B. La violencia familiar: un concepto polivalente.**

El estudio sobre la violencia ha ido generando conceptos, acuñados según las diferentes instancias que se refieran a ésta, ya sea del ámbito educativo, legal, económico, social o de salud, así como a las características del ambiente cultural y del tipo de familia, costumbres, valores, modos de relación, etc.

Según la Jurisprudencia para el Código Federal Penal la violencia está expresada en el *Artículo 7 como: El acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato*

<sup>20</sup> Ídem p 15

<sup>21</sup> Íbid p 16

<sup>22</sup> Secretaría de Salud. **Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de salud prevención y atención de la violencia familiar sexual y contra las mujeres.** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Diciembre de 2003.

*o mantenga o haya mantenido una relación de hecho*<sup>23</sup>, esta definición no incluye la violencia por abandono y solo incluye como persona agredida a las mujeres, dejando fuera a niños, niñas, personas de la tercera edad, personas con capacidades diferentes, en fin, el resto de la población vulnerable.

**Para la Salud Pública** la violencia familiar se ha definido tradicionalmente como los hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños capaces de producir la muerte. Así mismo se ha conceptualizado como las formas de agresión de individuos o de una comunidad que no se traducen necesariamente en un daño físico, la violencia queda caracterizada como un proceso histórico social<sup>24</sup>.

**Para la Secretaría de Educación Pública** de acuerdo a Eduardo Correa<sup>25</sup> se define como el acto de poder u omisión recurrente, intencional o cíclico, con el que se domina, somete, controla o agrede física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia, dentro o fuera de su domicilio, situación en la que existe algún parentesco entre los involucrados. En esta definición se deja de lado la posibilidad de que se considere un caso de violencia familiar cuando el agresor sea alguien que no tenga parentesco pero que tenga una relación afectiva con la persona agredida, además se descarta violencia en caso de ser un evento único, por lo que también para fines prácticos es incompleta, pues legalmente se podría manejar de una manera inadecuada.

Este leve análisis fue dirigido solo a unos pocos conceptos relacionados con violencia familiar que existen en diferentes instituciones u organizaciones, y aun así resulta muy difícil encontrar coincidencias, por lo que resultaría aun más difícil si incluyéramos conceptos de violencia social, institucional o alguna otra. La finalidad es hacer visible que los conceptos son relativos a un contexto sociocultural y a un determinado momento; no obstante, en salud, partimos de las ideas planteadas arriba y consideradas en la NOM 046, las cuales son punto de partida, no para homogeneizar, sino para comprender la compleja problemática de la violencia familiar y cuál es nuestro papel en el ámbito de la salud pública; de lo contrario, será muy difícil que se logre apoyar o hacer valer algún derecho en las mujeres que viven violencia y mucho menos penalizar alguna acción de algún agresor. Aunado a esto se tendrá que conocer y entender la dinámica que se

<sup>23</sup> Contreras Julián, Maricela y Nelly Asunción Hurtado, (2008). **Proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 300, 342 bis y 343 tercer código penal.** Gaceta No. 7, 28 de mayo 2008 <http://www.senado.gob.mx/gace61.php?ver=gaceta&sm=1001>

<sup>24</sup> Organización Panamericana de la Salud .( 2003) "La violencia un problema mundial de salud pública" en **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo\\_1.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf)

<sup>25</sup> Correa, Eduardo. "La violencia intrafamiliar en México". **Foro Social Mundial México 2010.**

<http://pdf.rincondelvago.com/violencia-intrafamiliar-en-mexico.html> y <http://fsmmx.saltoscuanticos.org/tag/2010/> recuperado 12 de Junio 2010

presenta en las personas que viven violencia, ya que de no ser así no se les podrá orientar adecuadamente cuando busquen ayuda.

Las nociones e ideas de la violencia familiar están asociadas a la violencia de género, ya que por lo regular el concepto alude a la violencia contra la mujer y la caracteriza por su pasividad, dependencia, pero sobre todo si se concibe a sí misma con estas características u otras asociadas a éstas. Lo importante está en observar y analizar la violencia que se especifica según el ámbito de lo público o de lo privado y que no se restringe al ámbito de lo doméstico. Para Corsi<sup>26</sup> " ...a nivel popular se ha identificado la violencia de género casi exclusivamente con la que ocurre en el ámbito doméstico", lo cual reduce el problema, su visión y su atención.

En un sentido amplio, la violencia familiar considera la acción u omisión que un miembro de la familia ejerce contra otro y que provoca un daño físico, psíquico, en lo económico o en su patrimonio, incluso en su condición laboral, social y personal. No podemos dejar de lado que la violencia familiar también incluye a las agresiones de las mujeres hacia los hombres. Con esto y de acuerdo con Leticia Artiles, tenemos claro en

*... no restringir la categoría género solamente a lo femenino, sino que sea utilizada como herramienta conceptual, que enriquezca los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad (...) Para ello, es necesario considerar que las producciones culturales construidas sobre la diferencia sexual, mediante estereotipos, ideales, normas y regulaciones; tanto en usuarias/os como en prestadoras/es del sistema de salud, han condicionado esquemas de necesidades y demandas (con sesgo de género), posibilitando, limitando o hasta impidiendo, riesgos y responsabilidades en los servicios,<sup>26</sup> que desde ahora exigen una respuesta efectiva para incrementar la calidad de la atención.*

La incorporación de esta perspectiva en los servicios de salud y las políticas para el cambio "tienen que ver con transformaciones culturales que modifiquen la actual aproximación a la salud y los estereotipos de género de quienes intervienen en el proceso de atención"<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Díez, Arantza. **Conversación con Jorge Corsi. Una tragedia superable.** <http://www.m-grup.com/revistas/pdf/boletín-9/6-conversacion-con-jorge-corsi.pdf> extraído el 1o. de junio de 2010.

<sup>27</sup> Artiles Visba, Leticia. **Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud.** [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_3\\_00/res04300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_3_00/res04300.htm) extraído el 1o. de junio de 2010.

### C. El ciclo de la violencia

La violencia no se refiere a un hecho aislado, ni a la expresión de una acción de un sujeto sobre otro; es un proceso más amplio, que de no considerarse así, trazará una barrera que impedirá atender este problema, correctamente. Por ello, un concepto clave es lo que se ha denominado *Ciclo de la violencia*<sup>28</sup> y es algo obligado de conocer para todas las personas que manejan este problema, pues explica paso a paso los cambios que se van presentando en la vida diaria de las parejas que viven violencia, y muestra porqué el agresor o la víctima tienen esos comportamientos, el porqué la víctima va perdiendo poco a poco todo poder de decisión y cómo el agresor cada vez va comportándose más violento y con mayor frecuencia. Este concepto, nos hace comprender el porqué de los constantes ingresos de las mujeres a los albergues.

A continuación se presenta un esquema de este ciclo e inmediatamente se continúa con una breve explicación:

Figura 1



<sup>28</sup> Walker Leonore (1979). "Ciclo de la violencia" en *The Battered Women*. <http://blog.educastur.es/correlavoz/violencia-de-genero/el-ciclo-de-la-violencia/> Secretaría de Salud. **Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de salud prevención y atención de la violencia familiar sexual y contra las mujeres**. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Diciembre de 2003.

Éste fue estudiado por Leonore Walker<sup>29</sup> en 1979, y se divide en varias fases, se **inicia con el aumento de la tensión**. En esta fase se presentan formas de violencia que más bien tienen que ver con lo psicológico o emocional, como largos periodos de silencio, invisibilización, muestras de desinterés por parte de la pareja, o el uso de palabras agresivas, discriminación, amenazas sutiles o ignorar necesidades de la víctima, por lo que puede ser que tanto la víctima como el personal de salud no identifiquen esta etapa y en ocasiones pasa desapercibida, pero aun así ocasiona un gran stress.

A ésta, le sigue la **etapa de contención**, durante la cual, la víctima trata de contener la situación y hace lo imposible porque no pase de esta etapa; trata de hacer todas las cosas que le gustan al agresor y evita acciones que detonen el evento violento por parte del agresor y la pongan en peligro. En esta fase la víctima puede empezar a somatizar y presentar algunos síntomas que pueden ser observados en la consulta externa, como cefaleas, algunas alteraciones gastrointestinales como diarreas, estreñimiento y gastritis.

Si esto continúa y ella no logra contener el incremento en esta fase se presenta la **etapa de violencia explícita**. Aquí se pueden presentar eventos que van desde un grito, un empujón o hasta causar grandes lesiones que pueden llegar a provocar la muerte. En esta etapa las personas agredidas presentan síntomas desde algunas enfermedades derivadas de las grandes cantidades de jugos gástricos liberados por stress como gastritis, colitis, úlceras pépticas, además de intensas cefaleas o migrañas, depresión, artralgias y mialgias, que pueden ser secundarias a la tensión por la que están pasando o por lesiones ocasionadas por traumatismos, al igual que otalgias en caso de gritos directamente en oídos, conjuntivitis o dermatitis por el contacto con líquidos que son lanzados por el agresor directamente a los ojos o piel; contusiones, equimosis o pequeñas heridas que necesitarán suturas; otras veces grandes lesiones o traumatismos craneoencefálicos que ponen en peligro la vida de las víctimas y que pueden producir la muerte de las mismas. En esta etapa se presentan muy frecuentemente violaciones conyugales.

Es en esta etapa de violencia explícita, donde el personal de salud puede intervenir, ya que después de un evento de este tipo, por lo regular necesitarán una intervención médica en los servicios de consulta externa en el primer nivel o de urgencias en los diferentes hospitales, por lo que se deberá estar muy alerta y siempre al atender a una mujer que acuda por cualquier causa a los servicios de salud y que presente antecedentes de vivir en pareja, tendremos la obligación de descartar por todos los

---

<sup>29</sup> Ibid

medios que el evento actual se deba a un acto de violencia familiar. Si la dejamos ir sin haber hecho el diagnóstico adecuado, tendremos que esperar a que el ciclo se repita, se vuelva a presentar esta etapa y la víctima vuelva a presentarse a los servicios de salud, además de que al regresar con el agresor estará en mayor riesgo.

Posterior a esta etapa el agresor puede llegar a sentir **remordimientos**, **minimizará el problema**, **justificará** sus acciones culpando a la víctima del evento, hará **promesas**, que repetirá una y otra vez, negará las dificultades que tienen como pareja, hará propósitos formales de cambiar su actitud y hará uso de todos los conocimientos que tiene sobre los gustos de la persona agredida con la finalidad de lograr su **perdón**, realizará invitaciones, comprará regalos de acuerdo a sus posibilidades económicas; todo con la finalidad de llegar a tener **una reconciliación**, por lo cual en esta etapa que también se llama de **luna de miel**, regularmente se encuentran presentes las relaciones sexuales, éstas serán en la mayoría de las veces mucho más intensas que en otras ocasiones por lo que habrá una mayor comunicación afectiva, misma que logrará que la víctima llegue a interpretar como un gran amor de parte del agresor y creará todas las promesas de cambio que con anterioridad el agresor realizó, además del arrepentimiento que momentos antes él, le ha demostrado.

Esta etapa es clave para que la víctima se enganche mucho más en este ciclo, ya que logra la mayoría de las veces bloquear inconscientemente todo lo ocurrido anteriormente. A esta característica se le llama **indefensión aprendida**, en un intento de mejorar la situación de pareja, pues tiene el antecedente de que ella decidió iniciar una relación con esta persona a la que ama y que le prometió amarla también, además de cuidarla toda la vida. Esta etapa dura poco ya que las promesas y las justificaciones del agresor no fueron verdaderas, por lo que inmediatamente posterior al paso de esta etapa **reinicia la acumulación de la tensión**.

Este ciclo se repite una y otra vez durante la vida en pareja en conflicto; al paso del tiempo se hace mucho más frecuente y más intenso y, por lo tanto, mucho más peligroso. Estos eventos son cada vez más cercanos y si al principio se presentaba cada año, se presentarán cada mes, cada semana y después diariamente hasta ser varias veces al día y si al principio solo se presentaban formas leves de los diferentes tipos de violencia, iniciarán formas cada vez más intensas. Mientras más frecuente sea cada ciclo, se van perdiendo algunas etapas, con cada ciclo el agresor aprende que es necesario seguir agrediendo para no perder el control de la situación y que para lograr someter aun más tendrá que ir aumentando la intensidad de la agresividad.

La víctima por su parte aprenderá que debe quedarse callada y no defenderse para que la agresión no sea tan intensa, además de que ella ha creído lo que el agresor siempre le ha repetido acerca de la culpabilidad y responsabilidad que ella tiene en cada uno de los eventos; en el repetir de este ciclo, ella pierde poco a poco todo poder de decisión y a la larga no sabrá cómo debe comportarse, ni qué debe hacer o decir, y no será capaz de tomar ninguna decisión sin pedir la opinión de su agresor; él por su parte aprenderá con cada ciclo que puede seguirlo haciendo ya que posteriormente podrá hacer promesas y justificarse por sus acciones, y siempre logrará la reconciliación y tendrá una *luna de miel*.

El que siempre se logre llegar a la *luna de miel* sin importar lo que pase antes, hace que el agresor no se moleste más en hacer algún esfuerzo para minimizar las cosas, justificarse o hacer promesas y ya no se arrepentirá más; además, lo que hacía antes, significaba una inversión de dinero, tiempo y uso de intelecto para imaginar e inventar nuevas formas para lograr que ella lo perdonara, nada de eso será necesario pues le queda muy claro que puede hacer con la víctima lo que quiera ya que ella invariablemente lo perdonará y siempre se reconciliarán; así, las víctimas que antes recibían flores, que eran llevadas a cenar a lugares elegantes o recibían regalos, no recibirán más que agresiones de mayor intensidad, y si el evento contenía solo violencia psicológica aumentará a violencia física y después a sexual extrema, que pondrá en peligro su vida y la de sus hijos en cada ciclo, ya que éste será con mayor frecuencia. Así, las mujeres seguirán acudiendo a los servicios de salud siempre posterior a la violencia explícita y el personal de salud tendrá que estar sensibilizado ante tal problemática o de otra manera, seguirá negando la oportunidad a estas mujeres de poner fin a este ciclo de violencia que están viviendo, además de que las pondrán en mayores riesgos cada vez.

Es por eso que se tiene que estar muy atentos a cualquier signo o síntoma de cualquier enfermedad que se diagnostique, tomando en cuenta la gran variedad de formas en cada tipo de violencia y la dinámica que se da dentro del ciclo de la violencia; además, es sabido que el silencio es el obstáculo mayor que se tiene y por lo que las usuarias no refieren su problema, se tendrá que pensar siempre en esta posibilidad y se deberá incluir en el diagnóstico diferencial del 100 % de las patologías que se diagnostican diariamente en la consulta, tanto de primer como de segundo nivel.

#### D. El Programa de detección y atención a la violencia familiar y de género en ISESALUD.

El programa se ofrece gratuitamente a toda la población, independientemente de la seguridad social con la que se cuente. Los servicios que se prestan en el programa son **educación para la salud, prevención, atención médica y psicológica**; dentro de la educación para la salud se otorga información sobre el programa que ayude a cambiar actitudes y desarrollar habilidades encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y una de las estrategias que se han implementado ha sido el acudir a las escuelas y a diferentes lugares donde se solicita la intervención del programa, la información otorgada es escrita y verbal. Con esta acción se logra en gran medida la prevención, ya que al informar a la población de los servicios que el programa otorga, las personas violentadas podrán acercarse, ya sea a partir de referencias de alguna otra institución, por algún agente de la comunidad, por iniciativa propia, posterior a acudir a la **atención médica**<sup>30</sup> en el Hospital General o en algún Centro de Salud.

Si la propia usuaria refiere ser víctima de violencia se le canaliza directamente a **atención psicológica**, pero si acude a los servicios de salud por alguna otra causa se realiza una **herramienta de detección** (Anexo 4); si ésta resulta negativa, se archiva en el expediente y se le informa que los Centros de salud y el Hospital cuentan con el servicio de Psicología, mismo que estará a su disposición en caso necesario, pero si resulta positiva se da **aviso al Ministerio Público**, mediante un formato oficial que se entregará al inmediato superior para ser enviado a las instancias legales; este formato tiene algunas características que a continuación se exponen:

- 1.- Cumplir con una obligación legal, ya que al momento de que la usuaria decida interponer una demanda el juez podrá solicitar con una orden que se le entregue el expediente que deberá estar debidamente completo.
- 2.- Servirá como antecedente para la usuaria al momento de interponer la demanda contra su agresor.
- 3.- Servirá como protección para el personal de salud que atendió a la usuaria, ya que de no entablar la usuaria una demanda y regresar a su domicilio, encontrarse con el

<sup>30</sup> El conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual, incluye la prevención de relaciones violentas, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esta situación, la evaluación del riesgo en el que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica. Ver NOM-046-SSA2-2005, **Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. criterios para la prevención y atención**. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación .16 de Abril de 2009. p 15.



agresor y ser violentada de nuevo de forma más severa y poner en peligro o perder la vida, el personal de salud estará protegido ante la ley, si da aviso en tiempo y forma del caso a las instancias legales.

Además, se abrirá un **formato de accidentes y lesiones** en donde se especificará con detalle, las lesiones que la víctima presenta, psicológica, física y sexualmente, con la finalidad de que sea un comprobante legal de la visita que realizó la usuaria a las instancias de salud.

El prestador de servicios tendrá que registrar a la usuaria en su **hoja de informe diario** con la finalidad de que se reporte el evento en los **informes semanales y mensuales de la institución**; después de hacer todo esto se canalizará a las usuarias a los servicios especializados de atención a la violencia familiar, en donde se atenderá primeramente por la trabajadora social y se le brindará la **consejería en violencia**, también se le informará sobre los servicios del programa y el modo en que funciona, los teléfonos a donde pueda comunicarse en caso necesario, además de una intervención en crisis, de ameritarlo, y se valora su situación particular de riesgo. Con esta acción se trata de estabilizar emocionalmente a la usuaria vulnerable, que acude en ese momento, por haber pasado por un evento de violencia explícita que le ocasionó una gran ansiedad, depresión y un estado de confusión y en muchas ocasiones incapacidad para activar recursos propios; además, se presenta una incapacidad para hacer visible los lugares o personas que le pueden brindar alguna ayuda y en general una total pérdida del poder de decisión, lo que hace que la víctima pierda el control de su vida y entre en una situación de indefensión aprendida, que la lleva a exponerse a mayor riesgo.

La labor de los integrantes del programa en esta primera entrevista es hacer que la usuaria haga visible, mediante orientación, los recursos con los que cuenta, reorganizando sus pensamientos para poder enfrentar los eventos que desencadenan este estado. En los casos en donde es posible intervenir tempranamente se amortigua el trauma que esto produce y previene las consecuencias posteriores como son la ansiedad, depresión, enfermedades, aumento de la irritabilidad que afecta las relaciones familiares, y por lo tanto, disminuirá también el riesgo para el resto de los integrantes de la familia que sean vulnerables como son los hijos.

Cuando esta etapa no se atiende correctamente produce un impacto al sector productivo en término de pérdida de horas laborales, disminución en la productividad, ausentismo, accidentes laborales, enfermedades; asimismo produce un aumento de costos al sistema

de salud y a los sistemas escolares, costos indirectos, directos o intangibles de los que hablamos con anterioridad.

En esta entrevista se abrirá un expediente (si no se cuenta con uno), el cual se turnará al personal médico en turno para realizar la historia clínica, la revisión de rutina y una nota médica, la que se anexará a la realizada en trabajo social, relatando la situación de la usuaria y el porqué se le remite a consulta psicológica. Estas notas se presentan a los integrantes del programa que la atenderán posteriormente con la finalidad de no revictimizar a la usuaria al ser cuestionada sobre los mismos eventos ya relatados por la ella misma; al finalizar se le agendará una cita con psicología, para iniciar una terapia individual o valorar su ingreso a una terapia grupal de acuerdo a cada caso particular.

Si la usuaria se encuentra en alguna crisis de difícil control para la trabajadora social, ésta solicitará la intervención de psicología desde la primera entrevista. Al finalizar la primera entrevista ya sea con la trabajadora social o con psicología, se hace la **evaluación del riesgo**, con el apoyo de un formato que contiene preguntas que miden el riesgo que la usuaria presenta en ese momento, si continúa en esa relación, ya sea por no contar con las herramientas para poder hacer frente a un nuevo evento violento, o por los signos de alarma que el comportamiento del agresor presenta, mide también el poder de respuesta que la misma usuaria tiene ante el evento violento. En caso de que se reporte un riesgo alto, se busca el contacto con alguna otra institución que le pueda brindar apoyo y seguridad ya sea legal o el ingreso a algún albergue, de ser necesario.

Si la usuaria es referida a su domicilio por no presentar riesgo inminente se realizará un **plan de seguridad** para disminuir el riesgo al que se enfrente la usuaria en caso de presentarse algún otro evento de violencia, se le instruirá en los pasos a seguir, en caso de encontrarse en riesgo. Dicho plan se realiza conjuntamente con los integrantes del programa y la usuaria, e incluye varios datos como: teléfonos de emergencia, redes de apoyo, documentos y pertenencias que deberá tener de fácil acceso y la capacitación a los menores en caso de presentarse algún evento violento.

**1. Personal y servicios que brinda el programa** En general el programa cuenta con el servicio de **detección, consejería, atención médica, psicológica y prevención**, pero no cuenta con la **atención legal** que en muchos casos es esencial y para lo que ha sido necesario referir a las usuarias a otras instituciones, por lo que hasta la fecha se ha estado gestionado este servicio.

El personal con el que se cuenta a la fecha es: 3 psicólogas, 2 psicólogos que se encuentran atendiendo directamente a las usuarias que acuden a solicitar atención en unidades de salud y el Hospital General, una trabajadora social que atiende a las usuarias en el modulo especializado de atención a la violencia familiar y una médica, encargada de la logística, gestión del programa y de la atención médica a las usuarias que acuden al programa cuando se requiere.

Aunque un gran porcentaje del personal médico aplicativo ya ha tomado la capacitación del programa y se encuentran preparados para la atención a este tipo de problemas, solo existen 2 módulos especializados de atención a la violencia familiar; actualmente se han logrado algunas vinculaciones con la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Mexicali en la Facultad de Ciencias Humanas, en la Escuela de Psicología y en la Facultad de Pedagogía en las carreras de Licenciado en Psicopedagogía, Matemáticas y Lengua y Literatura, además de la escuela de Licenciatura en Trabajo Social, por lo que a la fecha se cuenta con 10 pasantes de psicología que prestan sus servicios en 9 unidades de salud fijas y una móvil, en diferentes horarios, lo que ha aumentado la cobertura de atención en una forma muy importante, además de 14 pedagogos que capacitan a la población estudiantil, docente, padres y madres de familia en temas como violencia familiar, violencia en el noviazgo y violencia de género, así como la detección de problemas de conducta en el alumnado que pudiera ser causa de alguna forma de violencia en su familia, estos son referidos a las instancias adecuadas para resolver su problemática, ya sea en las Escuelas responsables de la Jurisdicción de Servicios de salud Mexicali. Se cuenta con pasante de Licenciatura en Trabajo Social que presta sus servicios dentro del programa.

Las herramientas de trabajo con las que se cuenta son Normas y manuales operativos, que nos llevan de la mano en el proceso de atención a la usuaria.

## 2. El modelo operativo para la prevención y atención a la violencia familiar y sexual<sup>31</sup>,

Este modelo muestra un panorama general del problema de violencia familiar y muestra los pasos a seguir en cada caso, así como los formatos oficiales que deben llenarse y e integrarse en el expediente clínico de cada usuaria, con la finalidad de cumplir con la obligación legal en cada caso, para no cometer actos de omisión que nos lleven a incurrir en alguna falta legal.

**La NOM-046-SSA2-2005<sup>32</sup> para la atención de la violencia familiar y sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención,** da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre dentro del seno familiar y contra la mujer que se encuentran plasmados en foros y asambleas internacionales. Tiene por objeto establecer los criterios a observar en la atención médica y en la orientación, que se proporciona a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.

El **Manual para capacitadoras y capacitadores<sup>33</sup>** explica paso a paso la totalidad de temas que deben incluirse en las capacitaciones al personal de salud, contiene además un anexo con los gráficos que se pueden utilizar en las presentaciones. Los temas incluidos en dicho manual son: sensibilización en género, concepto y formas de cada tipo de violencia familiar, algunas de las barreras presentes en la detección, norma técnica 046, implicaciones legales por omisión, llenado de formatos oficiales, atención médica y psicológica en casos de violencia familiar.

En el **Manual de Lineamientos de atención psicológica<sup>34</sup>** se muestra el contenido que deberá trabajarse en cada una de las sesiones durante la terapia psicológica en los casos de violencia familiar, consta de 12 sesiones y el tipo de terapia que se otorga es la cognitivo-conductual, los temas a tratar en cada sesión son los siguientes:

<sup>31</sup> Secretaría de Salud. **Manual Operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, Diciembre de 2004.

<sup>32</sup> **Diario Oficial de la Federación.** México, Jueves 16 de abril 2009.

<sup>33</sup> Secretaría de Salud. **Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de salud prevención y atención de la violencia familiar sexual y contra las mujeres.** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Diciembre de 2003,

<sup>34</sup> **Lineamientos generales para la atención psicológica de la violencia familiar y sexual contra las mujeres.** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

- 1.- Formación de la imagen de sí misma.
- 2.- El significado de ser mujer,
- 3.- Conocimiento del cuerpo y el sentimiento acerca de ello,
- 4.- Límites físicos.
- 5.- límites emocionales,
- 6.- Autoestima,
- 7.- Intimidad y confianza,
- 8.- sexualidad femenina,
- 9.- Violencia física,
- 10.- Violencia sexual,
- 11.- Culpa, aceptación y perdón,
- 12.- Cierre, esta tarea es exclusiva de los psicólogos

El **Plan de trabajo para grupo básico**<sup>35</sup> proporciona los criterios para la atención a las mujeres involucradas en relaciones violentas a través de un grupo de apoyo, facilitando la toma de conciencia y la construcción de un espacio donde se hagan efectivas las habilidades y los recursos propios para responder con asertividad a las relaciones de abuso de control y dominio.

El **Manual para la atención médica de las personas violadas**<sup>36</sup> muestra paso a paso las obligaciones de cada uno de los integrantes del grupo interdisciplinario, médico, enfermería, psicólogo, trabajo social y abogados; se muestra detalladamente el proceder, para cada uno de los integrantes del grupo y las rutas a seguir en con relación a las referencias a otros organismos.

La **Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infantojuvenil**<sup>37</sup>, ofrece un panorama general de este problema, a partir de un modelo ecológico en el que se toman en cuenta tanto el ámbito personal, familiar, laboral y social en el que la víctima puede encontrarse, y sobre el que se va a trabajar la terapia, muestra también un flujograma de atención tanto médica como psicológica para menores en situación de abuso sexual.

Los responsables manejan, además del manual para capacitadores, otros libros y a partir de estos se da la capacitación; ésta se ha ido modificando de acuerdo a las

<sup>35</sup> **Plan de trabajo para grupo básico** (2002) grupo de apoyo a mujeres, Centro de Atención a la Salud Integral de la Mujer "sí mujer".

<sup>36</sup> Secretaría de Salud. (2004). **Atención Médica a personas Violadas**. Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva.

<sup>37</sup> Secretaría de Salud. (2006). **Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil**. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

características de cada grupo. En ese sentido, esta investigación pretende proporcionar el conocimiento de las necesidades reales del personal, por lo que será posible realizar un proyecto de intervención para capacitación que contenga los puntos investigados susceptibles de mejorarse.

### **III. METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN.**

En este capítulo se da cuenta de cómo se llegó a los objetivos planteados en el Capítulo I y de la metodología seguida en la obtención de información del personal médico en relación con el Programa, específicamente en la aplicación de la Herramienta de detección, que permita reconocer necesidades y problemas para elevar su participación en la detección de la violencia familiar y de género.

Este trabajo se realizó gracias a la colaboración del personal médico de la Jurisdicción de Servicios de Salud Mexicali. El primer paso fue realizar un censo o conteo del personal médico que labora en dicha jurisdicción, en los Centros de Salud urbanos, que se realizó del 15 al 30 de Octubre del 2009

Se optó por aplicar una encuesta de Noviembre del 2009 a Enero del 2010, ya que este instrumento nos dió la oportunidad de no hacer inferencia alguna al momento de la aplicación y pudimos recoger las impresiones objetivas directas del personal para que la información recabada no fuera contaminada o inducida con alguna pregunta realizada en ese momento por los encuestadores, tampoco se respondieron dudas sobre el programa, que pudiera cambiar la respuesta de ese momento.

#### **A. Personal Médico de ISESALUD: los sujetos de la investigación.**

Se seleccionó al personal que labora en los Centros de Salud Urbanos en su calidad de personal de base, contrato y precarios, (sin importar el tiempo de laborar en la institución) que atienden a las personas directamente en la consulta diaria.

#### **B. Dimensiones en la estructura del cuestionario por encuesta.**

Se realizó un cuestionario con 19 reactivos, 17 con respuesta de opción múltiple, y 2 con 1 opción de respuesta abierta. El cuestionario consta de 3 partes que hemos denominado ejes de investigación de acuerdo a las dimensiones de estudio.

1.- La percepción y sentir del personal médico ante la aplicación de la herramienta de detección de violencia familiar

- 2.- La percepción del personal médico ante la estructura, operación del programa y capacitación del mismo
- 3.- El conocimiento que el personal médico tiene sobre el programa y sobre el problema de violencia familiar

### C. Aplicación de un cuestionario por encuesta.

Se realizó una prueba piloto, en Diciembre del 2009, para validar el contenido del cuestionario, a 4 médicos y 2 médicas, que correspondió al siete punto seis por ciento (7.6%) del total del personal tomado en cuenta para esta investigación, para posteriormente recibir sus comentarios y sugerencias con relación a la formulación de las preguntas, contenido y opciones de respuesta, que fue necesario para realizar algunas modificaciones, ya que algunas preguntas redundaban en lo mismo y otras requerían mayor especificidad. Además, se agregaron aspectos que requerían considerarse en las opciones, una vez modificadas, quedaron solo **19 preguntas**, de 21 preguntas iniciales; asimismo, se agregó una ficha de identificación para obtener datos personales: nombre, edad, antigüedad en el puesto, sexo y género, y se procedió a su aplicación entre los meses de diciembre de 2009 y enero 2010.

La encuesta, (ANEXO 1), se aplicó a la población, objetivo de este estudio. Por la posibilidad de realizarlo se consideró el 100% del personal médico de base, de contrato y precarios que se encuentra laborando actualmente en las Unidades de Salud, fijas y móviles, de la zona urbana, que son 16 y 11, respectivamente, pertenecientes al Municipio de Mexicali, Baja California y que brindan atención directa a los y las usuarios/as en la consulta médica diaria, que hacen un total de **78 personas**. Sin embargo, al descontar las 6 personas a quienes se les aplicó la prueba piloto y las 9 personas a las que fue imposible aplicar la encuesta a pesar de hacer las visitas en varias ocasiones en sus centros de trabajo (ya sea porque se encontraban de vacaciones, de permiso o de incapacidad) tenemos **63 personas incluidas en el estudio**, que representan el **80.7 %** del total de 78.

Es preciso decir, que 6 personas insistieron en participar en la encuesta, pero no correspondían al perfil del personal objetivo por lo que no fue posible incluirlos, se trata de 3 pasantes de medicina (2 mujeres y 1 hombre), 2 odontólogas y una directora de Centro, que sólo realiza funciones administrativas, a los cuales no se les negó la entrega de la encuesta, pero sus respuestas no se tomaron en cuenta.



Para aplicar el instrumento se utilizaron 5 procedimientos diferentes:

- 1.- Acudir directamente a los Centros de salud, identificar al personal médico, y presentación personal
- 2.- Enviar por correo electrónico el cuestionario a los centros de Salud, donde no fue posible entrar el día que estaban programados para visita, por las lluvias
- 3.- Dejar los cuestionarios en el departamento de enseñanza en la Jurisdicción de Servicios de Salud para que lo entregaran al personal faltante.
- 4.- Comunicación telefónica con el personal que no acudió a laborar el día que se visitó el centro, o que no contestó completamente el cuestionario.
- 5.- Acudir a la Jurisdicción de servicios de salud en búsqueda de las unidades móviles que salen hacia el Valle de la Ciudad de Mexicali en la madrugada.

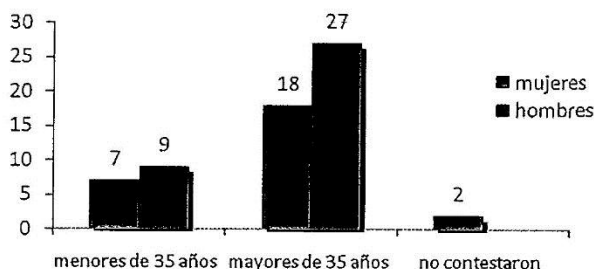
#### D. Resultados de la investigación:

##### 1. De los datos generales de identificación de los sujetos:

Los resultados de esta investigación son los siguientes:

- De acuerdo a su edad, la totalidad del personal encuestado se distribuye de la siguiente manera: (figura 2)

Figura 2



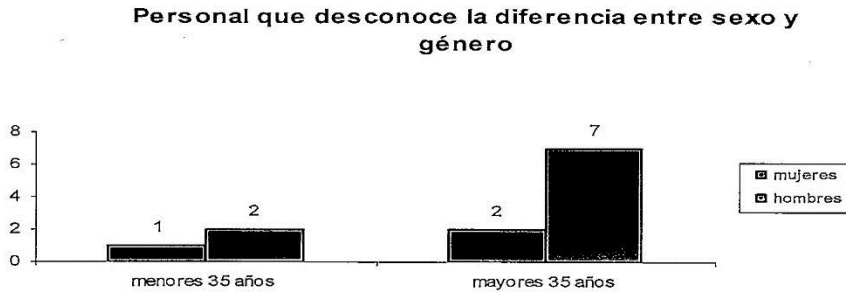
■ Menores de 35 años de edad, 7 mujeres y 9 hombres

■ Mayores de 35 años de edad, 18 mujeres y 27 hombres,

■ Se negaron a informar su edad, 2 mujeres que represento el dos punto cinco por ciento de la totalidad de los encuestados.

➤ En la ficha de identificación del cuestionario, se encontraron algunos datos interesantes, por ejemplo, ( Figura 3 )

Figura 3



9 hombres (14.2%) y 3 mujeres (cuatro punto siete por ciento) reconocieron que desconocían la diferencia entre sexo y género y por tanto este espacio quedó vacío en estos casos.

➤ En cuanto al puesto que ocupa el personal encuestado (Figura 4 )

Figura 4



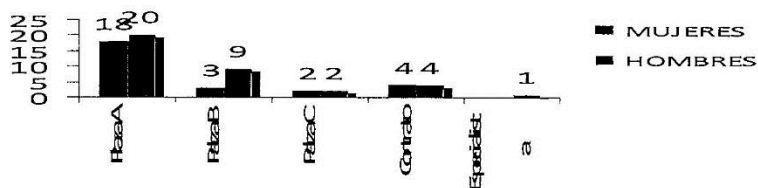
■ Personal aplicativo 25 mujeres y 34 hombres

■ Personal directivo 2 mujeres y 2 hombres representa el 6.2 % (seis punto dos) del total

Ellos, además de la consulta, son responsables de una unidad

➤ En cuanto a la plaza que ostenta el personal se encontró:  
 Figura 5.

**Tipo de plaza que ostenta el personal médico encuestado**



Plaza "A" = 18 mujeres y 20 hombres

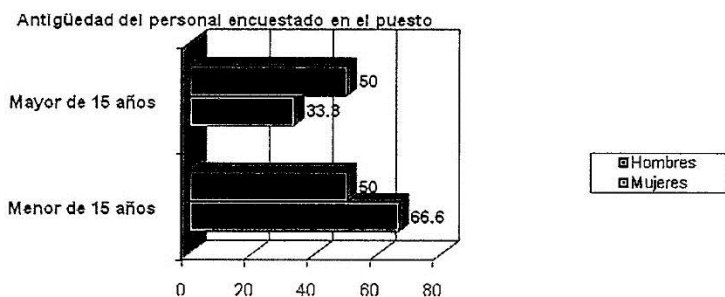
Plaza "B" = 3 mujeres y 9 hombres

Plaza "C" = 2 mujeres y 2 hombres

Contrato = 4 mujeres y 4 hombres

➤ Con relación a la antigüedad (Figura 6) del personal encuestado encontramos :

Figura 6 .



➤ **Más de 15 años de antigüedad:**

33% correspondía al total de mujeres encuestadas

50 % al total de hombres encuestados

➤ **Menos de 15 años de antigüedad**

66.6 % de mujeres

50 % de hombres (Figura 6)

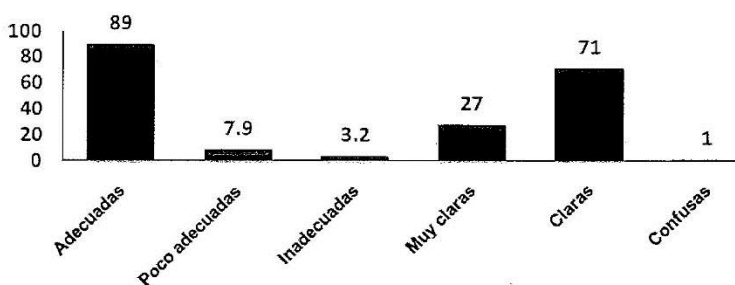
### 3. Resultados del Primer Eje de Investigación “La percepción y sentir del personal médico ante la aplicación de la herramienta de detección de violencia familiar”.

Encontramos lo siguiente:

➤ En cuanto a las preguntas incluidas en la herramienta de detección:

Figura 7 .

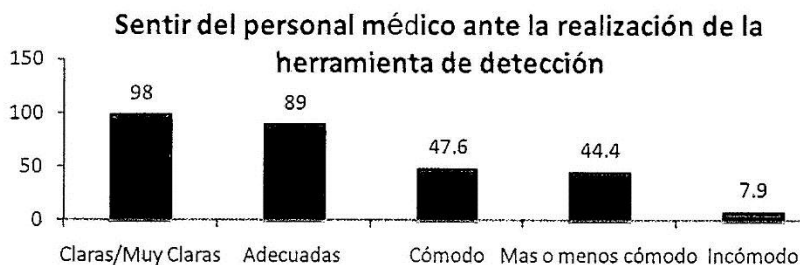
Percepción del personal ante las preguntas incluidas en la herramienta de detección



- 89 % consideró que las preguntas son adecuadas,
- 3.2% (tres punto dos por ciento) consideró que las preguntas son inadecuadas,
- 71% considera que las preguntas son claras, (lo que representa un alto porcentaje del personal encuestado).
- 1.1% (uno punto uno por ciento) considera que las preguntas son confusas.

➤ En cuanto al sentir en la realización de la herramienta de detección encontramos que:

Figura 8 .



➤ En cuanto a la comodidad al realizar la herramienta de detección a las usuarias para la detección de violencia

■ 47.6 % se siente cómodo,

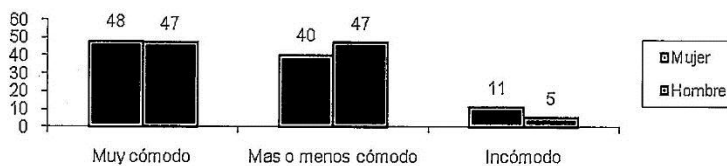
■ 44.4 % se siente más o menos cómodo

■ 7.9 % (siete punto nueve por ciento) opina sentirse incómodo, al realizar las preguntas de la herramienta a las usuarias. (figura 8)

➤ Tomando en cuenta el sexo para hacer la comparación de esta misma información, encontramos que:

Figura 9.

Porcentaje por sexo de la opinión del personal en relación a la comodidad al realizar la herramienta de detección



■ Muy cómodos/as 48 % mujeres y 47 % hombres

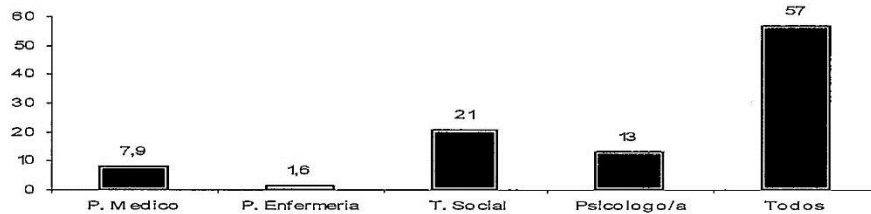
■ Más o menos cómodos 40 % mujeres y 47 % hombres

■ Incómodos 11% mujeres y 5 % (cinco por ciento) hombres la diferencia por sexo es notoria en este punto. (figura 9)

- En cuanto a la corresponsabilidad al realizar la herramienta de detección:

Figura 10.

**Percepción del personal médico en cuanto a la corresponsabilidad de la detección de casos de Violencia Familiar**

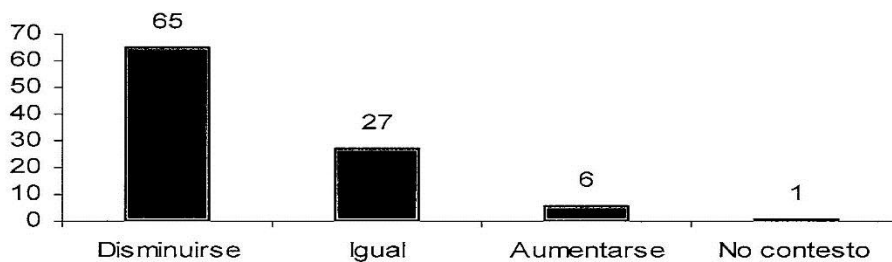


- 57 % opina que todo el personal es responsable
- 21 % que trabajo social
- 7.9 % (siete punto nueve por ciento) opina que el personal médico ( figura 10 )

- En cuanto a la edad de aplicación de la herramienta de detección el personal opinó que:

Figura 11 .

**Opinión en cuanto a la edad normada para la realización de la herramienta de detección**



- Debería disminuirse 66 %
- Debería quedarse igual 27 %
- Debería aumentarse 6% ( seis por ciento)
- No contestó 1 % (uno por ciento ) ( Figura 11)

➤ Al evaluar, esta misma información, pero por sexo, obtenemos lo siguiente:

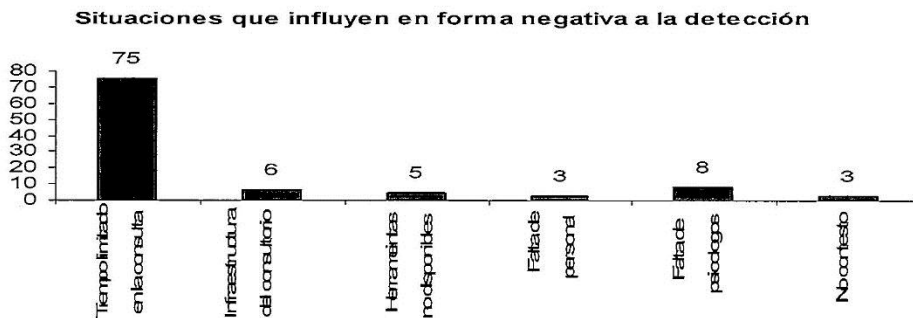
Figura12



- ▣ Debería disminuirse 67 % mujeres y 64 % hombres
- ▣ Debería quedarse igual 22 % mujeres y 31 % hombres
- ▣ Debería aumentarse 11 % mujeres y 3% (tres por ciento) hombres
- ▣ No contestó 3% (tres por ciento) hombres (figura 12)

➤ Se preguntó su opinión acerca de las situaciones que pudieran influir negativamente en la detección a lo que respondieron:

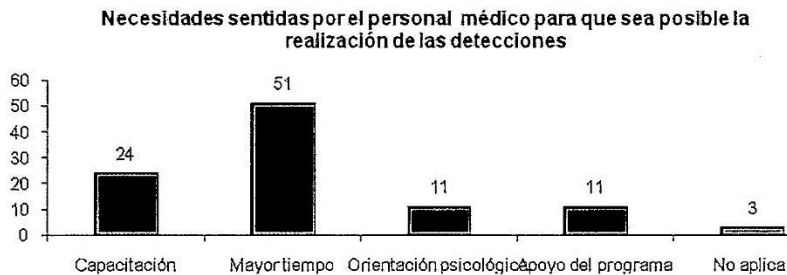
Figura 13



- ▣ Tiempo limitado en la consulta, 75% que es de 20 minutos
- ▣ Infraestructura inadecuada en el consultorio, 6 % (seis por ciento)
- ▣ Herramienta no disponible, 5% (cinco por ciento)
- ▣ Falta de personal, 3% (tres por ciento)
- ▣ Falta de psicólogos, 8 % (ocho por ciento)
- ▣ No contestó, 3 % (tres por ciento) ( Figura 13)

➤ Se pidió su opinión acerca de las necesidades que cree tener para la realización de las herramientas y encontramos lo siguiente:

Figura 14

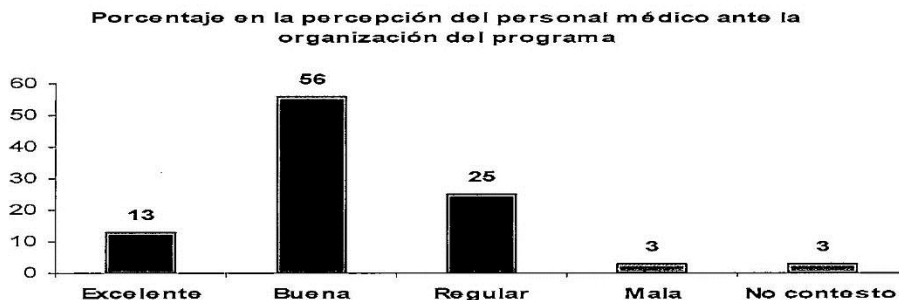


- Necesidad de Capacitación 24 %
- Mayor tiempo durante la consulta 51 %
- Orientación psicológica 11 %
- Apoyo por el personal adscrito al programa 11 %.( Figura 14 )

### 3. Resultados del Segundo Eje de Investigación “La percepción del personal médico ante la estructura, operación del programa y capacitación del mismo”

➤ Se les preguntó su opinión acerca de la organización del programa en la Jurisdicción a lo que respondieron:

Figura 15



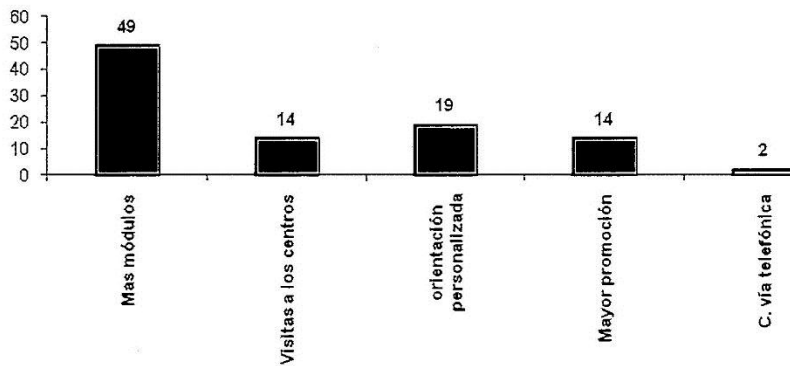
- Excelente 13 %
  - Buena 56 %
  - Regular 25 %
  - Mala 3 % (tres por ciento)
- (Figura 15)



- Se obtuvo también su opinión en cuanto a los cambios que tendría que hacer el programa para mejorar la situación actual

Figura 16

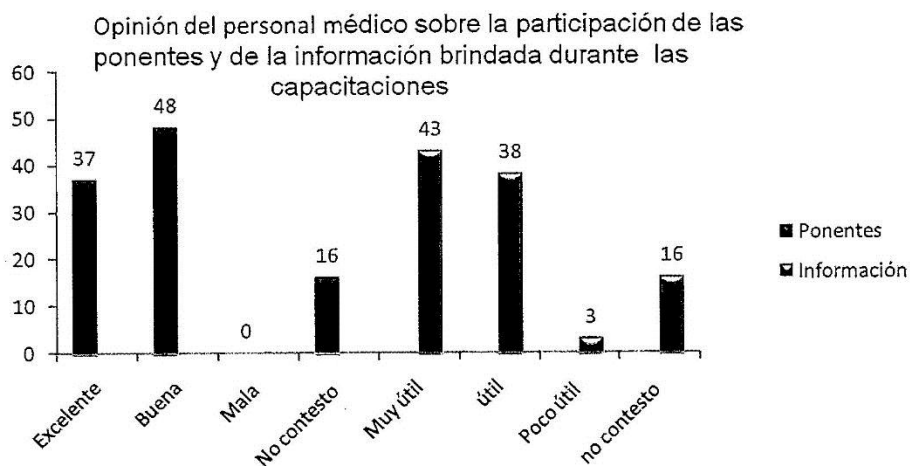
Percepción del personal médico en cuanto a las necesidades del programa



- Mayor número de módulos de atención 49 %
- Más visitas a los Centros de Salud 14%
- Orientación personalizada 19%
- Mayor promoción 14%
- Comunicación vía telefónica 2% (dos por ciento) (Figura 16)

➤ Se les pidió su opinión acerca de la participación de las ponentes invitadas a las capacitaciones y la información otorgada en ellas es:

Figura 17



➤ En cuanto a la participación de las ponentes invitadas:

- Excelente 37 %
- Buenas 48 %
- No contestó 16 %

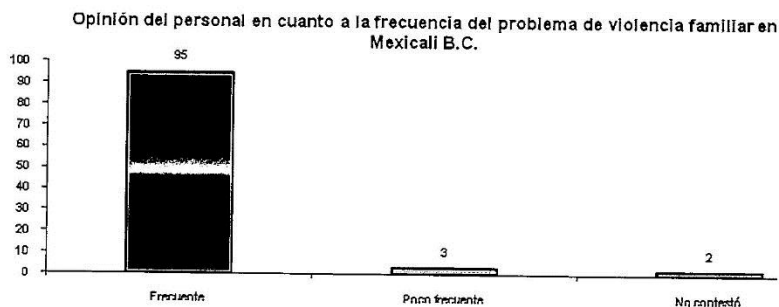
➤ Sobre la información otorgada durante el curso

- Muy Útil, 43 %
- Útil, 38 %
- Poco útil, 3 % (tres por ciento)
- No contestó, 16 % (Figura 17)

**4. Resultados del Tercer Eje de Investigación “El conocimiento que el personal médico tiene sobre el programa y sobre el problema de violencia familiar”**

➤ Al preguntarles cómo clasifican el problema de Violencia Familiar en Mexicali Baja California, en cuanto a frecuencia se trata, contestaron lo siguiente

**Figura 18**



■ Frecuente, 95 %,

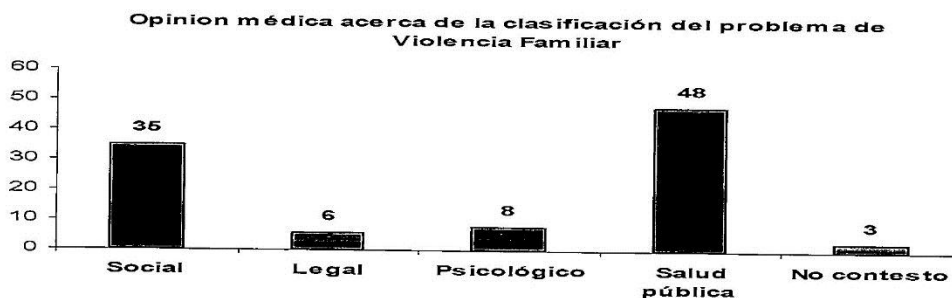
■ No existe, 0 %

■ Poco frecuente, 3 % (tres por ciento)

■ No contestó, 2 % (dos por ciento) (figura 18)

➤ En cuanto a cómo definen ellos el problema de Violencia Familiar, los resultados fueron los siguientes:

**Figura 19**



■ Problema social, 35 %

■ Problema de Salud pública 48 %

■ Problema legal, 6% (seis por ciento)

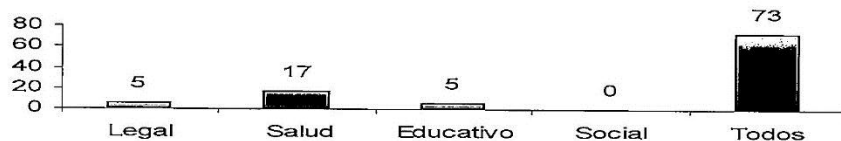
■ No contestó, 3 % (tres por ciento), (figura 19)

■ Problema psicológico, 8% (ocho por ciento)

➤ Se les pidió la opinión en cuanto a qué sector tendría mayor oportunidad de detectar casos de Violencia familiar y de género, encontramos que:

Figura 20

**Opinión médica ante el sector con mayor oportunidad de detectar Violencia**



- ▣ Todos los sectores, 73 %
- ▣ Sector Salud, 17 %
- ▣ Sector Legal y Educativo, 5% (cinco por ciento)
- ▣ Sector Social, 0 % (figura 20)

➤ Al pedir su opinión acerca de la medida en que el sector salud debe involucrarse en la detección de Violencia Familiar las respuestas fueron interesantes:

Figura 21

**Opinión médica acerca de la medida en que el sector salud debería involucrarse en el problema**

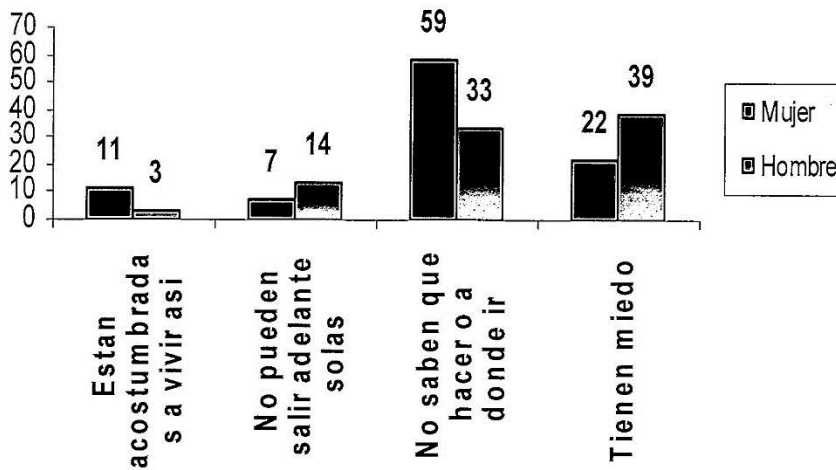


- ▣ Grandemente 78% mujeres y 58 % hombres
- ▣ Moderadamente 22 % mujeres y 42 % hombres (Figura 21)

- Al pedir su opinión acerca del porqué creían que las mujeres continúan en el ciclo de la violencia pesar de ésta, las respuestas fueron las siguientes:

Figura 22

Algunas opiniones del personal médico para explicar porque las mujeres continúan dentro del ciclo de la violencia



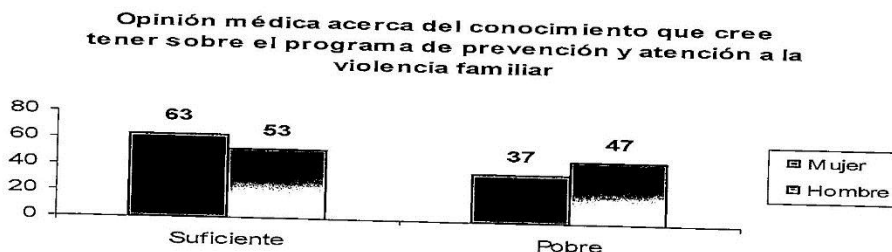
- Están acostumbradas a vivir así, 11 % mujeres y 3 % (tres por ciento) hombres
- No pueden salir adelante solas, 7 % (siete por ciento) mujeres y 14 % hombres
- No saben qué hacer o a dónde ir, 59 % mujeres y 33 % hombres
- Tienen miedo 22 % mujeres y 39 % hombres (Figura 22)

- Se les pidió que expusieran a quién, según ellos y ellas, le corresponde la educación de los hijos.

- 100 % consideró que la educación corresponde tanto al padre como a la madre.

➤ Se les preguntó acerca del conocimiento que tienen sobre Violencia Familiar

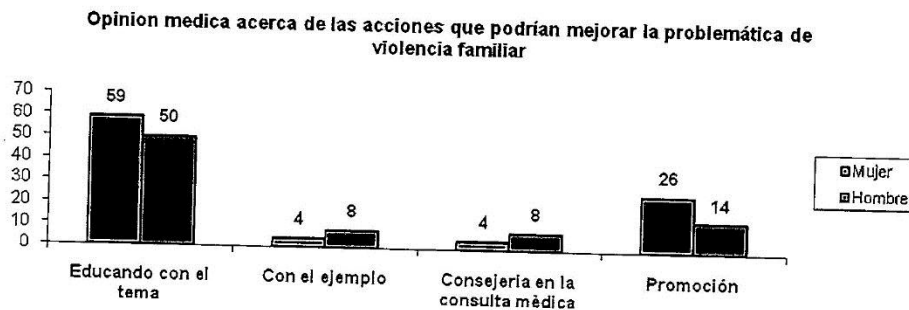
Figura 23



- Suficiente, 63 % mujeres y 53 % hombres
- Pobre, 37 % mujeres y 47 % hombres (Figura 23)
- Conocimientos nulos, 0 %

➤ Se les preguntó según su opinión como creían que se lograría disminuir el problema de Violencia familiar

Figura 24



- Educando con el tema 59 % mujeres y 50 % hombres
- Con el ejemplo 4 % (cuatro por ciento) mujeres y 8 % (ocho por ciento) hombres
- Consejería en consulta médica 4 % (cuatro por ciento) mujeres y 8 % (ocho por ciento) hombres
- Promoción 26 % mujeres y 14 % hombres.

## 5. Comentarios a los resultados de los datos e información recabada

En la ficha de identificación a pesar de la insistencia de que los datos solicitados solo serían para efectos estadísticos y confidenciales, las personas que no dieron su edad fueron solo mujeres y refirieron que "a ellas sus padres siempre les enseñaron que preguntar la edad a las mujeres era de mal gusto", lo que demuestra una vez más que las ideas y costumbres familiares son poderosas, se afianzan lentamente con el pasar de los años y se insertan en lo más profundo de cada persona, por lo que tratar de cambiarlas o modificarlas, resulta una tarea difícil, mas no imposible por lo que se puede reaprender.

Este reaprender cosas diferentes exige períodos diferentes según el problema, la persona y el momento o circunstancia, pero pueden ser largos, ya que pasan de generación en generación y requieren del día a día y de la experiencia de cada momento o situación vivida, y ya que este aprendizaje es tan sutil e insensible para el consciente que forman parte hasta de los procesos metabólicos más insignificantes que diariamente se llevan a cabo en el interior de cada organismo, al grado que llegan a ser parte del diario respirar, oír, sentir, palpar, escuchar, en fin, de cada uno de los sentidos, ya que depende de estas ideas y costumbres, la manera en que cada una de las personas perciben o se relacionan con el mundo, pues éstas rigen cada aspecto de la vida diaria y marcan las relaciones interpersonales que se formen.

Cuando se les pide que respondan a cuál género pertenecen, en la ficha de identificación llama la atención que el mayor número de personas que desconocían este término se encuentran en el grupo de mayores de 35 años, la mayoría en el grupo de menores de 35 años conocen la diferencia, lo que nos da la oportunidad de saber que el tema de género se tendrá que extender en las capacitaciones siguientes durante este año.

En el **primer eje de investigación** que trata de conocer la percepción y sentir del personal médico ante la aplicación de la herramienta de detección de violencia familiar se encontró que el 89 % del personal encuestado piensa que las preguntas son adecuadas y el 71 % que son claras, por lo que se infiere que el problema de la falta de adherencia a la detección para el personal encuestado no es la forma en la que se exponen las preguntas, ni la información que se encuentra en la misma, ya que son claras y adecuadas, por lo que tendremos que seguir investigando para conocer otros factores que influyan negativamente en la detección.

A pesar de que los porcentajes anteriores son altos en cuanto a la claridad de las preguntas y lo adecuada que les parecen solo el 47.6 % se siente cómodo al realizar la herramienta, el resto se siente más o menos cómodo o incomodo, por lo que será necesario profundizar aun más para conocer los factores que conlleva a esto.

Cuando se revisa esta misma información, atendiendo a la categoría de sexo, encontramos que aunque en general el porcentaje de personas que se sienten incómodas es bajo, pues se trata de un siete punto nueve por ciento (7.9%) del total, llama la atención que cuando se separa por sexos, el porcentaje mayor se presenta en el grupo de mujeres con un 11 % ya que en hombres solo es de cinco punto siete por ciento (5.7%). por lo que este es un punto que ha de marcar de manera trascendente la falta de detección de casos de violencia familiar en la consulta por parte del personal médico femenino y que también deberemos tomar en cuenta en el futuro para la implementación de estrategias dirigidas al incremento de ésta.

Si se toma en cuenta el hecho de que cuando una mujer acude a consulta, por cualquier causa y está en posibilidades de elegir quien la consultará, hemos visto en los centros de salud que la mayoría de las veces preferirá ser atendida por una médica y no por un médico, además si se toma en cuenta que un número muy importante de consulta en las unidades de salud es en mujeres y el tipo de solicitud tendrá relación con algún programa de salud reproductiva por lo que aumenta la posibilidad de que solicite sea atendida por una médica.

Por lo anterior, se tendrá que estar muy atento a esta situación, pues nos hace pensar en la posibilidad de que identificar casos de violencia puede llevar al personal médico a presentar algún conflicto interno, por lo que pudieran no sentir la seguridad en el manejo tanto del problema de la usuaria como del conflicto propio y por consecuencia prefieren no detectar para no involucrarse en el problema, negándole así a la usuaria la oportunidad de resolver su problemática, incrementando el riesgo que ella vive.

El hecho de que sólo el siete punto nueve por ciento (7.9%) de médicos y médicas encuestados piense que a ellos y ellas les corresponde la detección, nos demuestra la falta de conocimiento sobre el programa ya que existen signos y síntomas ya bien conocidos y que fácilmente se pueden detectar en la consulta médica diaria y que a su vez deben formar parte del diagnóstico diferencial de la totalidad de padecimientos que llevan a las y los usuarios a presentarse a un servicio de salud, y que de no realizar este diagnóstico diferencial, fácilmente pasaremos por alto signos de alarma presentes



durante la consulta, pues muchas veces los problemas que tratamos en la consulta o en los servicios de urgencias son secundarios a un evento de violencia familiar por lo que el personal médico debe de ser el personaje que mayor oportunidad tendrá para realizar la detección, ya que se encuentra en un espacio apropiado para realizar la entrevista en total comodidad y confidencialidad.

A pesar de que se sienten incluidos/as en la respuesta " todos "con un porcentaje muy alto, el número de detecciones reportadas en el informe oficial mensual SIS de ISESALUD es muy bajo, por lo que será necesario capacitar en la norma, en el modelo de atención y sensibilizar ante la detección.

Con el paso de los años se ha visto que la edad de las mujeres que se encuentran en situación de pareja, disminuye cada vez más, y esto ha afectado los servicios de salud ya que los reportes de morbilidad en estos mismos servicios, muestran que una de las atenciones más solicitadas por las mujeres, son servicios de salud reproductiva, ya sea control prenatal o la proporción de algún método anticonceptivo, estos servicios se han otorgado cada vez en mujeres más jóvenes, lo que hace que estén en mayor riesgo de ser una víctima de violencia familiar, por lo que tomar en cuenta edades menores a las que marca la norma para realizar la detección, daría la oportunidad de encontrar casos en una etapa mucho más temprana y así disminuir los riesgos a los que toda mujer en esta situación puede presentar.

Así cuando se pregunta al personal, su opinión acerca de la edad de detección las respuestas del personal muestran que la mayoría es consciente a la problemática, por lo que un gran porcentaje (65 %) responde que la edad debería disminuirse, y solo un seis por ciento (6%), opina que debería aumentarse, pero llama la atención que cuando se revisa esta última respuesta por sexo, se obtiene solo un tres por ciento (3%) en el grupo de hombres pero el porcentaje aumenta importantemente a un 11 %,en el grupo de mujeres, esto se pudiera traducir en que las mujeres menores de 15 años que acuden a solicitar atención médica con el personal que dio esta respuesta, tendrán el inconveniente de no ser candidatas para la detección y por lo tanto en caso de ser víctimas de violencia, aumentara el riesgo, ya que no se brindara ninguna consejería en violencia y mucho menos una referencia a los servicios especializados en violencia familiar, aunque la usuaria refiera algún dato de maltrato, pues este no se tomara en cuenta, ya que no esta dentro del grupo de riesgo para el personal de salud, traduciéndose en una mala calidad en la atención.

Es importante comentar que el porcentaje de personas, que no contestaron cuando se les preguntó acerca de su opinión sobre las situaciones que pudieran influir negativamente en la detección corresponde a dos médicas que trabajan al 100% el programa y realizan las detecciones sin problema a las usuarias que acuden a su consulta, y para ellas no existe ningún obstáculo, para realizar las detecciones.

En el punto en que se les pide su opinión acerca de las necesidades que creen tener para un buen desempeño del programa, opinaron en un 75 % que el tiempo limitado en la consulta es un obstáculo, por lo que sería un punto importante para gestionar con las autoridades superiores.

Opinan también en un 24 % que deben recibir capacitación, y en un 11 % orientación psicológica y apoyo por parte del programa.

Otra de las opciones que fue elegida y que consideraron como una necesidad, fue la falta de psicólogos, situación a revisar, ya que es atendida con la presencia de pasantes de psicología que se encuentran cubriendo diferentes unidades de salud tanto fijos como móviles, con lo que se ha logrado que el personal inicie la detección y referencia ya que tiene la seguridad de que las usuarias tendrán un seguimiento puntual e inmediato por parte del programa, sin necesidad de que la usuaria tenga que trasladarse a otra unidad.

El **segundo eje de investigación** trata de conocer percepción del personal médico ante la estructura, operación del programa y capacitación del mismo. Cuando se les preguntó acerca de la organización del programa se encontró que un 56% piensa que es **buena**, y solo un 13% pensó que era excelente, un tres por ciento (3 %) piensa que es **mala**. Cuando se les preguntó más profundamente sobre este punto, la mayoría refirió que ellos se referían a la falta de personal de psicología adscrito a cada unidad, por lo que iniciaremos la gestión de dicho personal para las unidades en las que no exista, aunque ya antes se había comentado que se ha avanzado en este punto con 11 psicólogos que están acudiendo a las diferentes unidades de salud actualmente.

En cuanto a las necesidades sentidas para el buen funcionamiento del programa un importante porcentaje piensa que contando con mas módulos de atención, el programa funcionaría mejor por lo que se trabajará mayormente en este punto que es posible mejorar, pues aunque no completamente se lleva un gran avance pues de los 50 Unidades de Salud con los que cuenta la jurisdicción de Mexicali, ya están cubiertas 15

con el apoyo de 3 psicólogos contratados para el programa y 11 pasantes de Psicología al igual que en el punto anterior se está trabajando en los otros puntos tomados en cuenta en este cuestionamiento, ya sea con visitas a los centros de salud, mayor promoción del programa y llamadas vía telefónica, y para lograrlo se han implementado las orientaciones personalizadas con cada uno de los y las médicos y médicas al momento de acudir a las supervisiones y llamadas frecuentes para enterarnos de sus necesidades y dudas.

Con respecto a la participación de los expositores en las capacitaciones, un alto porcentaje de 48% del personal médico opinó que fueron buenas y 37 % opinó que fueron excelentes.

En cuanto a la información otorgada en las capacitaciones, un 43 % pensó que fue muy útil en su trabajo diario; un tres por ciento (3%) opinó que fue poco útil en su trabajo diario, un porcentaje de un 16% no contestó pues no habían acudido a ninguna capacitación. Estas respuestas serán tomadas muy seriamente para las próximas capacitaciones.

En el **tercer eje de investigación** que trata de conocer el conocimiento que el personal médico tiene sobre el programa y sobre el problema de violencia familiar, se trató de explorar sobre la perspectiva de género que tiene el personal médico, además de la concepción que cada uno de ellos y ellas tienen acerca del problema de violencia y sobre el programa de prevención y atención a la violencia familiar y de género.

Cuando se les pidió su opinión acerca de la frecuencia con la que ellos consideraban se presentaba la violencia, se encontró que un gran porcentaje, 95%, piensa que es frecuente y solo el tres por ciento (3%) piensa que es poco frecuente, por lo que se observa que el personal es consciente de la problemática, así que la falta de detección no es por ignorancia del problema.

Cuando externaron su opinión en cuanto a cómo perciben el problema de Violencia Familiar, un 35% pensó que se trataba de un problema psicológico, y un porcentaje mayor 48% pensó que es un problema de salud pública, aquí se demuestra que el personal está enterado de que la Violencia familiar es un problema multifactorial al grado de ser hoy en día ya considerada, como bien respondieron, un problema de salud pública, así que se esperaba que como parte del personal que labora para la salud pública, se considerarán involucrados en el problema, concientes de que representan a

las personas claves para realizar una detección oportuna del problema en cada una de las usuarias que se acercan a la consulta.

Pero al preguntar cuál sector pensaban que tenía mayor oportunidad para la detección solo un 17% pensó que podría ser el sector salud, y aunque en la respuesta "todos" se incluye el sector salud, el personal no se siente incluido pues aun así no detecta, nadie pensó que el sector social pueda tener alguna intervención. Es preocupante que solo este porcentaje tan bajo considere tener la oportunidad de brindar la atención a las usuarias e intervenir en alguna medida.

Al incluir en la encuesta su opinión acerca de la medida en que el sector salud debe involucrarse en la detección de Violencia Familiar, se obtuvo algo interesante: tomando en cuenta cada sexo por separado encontramos que un mayor número de Hombres piensan que deberían involucrarse grandemente y en la opción de involucrarse moderadamente el mayor porcentaje pertenece a las mujeres. Este hallazgo es preocupante, ya que a pesar de haber opinado antes que la problemática es primeramente de salud pública, que es muy frecuente, y que todos los sectores tienen la misma oportunidad para detectar, sigue sin sentirse involucrado, y por lo tanto no realizan la detección.

Se preguntó también cuál pudiera ser la causa de que las mujeres violentadas no puedan salir del ciclo de la Violencia que están viviendo, con la finalidad de conocer la perspectiva que tienen sobre este problema de salud pública; la gran mayoría de los encuestados piensan que las personas violentadas no pueden salir del círculo pues no saben a dónde ir o qué hacer o tienen miedo, por lo que se tiene la oportunidad de trabajar con estos dos puntos, tan importantes para entender el ciclo de la violencia, analizado ampliamente en el capítulo 2 de esta investigación.

Un porcentaje de hombres y mujeres por arriba del 50% piensan que la información que cada uno de ellos y ellas tiene sobre Violencia Familiar o sobre el programa es suficiente, así que si el personal médico piensa eso, la falta de detección tampoco se debe a la ignorancia en el tema.

El 100% opinó que la educación de los hijos le corresponde tanto a la mujer como al hombre. Esta respuesta nos muestra que la idea de educación, por lo menos en el grupo encuestado, está cambiando y ya lo consideran responsabilidad compartida, no así en generaciones pasadas en las que la responsabilidad recaía sólo en la madre.

- Por todo lo anterior se obtienen las siguientes conclusiones de la encuesta:
- 1.- La mayoría del personal encuestado fue mayor de 35 años
  - 2.- Solo un médico además de laborar directamente en la atención al paciente tiene un puesto directivo.
  - 3.- El personal que desconoce la diferencia entre sexo y género también se encuentra en el grupo mayor de 35 años.
  - 4.- Un gran porcentaje ostenta una plaza "A" que es la de menor percepción.
  - 5.- El porcentaje más alto encuestado se encuentra en el grupo que tiene menos de 15 años de antigüedad.
  - 6.- Más del 60 % del personal médico considera las preguntas incluidas en la herramienta de detección claras y adecuadas.
  - 7.- Un mayor porcentaje de hombres se sienten más cómodos al realizar las preguntas en relación a las mujeres encuestadas.
  - 8.- Más del 50 % del personal encuestado opina que la responsabilidad de realizar la detección corresponde a todo el personal de Salud.
  - 9.- A pesar de que un alto porcentaje piensa que las preguntas de la herramienta de detección son claras y adecuadas, sentirse cómodo al realizarlas y tener claro que es responsabilidad de todos realizarlas, continúan sin realizarlas en la cantidad que se nos indica.
  - 10.- Solo en menos del 9% nueve por ciento, descarta la posibilidad de que la detección le corresponda a personal ajeno al personal del sector salud
  - 11.- Más del 60 % opinó que la edad de detección debe disminuirse.
  - 12.- Preocupa el que un porcentaje mucho más alto de mujeres que de hombres, opine que la edad de detección deba aumentarse.
  - 13.- Un alto porcentaje opina que si existiera mayor disponibilidad de módulos de atención para las mujeres violentadas que son detectadas en las diferentes unidades podría aumentar la detección y mejorar la atención
  - 14.- El 75 % del personal encuestado opina que el tiempo limitado en la consulta es un obstáculo para la realización de la detección, pero también opinan que las visitas a las unidades de salud y la orientación personalizada ayudaría.
  - 15.- Más del 70 % opinan requerir mayor capacitación, aunque en otra opción opinan tener suficiente información sobre el tema.
  - 16.- Más del 60 % opinaron que la organización del programa es excelente o buena
  - 17.- Más del 70 % de los encuestados opinó que la información brindada durante las capacitaciones ha sido útil para su labor diaria en la consulta
  - 18.- Un 95 % considera la violencia familiar como un problema frecuente y el 48 % opina que se trata de un problema de salud pública y el 35 % que es un problema social.

19.- El 73 % opina que todos los sectores tienen la misma oportunidad de realizar la detección y más del 70 % opinó que el sector salud tendría que involucrarse grandemente.

20.- Más del 80 % del personal opina que las mujeres continúan en el ciclo de la violencia porque no saben a dónde ir o qué hacer, lo que nos da una oportunidad muy grande de trabajar el tema de la consejería para el personal médico en las siguientes capacitaciones, ya que si este personal tiene toda la información será más fácil que orienten a las mujeres que acudan a ellos buscando apoyo.

21.- El 100 % opina que la educación de los hijos le corresponde tanto a la madre como al padre.

22.- Más del 50 % tanto en el grupo de mujeres como de hombres opinan que el educar con el tema y hacer promoción de los programas con los que contamos, serían acciones que ayudarían al programa a disminuir los índices de violencia.

## CONCLUSIONES GENERALES.

Después de 2 años de conocer y tener la responsabilidad del PPAVFG en ISESALUD, puede decirse que con esta investigación se ha desarrollado una mayor sensibilidad sobre la importancia de la detección, prevención y atención a la violencia, tanto para los responsables como para el personal médico a quienes se les aplicó la encuesta, lo que permitirá pensar y diseñar otros proyectos y actividades, para elevar la participación del personal médico en este programa.

Dentro de los compromisos resultantes de esta investigación estaría como primer paso el gestionar ante las autoridades el incremento en el tiempo dentro de la consulta médica, para la atención de cada uno de los y las usuarias, con la finalidad de que el personal logre la aplicación de la HD en la totalidad de las consultas. Asimismo, el mejoramiento de las condiciones del inmueble para brindar el ambiente propicio para establecer una relación médico-paciente, adecuada.

Se tendrá que proseguir con las capacitaciones continuas al personal a fin de lograr un cambio en la perspectiva de género existente en cada uno de los/as médicos/as, y así lograr una sensibilización ante la problemática y el aumento de la detección.

Con relación a la capacitación, es necesario considerar un programa que sea parte de una estrategia integral para que ésta pueda impactar la formación del personal médico, si entendemos que la vida cotidiana en una institución pública, también es digna de atención, tanto en las relaciones entre el personal médico como con otros profesionales, así como con los usuario/a/s y otros empleados de dicha institución.

Para que la capacitación tenga la continuidad y el enfoque con una perspectiva de género, es necesario que quienes la ofrecen sean apoyados para involucrarse más con esta perspectiva, lo que sugiere su preparación a través de convenios con otras instituciones o a través de programas de capacitación ya sea presenciales, o en su caso en línea (*E-learning*), ello permitiría diseñar y desarrollar proyectos de investigación que fortalezcan los programas y las políticas públicas en materia de género, ya sea a nivel de diagnóstico, de seguimiento de programas, así como de evaluación, de modo tal que permita abrir nuevas líneas de investigación o actividades institucionales.

A nivel nacional, la Secretaría de Salud es pionera en esta perspectiva, pero a nivel local falta un mayor desarrollo o estímulo, el cual puede darse conjuntando esfuerzos de otras instancias, que también tienen una responsabilidad en la prevención y atención a la violencia, como es la SEP, PGJ; para coordinar esos esfuerzos, tendría que existir un programa interinstitucional que permita conocer y apoyarse en las actividades que desarrollan; de lo contrario, la institucionalización de la perspectiva de género será más difícil y lento, ya sea para cambiar este panorama o para que las políticas públicas se materialicen, se concreten y se les dé seguimiento. Se tendría que lograr que estas políticas sean parte del ambiente de trabajo diario.



## BIBLIOGRAFÍA.

ARCOS Stela, Johanna Poblete y otros. "Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente". Revista Médica de Chile. versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile v. 35 n.6 Santiago jun. 2007.

ARTILES VISBA, Leticia. **Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud.**

[http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_3\\_00/res04300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_3_00/res04300.htm) extraído el 1o. de junio de 2010

CONTRERAS Julián, Maricela y Nelly Asunción Hurtado, (2008). **Proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 300,342 bis y 343 tercer código penal.** Gaceta No. 7, 28 de mayo 2008

<http://www.senado.gob.mx/gace61.php?ver=gaceta&sm=1001>

CONWAY, J., BOURQUE, S. y SCOTT, J. (2003). "El concepto de género". En: Marta Lamas (Compiladora). **El género. La construcción cultural de la diferencia sexual.** (3ª reimpresión). México: PUEG-Porrúa.

CORREA, Eduardo. "La violencia intrafamiliar en México". **Foro Social Mundial México 2010.** <http://pdf.rincondelvago.com/violencia-intrafamiliar-en-mexico.html> y

<http://fsmmx.saltoscuanticos.org/tag/2010/> recuperado 12 de Junio 2010

COTTA Sergio. "Raíces culturales de la violencia" Fotocopias del Curso **Técnicas de Investigación.** Primer Semestre de la Especialización Estudios de Género en Educación a cargo de la Docente Rosario Collí Misset. Unidad Mexicali de la Universidad Pedagógica Nacional. 2009.

DEVIS, Jose, FUENTES Miguel, SPARKES Andrew. "¿Qué permanece oculto del currículum oculto? En **Las identidades de género y de sexualidad en la educación física**".

DÍEZ, Arantza. **Conversación con Jorge Corsi. Una tragedia superable.** <http://www.m-grup.com/revistas/pdf/boletin-9/6-conversacion-con-jorge-corsi.pdf>

extraído el 1o. de junio de 2010.

FRANCO, J. (2004) " Reinventando la familia: el feminismo contemporáneo pasa revista al pasado", En: **Las conspiradoras. La representación de la Mujer en México.** FCE-CM, México.

FREIRE Paulo. (2006) **La importancia de leer y el proceso de liberación.** En: Siglo XXI Editores .México.

GADOL, J. (1997). "La relación social entre los sexos; implicaciones metodológicas de la historia de las mujeres". En: Carmen Ramos Escandón (Compiladora). **Género e Historia.** México.

HERITIER, F. (2007). "Ideas recibidas que siguen vigentes". En: **Masculino/ Femenino II.** Disolver la jerarquía. : FCE, Argentina.

INFANTE Gama, V. ( 2004 ). "La masculinidad desde la perspectiva de género". En : Julia del Carmen Chavez Carapia ( coordinadora). **Perspectiva de género**. UNAM-Plaza y Valdez. México.

**INMUJER**. Guía Metodológica para la sensibilización en género: Una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública. INMUJER, Noviembre 2008. Cfr. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. <http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx>

LAMAS, M. (1996). "La perspectiva de género". En: **La tarea**. No. 5. Jalisco, México

LAMAS. M. (2003). "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género". En Lamas. Marta (Compiladora). **El género. La construcción cultural de la diferencia sexual**. ( 3ª reimpresión).México: PUEG-Porrúa.

LÓPEZ GARCÍA, Sonia, La perspectiva de género en la ética médica profesional y la bioética: una cuestión de justicia en **México, investigación en educación y valores**, VI Jornada Nacional de Investigadores en Educación y Valores Editorial Gernika. México. <http://www.scribd.com/doc/3264324/LA-PERSPECTIVA-DE-GENERO-EN-LA-ETICA-MEDICA-PROFESIONAL-Y-LA-BIOETICA> Recuperado el 14 de Junio 2010

LOVERING DORR, Ann y Gabriela Sierra (s.f.). **El currículum oculto de género**. <http://www.emujeres.gob.mx/work/resources/LocalContent/22303/5/Elcurrículumocultodegenero.pdf> Recuperado el 20 de Mayo de 2010.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Clara Magdalena. **Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social**. Secretaría de Salud. Tabasco México. [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu13106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu13106.htm) recuperado el 10 de junio de 2010.

MONTESINOS, Rafael. (2007). "Cambio cultural, prácticas sociales y nuevas expresiones de la masculinidad". En: Rafael Montesinos. (Coordinador). **Perfiles de la masculinidad**. México: Plaza y Valdés/UAM-1.

MORGAGE, G. (2001). "Ser mujer", "Ser varón"... no es igual. Y la educación no es neutral". En: **Aprender a ser mujer. Aprende a ser varón**. Argentina: Novedades Educativas

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003) "La violencia un problema mundial de salud pública" en **Informe mundial sobre la violencia y la salud** [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo\\_1.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf)

GOBIERNO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012). <http://pnd.presidencia.gob.mx/>

STELA ARCOS, Johanna Poblete y otros. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. Revista Médica de Chile. versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile v. 35 n.6 Santiago jun. 2007.

PLAN DE TRABAJO PARA GRUPO BÁSICO (2002) grupo de apoyo a mujeres, Centro de Atención a la Salud Integral de la Mujer "sí mujer"

RAMIREZ Rodríguez, J. y Uribe Vázquez, G. ( 2008). " El genero de los hombres: un subcampos de estudios en expansión. ( Nota Introdutoria ) ". En: Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Griselda Uribe Vázquez.( Coordinador@s). **MASCULINIDADES . El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres**. México: Plaza y Valdés.

RAMOS Escandon , C. (1997). "La nueva historia, el feminismo y la mujer". En: **Género e Historia**. México: Instituto Mora.

RANDAL ,M (1989). "Las mujeres: La revolución más larga" En: **Las mujeres**. México: Siglo XXI.

REYES PEREZ, María Isabel. (2004), **Formación de profesores universitarios, un diagnóstico de necesidades**, Universidad Autónoma de Baja California, México

RUIZ Botello, Teresita. (2007). "Género, Historia y Poder". En: **5° Seminario de Estudios Culturales: Historia, Género e Identidades**. Mexicali, México: CIC-Museo-UABC.

SECRETARIA DE SALUD. **Atención Médica a personas Violadas**. Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva.

SECRETARÍA DE SALUD. **Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil**, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

SECRETARIA DE SALUD. **Lineamientos generales para la atención psicológica de la violencia familiar y sexual contra las mujeres**. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

SECRETARIA DE SALUD. **Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de salud prevención y atención de la violencia familiar sexual y contra las mujeres**. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Diciembre de 2003.

SECRETARÍA DE SALUD. **Manual Operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual**. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, Diciembre de 2004.

SECRETARIA DE SALUD. **NOM-046-SSA2-2005.Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención**. En Diario Oficial de la Federación.

SILVA Rosales, P. (2004). "El género en la sociedad". En: Julia del Carmen Chávez Carapia. (Coordinadora). **Perspectiva de género**. México: UNAM-Plaza y Valdés-Escuela Nacional de Trabajo Social.

VALENZUELA Arce, J. (1999). " El sexo bello y el discurso nacional. La obstinada invisibilización de las mujeres". En: Impecable y Diamantina. La deconstrucción del discurso nacional. México: El Colef-ITESO.

VALLEJO, D. y NAVARRO Lara, M. ( 2004). " El feminismo como movimiento social". En Julia del Carmen Chávez Carapia (Coordinadora). **Perspectiva de género**. México: UNAM- Plaza y Valdés.

VIVEROS, M. ( 2008). "Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes". En: Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Griselda Uribe Vázquez. (Coordinador@s). **MASCULINIDADES. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres**. México: Plaza y Valdés.

WALBY, Sylvia. "Mainstreaming de género: Uniendo la teoría con la práctica" Universidad de Leeds, Inglaterra Reino Unido.

WALKER, Leonore (1979). "Ciclo de la violencia" en **The Battered Women**. <http://blog.educastur.es/correlavoz/violencia-de-genero/el-ciclo-de-la-violencia/> extraído el 12 de marzo 2010.



## ESPECIALIZACIÓN ESTUDIOS DE GÉNERO EN EDUCACIÓN

Le agradecería que respondiera la totalidad de las preguntas, éstas serán confidenciales y sólo se utilizarán con fines de estudio.

Si usted me proporciona un correo electrónico con muchísimo gusto le enviaré los resultados de esta investigación que esperamos tener concluida en Marzo del 2010. De antemano gracias por su cooperación.

Para mayor información puede comunicarse al teléfono: 5 61 1801 con Dra. Fabiola Munive Andrade.

### DATOS PERSONALES

Nombre:

Centro de Salud donde labora

\_\_\_\_\_  
Médic@ General a \_\_\_ b \_\_\_ c \_\_\_ Especialista en

\_\_\_\_\_  
Pasante \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tiempo de laborar en ISESALUD \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta que usted considere más acertada. ( solo una ) Sobre la herramienta de detección para Violencia Familiar

1.- El objetivo de la Herramienta de detección es diagnosticar en etapas tempranas a mujeres que viven violencia, ¿cuál es su opinión con relación a ésta?

a) Adecuado b) Poco adecuado c) Inadecuado

2.- ¿Cómo se siente usted al utilizar la herramienta de detección?

a) Muy cómod@ b) Mas o menos cómod@ c) Incómod@

3.- ¿A quién le corresponde, según usted, la detección de casos de Violencia Familiar?

a) Personal Médico b) Personal de enfermería c) Trabajo social/promoción d) Psicólogo e) Otro indique \_\_\_\_\_

4.- Según su experiencia, ¿Cree usted que la edad mencionada en la NOM 046- 1999 para la aplicación de la herramienta de detección que es de 15 años en adelante debería?

a) Aumentarse b) Conservarse igual c) Disminuirse

5.- ¿A qué personas cree usted que puede aplicarse la herramienta de detección?

- a) Mujeres b) Hombres c) Ambos

6.- ¿Cómo calificaría usted las preguntas incluidas en la herramienta de detección?

- a) Muy claras b) Claras c) Confusas

7.- ¿Cuál de las siguientes opciones cree usted que pudieran en algún momento influir en mayor medida negativamente en la detección de Violencia Familiar durante la consulta médica?

- a) Tiempo limitado para la atención b) La infraestructura del consultorio c) Herramientas no disponibles d) No contar con personal de apoyo e) Al ser positiva no hay opciones de referencia a psicología

De la estructura y operación del programa

8.- ¿Qué considera usted más importante necesitar para poder realizar las detecciones de Violencia Familiar en su consulta diaria?

- a) Capacitación b) Mayor tiempo c) orientación psicológica d) Apoyo de los integrantes del programa e) No aplica

9.- ¿Cómo calificaría usted en general la organización del programa de violencia familiar y de género?

- a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Pésima

10.- ¿Qué cree usted que le falta al programa para que se obtengan mejores resultados?

- a) Más módulos de atención b) Visitas más frecuentes a los centros c) Orientación personalizada d) Mayor promoción e) Comunicación más frecuente vía telefónica

11.- Si usted ha acudido a alguna de las capacitaciones sobre el programa ¿cómo calificaría?

El desempeño de l@s ponentes:

- a) Excelentes b) Buen@s c) Mal@s

La información que ahí se otorgó en relación a su práctica médica fue:

- a) Muy útil b) Útil c) Poco útil

Del personal médico

12.- ¿Cómo clasificaría usted el problema de violencia familiar en Mexicali Baja California?

- a) Frecuente b) Poco frecuente c) No existe

13.- ¿Cómo definiría el problema de violencia familiar?

- a) Social b) Legal c) Personal d) Psicológico e) Salud Pública

14.- ¿Qué sector considera usted tiene mayor oportunidad de detectar casos de violencia familiar, de género y sexual?

- a) Legal b) Salud c) Educativo d) Social e) Todos

15.- ¿En qué medida cree usted que el sector salud debe involucrarse en la detección de casos de violencia familiar?

- a) Grandemente      b) Moderadamente      c) No le corresponde

16.- ¿Cuál de estas opciones considera usted más importante para que las mujeres que viven violencia no pueden terminar con esa forma de vida?

- a) Están acostumbradas a vivir así      d) Tienen miedo      b) No pueden salir adelante solas      e) Otro      c) No saben qué hacer o a dónde acudir

17.- ¿A quién cree usted le corresponde la educación de l@s hij@s?

- a) A la Madre      b) Al Padre      c) A amb@s

18.- ¿Cómo califica el conocimiento que usted tiene sobre violencia familiar y de género?

- a) Suficiente      b) Pobre      c) Nulo

19.- Además de la orientación y terapia psicológica que se les brinda a las pacientes que viven violencia ¿cómo cree usted que se lograría disminuir el problema de la Violencia Familiar?

- a) Educando en el tema      b) Con el ejemplo      c) Con consejería en la consulta médica  
d) Mayor promoción      e) Otro, especifique \_\_\_\_\_

**ANEXO 2. LOGRO DE LA DETECCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 2008**

MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE ACUDIERON POR PRIMERA VEZ EN LA TOTALIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD	110415
HERRAMIENTAS DE DETECCION REALIZADAS	3370
HERRAMIENTAS REPORTADAS POSITIVAS	509
PORCENTAJE LOGRADO de positivos ( Los indicadores marcan por lo menos un 25% )	15.1 %
CENTROS DE SALUD QUE NO REALIZARON NINGUNA HERRAMIENTA DURANTE EL AÑO	26 %

FUENTE Datos obtenidos del sistema de información sistemático SIS para el reporte mensual de unidades de primer y segundo nivel de atención en ISESALUD y de los informes mensuales del programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género, de la jurisdicción de Mexicali Enero a Diciembre del 2008



**ANEXO 3. LOGRO DE LA DETECCION A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO 2009**

MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS QUE ACUDIERON POR PRIMERA VEZ EN LA TOTALIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD	108,830
HERRAMIENTAS DE DETECCION REALIZADAS	4229
HERRAMIENTAS REPORTADAS POSITIVAS	1076
PORCENTAJE LOGRADO de positivos ( Los indicadores marcan por lo menos un 25% )	25.44 %
CENTROS DE SALUD QUE NO REALIZARON NINGUNA HERRAMIENTA DURANTE EL AÑO	28 %

FUENTE Datos obtenidos del sistema de información sistemático SIS para el reporte mensual de unidades de primer y segundo nivel de atención en ISESALUD y de los informes mensuales del programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género, de la jurisdicción de Mexicali Enero a Diciembre del 2009.

