

Perfil epidemiológico de casos de violencia de género en usuarias de los servicios de salud del gobierno del distrito federal

Ángel González Domínguez / Martha Cruz Sánchez** / Julio Alejandro Pacheco Granados****

RESUMEN

En el año 2002, la Secretaría de Salud del Distrito Federal inició un programa inédito en los servicios del sector salud de la capital del país, orientado a incidir en la atención de la violencia de género. Dicho programa se consolidó a través de los años mediante la aplicación de diversas estrategias para la prevención, atención médica, psicológica y consejería a víctimas. Una de ellas fue crear un sistema de información específico, como mecanismo de seguimiento y evaluación de las actividades que además posibilitará su mejora.

A partir de la información generada por dicho sistema de información, es que este documento describe los casos de violencia de género atendidos en las unidades de salud del Gobierno del Distrito Federal. La información presentada proporciona un panorama general por tipo de violencia detectada y su distribución de acuerdo a algunos parámetros como sexo, edad, nivel escolar, derecho-habencia y tipo de agresor. También describe algunas variables sobre el proceso de

ABSTRACT

In 2002, the Ministry of Health of the Federal District initiated an unprecedented program in the health sector services of the country's capital, oriented to focus on the attention of gender violence. This program has been consolidated over the years through the implementation of various strategies for prevention, medical care, psychological counseling and victims. One of them was to create a specific information system, as a mechanism for monitoring and evaluating the activities that will also enable its improvement.

From the information generated by this information system, this document describes the cases of gender violence treated in the health units of the Government of the Federal District. The information presented, provides an overview of the type of violence detected and its distribution according to some parameters such as sex, age, school level, right-of-habency and type of aggressor. Also, it describes some variables about the care process, such as the care service where it was detected, the

*Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Responsable del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, periodo 2002 - 2014.

**Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

***Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Fecha de recepción: 6 de abril de 2017

Fecha de aceptación: 23 de mayo de 2017

atención, como el servicio de atención donde se detectó, daños a la salud ocasionados y tipo de atención otorgada. Los resultados respaldan la necesidad de priorizar y fortalecer las actividades de prevención, detección oportuna y atención integral de casos de violencia de género por el personal de salud, así como la utilidad de realizar estudios que ponderen la forma en que los condicionantes sociales, económicos y culturales del país están favoreciendo la prevalencia de este problema de salud pública y la capacidad de respuesta de las instituciones responsables de atenderlo.

Palabras clave: Género, violencia, salud, atención.

health damage caused and the type of care given. The results support the need to prioritize and strengthen prevention activities, timely detection and comprehensive attention to cases of gender-based violence by health personnel, as well as the usefulness of conducting studies that consider how social, economic and cultural aspects of the country are favoring the prevalence of this public health problem and the responsiveness of the institutions responsible for attending it.

Key words: Gender, violence, health, care.

Introducción

La violencia de género es una expresión de fenómenos sociales, económicos y culturales, y como tal su solución rebasa la atención médica y psicológica que ofrecen las instituciones sanitarias. Sin embargo la contribución del área de la salud es indispensable en el marco de las políticas públicas orientadas a prevenir y atender el problema, ya que se encarga de recibir a personas que sufren efectos y daños producidos como resultado de actos de violencia y que no buscan atención asistencial o legal en otras esferas. Este tipo de violencia se constituye como problema de salud pública y, por su magnitud y trascendencia, compite con los primeros lugares de morbilidad por padecimientos crónico degenerativos.

En la atención a la violencia de género ha predominado el enfoque policiaco-judicial, el cual no ha sido suficiente para identificar con oportunidad a las víctimas y por tanto brindarles atención psicológica, médica y apoyo asistencial. Por ello, en

el año 2002, la Secretaría de Salud del Distrito Federal definió una Política Pública Sanitaria orientada a generar una respuesta institucional específica al problema de la violencia de género, en coordinación con las dependencias de Procuración de Justicia y de Asistencia Social.

La Política Pública diseñada se instrumentó a través del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género (PPAVG) que incluyó estrategias, mecanismos y acciones que posibilitaron la detección intencionada de casos, los cuales no se identificaban por los prestadores de servicios de salud por estar enmascarados por lesiones, enfermedades físicas o trastornos psicoafectivos (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014e), sin considerar que su origen era la violencia de género (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014f; 2014g, 2014h). Los casos se detectaron en las salas de espera, a través de la aplicación de cuestionarios y entrevistas (Secretaría de Salud del

Distrito Federal, 2014c), en la consulta externa, urgencias y hospitalización, y mediante el reporte de casos por los médicos y médicas legistas adscritas al Ministerio Público (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014d). La detección se realizó previa capacitación individual y por equipos de personal de salud, y los resultados se registraron en el sistema de información.

El Programa tuvo como objetivo disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones en las personas usuarias de servicios de salud víctimas de violencia de género, mediante la detección y atención oportuna, así como la referencia a centros especializados por parte del personal de salud capacitado.

Las estrategias eje del Programa fueron la prevención y promoción de la salud; la atención médica, psicológica y consejería; capacitación al personal de salud; integración de equipos interdisciplinarios por unidad; la creación de servicios especializados de atención en unidades médicas seleccionadas de primer y segundo nivel; la coordinación con dependencias de procuración de justicia, de asistencia social y con organizaciones de la sociedad civil, y la creación de un sistema de información para el seguimiento y fortalecimiento del Programa (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2009; 2014a; 2014b).

Desde la creación del Programa en el 2002 y hasta el 2014, se desarrolló y consolidó la capacidad para la atención de casos, lo que significó mayor detección y atención en función de la mejoría de los procesos y el crecimiento de la infraestructura.

Violencia de género y salud

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia como un problema de

salud pública. El impacto de la violencia se puede observar en el aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad, desequilibrio emocional y discapacidad permanente o temporal; los grupos que son más vulnerables de sufrirla son las mujeres, los ancianos, menores de edad, jóvenes y en general la población en edad productiva (49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996; Híjar- Medina, Flores-Regata y Blanco, 2003).

La violencia contra las mujeres constituye una problemática social por su génesis y por la elevada prevalencia que presenta alrededor del mundo. El porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física alguna vez en su vida, puede oscilar entre el 13% y el 61%, y aquellas que han sufrido uno o más actos de maltrato emocional podrían representar el 75% (Organización Panamericana de la Salud, 2013). En la República Mexicana, el 33% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia por su pareja actual y hasta 6 de cada 10 mujeres ha sufrido de violencia alguna vez en su vida ocasionada por cualquier otra persona; la violencia psicológica es la más frecuente (28.5%), seguida por la física (16.5%), sexual (12.7%) y económica (4.4%). En el Distrito Federal, el 33.9% de las mujeres reportó haber sufrido violencia de cualquier tipo por parte de su pareja actual, el 29.4% reportó violencia psicológica, el 16.9% violencia física, el 9.3% sexual y el 4.5%, económica (Secretaría de Salud, 2009).

El maltrato infantil abarca todas las formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual, descuido o negligencia así como la explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud de las niñas y los niños, afectando su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Quienes lo perpetran pueden ser los padres,

madres, familiares, cuidadores, amigos, conocidos, desconocidos, empleadores y profesionales sanitarios, entre otros. En la República Mexicana, según el Informe Nacional de Violencia y Salud, durante los últimos 25 años murieron asesinados regularmente dos menores de 14 años de edad cada día. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002; de los casos registrados por esa institución, el 32% correspondió a maltrato físico, el 23% a abandono y el 20% a omisión de cuidados. El 13% de casos fueron por abuso sexual, el 6% por maltrato emocional y el 1% por negligencia (Secretaría de Salud, 2006). En general, existe un subregistro alto de casos de maltrato contra niñas y niños, ya que en muchas ocasiones las lesiones son clasificadas como accidentales cuando en realidad son consecuencia de actos de violencia ocurridos en el seno de la familia.

El maltrato hacia las personas adultas mayores consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existe daño o angustia a una persona mayor. Por lo general, el maltrato se clasifica en: físico, psíquico o emocional, abuso económico o material, sexual o descuido (Organización Panamericana de la Salud, 2003); los cuales pueden darse tanto en el ámbito familiar, como en el institucional y colectivo. A nivel nacional, de acuerdo a la encuesta ENDIREH 2011, se estimó que el 18.1% de mujeres de 60 años y más habían sufrido violencia por parte de las personas con quienes viven (excluyendo al esposo o pareja), el 17.8% reportó haber sufrido al menos un tipo de violencia por parte de su pareja actual en los últimos doce meses (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011). En el Distrito Federal, esta misma encuesta reportó que de las mujeres unidas o alguna vez unidas de 60

años y más, el 54.3% declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja a lo largo de su relación. El tipo de violencia con mayor prevalencia fue la emocional, ya que el 94.4% de las adultas mayores violentadas declaró haberla padecido (INEGI, 2013).

Las consecuencias de la violencia son físicas, psicológicas y sociales, y pueden conducir a la muerte de la persona que la padece. En ese sentido, las acciones de detección temprana y de atención integral son factores claves para la disminución o erradicación de la violencia en todas sus formas.

Desde la perspectiva de los programas de atención como el de violencia de género de la SEDESA, la caracterización de los casos contribuye a planificar y establecer estrategias para el logro de objetivos, así como para la evaluación y fortalecimiento de los programas puestos en marcha. En ese sentido, este documento tiene como finalidad presentar algunas características sociales, de salud y de atención de los casos registrados por violencia de género en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, durante el período 2002-2014, en el marco del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo de la información derivada de 36,983 registros de casos de violencia de género atendidos por el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género de la Secretaría de Salud del Distrito Federal durante el periodo 2002-2014. Los datos analizados se obtuvieron del formato “Hoja de Registro de Atención por Violencia y/o Lesión SIS-SS-17-P”, el cual corresponde al Apéndice Informativo 2 de la Norma Oficial Mexicana *NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres*.

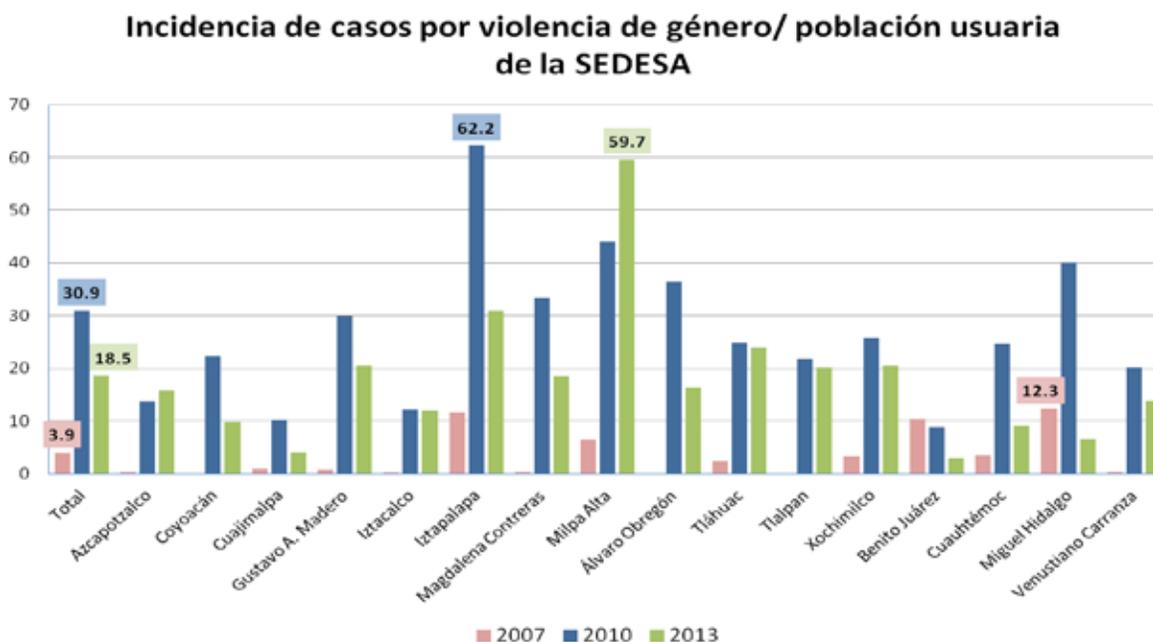
Criterios para la prevención y atención, que contiene variables sociodemográficas de las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, el evento de violencia y la atención recibida en la unidad de salud. La información presentada corresponde al evento de violencia más reciente, y fue recabada por el personal de salud que otorga la atención.

Para la presentación de incidencias por delegación política se presentan solo los datos correspondientes a los años 2007, 2010 y 2013, debido a que a partir del 2007 el programa consolidó sus procesos e infraestructura en las unidades de salud de la red de servicios de la Secretaría de Salud.

Resultados

La incidencia de casos de acuerdo al lugar de residencia de las víctimas se modificó a través del tiempo, para el año 2007 la Delegación Miguel Hidalgo presentó la mayor incidencia (12.3 casos/10 mil hab.), en 2010, la mayor incidencia correspondió a la Delegación Iztapalapa (62.2 casos/10 mil hab.) y en 2013, la Delegación Milpa Alta presentó la mayor incidencia de casos (59.7 casos/10 mil hab.), lo anterior de acuerdo a la población de cobertura de la Secretaría de Salud (Figura 1).

Figura 1. Incidencia de casos de violencia de género, por residencia de la población usuaria. PPAVG 2007, 2010 y 2013



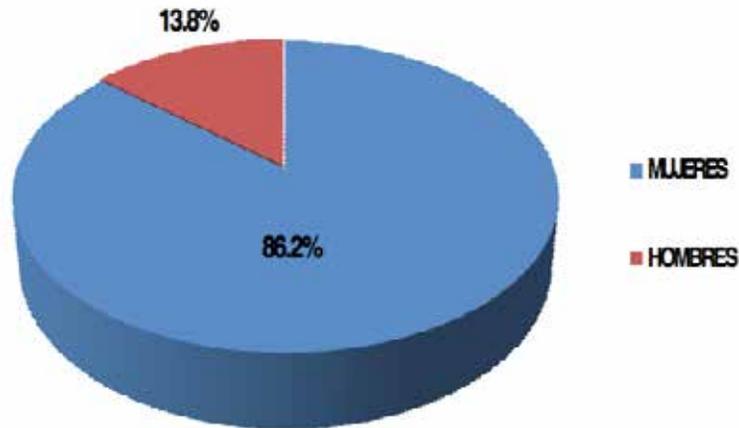
Número de casos por 10 mil habitantes.

Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

A continuación, se describen las variables socio-demográficas y su asociación con la distribución de los diferentes tipos de violencia.

De acuerdo a la distribución por sexo del total de casos (36,983), el 86.2% fueron en mujeres y el 13.8%, hombres (Figura 2).

Figura 2. Distribución de casos de violencia de género por sexo. PPAVG 2002-2014

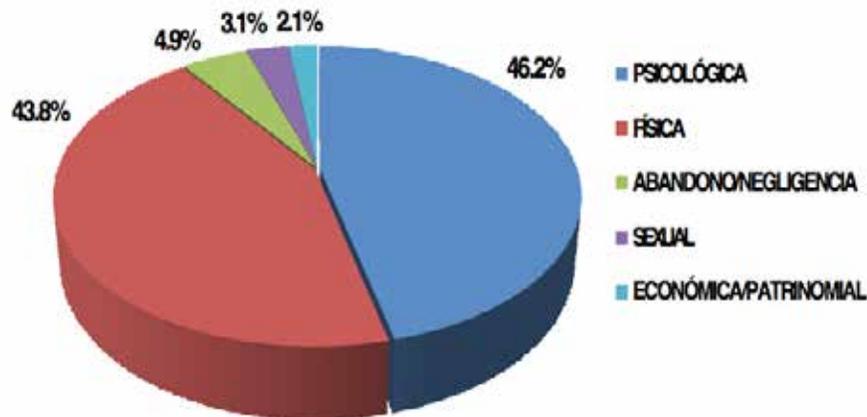


Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

El tipo de violencia más frecuente fue la psicológica (46.2%), seguida por la física (43.8%), abandono (4.9%), sexual (3.1%) y la económica-patrimonial (2.1%) (Figura 3).

La distribución del tipo de violencia por sexo presentó diferencias, las mujeres presentaron con mayor frecuencia violencia psicológica (47.3%) mientras que los hombres, violencia

Figura 3. Tipos de violencia de género detectados. PPAVG 2002-2014

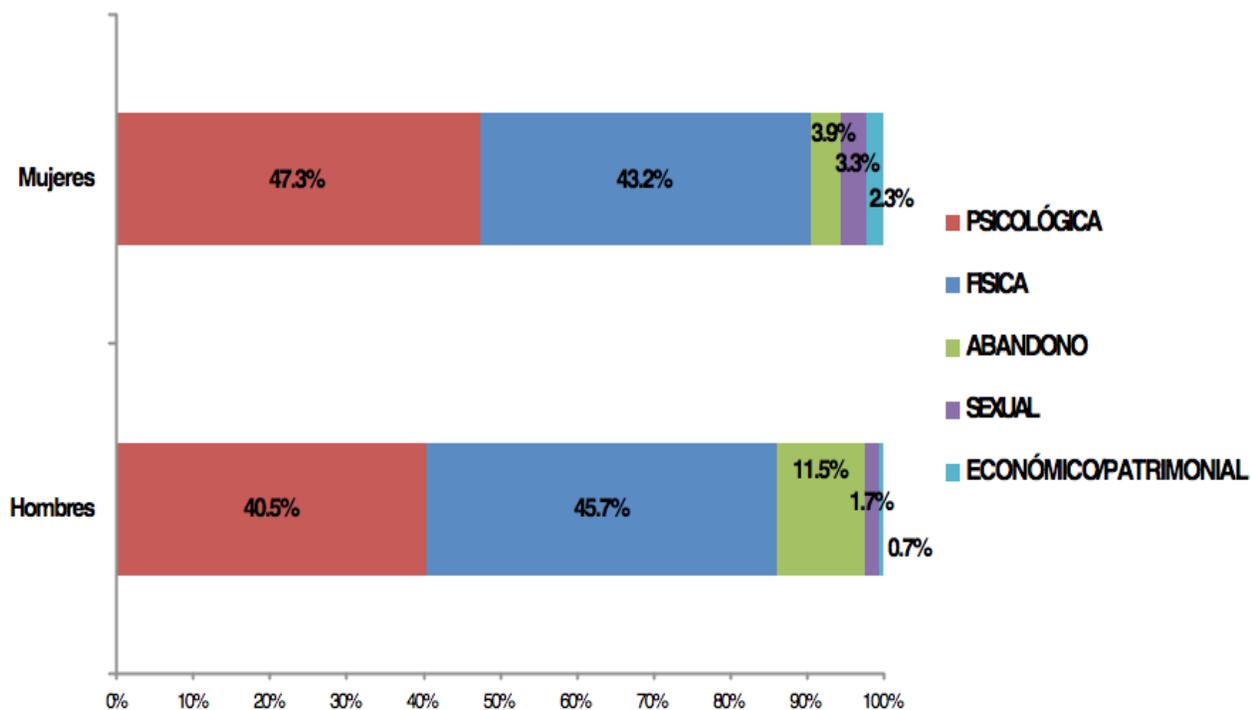


Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

física (45.7%). Así mismo, se observó que en los hombres la violencia por abandono fue mayor que en las mujeres (11.5% y 3.9%, respectivamente) (Figura 4).

en el rango de 10 a 19 años). Otro dato relevante fue que la violencia física se presentó en edades jóvenes (20 a 29 años con 52.5%) y que la violencia psicológica, si bien está presente en todos

Figura 4. Distribución de tipos de violencia por sexo de la víctima. PPAVG 2002-2014



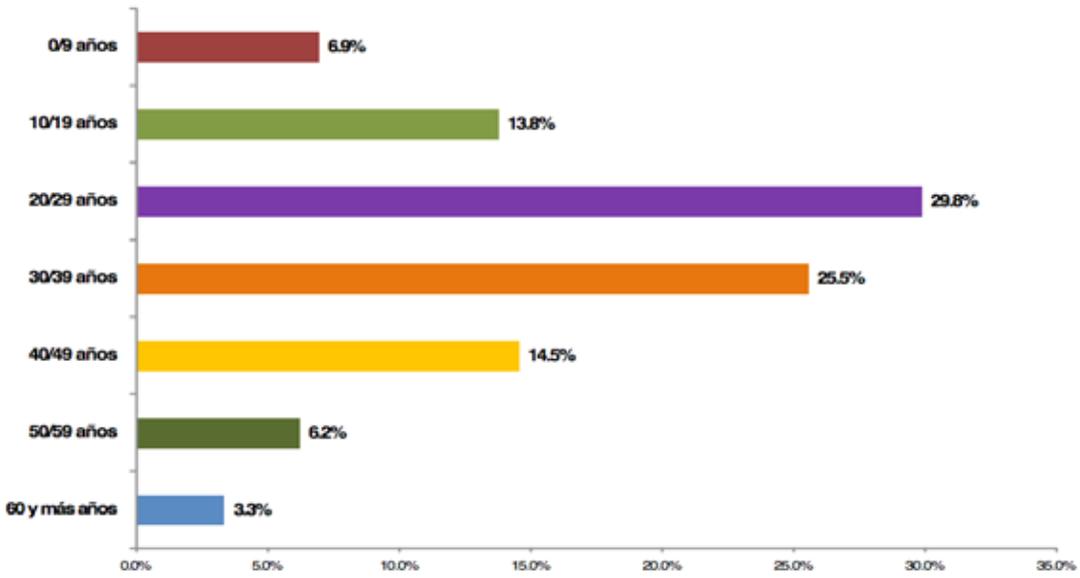
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Si bien se atendieron personas jóvenes con mayor frecuencia (rango de 20 a 39 años, con un total de 55.3%), la distribución de los tipos de violencia varió por grupo de edad; por ejemplo, se observó que el abandono se presentó con mayor frecuencia en menores de 9 años (31.1%) comparado con el resto de los grupos de edad; así mismo, el porcentaje de violencia sexual es mayor en el grupo de menor edad (6.0% en el grupo de 0 a 9 años y 5.6%

los grupos, aumentó conforme se incrementaba la edad, llegando a 64.2% de los casos de víctimas de 60 y más años. También en este grupo de edad, el porcentaje de violencia económica (4.7%) es mayor que en el resto de los grupos (Figura 5 y 6).

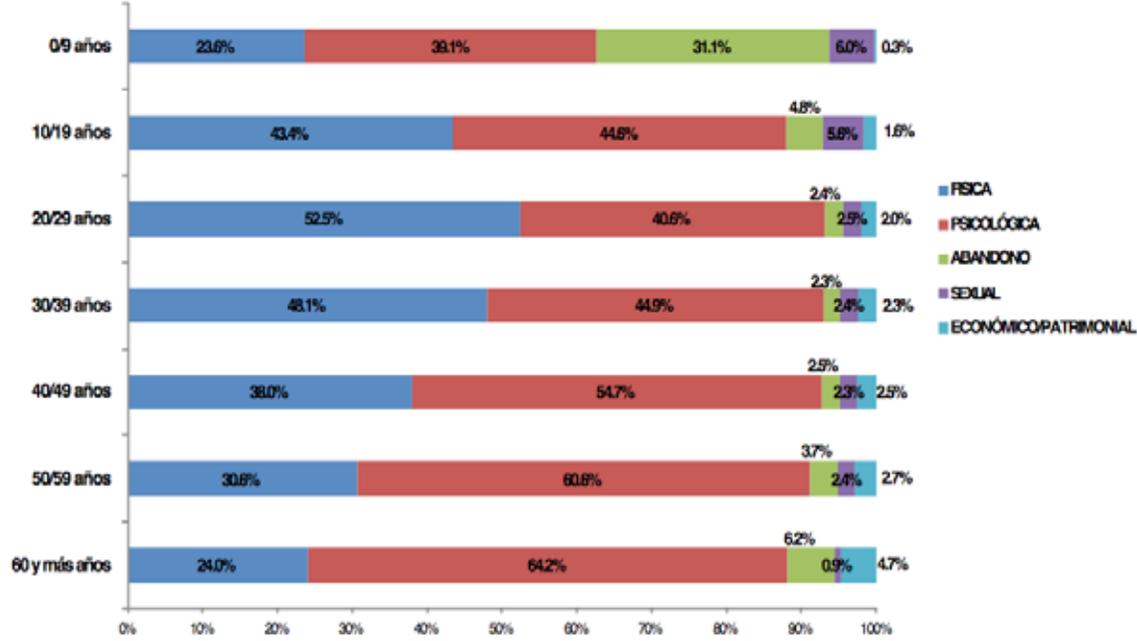
Del total de casos, el 3.3% fueron mujeres embarazadas, quienes reportaron padecer violencia de tipo psicológica (49.5%) y física (43.7%),

Figura 5. Distribución de casos de violencia de género por grupo de edad. PPAVG 2002-2014



Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Figura 6. Distribución de los tipos de violencia por rango de edad. PPAVG 2002-2014



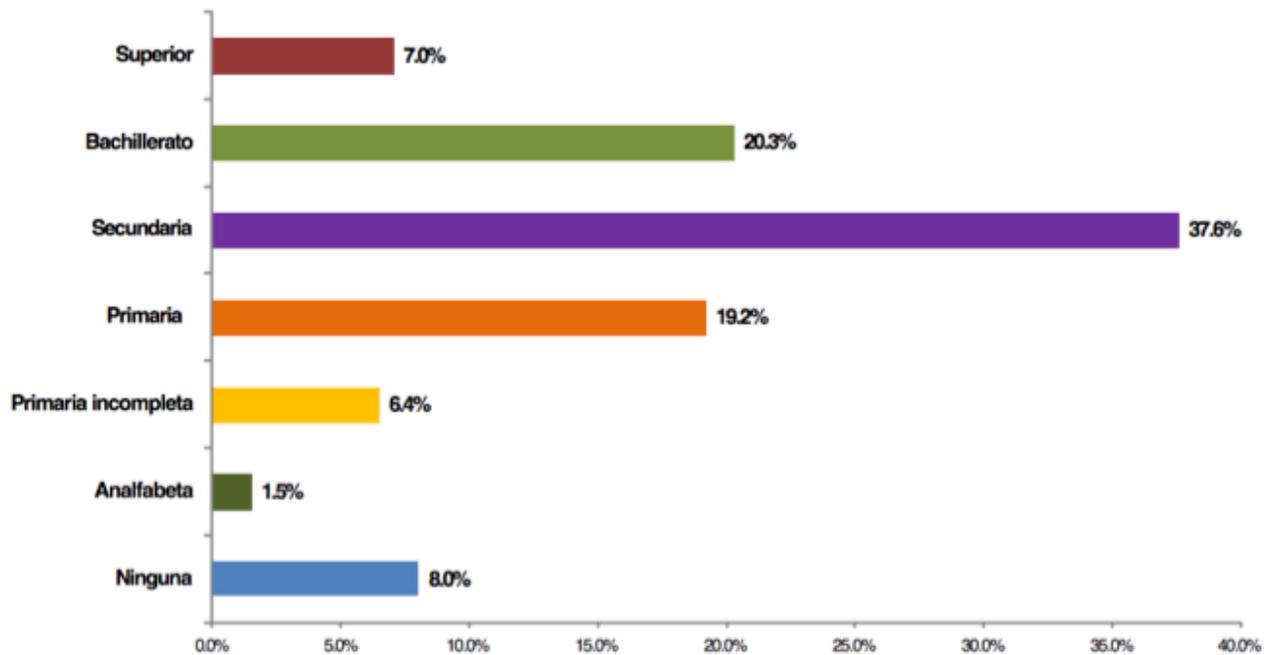
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

principalmente. Se observó que el porcentaje de violencia psicológica fue mayor en este grupo que en el total.

Otro factor analizado fue la escolaridad. Se atendió con mayor frecuencia a quienes habían cursado secundaria (37.6%), bachillerato (20.3%) y primaria (19.2%). La violencia psicológica fue mayor en quienes reportaron contar con primaria (52.6%) y

Por derechohabencia, se atendió principalmente a quienes no contaban con seguridad social, estaban afiliados a Gratuidad o al Seguro Popular, lo que corresponde a la población objetivo de la Secretaría de Salud; sin embargo, cabe mencionar que en este Programa, la detección y atención se otorgó de igual manera a quienes contaban con seguridad social. Resalta que en aquellas personas que

Figura 7. Distribución de los casos de violencia de género por escolaridad. PPAVG 2002-2014



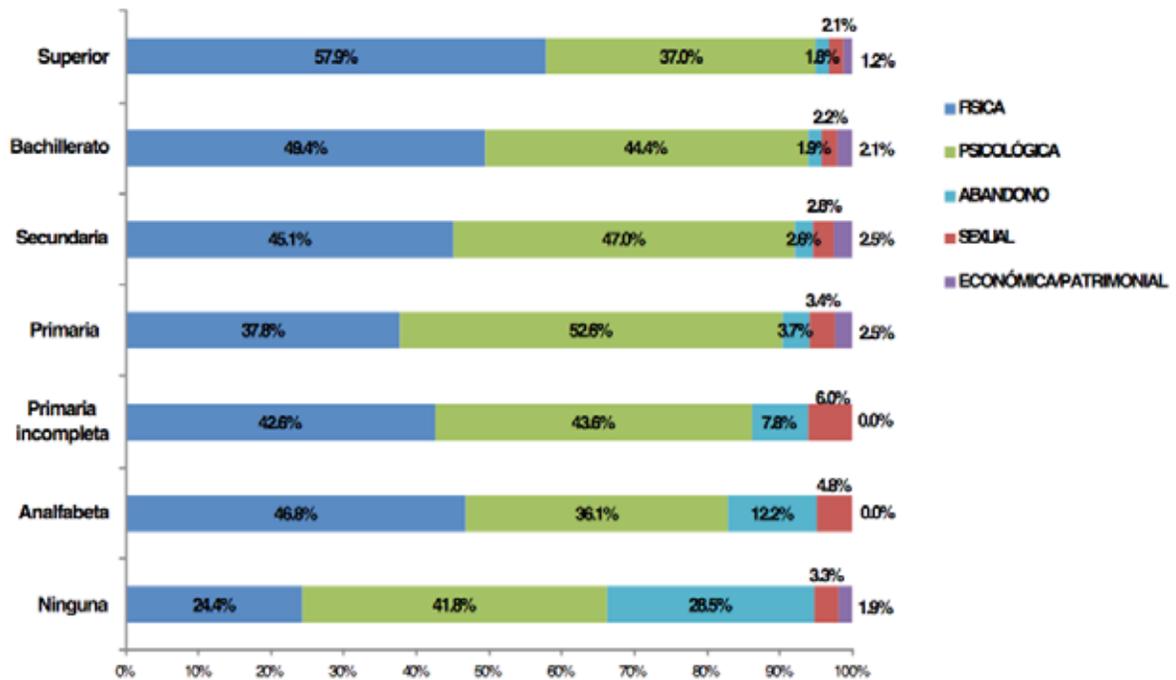
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

la violencia física fue mayor en quienes tuvieron nivel superior (57.9%). La violencia por abandono fue frecuente en quienes no tenían escolaridad o eran analfabetas (28.5% y 12.5%, respectivamente) (Figura 7 y 8).

mencionaron estar afiliadas al IMSS¹ o ISSSTE², el porcentaje de violencia física (74.2% y 69.4%,

¹ IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

² ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Figura 8. Distribución de los tipos de violencia por escolaridad. PPAVG 2002-2014

Prueba X2, $p < 0.05$

Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014

respectivamente) fue mayor que en el resto de los grupos (Figura 9 y 10).

Referente al día de la semana en el que se presenta la agresión, se observó que los casos de violencia ocurrieron con mayor frecuencia en domingo (18.3%) (Fig. 11).

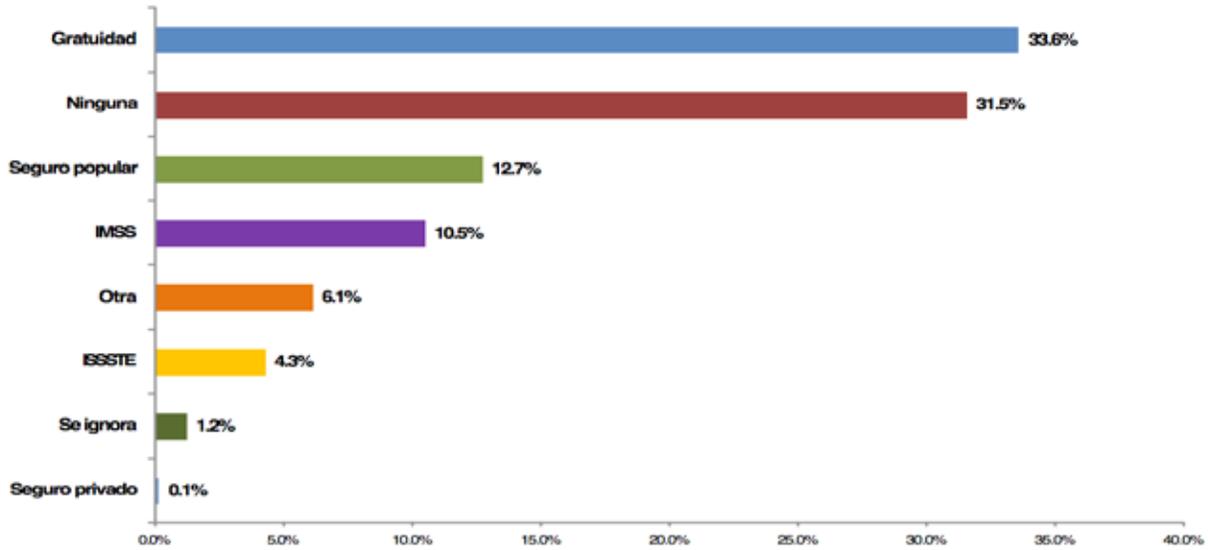
En cuanto a parentesco con el agresor, en el 68.9% de los casos, el agresor fue el cónyuge, pareja o novio de la víctima, seguido por otro pariente (11.6%), el padre (5.6%) y la madre (5.6%) (Fig. 12).

Proceso de Atención

Los casos fueron atendidos principalmente por el servicio de Medicina Legal, en Consulta Externa y por el Servicio Especializado de Atención a la Violencia de Género; con menor frecuencia en Urgencias, Hospitalización u otro servicio. El principal daño a la salud en el momento de la atención fue el malestar emocional, seguido por la contusión o magullamiento, la depresión, ansiedad o estrés postraumático (Fig. 13 y 14).

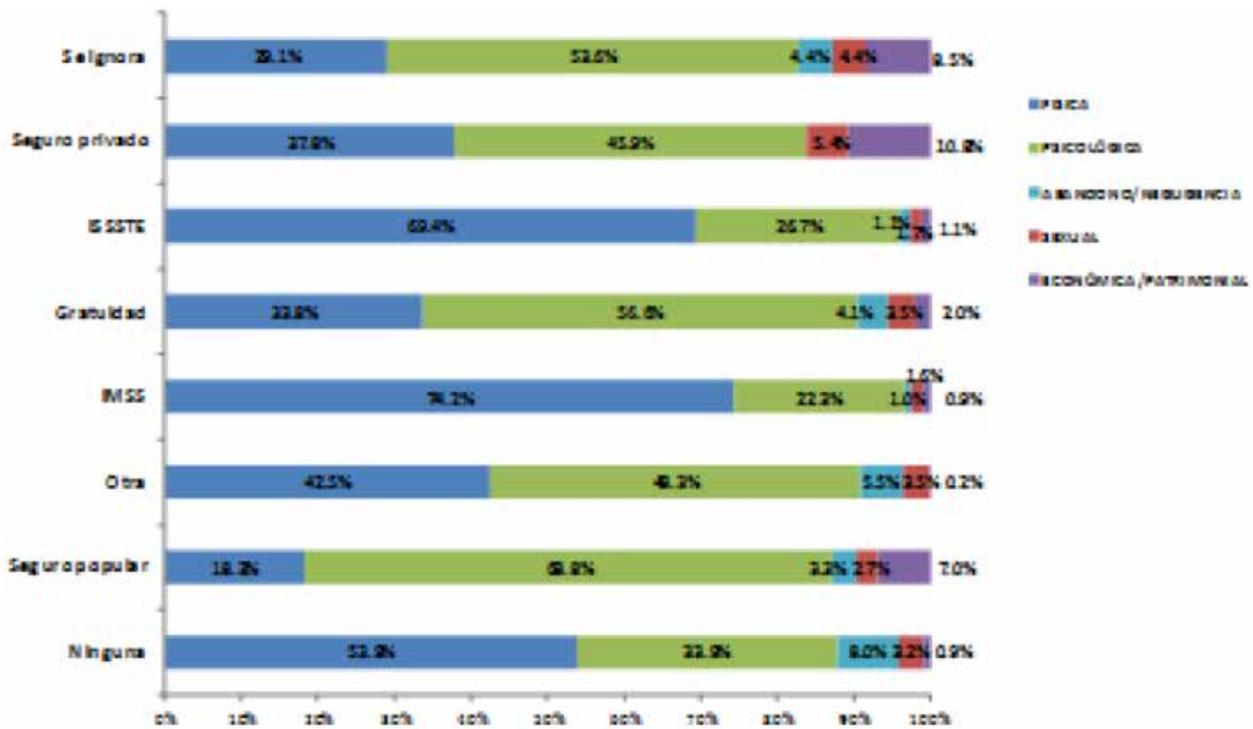
La atención otorgada fue con mayor frecuencia de tipo médico (44%) y psicológico (35.5%) (Fig. 15).

Figura 9. Distribución de los casos de violencia de género por derechohabencia. PPAVG 2002-2014



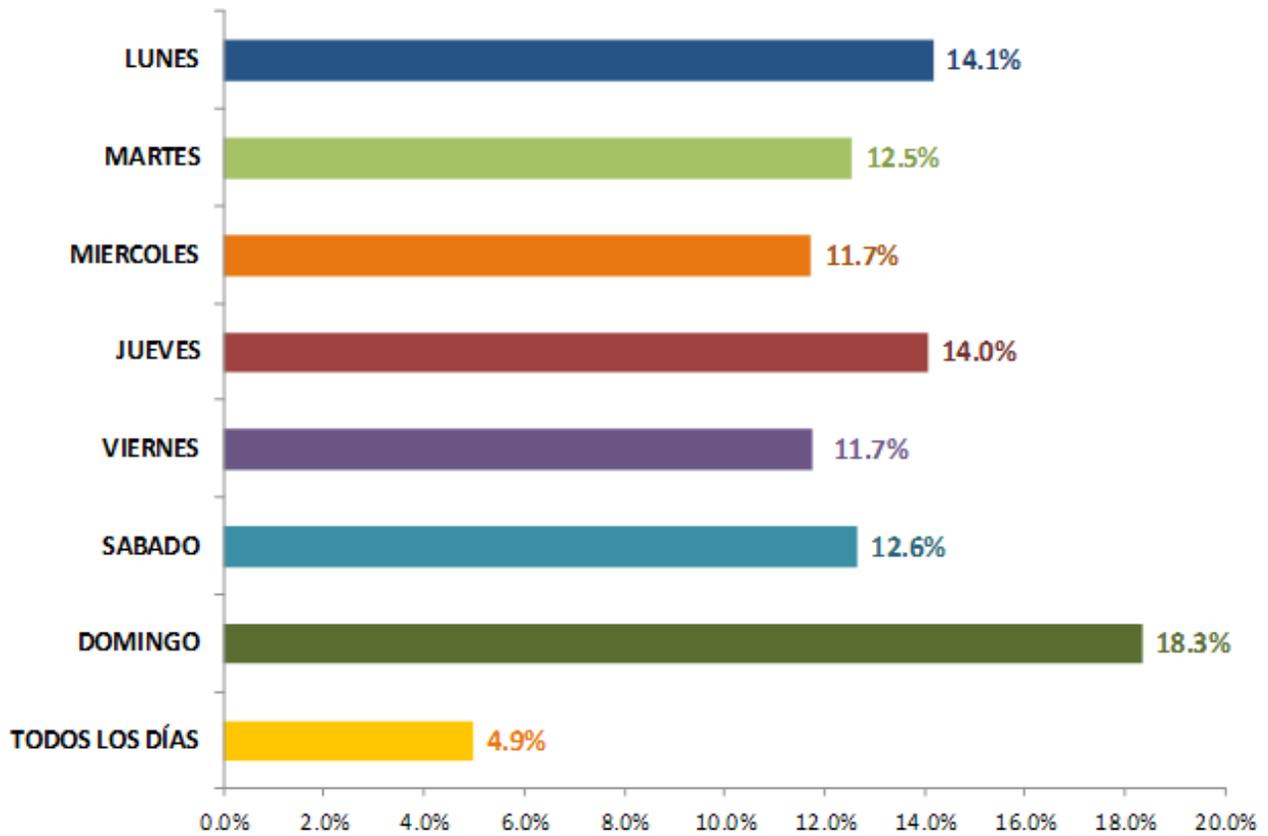
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Figura 10. Distribución de los tipos de violencia por derechohabencia. PPAVG 2002-2014



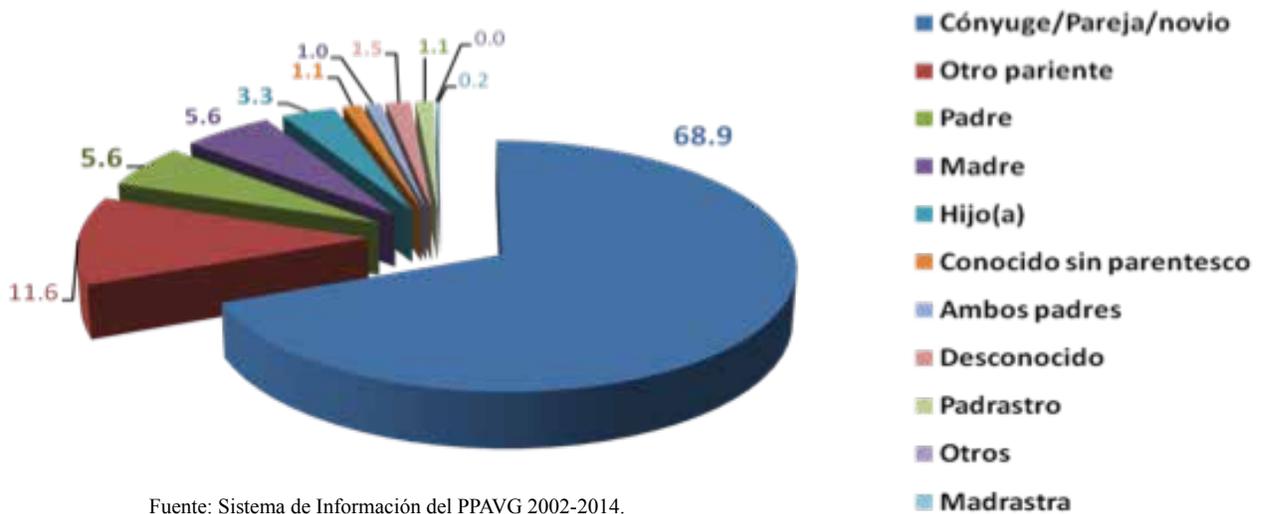
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Figura 11. Día en el que ocurrió el evento de violencia. PPAVG 2002-2014



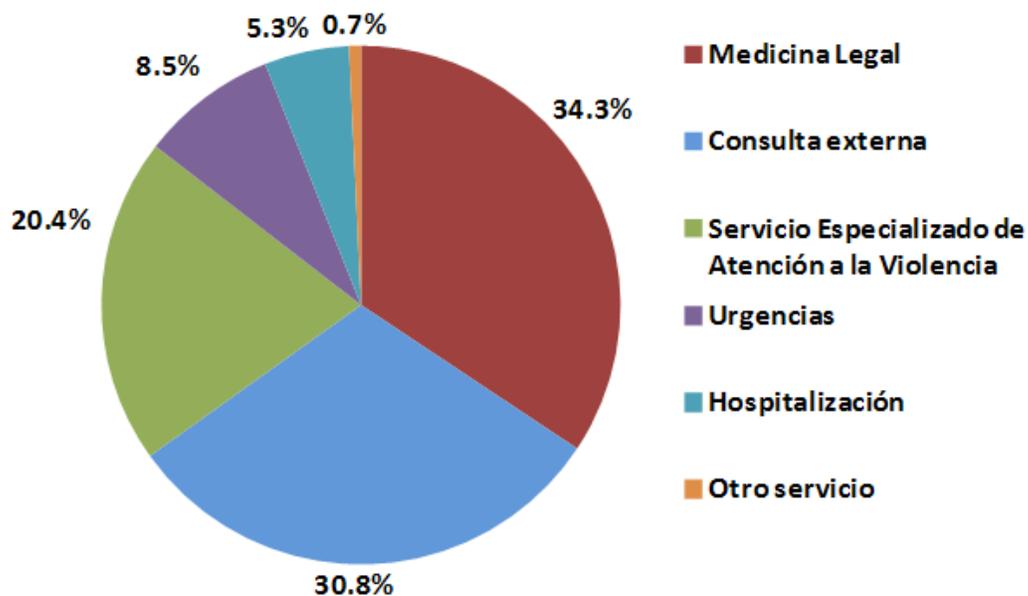
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Figura 12. Parentesco con el agresor. PPAVG 2002-2014



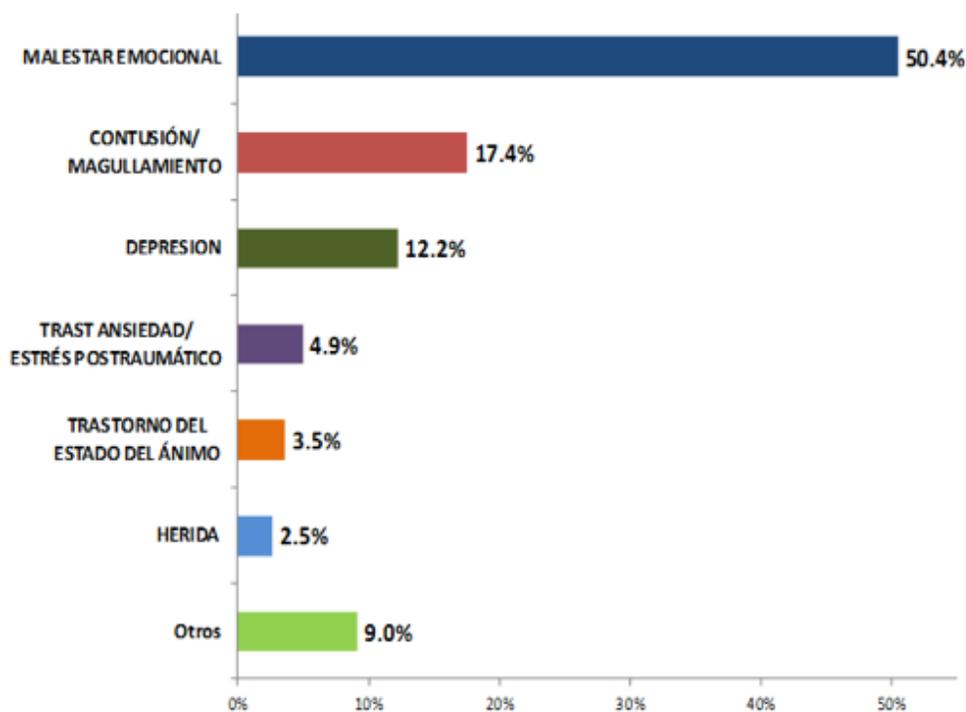
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Figura 13. Servicio de atención. PPAVG 2002-2014



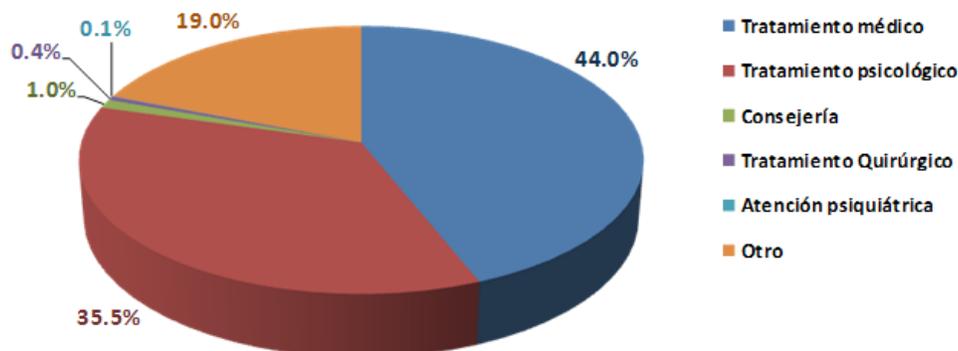
Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Figura 14. Principal daño a la salud en el momento de la atención. PPAVG 2002-2014



Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Figura 15. Atención recibida. PPAVG 2002-2014



Fuente: Sistema de Información del PPAVG 2002-2014.

Discusión y conclusiones

Este estudio describe las características de casos donde se reportó violencia atendidos por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, y es representativo de la población que acudió a recibir servicios de atención médica a alguna de sus unidades.

Las características de la población analizada son distintas a la población general si se considera la distribución por grupos de edad. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en la población del Distrito Federal, si bien predominan los grupos de edad joven, las diferencias entre éstos y los extremos de vida no son amplios; mientras que en este estudio, existe una clara predominancia de los grupos jóvenes, y se observa que el porcentaje de los menores de edad así como de adultos mayores es menor (Tabla 1).

Asimismo, de acuerdo al INEGI, los habitantes del Distrito Federal de 15 años y más, tienen en promedio 11.1 años de escolaridad, lo cual

corresponde al segundo año del nivel medio superior; por lo tanto, se observa una diferencia con los resultados en este estudio, en el cual la mayoría de las personas atendidas por violencia de género (el 37.6% del total) refirieron haber cursado la secundaria (INEGI, 2016).

En cuanto a las características de los casos, en general, las mujeres fueron atendidas con mayor frecuencia por violencia de género que los hombres. Se encontró que la violencia psicológica (47.3%) y la física (43.2%) fueron los tipos más frecuentes en las mujeres ($p < 0.05$), lo cual coincide con los resultados de una encuesta nacional realizada en usuarias de los servicios de salud en el país (Secretaría de Salud, 2009); sin embargo, los porcentajes encontrados en éste estudio, son mayores en comparación con la prevalencia referida para el Distrito Federal en dicho estudio (violencia psicológica: 29.4% y física: 16.9%).

Tabla 1. Comparación por grupos de edad de la población de la Ciudad de México y de los casos de violencia de género, PPAVG 2002- 2014.

Grupos de edad	Población de la Ciudad de México, INEGI, 2015*		PPAVG**
0/9 años	1,148,836	12.9%	6.9%
10/19 años	1,281,645	14.4%	13.8%
20/29 años	1,461,856	16.4%	29.8%
30/39 años	1,409,993	15.8%	25.5%
40/49 años	1,282,262	14.4%	14.5%
50/59 años	1,047,764	11.8%	6.2%
60 y más años	1,276,452	14.3%	3.3%
Total	8,908,808	100%	100%

*Adaptado de: INEGI. Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015.

**Sistema de Información del PPAVG, 2002-2014, ver Figura 5.

Si bien los porcentajes de casos en menores de edad y personas adultas mayores son menores a los reportados en estudios previos (Secretaría de Salud, 2006; INEGI, 2011; INEGI, 2013), su importancia radica en que muestra algunas de las características de este problema en estos grupos. Por ejemplo, en este estudio se encontró que en 2 de cada 10 casos se trató de un menor de edad con el problema principal de abandono y violencia de tipo sexual. Los datos demuestran que es un problema frecuente, pero su detección y reporte puede ser menor a lo esperado, debido a que la visibilización del maltrato infantil depende, entre otras cosas, del contexto cultural en que ocurre. Por ejemplo, en países como México y Centroamérica,

el castigo corporal se utiliza como una forma común de disciplina que suele considerarse como una manera adecuada de educar, siendo unos de los hechos que suceden con gran frecuencia en el hogar, y son los padres o tutores los principales agresores (Naciones Unidas, 2009). La percepción de que la violencia es natural y aceptable puede ser compartida por el personal de salud y ser una barrera cultural que limita la identificación de casos, lo que se suma al poco conocimiento que se tiene de esta problemática (Coll-Vinent et al., 2008; Rodríguez-Bolamos, Márquez-Serrano y Kageyama-Escobar, 2005), lo que puede tener como consecuencia un subregistro de casos, o bien, ser clasificados como eventos accidentales.

Otro dato relevante es que el 3.3% de las mujeres se encontraban embarazadas en el momento de la agresión. El visibilizar la situación de violencia contra las mujeres embarazadas, es de importancia para explicar el posible incremento de la morbilidad y mortalidad materno-fetal, además que se ha reportado que el embarazo en sí puede ser un factor que precipite violencia o bien puede ser resultado de la misma, ya sea por abuso sexual o por negación al uso de métodos anticonceptivos. Entre sus consecuencias se incluyen desde infecciones genitourinarias, lesiones en órganos vitales como el útero, hígado o bazo, abortos o trabajo de parto pretérmino, hasta la muerte de la madre; entre las consecuencias fetales y neonatales se incluyen bajo peso al nacer, riesgo elevado de morir en el primer año de vida y limitaciones en las capacidades físicas, cognoscitivas, afectivas y sociales (Collado-Peña y Villanueva-Egan, 2007). Así mismo, existe la percepción entre el personal de salud de que la violencia contra las mujeres embarazadas es poco frecuente y por lo tanto no se realizan acciones orientadas a su búsqueda y detección (Secretaría de Salud, 2006; Valdéz-Santiago, Arenas-Monreal y Hernández-Tezoquipa, 2004).

La importancia de la capacitación del personal de salud para la detección de casos se demuestra con los datos presentados, en donde se observó que el personal de salud adscrito a los diferentes servicios de atención, y no sólo al Servicio Especializado de Atención de la Violencia de Género, participa de manera activa en la detección, atención y reporte de casos. Cabe resaltar que para muchos usuarios, los servicios de salud representan una oportunidad única para poder atender la situación de violencia que padecen.

Estos resultados evidencian la importancia del análisis de los diferentes tipos de violencia por sexo y grupo de edad, con la finalidad de establecer procedimientos de búsqueda intencionada de indicadores de violencia en los grupos vulnerables como mujeres jóvenes, menores de edad o personas adultas mayores, la importancia de integrar equipos multidisciplinarios en la atención, así como establecer coordinación con otras instituciones como el Instituto del Adulto Mayor del Distrito Federal, DIF-DF, Instituto Nacional de Pediatría, Procuraduría General de Justicia y Desarrollo Social, entre otras, para una atención integral de casos.

Referencias bibliográficas

- 49ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA49.25. (1996). *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf, recuperado el 3/05/2013.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farrás, U., Rodríguez, D., Millá, J. y Santiña, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*; 22(1): 7-10.
- Collado-Peña, S. P. y Villanueva-Egan, L. A. (2007). Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*; 75:259-67.
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C. y Franco, A. (2006). Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Salud Pública de México*; 48 supl. 2: S259-S267.
- Híjar-Medina, M., Flores-Regata, L. y Blanco, J. (2003). Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Pública de México*; 45:252-258.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Datos del Distrito Federal. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos9.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Panorama de violencia contra las mujeres en México, ENDIREH 2011*. México. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2016). *Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015*. Distrito Federal. 1ª. Ed. 2016. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09>.
- Naciones Unidas. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 9*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja*. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
- Rodríguez-Bolamos, R. A., Márquez-Serrano, M y Kageyama-Escobar, M. L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud en Nicaragua. *Salud Pública de México*; 47:134-144.
- Secretaría de Salud. (2009). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006, ENVIM*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México.
- Secretaría de Salud. (2006). Maltrato, Abuso y Negligencia contra menores de edad. *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014a). Características epidemiológicas de casos atendidos por violencia de género en menores de edad. *Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México. Disponible en: http://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2.Casos_Menores_de_edad_violencia_de_genero.pdf
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014b). Características epidemiológicas de casos atendidos por violencia de género en personas adultas mayores. *Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México. Disponible en: http://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/3.Casos_Adultos_Mayores_violencia_de_genero.pdf.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014c). Cédula de Detección de Violencia de Género (actualizada). *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014d). Cédula de Tamizaje de Violencia de Género (actualizada). *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014e). Guía de Intervención Psicológica con Mujeres en Situación de Violencia de Género. *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México. Disponible en: http://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/5.Guia_para_la_Intervencion_por_el_Personal_de_Psicologia.pdf
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014f). Guía para la detección y atención de la violencia en las personas adultas mayores. *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014g). Guía para la detección y atención de la violencia en niños y niñas. *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación

- y Desarrollo Sectorial (coord.), México.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014h). Guía para la detección y atención de la violencia en la mujer. *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2009). Manual de Procedimientos para la Atención Integral de Víctimas de Violencia de Género en las Unidades Médicas de SSDF. *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género*. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.), México.
- Valdéz-Santiago, R., Arenas-Monreal, L. y Hernández-Tezoquipa, I. (2004). Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México*; 46:56-63.