



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

2012

GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO

Dr. Edgar Rojas. MPH

Lcda. Cristina Yáñez. Mgtr

Lcdo. Fausto Cadena. Mgtr

CONSULTORES

01/10/2012



Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Av. República del Salvador 36-64 y Suecia Quito - Ecuador

Teléfono: 593-2 381-4400

www.msp.gob.ec

Editor General

Dirección de Normatización – MSP, ENIPLA

Esta Guía de Atención Integral en Violencia de Género fue elaborada con la participación de equipos de ENIPLA, Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Salud Mental, Violencia y demás relacionados con los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud de la República del Ecuador, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización. Los autores han tratado de asegurar que la información sea verídica, completa y actualizada; se incluyen evidencias y recomendaciones y declaran no tener conflicto de intereses. En esta Guía se reúnen un conjunto de afirmaciones, desarrolladas de manera sistemática para asistir a equipos de salud, pacientes y ciudadanía en general en la toma de decisiones acerca de la mejor opción de atención integral a las víctimas de Violencia (niños, niñas, adolescentes, adultos jóvenes, mujeres, adultos mayores, así como la violencia ejercida hacia diferencias de sexo, identidad sexo-genérica, género, orientación sexual). Su enfoque está direccionado hacia Violencia basada en género con énfasis en la atención a la mujer (Grupo prioritario de acuerdo a estadísticas nacionales). Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un modo único de conducta procedimental, es así que lo expuesto puede ser direccionado a todos los grupos antes citados. La aplicación de las recomendaciones en la práctica, deberá basarse en el juicio crítico de quien las emplea como referencia basada en evidencia y su experticia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, en los recursos disponibles al momento de la atención y las normas y protocolos existentes, en el marco de los derechos para brindar una atención de calidad. Este documento puede reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Los contenidos son publicados bajo Licencia Creative Commons de “Atribución-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador”. Deberá ser citado como: Guía en Atención Integral en Violencia de Género: MSP; 2012. Esta Guía puede ser descargada de Internet en: www.msp.gob.ec GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

Autoridades:

Dra. Carina Vance. Ministra de Salud Pública
Dra. Gabriela Aguinaga. Directora de Normatización MSP
Lcda. Sofía Pozo. Gerente Primer Nivel MSP

Autores:

Dr. Edgar Rojas. MPH
Lcda. Cristina Yáñez. Mgtr
Lcdo. Fausto Cadena. Mgtr

Revisores Internos:

Ana Vera.	Asesora de la Ministra
Carolina Zevallos	Asesora de la Ministra
Ana Lucia Martínez.	Maternidad Gratuita
Aimé Dubois.	Salud Mental
Sofía Cañadas.	DNESC
Susana Guijarro.	Normatización
Verónica Espinel.	ENIPLA

Revisores Externos:

Amelia Samaniego.	Dirección de Discapacidades
Ana Ávila.	DN-ST-MSP
Ana Karina Rivera	DNNTHS
Barbarita Miranda.	Fiscalía
Betzabe Buitrón.	OPS/OMS
Betzabe Tello.	Dirección de Inteligencia
Elsie Aguilar.	SENPLADES
Fabrizzia Orbe.	Secretaría de Salud
Florencia Cuamales.	Dirección de Discapacidades
Gabriela Aguinaga.	Normatización
Gayme Villagómez.	Consultora
Helena Carrión.	Fiscalía
Irene Valdivieso.	DNESC
Linda Mera.	Fiscalía
Myriam Esthela Pérea.	MCDS
Priscila Cabrera.	Ministerio del Interior

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN	1
2	ANTECEDENTES	2
2.1	MARCO ÉTICO LEGAL Y POLÍTICAS SANITARIAS.....	3
2.1.1	LEX ARTIS	3
•	ASPECTOS CIENTÍFICOS (LEX ARTIS MÉDICA)	3
•	ASPECTOS ÉTICOS	4
2.2.2	Marco Constitucional.....	5
2.2.3	Ley orgánica de Salud	5
2.2.4	Ley contra la violencia a la mujer y la familia	6
2.2.5	Reglamento a Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia.....	6
2.2.6	Código de la Niñez y Adolescencia	7
2.2.7	Ley Reformativa del Código de Procedimiento Penal y al Código Penal 12	7
2.2.8	Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013	8
2.2.9	ENIPLA	9
2.2.10	Otras disposiciones legales	9
3	JUSTIFICACIÓN.....	12
4	ALCANCE Y OBJETIVOS	14
4.1	ALCANCE DE LA GUÍA.....	14
4.1.1	A QUIEN ESTA DIRIGIDO	14
4.1.2	POBLACIÓN DIANA.....	14
4.2	Objetivo general	16
4.3	Objetivos específicos	16
	METODOLOGÍA.....	17
5	CONFLICTO DE INTERESES.....	22
6	RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS.....	22
7	CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA.....	29
7.1	CLASIFICACIÓN DE VIOLENCIA.....	29
7.2	EPIDEMIOLOGIA Y REPERCUSIONES SANITARIAS DE LA VIOLENCIA.....	35
9.2.1	CAUSAS ESTRUCTURALES	39
9.2.2	FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD	41

8	HISTORIA NATURAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	46
8.1	SEVERIDAD DEL PROBLEMA, COSTOS.....	46
8.2	INTERVENCIONES.....	48
9	PREVENCIÓN Y TAMIZAJE.....	52
10	DIAGNÓSTICO	57
11	TRATAMIENTO	77
12	APLICABILIDAD E IMPLEMENTACIÓN	94
12.1	FACTORES FACILITADORES PARA LA APLICACIÓN	94
12.2	BARRERAS PARA LA APLICACIÓN	95
12.3	HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD.....	96
12.4	IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA96	
12.5	CRITERIOS DE MONITORIZACIÓN Y/O INDICADORES	99
13	ÁREAS Y TEMAS PRIORITARIOS DE INVESTIGACIÓN FUTURA.....	101
14	ALGORITMOS	102
15	ACTUALIZACIÓN.....	104
16	ABREVIATURAS	105
17	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	105

GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO

1 INTRODUCCIÓN

La atención integral en Salud Sexual y Reproductiva comprende el abordaje de violencia en todos los ciclos de vida, reconoce una visión sistémica, tanto por sus especificidades, características y variación por la naturaleza y tipo de violencia.

Esta guía permite establecer parámetros de acción para el manejo de la violencia de género, enfocado en el modelo de atención integral en salud (MAIS 2012), reconociendo la importancia de la acción intersectorial, para la efectiva garantía de los Derechos a las personas víctimas de violencia de cualquier edad, sexo, género, además de velar por la salud mental de los ecuatorianos, para garantizar la calidad de vida y el buen vivir.

Esta guía se centra en brindar atención integral a las víctimas de violencia de género, precautelando sus derechos, y evitando la revictimización. En este sentido incluye el abordaje del agresor, un plan de difusión e implementación y una serie de recomendaciones para la atención.

En este contexto, se presenta la “GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO”, su contenido está orientado a establecer un referente nacional para mejorar tanto la efectividad como la eficiencia y la seguridad de las decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia, contribuyendo además, a reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica.

Para la Atención Integral en Violencia de Género se determina 4 set de instrumentos:

Guía de Atención Integral en Violencia de Género (Versión completa)

Guía de Atención Integral en Violencia de Género (Guía de bolsillo)

Guía de procedimientos para la atención Integral de Violencia de Género

Guía del ciudadano sobre la atención Integral de Violencia de Género.

Este documento es la versión completa de la guía, revisa de forma amplia la información y los conocimientos sobre el tema, aportando desde la bibliografía consultada. La versión resumida (documento operativo) pretende organizar los conocimientos de forma práctica para el equipo de salud con el fin de facilitar su consulta y aplicación. Los algoritmos sintetizan la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la derivación de estos casos.

2 ANTECEDENTES

La última década del Siglo XX ha estado caracterizada por diversos llamamientos a los gobiernos del mundo convocados por la Organización de las Naciones Unidas mediante sus mecanismos permanentes y extraordinarios, en las áreas fundamentales para la sobrevivencia y el desarrollo sustentable de la vida en el planeta, en el marco de la reafirmación de los Derechos Humanos.

En el área de la salud, los avances más importantes se han producido es el pasar de un modelo asistencialista e individualista, de alta especialización y con una visión puramente clínica, a un modelo de atención integral, con un enfoque social, enfoque de derechos y de desarrollo humano, condiciones indispensables para la implementación de acciones en el terreno de la salud sexual y la salud reproductiva.

La consideración de la Salud Sexual y Salud Reproductiva como parte del concepto de salud integral, y de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos y por tanto universales, inalienables, aplicables a cada una de las personas, es un hecho relevante que apoyan y promueven varios organismos referenciales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud.

El Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo (1994) establece que “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.” así mismo establece el reconocimiento de los derechos reproductivos que incluyen “El derecho básico de todas las parejas e individuos a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción ni violencia”

En este contexto en nuestra sociedad a diario se observan situaciones de violencia en todas sus manifestaciones, en el ámbito individual, familiar, social y político. La violencia afecta a mujeres, hombres de todos los grupos étnicos y étnicos, así como a personas con discapacidades y personas de diversas identidades sexo genéricas y trans.

“La violencia es una constante en la vida de un gran número de personas en todo el mundo, y nos afecta a todos y a todas de un modo u otro. Para muchos/as, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros/as, en cambio, no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los/las demás. Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida” (Brundtland, 2002)

El Ecuador no escapa a esta realidad, es así, que en las últimas décadas, los movimientos de mujeres y diversas organizaciones sociales y de derechos humanos, visibilizaron y lograron incorporar en los marcos legales y las políticas públicas temas que tienen que ver con los derechos de niños, niñas, adolescentes, mujeres, población GLBTI (Gays, lesbianas, Trans, bisexuales e intersex) en todos los ciclos de vida, en lo que concierne a la erradicación de la violencia como son: la no discriminación, la violencia basada en género (VBG), la trata de personas, el tráfico humano, la prostitución forzada y las diversas formas de explotación humana, especialmente, la sexual, como se evidencia en la Constitución de la República del Ecuador 2008:

El 20 de noviembre de 1998, el Ministerio de Salud Pública declaró a la violencia como un problema de salud pública y emitió, con Acuerdo Ministerial No. 01009, las Normas de Salud Sexual y Salud Reproductiva que incorporaron un capítulo de Violencia Intrafamiliar y Sexual. Este esfuerzo permitió que se iniciaran procesos de capacitación y sensibilización al personal de salud para mejorar la atención a personas víctimas de violencia y el sistema de registros, afianzados por la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia creada en 1994 y su reforma posterior en 1998 que incorpora la atención de la Violencia Basada en Género (VBG) como una prestación de salud financiada por el Estado.

El segundo Congreso por la Salud y la Vida de 2005, aprobó la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y la Creación de la Comisión Nacional del mismo nombre en el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Los miembros de esta Comisión elaboraron el Plan de Acción de la Política para 2006 - 2008, con una línea de acción específica sobre violencia intrafamiliar y sexual. Mediante Registro Oficial No. 375 del 12 de octubre de 2006 se publicó el Plan Nacional para combatir la trata, la explotación sexual, laboral y otros medios de explotación de personas en particular hacia las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, mientras el 10 de septiembre de 2007, mediante Decreto Ejecutivo No. 620, se declaró como política de Estado la Erradicación de la Violencia basada en el Género, para lo cual se creó la Secretaría Técnica de Coordinación Interinstitucional quienes implementan el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia basada en Género contra niñas, niños, adolescentes y mujeres, posteriormente se incluye al Ministerio de Justicia a este plan mediante el decreto No. 1109, este mandato se ratifica en 2008 en varios de los articulados de la actual Constitución de la República del Ecuador.

2.1 MARCO ÉTICO LEGAL Y POLÍTICAS SANITARIAS

2.1.1 LEX ARTIS

La lex artis es otro de los conceptos esenciales para el derecho en salud y en él descansa la definición del marco general de actuación de los equipos de salud.

“lex artis es el criterio valorativo del acto médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y en su caso de la influencia de otros factores endógenos-estado de intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida”. Martínez Calcerrada (1999)

Bajo este concepto la atención del equipo de salud deberá llevarse a cabo a efecto de la conformidad con los aspectos éticos y científicos que orientan la práctica médica.

- **ASPECTOS CIENTÍFICOS (LEX ARTIS MÉDICA)**

Los aspectos científicos para violencia en el lex artis integra un conjunto de reglas para el ejercicio médico, contenidas en la literatura universalmente aceptada, y determinada en el Ítem 7 de esta guía, correspondiente a niveles de evidencia establecido por el Ministerio de Salud Pública.

• **ASPECTOS ÉTICOS**

La violencia basada en género no es un problema de ámbito privado, sino un problema social, es el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Este tipo de violencia se ejerce especialmente hacia las mujeres, pero también en contra de niños, niñas, adolescentes, personas con identidades sexo-genéricas diversas, discapacitados; se basa en relaciones de poder asimétricas y en construcciones sociales y culturales que establecen jerarquías entre las personas basadas en sus marcas corporales, características físicas o edades.

El Código de Ética y Deontología Médica (1999) en su artículo 30.2 afirma que “el médico que conociere que cualquier persona [...] es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerla, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente”. En este contexto se identifica el rol de los profesionales de la salud, como garantistas de derechos, es así que, cuando un profesional de la salud detecta un caso de violencia de género debe escuchar y dar apoyo, respetando en todo momento las decisiones de la mujer que tiene delante, no juzgándola, u obligándola a actuar de maneras determinadas, ni reprimiéndola, sino estableciendo una relación de apoyo y equidad.

Muchas de las personas víctimas de violencia no reconocen a la misma como una situación problemática, debido a que la naturalización y la tolerancia social de la violencia hace que la acepten como una situación normal en su vida, en este momento el profesional, como primer paso, debe ayudarlas a reconocer de manera respetuosa dicha situación como problemática y explicarle que todas y todos tenemos derechos a una vida libre de violencia y que no está sola ante la situación, viabilizando que tenga toda la información necesaria antes de empezar a tomar decisiones (principio de autonomía). Esto puede llevar un tiempo de trabajo terapéutico, pero es indispensable para lograr una atención integral. Este trabajo implica proteger o velar por la vida y la salud de las personas (principio de beneficencia) evitando perjuicios, estereotipos, juzgamientos y reprimendas morales para ellas (principio de no maleficencia).

Ante un conflicto ético entre la obligatoriedad de notificar o de guardar el secreto profesional y no deteriorar la relación asistencial, analizaremos los valores en conflicto y escogeremos el curso de actuación más conveniente en cada caso particular, sopesando riesgos y beneficios. El curso óptimo es siempre el que lesiona menos los valores en conflicto.

La protección de la integridad física, psicológica y sexual (no maleficencia) es fundamental pero la validación de sus decisiones (beneficencia y autonomía) es imprescindible para el trabajo terapéutico.

Aunque los preceptos legales prevalecen, lo correcto legalmente no es necesariamente lo correcto desde un punto de vista ético. El análisis ético no debe confundirse con el análisis legal de los problemas.

Los casos de violencia de género siempre se tienen que notificar, sin embargo, se debe respetar la decisión de la persona sobre poner una denuncia, sin que esto constituya un factor determinante para brindar atención. En cualquier caso, siempre se le ha de informar a la mujer sobre la notificación que se realizará y debemos asegurarnos que tiene preparado un plan de huida y protección. La notificación tiene como objetivo proteger su vida y su salud y forma parte del proceso de trabajo con ella.

Existe un acuerdo generalizado entre los profesionales sanitarios en iniciar el procedimiento legal de manera inmediata cuando exista peligro vital o extremo para ella o para sus hijos y, en el resto de los casos, cuando la mujer esté preparada para afrontar las consecuencias del mismo. De lo contrario podríamos aumentar el riesgo de rechazo y pérdida de confianza o de ruptura de la relación profesional sanitario-paciente, llegando incluso a incrementar el riesgo de agresión, homicidio o suicidio.

2.2.2 Marco Constitucional

La Constitución de la República del Ecuador de 2008, define como principios de aplicación de los derechos:

- A la igualdad y la no discriminación (Art. 11.2),
- Garantiza el derecho a la salud con un enfoque integral de derechos (Art. 32)
- Destaca el derecho de las personas y grupos de atención prioritaria debido a las condiciones de mayor vulnerabilidad a las que están expuestas (Art. 35)
- Protege a los grupos de atención prioritaria: niñez, mujeres, adolescentes y adultas y adultos mayores, personas con discapacidad y toda persona en situación de desventaja y vulnerabilidad (Art. 38.4 y 46.4)
- Reconoce y garantiza a las personas el derecho a la integridad personal que incluye: La integridad física, psíquica, moral y sexual (Art. 66)
- Establece derechos de protección (Art. 76, 78)
- Determina los objetivos del Sistema Nacional de Salud en cuanto al desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades de una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, reconociendo la diversidad social y cultural. (Art. 358)
- Señala y define algunos atributos de los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes, además determina las responsabilidades del Estado en salud, particularmente en relación con los grupos de atención prioritaria (Art. 362, 363.5)

2.2.3 Ley orgánica de Salud

Ley No 67, aprobada el 14 de diciembre del 2006 y publicada en el suplemento del Registro Oficial Nro. 423 del 22 de Diciembre del 2006 en varios de sus articulados establece:

- La salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (Art. 3)
- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables (Art. 6)

- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fisco-misionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el autocuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas. (Art. 11, 27)
- La comunicación social desestimulará conductas nocivas para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes (Art. 12,13)
- El estado reconoce a la violencia como problema de salud pública (Art.31,32,33)

2.2.4 Ley contra la violencia a la mujer y la familia

Ley N° 103, aprobada el 29 de noviembre de 1995 y publicada en Ecuador, en el Registro Oficial N° 839, del 11 de diciembre del mismo año.

La Ley contra la violencia a la mujer y la familia aclara la responsabilidad que tiene el personal de la salud en la denuncia de los casos de violencia ya que están obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento bajo pena de encubrimiento:

Los agentes de la Policía nacional; El Ministerio Público; y Los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimientos de los casos de agresión. (Art. 9 y 10)

2.2.5 Reglamento a Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia

Reglamento expedido mediante Decreto Ejecutivo No. 1982 de 18 de agosto del 2004 y publicado en el Registro Oficial No. 411 de 1 de Septiembre del año 2004.

El reglamento ratifica las responsabilidades del personal de salud en la denuncia de actos de violencia:

Art. 17.- Los que deben denunciar.- De conformidad con el artículo 10 de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, los responsables de denunciar los actos de violencia intrafamiliar deberán realizarlo de la siguiente manera:

- a) Los agentes de la Policía Nacional presentarán el respectivo parte ante la Fiscalía o la Comisaría;
- b) Los fiscales actuarán conforme al Código de Procedimiento Penal; y,
- c) Los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad competente copia del registro de atención, debidamente firmada por el profesional de salud que le atendió.

En estos casos sugerimos al personal de salud revisar el protocolo de informe médico legal que utiliza la Fiscalía del país (anexo 6), para armonizar la información existente en los formularios de la Historia Clínica Única del Sistema Común de Información en Salud, con la información que recaban los peritos a petición de la autoridad competente.

2.2.6 Código de la Niñez y Adolescencia

Ley Nº100. Aprobado el 17 de diciembre de 2002 y publicado el 3 de enero del 2003. Codificación No. 2002-100. R.O. 737 de 3 de enero del 2003.

El Código de la Niñez y Adolescencia ratifica el rol y responsabilidades de los profesionales en los procesos de denuncia, en actividades de protección y evitamiento de doble victimización:

Art. 72.- Personas obligadas a denunciar.- Las personas que por su profesión u oficio tengan conocimiento de un hecho que presente características propias de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes, incluida la Defensoría del Pueblo, como entidad garante de los derechos fundamentales.

Art. 73.- Deber de protección en los casos de maltrato.- Es deber de todas las personas intervenir en el acto para proteger a un niño, niña o adolescente en casos flagrantes de maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual y otras violaciones a sus derechos; y requerir la intervención inmediata de la autoridad administrativa, comunitaria o judicial.

Art. 80.- Exámenes médico legales.- Los exámenes médico legales a un niño, niña o adolescente, se practicarán en estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad e integridad físicas y emocional del paciente.

Salvo que ello sea imprescindible para su tratamiento y recuperación, se prohíbe volver a someter a un niño, niña o adolescente víctima de alguna de las formas de maltrato o abuso señalados en este título, a un mismo examen o reconocimiento médico legal.

Los profesionales de la salud que realicen estos exámenes están obligados a conservar en condiciones de seguridad los elementos de prueba encontrados; y a rendir testimonio propio sobre el contenido de sus informes.

Los informes de dichos exámenes, realizados por profesionales de establecimientos de salud públicos o privados y entidades de atención autorizadas, tendrán valor legal de informe pericial.

2.2.7 Ley Reformatoria del Código de Procedimiento Penal y al Código Penal 12

El Código Penal, fue publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 147 de 22 de enero de 1971 y ha sido reformado varias veces. La última se encuentra publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 555 de 24 de marzo del 2009.

Establece en relación con la denuncia:

Art. 42 del CPP, sustituido por el Art. 16 de la Ley s/n R.O. 555-S, 24-III-2009

La persona que conociere que se ha cometido un delito de acción pública, excepto aquella a quien la Ley se lo prohíbe, debe presentar su denuncia ante el fiscal competente, la Policía Judicial o la Policía Nacional

Esta ley ratifica la responsabilidad que tiene el personal de salud, en la preservación de evidencias y pruebas:

El Código de Procedimiento Civil señala que si la persona que ha de rendir el testimonio fuere un funcionario que debe informar, se sujetará a lo dispuesto en el Código de Procedimiento Civil.

2.2.8. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013

Principios para el Buen Vivir

3.2.2. Hacia un ser humano que desea vivir en sociedad¹ Las mujeres y los hombres somos seres sociales, gregarios y políticos. La realización de una vida plena es impensable sin la interacción y el reconocimiento del otro, que son todas y todos y no un grupo particular. Se trata de reconocer que no podemos defender nuestra vida sin defender la de los demás –los presentes y descendientes-, y que juntos debemos asegurar que cada persona y cada comunidad puedan efectivamente elegir la vida que desean vivir y ejercer todos sus derechos.

...Por ello, el Buen Vivir entiende los procesos productivos en articulación con los procesos reproductivos². Un modelo de desarrollo basado en el Buen Vivir debe propender a un régimen social de cuidados más justo en el cual las actividades de cuidado sean valoradas, mejor repartidas socialmente, erradicando la división sexual del trabajo de modo que se conjugue equitativamente dar y recibir cuidados (Herrera, G., 2009).

3.2.10. Hacia un Estado democrático, pluralista y laico... En el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos el carácter laico del Estado, garantiza el respeto de las opciones autónomas y promueve el rechazo de los dogmatismos.

El primero consiste en aprender a convivir en la diversidad sin intolerancias. El segundo implica el uso de la razón, de los saberes y de la ciencia, siempre verificable y susceptible de perfeccionamiento, frente a supuestas verdades absolutas no demostrables de las creencias. Esto significa que las personas tomen decisiones en su vida sexual y reproductiva, con autonomía, beneficiándose del progreso científico, sobre la base del acceso a información y educación desprejuiciada y libre.

Metas

9.4.1 Reducir hasta 2013 la violencia contra las mujeres:

- la física en un 8%,
- la psicológica en un 5%, y
- la sexual en un 2%.

9.4.2 Erradicar la agresión de profesores en escuelas y colegios hasta 2013.

¹ Para un análisis exhaustivo de este apartado ver Ramírez R. y Minteguiaga A. (2007).

² Según diversos métodos de estimación el trabajo reproductivo y de cuidado realizado en su inmensa mayoría por mujeres representaría entre el 25% y el 50% del PIB en el Ecuador (León, 1998). Los regímenes de cuidado vigentes son vectores de injusticia, de desigualdad social y de exclusión. No se trata solo de que los salarios de las trabajadoras domésticas sean mucho más bajos que aquellos de las y los trabajadores en general, sino sobre todo de las personas que no reciben los cuidados que deberían, de las mujeres que luego de cuidar toda la vida no reciben retribución ni cuidado a su vez y de aquellas que no pueden decidir no dar cuidado, como sí lo hacen muchos hombres, y por ello carecen de tiempo libre.

2.2.9. ENIPLA³

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes surge como una respuesta desde el Estado a través de los ministerios del área social: Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, y de Desarrollo Social. La política de la ENIPLA está regida por los siguientes enfoques:

- Enfoque de género: tomar en cuenta las diferencias entre los sexos y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad entre los sexos, así como elaborar políticas con estrategias para corregir los desequilibrios existentes.
- Enfoque de derechos: generar acciones que coloquen en el centro a la persona sujeta de derechos. Subrayar la reconciliación del mundo juvenil/adolescente con el adulto. Reconocer los derechos de las personas y los grupos de atención prioritaria.
- Enfoque intercultural: entender la vivencia de la salud como un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales, en particular la salud sexual y la salud reproductiva.
- Enfoque de sexualidad integral: comprender la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano en los diferentes ciclos de vida, superando paradigmas reduccionistas, biologicistas y de riesgo. Sexualidad desde la posibilidad de decidir, vivir placer; asumir el disfrute como un derecho, sin violencia, sin discriminación. Romper con la heteronormatividad.

Los objetivos planteados por la ENIPLA son:

- a) Transformar los patrones socioculturales sobre sexualidad y reproducción que impiden la inclusión social, decisiones autónomas, igualdad entre géneros, etnias y generaciones.
- b) Garantizar el acceso a información, educación y asesoría sobre sexualidad y reproducción basadas en conocimientos científicos y enfoques de derechos, con énfasis en adolescentes para el empoderamiento y toma de decisiones.
- c) Garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva de calidad basados en un enfoque de derechos, incluidos los servicios de planificación familiar y consejería para la toma de decisiones libres e informadas.

Retos de ENIPLA al 2013 son:

Atención para víctimas de violencia de género.

2.2.10 Otras disposiciones legales

NACIONALES

LEYES:

- Ley de Amparo al Paciente. Ley No. 77 (RO/ Sup. 626 de 3 de febrero de 1995).
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Ley Nro. 000.RO / Sup. 523 del 9 de septiembre de 1994).
- Título reformado por Ley No. 129 publicado en el RO / 381 del 10 de agosto de 1998).

³ Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes - ENIPLA -. 2012

- Código de la Niñez y la Adolescencia. (Ley No. 100 del 3 de enero de 2003)

DECRETOS EJECUTIVOS:

- Decreto Ejecutivo No. 179 que garantiza los Derechos Humanos de los Niños/as y Adolescentes del 2005.
- Decreto Ejecutivo No. 620 del 11 de septiembre del 2007. Erradicación de la violencia hacia la niñez, adolescencia y mujeres¹⁴, una política de Estado.
- Decreto Ejecutivo No. 1109 que incluye al Ministerio de Justicia en el Plan de erradicación de la violencia hacia la niñez, adolescencia y mujeres.

ACUERDOS MINISTERIALES:

- Acuerdo Ministerial del MSP sobre VIF. 1998.
- Acuerdo Ministerial N° 3393 reformativo al 4708 (Registro oficial 431 del 29 de septiembre del 2004) para elaborar e implementar una política de prevención de los delitos sexuales en el espacio educativo.

PLANES:

- Plan Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia 2004-2014 (Política 9 Prevención y Atención a toda forma de maltrato, violencia, abuso y explotación).
- Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010 (Política 4 Derecho a la Protección).
- Plan Nacional para combatir la trata de personas, Ecuador, 2006.
- Plan Nacional de Erradicación de la Violencia, 2007

ORDENANZAS MUNICIPALES:

Aprobadas y emitidas en varios municipios del país:

- Ordenanza que establece las políticas tendientes a erradicar la violencia intrafamiliar y de género en el Distrito Metropolitano de Quito.
- Ordenanza que establece las políticas para erradicar la violencia de género en el ámbito público y privado del Cantón Cuenca.
- Ordenanza Municipal No. 169 publicada el 27 de noviembre del 2002 que establece las políticas para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar, en el Cantón Cuenca.
- Ordenanza Municipal No. 08/03/2005 que establece las políticas públicas orientadas a erradicar la violencia intra-familiar en el Cantón Calvas.
- Ordenanza que establece las políticas tendientes a prevenir y erradicar la violencia de género contra la mujer en el Gobierno Cantonal de Sucre.
- Ordenanza que regula las acciones tendientes a erradicar la violencia intrafamiliar y de género en el Cantón Salcedo.
- Ordenanza de formación y funcionamiento de la Casa Municipal de Desarrollo Humano del Cantón Morona.

Internacionales

DECLARACIONES:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1998.

CONVENCIONES:

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención Belem do Pará, 1994.
- Convención sobre los Derechos del Niño/a, 1989.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1979
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 1969.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud, 2008.

RECOMENDACIONES:

- Recomendación General No. 19 adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, 1994.

CONVENIOS:

- Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena, 1949.

REGLAS DE PROCEDIMIENTO:

- Reglas de Procedimiento y Prueba del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, 2000.

ESTATUTOS:

- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, 1998.

PROTOCOLOS:

- Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños o Protocolo de Palermo, 2000.
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño/a relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía, 2000.
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1999.

3 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otras personas o un grupo o una comunidad, que causa o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”, La aplicación de la categoría de análisis “género” al fenómeno social de la violencia permite reconocer las creencias, los símbolos y comportamientos, y en general, los significantes culturales a través de los cuales se diferencia socialmente los hombres (niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores) de las mujeres (niñas, adolescentes, jóvenes, adultas, adultas mayores), de las personas trans y de las personas con identidad sexo genérica diversa creando condiciones de desigualdad que producen lo que se ha definido como violencia, que los afecta de manera distinta y en grado diverso.

La violencia analizada a través del género permite una mejor comprensión de las relaciones de poder existentes en la sociedad y como dichas relaciones hacen que determinadas condiciones (subjetivas, sociales, económicas, culturales, institucionales o políticas) se conviertan en factores de mayor vulnerabilidad a la violencia como la edad, o la pertenencia a un pueblo o nacionalidad, los patrones socioculturales, la identidad sexo genérica, sus consecuencias y efectos diferenciados, permitiendo un abordaje integral y no discriminante en el entendido de que es una compleja vulneración de derechos.

Por lo tanto hablar hoy en día la violencia de género significa traer a colación uno de los problemas sociales más acuciantes y de mayor importancia, ya que constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todos los grupos poblacionales, atentando contra la seguridad y la salud integral, constituyéndose en tema importante a ser abordado desde una perspectiva que privilegie la prevención e intervención en los ámbitos familiar, comunitario, social, educativo e individual.

En este contexto, la violencia se ejerce en un continuo que va desde el abuso verbal, la violencia psicológica y emocional, hasta la agresión sexual, el femicidio y el feminicidio. Según la encuesta Nacional de violencia realizada en el 2010, la violencia se produce y se reproduce en todas las clases, pueblos y nacionalidades o cualquier sociedad o colectivo humano, cualquiera sea la religión o el nivel educativo y afecta principalmente a las mujeres, 6 de cada 10 mujeres en el Ecuador a lo largo de todo el ciclo de su vida son víctimas de violencia basada en género. Otros grupos de población afectados por la violencia son los adultos y adultas mayores, los niños y adolescentes hombres, las personas con discapacidad o privadas de libertad, y las personas de diferentes orientaciones sexuales o identidades de sexo genéricas, entre otros. Cabe mencionar que, aunque la prevalencia de la violencia, del abuso y/o negligencia en adultos y adultas mayores es desconocida en nuestro país, estudios internacionales estiman rangos que oscilan entre el 1 y el 4%. La doble vulnerabilidad se origina en la situación de fragilidad y dependencia emocional y financiera en que vive la mayoría de este grupo poblacional.

Según el Consejo Nacional de Discapacidades del Ecuador (CONADIS), en Sucumbíos, Esmeraldas y Chimborazo, se reportan los más altos porcentajes de personas con discapacidad, Aproximadamente el 12,14% de personas (1'608 334) tienen alguna discapacidad en el Ecuador; el 6% de los hogares ecuatorianos tiene al menos un miembro con discapacidad y la relación de discapacidad mujeres/hombres es de 51,6 y 48,4 %

respectivamente, mismos que por su condición son más vulnerables a sufrir algún tipo de violencia.

A pesar de que no disponemos de información nacional, mundialmente se conoce que los grupos entidades sexo-genéricas diversas u orientaciones sexuales diversas GLBTI: gays, lesbianas, bisexuales, transgénero, transexuales e intersexo, están sujetos a las diferentes formas de violencia debido a su orientación sexual; la violencia contra estos grupos es también violencia de género que ocurre en los espacios privados como en la familia y en el ámbito público: trabajo, sociedad, escuela, entre otros.

Junto a la violencia de género encontramos otras violaciones profundas a los derechos humanos como son la trata, tráfico y explotación de personas que afectan especialmente a grupos en situación de vulnerabilidad como son niños, niñas, adolescentes y mujeres.

Se reconoce el impacto negativo que tiene la violencia en el estado de salud de la población y especialmente en la salud sexual y salud reproductiva, las enfermedades crónicas, los síndromes psicológicos y diversos tipos de lesiones que muchas veces tienen a la muerte como desenlace final. La magnitud epidemiológica de la violencia en todas sus formas, demanda una mirada acuciosa, intuitiva, sensible y una atención con enfoque de derechos de parte del equipo de salud para realizar una adecuada, oportuna y confidencial detección y valoración, que permita la protección de la víctima, su revictimización y la repetición de la vulneración, permitiéndonos registrar la denuncia, realizar los exámenes que correspondan, recolectar pruebas para evitar la impunidad, y brindar el apoyo y seguimiento interdisciplinario e intersectorial que permita recuperar el proyecto de vida de las personas que han sufrido violencia y evitar daños mayores.

Para ello la propuesta de cambio, definida en el Plan de Gobierno “Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013” plantea nuevos retos orientados, a la construcción de un Estado plurinacional e intercultural igualitario y equitativo para finalmente alcanzar el Buen Vivir de las y los ecuatorianos. Es así que en el Objetivo 9 se incluye “Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia”, contemplando como política “Erradicar las prácticas de violencia contra las personas, pueblos y nacionalidades” (Política 9.4), cuyas metas son la de reducir la violencia física contra las mujeres en un 8% la, la violencia psicológica en un 5%, y en un 2% la violencia sexual (Meta 9.4.1) e incluye además, la meta de erradicar la agresión de profesores en escuelas y colegios (Meta 9.4.2).

Esta guía de violencia basada en género se constituye como herramienta para un abordaje integral de la violencia con un enfoque de género, interculturalidad, intergeneracional y derechos. La misma hace referencia a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercida contra las personas y propone atención y actuación sanitaria específica de acuerdo a las implicaciones que conlleve.

4 ALCANCE Y OBJETIVOS

4.1 ALCANCE DE LA GUÍA

Esta Guía de Atención Integral en violencia de género se enmarca en el Manual de elaboración de Guías de práctica clínica del MSP del Ecuador, basadas en la evidencia para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud.

Se considera que la elaboración de la Guía de atención Integral en violencia de género ayudará a la toma de decisiones sobre su manejo, a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y, en consecuencia, a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

4.1.1 A QUIEN ESTA DIRIGIDO

Está dirigido a los equipos de salud⁴ del primer nivel de atención: , quienes constituyen el punto de encuentro más cercano de la población usuaria del Sistema Nacional Público de Salud del país, además incluye a todos los profesionales de salud en todos los niveles de atención⁵ que tengan contacto con población vulnerable o víctima de violencia.

Basados en el MAIS en el enfoque intersectorial esta guía también pretende un trabajo coordinado entre el los Ministerios de Salud Pública, Educación, Inclusión Económica y Social, con apoyo de Gobiernos Autónomos Descentralizados, y la Sociedad Civil organizada, es así que está dirigida a instancias de coordinación como: Casas de Acogida, Fiscalía, Policía Judicial, Unidad judicial especializada en violencia contra la mujer y la familia, Centros de Equidad y Justicia, entre otros.

Es un referente de formación académica en atención integral de la violencia para futuros profesionales de salud en medicina, enfermería, obstetricia, odontología, psicología, trabajo social, bioanálisis, entre otros.

4.1.2 POBLACIÓN DIANA

a. GRUPOS POR CICLOS DE VIDA:

Las atenciones en salud se entregará acorde a las especificidades de cada grupo etéreo (enfoque de género y generacional) al que pertenece, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital, de la siguiente forma:

⁴ Según el MSP- MAIS (2012) Un equipo es definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad de los resultados

⁵ Para mayor información referirse al MAIS 2012 EQUIPOS DE ATENCIÓN INTEGRAL.

b. GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA:

La Constitución Ecuatoriana en el Art. 35 establece las personas y grupos de atención prioritaria:

- adultos mayores
- mujeres embarazadas
- niños, niñas
- adolescentes
- personas con discapacidad
- personas privadas de la libertad
- personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad;
- personas en situación de riesgo
- víctimas de violencia doméstica y sexual
- maltrato infantil.
- personas con problemas de salud en fase terminal.

c. GRUPOS CON RIESGOS ESPECÍFICOS DE ACUERDO A CONDICIONES SOCIALES, AMBIENTALES, LABORALES

Estos grupos pueden variar de acuerdo al contexto histórico, social y en espacios socio-territoriales concretos, por lo que los equipos de salud tienen la responsabilidad de identificar las condiciones y riesgos, intervenir para el cuidado y atención de su salud, por ejemplo familias en riesgo biológico, psicológico y social identificadas por los equipos de salud en las visitas domiciliarias.

TABLA N° 1 CICLOS DE VIDA

<u>Ciclo de Vida</u>	<u>Grupos de edad</u>			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as	20 a 64 años			
Adulto/a mayor	Más de 64 años			

Elaborado por: Equipo SGS

4.1.4 ASPECTOS GENERALES DEL ALCANCE

- La guía cubrirá la atención en los tres niveles de atención establecido en la Normativa del MSP.
- Las áreas a ser abordadas son: Prevención y tamizaje, diagnóstico, tratamiento, y criterios de referencia y contra referencia en situación de violencia de género.
- Está centrada en la atención de la violencia DE GÉNERO ENTENDIDA COMO VIOLENCIA interpersonal que incluye el abordaje de violencia intrafamiliar, violencia contra (niños y adolescentes), violencia de pareja, violencia contra adultos mayores (denominación para el Ecuador), violencia contra personas con identidad sexo-genérica diversa, acoso, violencia en el trabajo y violencia de género entre personas sin parentesco, Considerando la naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica, los anteriores incluyen privaciones o descuido.
- Esta guía está no evidencia algunas categorías generales de violencia que según la OMS corresponde a: **violencia autoinfligida** (comportamiento suicida y autolesiones) y **violencia colectiva** (social, política y económica).
- El área que no es abordada está en relación a aspectos legales propios de instancias judiciales como son: Fiscalía, Unidades Judiciales Especializadas en violencia contra la mujer y la familia, Juzgados entre otras instancias de orden jurídico.

4.2 *Objetivo general*

Establecer una pauta de atención normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la identificación como para la atención oportuna a las personas víctimas de violencia durante todo su ciclo de vida que acuden a un servicio de salud.

4.3 *Objetivos específicos*

- Apoyar la restitución de derechos, la protección de las personas y la adopción de medidas tendientes a evitar cualquier tipo de violencia y su réplica.
- Fortalecer las capacidades técnicas con enfoque en derechos, interculturalidad, género y generacional del personal implicado en Atención inicial y del personal implicado en el seguimiento a personas involucradas en actos de violencia⁶.
- Entregar herramientas técnicas que permitan facilitar el manejo reconocimiento y detección de violencia en todos los ciclos de vida.
- Identificar acciones básicas que requieren coordinación, articulación y la mejor utilización de los recursos de la red de salud y con la red intersectorial.
- Contribuir desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la sensibilización⁷ de la población general sobre este problema
- Contribuir desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) al acceso a la justicia por parte de las víctimas.

⁶ ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, GENERACIONAL, ÉTNICA Y CULTURAL DESDE EL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR.

⁷ Hacer que alguien se dé cuenta de la importancia, valor, etc., de algo o se vuelva más comprensivo con alguna cosa.

METODOLOGÍA

5.1 PARTICIPACIÓN DE IMPLICADOS

Para la elaboración de la guía se constituyó un grupo de trabajo integrado por profesionales de medicina y enfermería, además de una subcomisión de médicos familiares encargados de la revisión sistémica del producto. Se toma en cuenta aportes que provienen de participantes a nivel de rectoría (profesionales psicólogos y salubristas). También se evidencian estadísticas generadas a partir de la vivencia de unidades operativas salud y casas de acogida, en donde se contó con la participación de personas que vivieron violencia.

La elaboración además consideró el Modelo de Atención Integral (MAIS-2012).

5.2 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA GUÍA

La Guía de práctica Clínica base corresponde a la Guía de Práctica Clínica de Murcia la cual fue elaborada por un equipo multidisciplinar de los distintos dispositivos de salud mental de la Región de Murcia: Psicólogos clínicos, trabajadoras sociales, enfermeras en salud mental y psiquiatras.

Su adaptación y construcción en algunas instancias consideró un procedimiento de nueve pasos similar al del grupo ADAPTE para adaptar recomendaciones de guías de calidad:

- a) Preguntas para responder.
- b) Estrategia de búsqueda. Selección de guías y revisiones.
- c) Análisis del contenido clínico de la guía por preguntas.
- d) Evaluación y selección de guías (AGREE II).
- e) Niveles de evidencia
- f) Adaptación, formación y clasificación de las recomendaciones.
- g) Revisión externa de la guía adaptada
- h) Revisión interna de la guía adaptada
- i) Implementación de la guía

a) Preguntas para responder

El grupo de trabajo se plantea las siguientes preguntas iniciales a partir de las interrogantes de reuniones establecidas por equipo del Ministerio de Salud Pública.

- ¿Cómo lograr la desnaturalización y la identificación de la violencia basada en género?
- ¿Cuál es el rol de los profesionales miembros del equipo de salud para la detección y manejo de la violencia?
- ¿Qué profesional es el más indicado para detectar cualquier forma de violencia de género? ¿Cómo identificar posibles maltratadores/agresores en una unidad de salud?
- ¿Cuál es el abordaje que debe realizarse en violencia basada en género de naturaleza física?
- ¿Cuál es el abordaje que debe realizarse en violencia basada en género de

naturaleza psicológica?

- ¿Cuáles son las repercusiones psicopatológicas que pueden ser diagnosticadas en caso de violencia basada en género?
- ¿Cuál es el abordaje que debe realizarse en violencia basada en género de naturaleza sexual?
- ¿Qué indicadores permiten diagnosticar violencia sexual?
- ¿Qué casos deben tratarse en la unidad de salud y cuando derivar a otros servicios u otras instituciones?
- ¿Cuáles son las medidas o intervenciones recomendadas en caso de violencia de género para prevenir ITS, HEPATITIS, VIH, embarazo?

b) Estrategia de búsqueda. Selección de guías y revisiones sistemáticas

La estrategia de búsqueda utilizada se basó en el uso de bibliotecas virtuales como Ebrary, Centro de documentación del Distrito metropolitano de Quito, y hemerotecas y buscadores como: Ebsco, Pro quest, Healt, Pubmed, Ovid, con diferentes revisiones sistemáticas que pudieran responder a las preguntas planteadas. Las bases de datos utilizadas fueron: Excelencia Clínica, Guía Salud, NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), Guideline Clearinghouse, Embase. La socialización de bibliografía para su análisis se realizó a través de la formación de grupos de trabajo usando el software libre de gestión de archivos Mendeley.

c) Análisis del contenido clínico de la guía por preguntas.

Se identificaron 21 guías que abordan violencia con diferentes focalizaciones entre las más importantes en violencia de género, abuso sexual, atención primaria, trastornos derivados, entre otros. De estas guías, se descartaron aquellas en las que población, temas, intervenciones o metodología, no respondían a las preguntas planteadas, quedando finalmente 5 guías, que respondían a la necesidad de prevención, manejo, tratamiento y derivación. (Guía de práctica clínica en Actuación en Salud mental con mujeres maltratadas por su pareja –Murcia, Guía de práctica clínica en abordaje de situaciones en violencia de género- España, Guía de práctica clínica en Atención Integral de personas víctimas de violaciones sexuales- Argentina, Guía de práctica clínica para la atención de personas con más potenciales psíquicos o psicosociales (violencia)- México, Guía de práctica Clínica a la mujer maltratada-Colombia). En algunas guías el objeto de estudio era la violencia doméstica, considerando la de género como la más frecuente. En ese caso, sus recomendaciones se consideraron respetando los términos utilizados en la misma.

d) Evaluación y selección de las guías

Cada una de las GPC seleccionadas fue evaluada mediante el instrumento “AGREE II” y aquellas han servido de base para las recomendaciones más importantes.

Una vez finalizada la evaluación, se llevó a cabo la selección evaluando la calidad de evidencia y la respuesta a las preguntas planteadas. La guía base seleccionada corresponde a: “Guía de práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja” Cuya actualización corresponde a de febrero de 2010.

Para obtener información sobre aspectos no recogidos en la guía base se realizó una búsqueda manual en documentos y revistas científicas. Entre los documentos de interés destacan protocolos, nacionales e internacionales, se consultaron diferentes Web referidas en la guía de base, así como , entidades y asociaciones, como Centre for Reviews and Dissemination (CDR), NICE, American Psychiatric Association (APA), Instituto de la mujer, Observatorio de salud de las mujeres, Instituto Andaluz de la mujer, Asociación de mujeres víctimas de maltrato.

e) Niveles de evidencia

Los contenidos de este documento han sido elaborados sobre la base de la evidencia científica y la literatura disponible, que respalda el diagnóstico y manejo de la violencia por ciclos de vida para impactar positivamente en la salud de las personas que han sido víctimas de violencia.

Las evidencias, grados de recomendaciones y buena práctica son incluidos en respuesta a interrogantes iniciales de la guía, las mismas apoyarán la toma de decisiones en cuanto a la atención integral en violencia. Cada una de ellas estará determinada de acuerdo a las siguientes tablas emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su texto “Normativa para la presentación de Guías MSP”:

La evidencia relativa a la efectividad clínica fue examinada utilizando guías establecidas y fue clasificada usando el sistema jerárquico establecido, que se muestra en la Tabla 1. Este sistema refleja la susceptibilidad al sesgo que es inherente a los diseños de estudio particular.

El tipo de pregunta clínica dicta el nivel más alto de evidencia que se puede buscar. Al evaluar la calidad de la evidencia, cada trabajo recibe una calificación de calidad codificados como '++', '+' o '-'. Para temas de terapia o tratamiento, el nivel de evidencia (EL) más alto posible es una buena revisión sistemática o un meta-análisis de **RCTs**, ensayos controlados aleatorios (EL = 1++) o una **RCT** (EL = 1+). Los estudios de mala calidad son clasificados como '-'. Por lo general, los estudios clasificados como '-' no se deben utilizar como base para hacer una recomendación, pero pueden ser utilizados para informar recomendaciones. Por cuestiones de pronóstico, el nivel de evidencia más alto posible es un estudio longitudinal (cohorte) (EL = 2-).

Tabla 1: NIVELES DE PRUEBAS

1++ Meta-análisis de alta calidad, las revisiones sistemáticas de RCTS, O RCTS* con un riesgo muy bajo de tendencia
1 + Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o RCTS con un riesgo bajo de tendencia
1 - Meta-análisis, revisiones sistemáticas, o RCTS con un alto riesgo de tendencia
2 ++ Las revisiones sistemáticas de alta calidad de caso controlan o estudios de cohorte. El control del caso de alta calidad o del cohorte estudian con un riesgo muy bajo de confundir o tendencia y una alta probabilidad que la relación es causal
2 + El caso bien conducido controla o estudios de cohorte con un riesgo bajo de confundir o tendencia y una probabilidad moderada que la relación es causal
2 - El control de caso o la cohorte estudian con un alto riesgo de confundir o tendencia y un riesgo significativo que la relación no es causal
3 Estudios no analíticos, ejemplos informes de caso, serie de caso
4 Opinión de experto

*RCTS Ensayo clínico aleatorio controlado

Para cada pregunta clínica, el mayor nivel de evidencia disponible fue seleccionado. Cuando era apropiado, por ejemplo, si una revisión sistemática, meta-análisis o **RCT** existía en relación con una cuestión clínica, los estudios de un diseño más débil no se incluyeron. Cuando las revisiones sistemáticas, meta-análisis y **RCTs** no existían, otros estudios apropiados experimentales o de observación fueron buscados. Para las pruebas de diagnóstico, los estudios de pruebas de evaluación, examinando el rendimiento de la prueba, fueron utilizados si la eficacia de la prueba era requerida, pero cuando una prueba de evaluación de la eficacia del manejo clínico de los pacientes y el resultado de la enfermedad era requerida, se utilizaba la evidencia de **RCTs** o estudios de cohorte.

Para la investigación de violencia de género, los investigadores no han intentado medir directamente la verdadera eficacia de la evidencia ante situaciones de violencia. Para esta guía, los criterios de selección para la inclusión de estudios como fuente de evidencia se basaron en la comparación de estudios de población, con la Guía de Murcia perteneciente a la Red Regional de Salud Mental, determinada como apropiada por el Grupo de Desarrollo de la Guía.

La evidencia fue sintetizada cualitativamente con un resumen del contenido de los documentos identificados en tablas de evidencia y aceptando declaraciones breves, que reflejan con precisión las pruebas. La síntesis cuantitativa (meta-análisis) se llevó a cabo, cuando era apropiada.

El resumen de los resultados y los datos se presentan en el texto guía. Datos y Resultados más se presentan en las tablas de evidencia que se acompañan. Cuando los resultados dicotómicos son posibles, se los presentan como riesgos relativos (**RR**) con intervalos de confianza del 95% (**IC**), y los resultados continuos se presentan como diferencias de medias de 95% (**IC**) o desviaciones estándar (**DS**). Los meta-análisis basados en resultados dicotómicos se presentan como odds ratios agrupados (**ORA**) con 95% **IC**, y los meta-análisis basados en los resultados continuos se presentan como diferencias de medias ponderadas (**DMP**) con 95% **IC**.

f) Adaptación, formación y clasificación de las recomendaciones

Para cada pregunta clínica, las recomendaciones se obtuvieron utilizando explícitamente la evidencia en las que se apoyan.

Cada recomendación fue clasificada de acuerdo con el nivel de evidencia sobre la cual se basó utilizando el sistema establecido que se muestra en la Tabla 2 para cuestiones de terapia o tratamiento, el mejor nivel de evidencia posible (una revisión sistemática o meta-análisis o un **RCT** individual) sería equivalente a un grado de recomendación A. Por cuestiones de pronóstico, el nivel óptimo de evidencia (Un estudio de cohorte) equivaldría a una recomendación de grado B. Sin embargo, esto no debería ser interpretado como un grado inferior de recomendación, ya que representa el nivel más alto de evidencia pertinente.

Tabla 2: GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Nota: El grado de recomendación se relaciona con la fuerza de pruebas en las cuales, la recomendación está basada. Esto no refleja la importancia clínica de la recomendación	
A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o RCT nominal como y 1 ++ directamente aplicable a la población objetivo; Un conjunto de pruebas que consiste principalmente en estudios nominales como, directamente aplicable a la población objetivo, y demostración de consistencia1+ total de resultados
B	Un conjunto de pruebas incluyendo estudios nominales como 2 ++, directamente aplicable a la población objetivo, y demostrando consistencia total de resultados; Pruebas extrapoladas de estudios nominales como 1 ++ o 1 +
C	Un conjunto de pruebas incluyendo estudios nominales como 2 +, directamente aplicable a la población objetivo y demostrando consistencia total de resultados; Pruebas extrapoladas de estudios nominales como 2 ++
D	Nivel de pruebas 3 o 4; Pruebas extrapoladas de estudios nominales como 2 +

BUENAS PRÁCTICAS	
✓	La mejor práctica recomendada basada en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía

En la elaboración de la guía las recomendaciones se adoptaron de forma directa (adopción) siempre que la guía origen fuera de calidad y el contexto de aplicación igual o extrapolable. En estos casos se cita la guía origen. Por ejemplo, todas las recomendaciones de la guía NICE sobre el TEPT.

En algunos casos las recomendaciones se adaptaron (adaptación mediante evaluación crítica) bien por existir evidencia contradictoria, bien por actualización posterior a las guías.

g) Revisión interna de la guía adaptada

La Dirección de Normatización del MSP organizó el proceso de validación o revisión interna de la GPC, misma que cuenta con la participación de representantes de las diferentes Direcciones, áreas o programas relacionados con el tema de violencia de género. El grupo elaborador consideró cuidadosamente todos los comentarios y aportes realizados durante el periodo de consulta por comités evaluadores e introdujo los cambios que consideró oportunos derivados de sus comentarios.

h) Revisión externa de la guía adaptada

De la misma manera que la revisión interna, la Dirección de Normatización organizó el proceso de validación externa, invitando a profesionales expertos, planificadores y operativos, así como representantes de usuarios, quienes procedieron a realizar la validación tanto del proceso de construcción (mediante el instrumento AGREE II), como del contenido (lectura crítica) y emitieron sus comentarios. El grupo elaborador consideró cuidadosamente todos los comentarios y aportes realizados durante el periodo de consulta por el comité evaluador e introdujo los cambios que consideró oportunos derivados de sus comentarios.

i) Implementación de la guía

Se detalla en el literal 6 de la guía, correspondiente a aplicabilidad.

5 CONFLICTO DE INTERESES

Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflicto de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía.

6 RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

- **DESNATURALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA**

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
A	Cuando no se pregunta específicamente por violencia, se observa que transcurre un intervalo medio de 10 sesiones (16 meses) hasta que la paciente lo relata. Este resultado pone de manifiesto la necesidad de contar con algún sistema de detección de la violencia. En el ámbito de la salud mental, Polo señala que al preguntar específicamente sobre violencia, el índice de detección pasa del 8% al 28%. (Polo, 2001). (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	1++
B	No se encuentra ningún motivo de consulta concreto, ni diagnóstico asociado en que las mujeres relaten de forma espontánea haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida. (Garriga, 2009) (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	2++

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
A	No hay suficiente evidencia, ni a favor ni en contra, del tamizaje universal para detectar la violencia [U.S. Preventive Services Task Force USPSTF]. Una guía basada en el consenso de personas expertas en USA (2004) recomienda que, independientemente de la presencia o ausencia de indicadores de violencia, se realice el tamizaje de forma rutinaria. (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	4
A	Aunque no existe consenso respecto a la utilización rutinaria de cuestionarios específicos para el tamizaje de la Violencia basada en género en la población general, se aconseja incluir preguntas sobre la existencia de violencia en el curso de la entrevista clínica, que puede ayudar a la detección. (ANEXO 9 Test de evaluación de la desnaturalización de la violencia)[U.S. Preventive Services Task Force USPSTF]. (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	4

- ROL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA VIOLENCIA.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
C	Según la Clinical Evidence del British Medical Journal (BMJ) , GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA] se recomienda que el personal de salud debe: • Ser consciente de la naturaleza y prevalencia de la violencia. • Conocer la dinámica de la violencia y cómo afecta a la seguridad y autonomía de pacientes afectados. • Ser capaz de preguntar con sensibilidad sobre la violencia doméstica. • Ser capaz de suministrar información sobre las distintas intervenciones. • Ser capaz de realizar una valoración de riesgo y conocer los factores asociados al riesgo de incremento de la violencia, homicidio y suicidio. (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	2+

- PROFESIONAL CLAVE PARA DETECTAR CUALQUIER FORMA DE VIOLENCIA

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
B	Según el Registered Nurses Association of Ontario RNAO Recomienda que enfermería aplique un tamizaje universal rutinario para todas las personas. (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	1++
C	Según el Registered Nurses Association of Ontario RNAO Enfermería desarrollará estrategias de tamizaje y la respuesta inicial responderá a las necesidades de las mujeres considerando las diferencias basadas en la etnia, clase, creencias religiosas, edad y orientación sexual. (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	1++
C	Según el Registered Nurses Association of Ontario RNAO También se recomienda que enfermería sepa qué documentar en el tamizaje para responder al abuso, así como sus obligaciones legales cuando alguien comunica un abuso. (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	1++
B	Según [Registered Nurses Association of Ontario RNAO] . Recomienda que el personal de enfermería realice una práctica reflexiva (introspección) para examinar hasta qué punto sus propias creencias, valores y experiencias influirían en el tamizaje (ITEM PREVENCIÓN Y TAMIZAJE)	1++

- IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES MALTRATADORES EN LAS UNIDADES DE SALUD

BUENA PRÁCTICA

✓	Cuestionar la estima personal pone en marcha o acentúa estrategias de dominación. (ANEXO 4 Indicadores de sospecha)
✓	Cuestionar en base al test “situación del agresor” (ANEXO 8 Registro de identificación de control y conductas de un posible agresor/maltratador)
✓	Valorar al agresor en base a conductas de violencia (ANEXO 1 Estrategias de control y conductas del maltratador y consecuencias en la víctima)

• MANEJO EN VIOLENCIA DE NATURALEZA FÍSICA

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
B	Según el ICSI todas las personas necesitan oír un mensaje claro por parte del personal sanitario de que sus preocupaciones actuales son lógicas y de que no merecen ser violentadas. Nadie merece ser violentado. (ITEM DIAGNÓSTICO)	2++
B	Según el SOGC el personal sanitario debe tomar notas clínicas objetivas, claras y legibles, utilizando las propias palabras de la persona sobre violencia, añadiendo dibujos o fotografías cuando sea oportuno, siempre priorizando el bienestar y la comunidad de la persona agredida. (ITEM DIAGNÓSTICO)	2++

• MANEJO EN VIOLENCIA DE NATURALEZA PSICOLÓGICA

NIVELES DE PRUEBAS	
1++	En los estudios realizados en Terapia para el Estrés Pos Traumático con mujeres maltratadas, predominan los síntomas de re-experimentación e hiperactivación, por encima de los de evitación (Echeburúa, Corral y Amor, 1998). (ITEM DIAGNÓSTICO)

• MANEJO EN VIOLENCIA DE NATURALEZA SEXUAL

BUENA PRACTICA

✓	Transcribir los hechos referidos por la persona en relación con la agresión: • Edad (si se trata de un /una menor de edad –avisar inmediatamente al turo o responsable) • Hora, lugar, tipo de agresión sexual • Tiempo transcurrido desde la agresión (si esta dentro de las 72 horas del hecho se puede evaluar el tratamiento preventivo para ITS/VIH y embarazo, así como la recolección de evidencia. • Estado en que se encuentre la víctima (si presenta signos o lesiones que pongan en riesgo la vida, realizar la Atención médica y psicológica inmediata)-plan de riesgos- • Actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, entre otros), a demás de la historia ginecológica: menarquía, fecha de la última menstruación (FUM), método anticonceptivo, última relación sexual y disfunciones sexuales.
✓	Llamar a: • Autoridades (fiscalía, comisaria de la zona) • Familiar o tutor responsable (en caso de tratarse de una menor de edad. De ser mayor de edad a la persona de confianza que ella solicite, guarde la confidencialidad en respecto de los derechos de la persona) • Profesional en psicología o psiquiatría • Profesional en trabajo social (evaluará la seguridad y riesgo en que se encuentre la víctima. Especialmente en caso de menores de edad y mujeres violentadas.
✓	FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (es preciso informar a la víctima de todas las exploraciones que se le vayan hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo, recalando que puede negarse en cualquier momento del examen (ANEXO 12 Consentimiento informado)
✓	Escribir la historia clínica con letra legible y si tachones ya que es un documento legal que puede servir como prueba importante en el proceso judicial. La historia clínica es de propiedad de la persona, esta no puede ser socializada a cualquier persona, ni siquiera a los jueces su permiso.

• TRATAMIENTO

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
A	Utilizar programas multicomponentes cognitivos conductuales en trastorno por estrés pos trauma (TPET) individual y el tercero grupal, la sintomatología se reduce. Se mejora las puntuaciones de depresión, autoestima y culpa. El tiempo de aplicación va de 6 meses a 1 año. Según Echeburúa et al (1996) Kubany, Hill, Owens, Iannce-Spencer, McCaig, Tremayne et al. (2004) y Rincón (2003). (ITEM TRATAMIENTO)	1++
B	La terapia de exposición (exposición sistemática a memoria traumática en entorno seguro) es bastante efectiva con mujeres atacadas sexual o no sexualmente, así como con mujeres que han sufrido abuso sexual en la infancia. La terapia de apoyo y consejo es menos efectiva que la exposición, pero es mejor que la no terapia (Foa y Street, 2001). (ITEM TRATAMIENTO)	1+
B	Hay poca evidencia sobre la mayoría de los tratamientos habituales para víctimas. Hay más pruebas que apoyan el uso de tratamientos para el trauma de la víctima y sobre el abuso de sustancias para maltratadores. (Foa y Street, 2001). (ITEM TRATAMIENTO)	2++
B	Son beneficiosas las intervenciones inmediatas (defensa), el consejo de cuidado más conciencia de peligro frente al consejo sólo, el consejo cognitivo-conductual frente al no consejo, la terapia cognitiva del trauma frente al no tratamiento, el apoyo del grupo de iguales y los planes de seguridad. En el resto de los casos se desconoce la Todo ello no superó la fuerza de evidencia moderada, o fue baja o muy baja. (Foa y Street, 2001). (ITEM TRATAMIENTO)	2+
B	No existe evidencia de la efectividad en consejo versus no consejo, diferentes tipos de consejo versus otros y casas de acogidas, y es improbable que sea beneficioso únicamente el apoyo y guía de enfermería. Sadowski (2009) (ITEM TRATAMIENTO)	

• REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

BUENA PRACTICA

✓	El seguimiento debe ser realizado por el personal de salud de primer nivel que atendió el caso o al que fue referido el caso por primera vez, en función de las necesidades y demandas de la persona y de la gravedad de la violencia diagnosticada.
✓	Se programarán consultas periódicas y/o visitas domiciliarias de seguimiento en las que se valorará aspectos relativos a la evolución del caso: • Estado de las lesiones previas y la posible aparición de otras nuevas. • Incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de violencia sufrido. • Extensión de agresiones a otros miembros de la familia en el mismo domicilio. • Modificación del riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de drogas, alcohol, pérdida del trabajo). • Respuesta de la red social de apoyo. • Eficacia de las estrategias del Plan de Emergencia.

• PREVENCIÓN DE ITS, HEPATITIS, VIH, EMBARAZO EN VIOLENCIA

ITS

BUENA PRACTICA

- ✓ La profilaxis en otras Infecciones de Transmisión Sexual busca evitar se contraigan gonorrea, sífilis, chlamydia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana.

HEPATITIS-ANTITETÁNICA

BUENA PRACTICA

- ✓ Sin vacunación previa o vacunados sin títulos de anticuerpos conocidos: indicar vacuna antiHBV (3 dosis: 0, 1 y 6 meses).

BUENA PRACTICA

- ✓ Si no estuviera vacunada en los últimos 10 años: Vacuna Antitetánica o doble adulto.

VIH

NIVELES DE PRUEBAS

- | | |
|---|---|
| 4 | Esquema de prevención antirretroviral se determina con la consideración de evidencia científica actual, la experiencia de programas de VIH/sida y los adelantos en materia de tratamiento de la infección por VIH. Esas recomendaciones se concentraron principalmente en GUÍA MATRIZ DE LA OMS: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf . (ITEM TRATAMIENTO) |
|---|---|

BUENA PRACTICA

- ✓ **NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA:**
Todos los casos confirmados de infección por VIH, son de reporte epidemiológico obligatorio por los laboratorios de la red de salud pública (IESS, FFAA, Policía, MSP) y de la red de salud privada, al INH provincial y este al regional
- ✓ Todos los casos de sida confirmados, así como embarazadas VIH positivas y expuestos perinatales serán notificados por las Unidades de Atención Integral a las Direcciones Provinciales de Salud, utilizando el formato correspondiente del Sistema de Vigilancia para mayores y menores de 13 años, SVE-SIDA 002 y 003.
- ✓ **CONSEJERÍA / EDUCACIÓN:**
Informar clara y objetivamente sobre los aspectos concernientes a la infección por VIH/SIDA y otras ITS
- ✓ Evaluar el grado de exposición al virus y otras enfermedades.
- ✓ Promover elementos que mejoren el bienestar físico, psicológico y social del paciente.
- ✓ Ofrecer Consejería a familiares

BUENA PRACTICA

- ✓ Se debe valorar el caso fuente de la exposición, en relación a su estado serológico, su condición clínica, inmunológica y virológica.
- ✓ Se debe valorar el estado las características de la exposición
- ✓ Cuando se desconoce la condición serológica del violador siempre se considera una relación receptiva. Por lo tanto la profilaxis se realiza con régimen ampliado.

BUENA PRACTICA

- ✓ Para decidir cuáles son los regímenes a prescribir, se debe tener en cuenta la eficacia, toxicidad y tolerancia de los Antirretrovirales (ARV).

BUENA PRACTICA

✓	La administración de la profilaxis post-exposición PPE, debe ser realizada en las primeras 4 horas de la exposición, máximo hasta las 72 horas. No es recomendable la PPE después de las 72 horas.
✓	La duración de la PPE debe ser de 4 semanas
✓	Cuando existe sospecha de resistencia a ARV en la persona fuente, se debe incluir fármacos sin resistencia cruzada
✓	Cuando existen dudas sobre la necesidad de administrar PPE, se debe administrar la primera dosis y ser valorada su continuación por un experto

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN VIOLENCIA

BUENA PRACTICA

✓	Informar al paciente sobre uso y efecto de la AOE
✓	La administración de la AOE o el método Yuzpe no debe ser obligada , debe considerar la decisión del paciente.

EMBARAZO EN VIOLENCIA

✓	Brindar “ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA” • Dar asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud para que éstas cuenten con toda la información para la toma de decisiones. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados y el riesgo de los mismos, siempre respetando la decisión informada de la usuaria. • En los casos en que la usuaria manifieste la decisión de interrumpir el embarazo, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y que procuren disminuir las complicaciones inmediatas que son el preámbulo de las complicaciones mayores y de la muerte materna. Educación preventiva-educativa, Información sobre prácticas de menor riesgo, y consulta de seguimiento post- procedimiento. (ANEXO) • Es obligación informar sobre las situaciones de riesgo para la salud (en caso de que la decisión de la mujer no desee seguir el curso de embarazo) y orientar sobre su prevención hablar de aspectos legales no exime de plantear aspectos médicos/biológicos/sanitarios. • El profesional de salud debe respetar la confidencialidad de la información clínica de la paciente, como una medida de protección de la usuaria y brindarle la atención que requiera para lograr un estado de salud óptimo.
✓	Referir a la mujer al centro de salud de la zona, para que continúe con el proceso de asesoramiento para una maternidad segura.

7 CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La Organización mundial de la Salud (2002) define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otras personas o un grupo o una comunidad, que causa o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

A su vez la categoría de análisis “género” aplicada al fenómeno social de la violencia permite reconocer las creencias, los símbolos y comportamientos, y en general, los significantes culturales a través de los cuales se diferencia socialmente a los hombres (niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores) a las mujeres (niñas, adolescentes, jóvenes, adultas, adultas mayores), a las personas con diversas identidades sexo-genéricas, creando condiciones de desigualdad que producen lo que se ha definido como violencia, afectándolos de manera distinta y en grado diverso.

La violencia analizada a través del género permite una mejor comprensión de cómo ciertas condiciones corporales, biológicas o sociales como la edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, constituyen factores de mayor vulnerabilidad frente a la violencia, sus consecuencias y efectos diferenciados, permitiendo un abordaje integral y no discriminante que abarque la complejidad de esta problemática.

La violencia de género es estructural se origina en un sistema que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales (sexo, etnia, edad) produciendo y reproduciendo relaciones de poder históricamente desiguales. Parte de esta construcción son los roles diferenciados según el sexo y el género que se basan en la construcción social y cultural de lo que es “lo masculino” y “lo femenino”, construcción que cruza otras construcciones sociales como “el deber ser de adulto/a” y “el deber ser de niño/a”, que fundamentalmente reproduce las relaciones inequitativas de poder, que se reflejan en la vida pública y privada, y durante todo su ciclo de vida.

La violencia de género se traduce, histórica y socialmente, en violencia dirigida contra las mujeres, (niñas, adolescentes, adultas, adultas mayores) puesto que las afecta en forma desproporcionada con base en el rol femenino socialmente construido. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad.

7.1 CLASIFICACIÓN DE VIOLENCIA

La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- a) **violencia autoinfligida** (comportamiento suicida y autolesiones),
- b) **violencia interpersonal** (violencia familiar, que incluye menores, pareja y

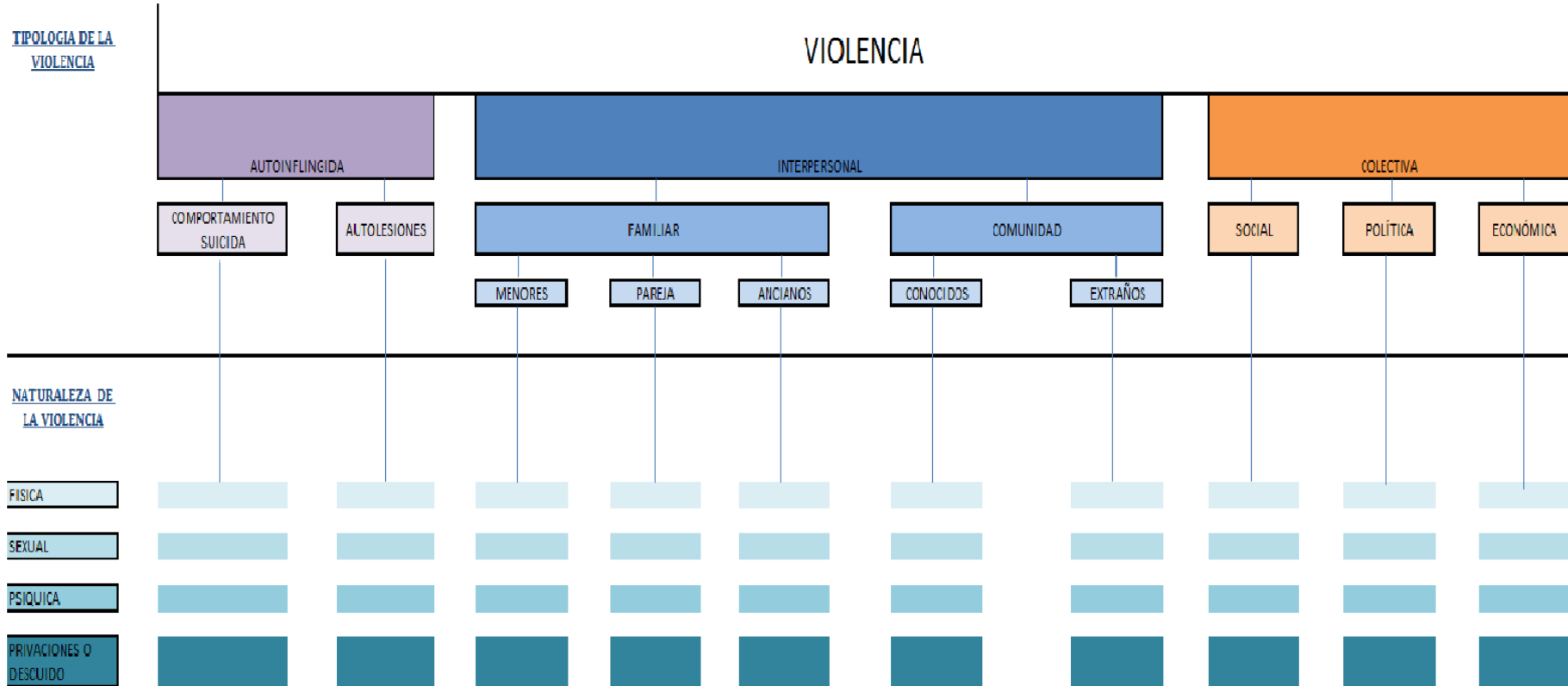
- ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco),
- c) **violencia colectiva** (social, política y económica).

La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica, los anteriores incluyen privaciones o descuido. Ver figura 1.

Esta guía está centrada en la atención de la violencia DE GÉNERO ENTENDIDA COMO VIOLENCIA interpersonal que incluye el abordaje de violencia intrafamiliar, violencia contra (niños y adolescentes), violencia contra las mujeres, violencia de pareja, violencia contra adultos mayores (denominación para el Ecuador), violencia contra personas con identidad sexo-genérica diversa, acoso, violencia en el trabajo y violencia de género entre personas sin parentesco.

FIGURA 1

CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA SEGÚN LA OMS



En el contexto ecuatoriano la violencia interpersonal se conceptualiza con los siguientes términos:

VIOLENCIA INTERPERSONAL: Es todo uso deliberado de la fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo en contra de otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia interpersonal se subdivide en dos tipos: violencia intrafamiliar y violencia comunitaria.

- a). **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:** Considerada como todo acto de fuerza o poder en contra de una persona del grupo familiar: mujer, adulta o adulto mayor, niñas, niños, adolescentes u otros.

La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia (Ley 100) la define como:

“toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar”. (Art 2).

- **VIOLENCIA CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** (Determinado como Maltrato a menores)⁸, En 1999, la Reunión de Consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición: “El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

Se establecen cuatro tipos de maltrato de niños por los cuidadores, a saber:

- el maltrato físico (real o potencial),
- el abuso sexual,
- el maltrato emocional⁹
- el descuido¹⁰

- **VIOLENCIA CONTRA LA MUJER:** Según la convención Belem do Para, la violencia es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia

⁸ Es importante tomar en cuenta que tanto los marcos legales nacionales, como el sistema común de información de salud del país, utiliza el término maltrato -para el caso de niños, niñas y adolescentes- como término homónimo de violencia en concordancia con el CIE-1033. Para efectos de aplicación de esta Norma se considera esta homologación (Art.4).

⁹ Se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil

¹⁰ Cuando uno de los padres o cuidador no toma medidas para promover el desarrollo del niño —estando en condiciones de hacerlo— en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras (Art. 67).

física, sexual y psicológica:

a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y

c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

- **VIOLENCIA DE GENERO INTRAFAMILIAR:** Es todo acto de fuerza o poder en contra de una persona por su pertenencia a un sexo, género, identidad sexo-genérica o por su orientación sexual por parte de un miembro de su familia.

La inclusión de la categoría género a la comprensión de la violencia nos permite complejizarla y comprender las relaciones de poder existentes en la sociedad y como las mismas hace que ciertas condiciones determinen mayor vulnerabilidad a la violencia.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer”. En su Art. No. 1 la define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

- **VIOLENCIA A ADULTOS MAYORES:** Según la definición de la organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores, “el maltrato hacia los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”.

b). VIOLENCIA COMUNITARIA: Es todo acto de fuerza o poder en la comunidad, perpetuado por personas conocidas o desconocidas que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.

Según su naturaleza la violencia se determina como:

- I. **Violencia física.**- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación. La violencia física incluye la privación de la libertad de una persona en contra de su voluntad por medio de manipulación u otra fuerza que la restrinja.
- II. **Violencia psicológica.**- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la persona agredida. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado. Es importante tomar en cuenta que tanto los marcos legales nacionales, como el sistema común de información de salud del país, utiliza el término maltrato -para el caso de niños, niñas y adolescentes- como término homónimo de violencia, lo que deberá ser considerado por los profesionales de la salud.
- III. **Violencia Sexual.**- Se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo, la violencia sexual incluye al acoso sexual, la violación, al ultraje y los delitos contra la libertad sexual.

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) define que los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:

- la violación en el matrimonio o en las citas amorosas;
- la violación por parte de desconocidos;
- la violación sistemática durante los conflictos armados;
- las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de a exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
- el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- el abuso sexual de menores;
- el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
- la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual;
- el aborto forzado;
- los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;
- la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

No existe ninguna definición universalmente aceptada de trata con fines de explotación sexual.

El término abarca el traslado organizado de personas, por lo general mujeres, entre países y en los países, para obligarlas a ejercer la prostitución.

Este tipo de tráfico también incluye el acto de obligar a un inmigrante a realizar un acto sexual como condición para permitir o tramitar su inmigración.

Para el tráfico sexual se emplea la coacción física, el engaño y el sometimiento logrado mediante una deuda forzada. En la trata de mujeres y niños, por ejemplo, muchas veces se les promete un empleo en el servicio doméstico u otro tipo de servicios, pero en cambio generalmente se los lleva a burdeles donde se los despoja de su pasaporte u otros documentos de identidad. Puede ocurrir que se los golpee o encierre, y se les prometa la libertad solo después de que ganen, mediante la prostitución, el precio pagado por su compra, así como los costos de viaje y de visado.

- IV. **Violencia Patrimonial o económica.**- Constituye una forma más de violencia psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente, Ejemplo, vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero.

7.2 EPIDEMIOLOGIA Y REPERCUSIONES SANITARIAS DE LA VIOLENCIA

Para el año 2011 el Plan Nacional para la erradicación de la violencia basada en género contra niñas, niños, adolescentes y mujeres, Ministerio de Interior, el INEC y la Comisión de Transición Hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, realizaron la Encuesta de Violencia de Género contra las Mujeres cuyo objetivo fue contribuir a la visibilización de la violencia de género como un problema social importante ante el cual todas y todos estamos llamados a actuar.

La encuesta, se desarrolló desde el 16 de noviembre al 15 de diciembre de 2011, se realizó a mujeres de más de 15 años de 18.800 viviendas, a nivel nacional, urbano y rural. Esta es la primera encuesta de este tipo en el país y la segunda en Latinoamérica después de México.

La encuesta, determina la prevalencia de violencia de género en el país, y nos muestra que la misma se encuentra extendida en todas las clases sociales, culturas, étnicas, pueblos, grupos étnicos, niveles educativos, entre otros.

Para el 2012 se recoge estadísticas totales de violencia a través de la base de datos nacional del EPI 2 y que se evidencian a continuación:

La tasa de casos de violencia, se ha ido incrementando en el transcurso de los años 1994 al 2011:

En el año 2011, la mayor tasa de violencia se observa en las provincias de la Amazonía.

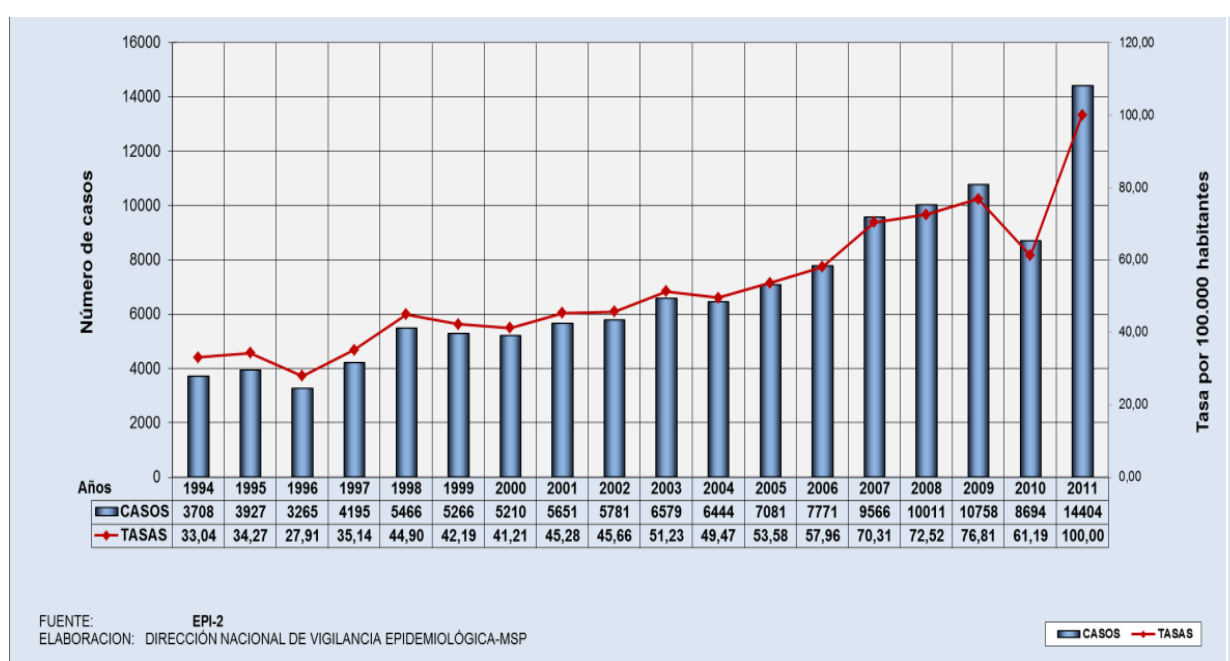
El grupo de edad más afectado por violencia y maltrato es el de 15 a 19 años, en el año 2011.

En el año 2011, se registraron 10 fallecimientos por violencia y maltrato, con una tasa de letalidad de 69.42 x 100.000 casos de violencia.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Actualización Nacional EPI 2 Comportamiento Humano. Octubre 2012.

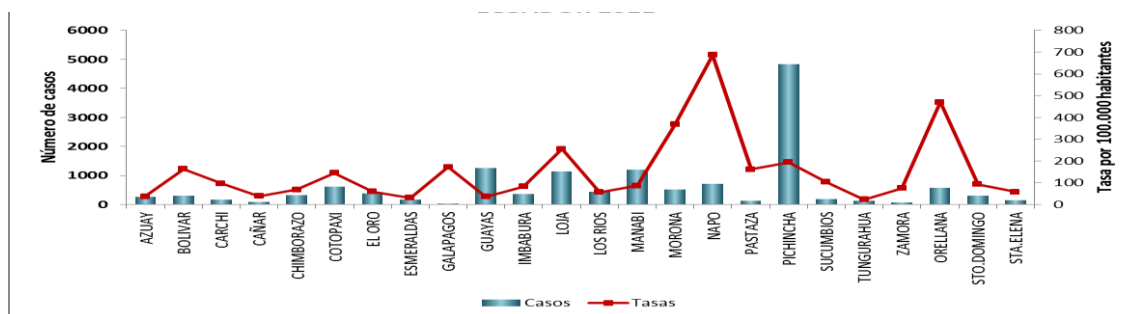
Se dispone de un histórico del número de casos reportados por año, desde 1994. En el gráfico N°1, podemos observar que la tasa de casos víctimas de violencia y maltrato se ha ido incrementando con el transcurso de los años. La notificación del año 2011, supera a la tasa que se ha reportado en años anteriores, en donde alcanzó una tasa aproximadamente de 100 casos por cada 100.000 habitantes.

GRAFICO 1
CASOS Y TASAS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y MALTRATO ECUADOR 1994-2011



Al realizar el análisis por provincias, se puede observar que las 24 provincias han reportado casos de violencia y maltrato en el año 2011. El mayor número de casos se encuentra en la provincia de Pichincha donde se reportó 4830 casos en este año, pero las mayores tasas se observaron en la provincia de Napo y Orellana con una tasa de 686.83 y 469.58 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

GRAFICO 2
CASOS Y TASAS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y MALTRATO POR PROVINCIAS, ECUADOR 2011.

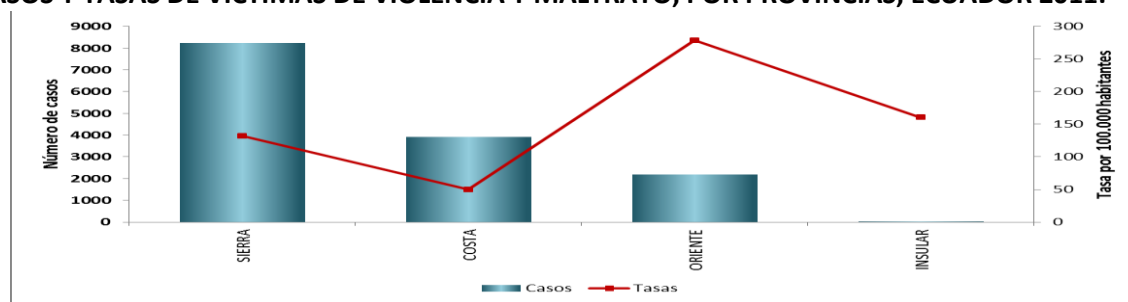


FUENTE: EPI 2, 2012

Esta información concuerda con que las mayores tasas de víctimas de violencia y maltrato se observan en la Amazonía (año 2011), en donde alcanza una tasa de 278 casos por 100.000 habitantes. Aunque en la región sierra y costa se presenta el mayor número de casos.

GRAFICO 3

CASOS Y TASAS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y MALTRATO, POR PROVINCIAS, ECUADOR 2011.



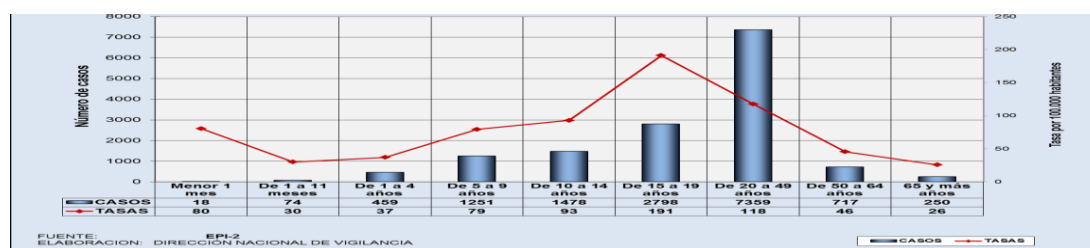
FUENTE: EPI 2, 2012

La violencia de género sobrepasa el 50% en todas las provincias del país. Total nacional 60,6%. Las provincias con mayor porcentaje de violencia de género son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay mientras que Orellana, Manabí y Santa Elena son las provincias con menor índice de violencia contra la mujer.

Al realizar el análisis por grupos de edad, el mayor número de casos se encuentra en el grupo de 20 a 49 años, pero la mayor tasa está en el grupo de 15 a 19 años, en donde se alcanza una tasa de 191 casos por 100.000 habitantes.

GRAFICO 4

CASOS Y TASAS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y MALTRATO, POR GRUPOS DE EDAD, ECUADOR 2011.

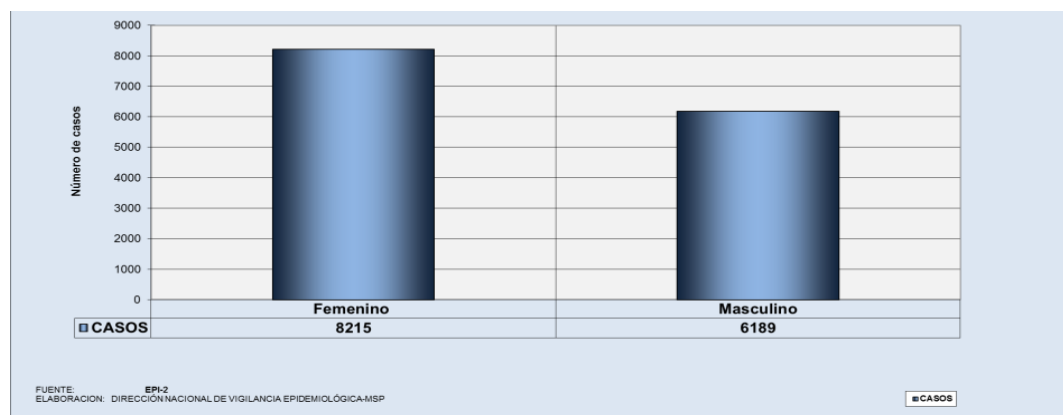


FUENTE: EPI-2
ELABORACION: DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA

En el siguiente gráfico, se indica que del total de casos víctimas de violencia y maltrato, el 57% de violencia está en las mujeres y el 43% en hombres.

GRAFICO 5

CASOS DE VIOLENCIA Y MALTRATO, POR SEXO, ECUADOR 2011.



En el año 2011, se registró 10 fallecimientos por violencia y maltrato, con una tasa de letalidad de 69.42 por cada 100.000 casos víctimas de violencia y maltrato.

INDICADORES MUNDIALES

Según (Brundtland, 2002) La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de conducta en la adolescencia y la edad adulta, Según la OMS (2002) la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos fue de 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta, 15% para las que tenían antecedentes de violencia física por parte de su pareja y 6% para las que no habían sufrido malos tratos. La violencia sexual perpetrada por la pareja agrava los efectos de la violencia física sobre la salud mental.

También se comprobó que existe una relación entre haber sido víctima de una violación y las dificultades actuales para dormir, síntomas de depresión, afecciones somáticas, consumo de tabaco y problemas conductuales (como las conductas agresivas, el robo y el ausentismo escolar).

Las mujeres víctimas de agresiones sexuales durante la niñez o la edad adulta tienen mayores probabilidades de suicidarse o de intentar suicidarse que otras mujeres.

Según la OMS-OPS en el informe mundial sobre violencia y la salud, 2003, En casi todos los ciclos de vida, pero especialmente en los/as adolescentes y adultos/as varones, las primeras diez causas de muerte están asociadas con patologías provocadas por agresiones, accidentes y lesiones auto infringidas y en las mujeres se añaden las causas obstétricas.

La violencia se produce en cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad y es transversal en todos los ciclos de vida, porque como hemos explicado responde a un sistema social. La violencia es compleja y se expresa de varias formas, en

esta guía nos interesa especialmente el abordaje de la violencia de género, pues la misma es la que tiene mayor incidencia social.

La manifestación más importante de este tipo de violencia, es la violencia contra las mujeres por su amplitud, su incidencia y su gravedad social. Otras formas de violencia de género son las ejercidas contra niñas, niños y adolescentes, personas con identidades sexo-genéricas y orientación sexuales diversas.

9.2.1 CAUSAS ESTRUCTURALES

La sociología identifica dos formas de materialización de la violencia: a) la manifiesta, que afecta la vida o integridad física de individuos o grupos, de manera que sus manifestaciones son cuantificables; en ella se inscriben actos como el homicidio, los golpes, la violación, etcétera; y, b) la estructural, cuya causalidad se encuentra en las condiciones estructurales de la sociedad y cuyas consecuencias no se pueden atribuir a sujetos específicos; esta violencia expresa la capacidad de la organización social para disponer, a la vez, de una gran capacidad de integración y de una fuerte exclusión en el modelo social de desarrollo y se evidencia cuando la vida política y social aísla y margina del bienestar social a importantes sectores. (ANEXO 2 Ciclo de la violencia. ANEXO 3 Rueda de Poder y control).

PATRONES SOCIO-CULTURALES:

Según el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia Basada en Género contra niños, niñas, Adolescentes y Mujeres (2008). La cultura está conformada por valores, prácticas, relaciones de poder y procesos sociales, políticos y económicos, que se entrelazan en la vida cotidiana de las personas y de las comunidades creando patrones culturales que no son de manera alguna un conjunto estático y cerrado de creencias y prácticas.

En este conjunto de creencias y prácticas, de patrones culturales, que fluyen y cambian llamado cultura, existen actitudes o conductas que perpetúan y generan prácticas que entrañan violencia o coacción basada en género, puesto que se (re)producen en la atribución de funciones estereotipadas a hombres (niños, jóvenes y adultos) y mujeres (niñas, jóvenes y adultas) en las que se considera a niños, niñas adolescentes y mujeres, como subordinados.

Estos prejuicios y prácticas pueden llegar a justificar la violencia contra las mujeres niños, niñas, adolescentes y personas con orientaciones sexuales e identidades sexo-genéricas diversas, como una forma de protección (como cuando las adolescentes violadas son forzadas a casarse con sus agresores) o dominación (el ejercicio de la violencia intrafamiliar como forma de “corregir” a las mujeres, niñas, niños y adolescentes). La cultura da formas particulares a la violencia basada en género dependiendo del contexto histórico y geográfico concreto.

Algunas de estas actitudes o creencias tienen que ver con mitos que (re)producen la creencia en la superioridad del sexo masculino y de una forma de vivir la masculinidad, que resulta en una serie de privilegios. La más extendida es la híper necesidad sexual masculina que está relacionada al desempeño sexual para determinar la mayor o menor hombría. La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes así como la prostitución forzada de mujeres adultas, encuentran en esta creencia una fuente de naturalización. “La violencia sexual es también más frecuente allí donde impera un firme convencimiento de los derechos sexuales del varón o los roles de los sexos son más rígidos” (OMS, 2008)

El doble parámetro o la doble moral que es cuando una misma conducta, situación o característica son valoradas en forma distinta según el sexo de quien se encuentra involucrado, como la infidelidad. El dicotomismo sexual que es el tratamiento extremadamente diferenciado a hombres y mujeres sin reconocer sus semejanzas, como cuando se considera que el conocimiento intuitivo es exclusivo de las mujeres y el conocimiento lógico es propio de los hombres. “Las tradiciones culturales pueden perpetuar la desigualdad y la discriminación de una generación a la siguiente, al igual que los estereotipos de género permanecen ampliamente aceptados sin que nadie los ponga en tela de juicio” (UNICEF, 2007)

LAS DESIGUALDADES ECONÓMICAS

Las mujeres han logrado importantes avances en el mejoramiento de sus condiciones económicas, sin embargo persisten desigualdades y discriminación en esferas tales como empleo, ingresos, acceso a recursos económicos que redundan en la falta de autonomía y empoderamiento económico.

En este sentido, aunque la participación de las mujeres ecuatorianas en el mercado laboral ha ido creciendo dicho aumento se caracteriza por la precariedad y el ocultamiento de las relaciones laborales así como la informalidad, el subempleo y la vinculación con actividades que reproducen roles de género como el trabajo doméstico y de cuidado. En lo salarial la brecha entre hombres y mujeres es persistente así como la concentración de mujeres en espacios laborales de menor retribución y caracterizado por relacionarse al comercio y servicios.

Las desigualdades económicas reducen las capacidades de las mujeres de actuar y tomar decisiones incrementando las condiciones propicias para las violencias basadas en el género, puesto que crean, refuerzan y exacerban las prácticas y creencias culturales sobre el “deber ser” de hombres y mujeres. La violencia intrafamiliar está particularmente vinculada a la falta de empoderamiento económico de las mujeres que se traduce en la normalización cultural de las conductas violentas al interior del hogar. Este factor “puede determinar que para una mujer sea difícil o peligroso abandonar una relación en la que se producen malos tratos” (OMS 2008)

La falta de empoderamiento económico es un factor estructural de las violencias basadas en el género, no solo por las condiciones de vulnerabilidad que produce, sino también por las formas de violencia que potencia, además de las establecidas, hay formas de explotación sexual en aumento, como el turismo sexual, la contratación de trabajadoras domésticas de países en desarrollo en los países desarrollados y el casamiento de mujeres de los países en desarrollo con extranjeros. La pobreza y el desempleo aumentan las oportunidades de trata, explotación sexual y prostitución forzada.

La igualdad en el empleo puede verse seriamente perjudicada cuando las mujeres son sometidas a la violencia por su condición de mujeres, por ejemplo el hostigamiento sexual en el trabajo. El aumento de la migración de las mujeres ha transnacionalizado y mundializado formas locales tradicionales de violencia contra las mujeres y a su vez se ha convertido en un factor de riesgo frente a la violencia misma. “Las mujeres y niñas pobres se enfrentan a veces ante la alternativas de que el comercio sexual sea la única posibilidad de empleo que les queda cuando se han cerrado todas las demás puertas laborales”. (UNICEF, 2007).

9.2.2 FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD

Existen factores de riesgo asociados tanto a las víctimas como a los agresores que potencian la incidencia de las causas estructurales de la violencia basada en género, así en nivel individual, Según el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, Adolescencia y Mujeres (2008), el haber presenciado violencia a edades tempranas o haber sido víctima de ella; o, el usar drogas o alcohol; en nivel de familia o de pareja, cuando existen comportamientos autoritarios, o disparidad en el control de los ingresos; en nivel de la comunidad, cuando la violencia se considera un asunto privado, existe alta tolerancia a la violencia contra las mujeres, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, discapacitados y personas con identidades sexo-genéricas o orientaciones sexuales diversas y se las normaliza, cuando se afirman roles de género y relaciones inequitativas como los modos adecuados de relacionarse en las parejas y finalmente, a nivel de Estado, cuando no se garantizan los derechos humanos y la falta de existencia de políticas públicas en pro de la igualdad de género, intergeneracional, interétnica, intercultural, la inclusión de personas con discapacidades y personas en situación de movilidad social, existiendo un grado elevado de impunidad en los delitos sexuales, femicidio, feminicidios, o sanciones para personas violentadoras, además de un sistema ineficiente de protección a víctimas de violencia.

Conjugadas con estos factores de riesgo existen condiciones de mayor vulnerabilidad que hacen que las violencias de género tengan manifestaciones y consecuencias particulares, y a su vez generen otras formas de discriminación:

CONDICIÓN ETÁREA:

La violencia basada en género se ejerce en contra de personas de todos los grupos etéreos, sin embargo, existen edades donde el riesgo de sufrir violencia es mayor: niñas, niños, adolescentes y adultas y adultos mayores. Esto se debe a la dependencia emocional, económica, de recursos (culturales, simbólicos, sociales) y de cuidado que existe en estas edades.

La violencia basada en género sin embargo se expresa de forma distinta de acuerdo al sexo, la identidad sexo-genérica y la orientación sexual, lo cual implica que su forma, efectos y consecuencias varían de acuerdo a estas características. Entender esto es fundamental para construir respuestas de restitución de derechos no discriminatorias y apropiadas, por tanto no revictimizantes y evitar la repetición de situación de vulneración.

Como se ha citado anteriormente los niños son sometidos a conductas de “endurecimiento de carácter” privándolos de un aprendizaje afectuoso sin opción de demostración de emociones, conductas que incluso resultan riesgosas¹¹, en tanto que las niñas desde sus más tempranas edades son sometidas a prácticas de sometimiento y usadas como objetos sexuales.

En el mismo sentido la violencia basada en género expresada en violencia sexual afecta de manera más frecuente a las niñas y a las adolescentes, según un estudio de la OMS 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años de edad sufrieron en el 2002 algún tipo de violencia sexual a nivel mundial.

Cuando la víctima de la violencia es un niño o un adolescente una de las formas más frecuentes de violencia se basa en su “feminización” como forma de degradación o su utilización y en el caso de los varones adultos generalmente se encuentran en condiciones de privación de libertad o de dependencia de otros varones que ejercen algún tipo de poder sobre ellos, “feminizándolos” como forma de dominación, incluso de destrucción.

Por otro lado la violencia basada en género varía de forma de acuerdo a la etapa etárea así la violencia física es más frecuente entre niños y niñas en tanto que la violencia sexual es más frecuente entre la pubertad y la adolescencia.

La violencia basada en género crea un círculo vicioso de violencia en que las mujeres víctimas de violencia construyen relaciones violentas con sus hijos e hijas, los y las cuales se convierten a su vez en reproductores de comportamientos violentos, los futuros hombres violentadores y mujeres violentadas.

De acuerdo a la OMS (2008) son muchos los factores que inciden en la violencia intrafamiliar destacándose los antecedentes de violencia en la familia del agresor, sobre todo el hecho de haber visto golpear a su propia madre. “Se ha relacionado también el comportamiento sexualmente violento en varones por el hecho de haber presenciado escenas de violencia familiar y de haber tenido padres emocionalmente distantes y desatentos.

¹¹ En todos los espacios de socialización los niños y adolescentes varones son expuestos socialmente al aprendizaje de conductas masculinas, como golpearse, aventarse del transporte público en lugar de bajarse, iniciar relaciones sexuales aunque no estén listos para ello, entre otras

La violencia intrafamiliar convierte a las familias en expulsoras y espacios no acogientes para niños, niñas y adolescentes, aumentando las posibilidades de conductas agresivas pero también las probabilidades de ser víctima.

Otro grupo poblacional con mayor vulnerabilidad a la violencia lo constituyen las y los adultos mayores, esto se debe a la dependencia que esta edad implica de hijos, hijas, otros familiares o conocidos. En este grupo etáreo también se identifican diferentes formas de violencia de acuerdo al sexo, género, orientación sexual e identidad sexo-genérica de las personas siendo que las más vulnerables a la violencia en la tercera edad son las mujeres quienes se ven obligadas a cumplir roles tradicionales y corren un alto riesgo de ser violentadas física, psicológica, sexual y patrimonialmente.

“Las mujeres adultas mayores, que tienden a vivir más que los hombres, también están expuestas a formas de violencias derivadas de toda una vida marcada por roles culturales, puesto que carecen del control de los recursos económicos familiares afrontando la discriminación en cuanto a herencia y propiedad. Así al carecer de jubilación, son abandonadas e incluso abusadas física, psicológica y sexualmente. “En las culturas en las que las mujeres ocupan una situación social inferior corren un riesgo especialmente alto, por ejemplo de ser abandonadas cuando enviudan o de que se les arrebaten sus propiedades” (OMS, 2008).

Pertenencia a un Pueblo o Nacionalidad:

Las mujeres pertenecientes a grupos étnicos o raciales sufren violencia tanto en sus comunidades como fuera de ellas. En el Ecuador “Los servicios de atención a mujeres violentadas revelan que solo 8% de las denuncias corresponden a mujeres indígenas (Ardaya y Ernst, 2000). El problema tiene especial relevancia porque las evidencias muestran que hay mayores probabilidades de que las mujeres indígenas estén sujetas a eventos de violencia física y psicológica en sus hogares. Confrontando esta imagen, varios estudios han subrayado formas de resistencia y contestación de las mujeres frente a la agresión.” (CONAMU 2005) Las mujeres indígenas reportaron haber observado violencia física y psicológica en sus hogares más que las mestizas o miembros de otros grupos étnicos. Un 44% de mujeres indígenas relató violencia física contra 35% de mestizas y 34% de otros grupos. “En la percepción de las mujeres afroecuatorianas se establece además la discriminación étnico cultural, como por ejemplo, que solo sirven para el trabajo doméstico y en casos frecuentes como naturalmente adecuadas para la prostitución y el turismo sexual”. (CEPAR, 2006).

En el cantón Esmeraldas una de cada tres mujeres²⁰ ha sido víctima de algún tipo de violencia a lo largo de su ciclo de vida.

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD SEXO - GENÉRICA:

De acuerdo a una investigación realizada por la Organización ecuatoriana de mujeres lesbianas, OEML, con el auspicio de CONAMU-UNIFEM, sobre las condiciones de vida de las mujeres lesbianas en la ciudad de Quito, el 60% de las informantes han sido maltratadas por su orientación sexual, siendo e las/os agresores en su mayoría las personas más cercanas, como familiares y amigos lo agresores/as. También se visibiliza el maltrato desde las instituciones del Estado.

El 36% de las agredidas no habló con nadie sobre lo ocurrido, el 61% no recibió ningún tipo de apoyo. La ayuda médica y legal es escasa. Las mujeres lesbianas no denuncian las agresiones de las que son víctimas. Según la información obtenida en los grupos focales, se debe al temor de ser revictimizadas.

CONDICIÓN DE SALUD:

Otra condición de vulnerabilidad es el estado de salud, por ejemplo de las personas viviendo con SIDA y la personas con discapacidades.

Según Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999) Existen ciertos factores de riesgo para la violencia de género entre las evidenciadas se encuentran:

- Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen
- Bajo nivel educativo
- Dependencia económica
- Aislamiento psicológico y social
- Baja autoestima
- Sumisión y dependencia
- Embarazo
- Desequilibrio de poder en la pareja
- Consumo de alcohol o drogas
- Edad
- Orientación sexual diversa
- Identidad sexo-genérica diversa

No hay que olvidar sin embargo que dado el bajo índice de detección, probablemente muchas mujeres que no responden a ese perfil son también víctimas de violencia. Una revisión de 52 estudios encontró que de un total de 97 factores potenciales de riesgo estudiados, el haber sido testigo de violencia familiar en la niñez o en la adolescencia, era el más claramente relacionado con ser una mujer o persona maltratada.

Conocer la relación de causalidad entre estrategias de abuso, coerción o dominación del maltratador, el ciclo de la violencia y sus consecuencias psicológicas (ANEXO 1), es necesario para comprender el conjunto de factores por los que una mujer o persona continúa en una relación de maltrato y situarnos psicoterapéuticamente.

“Las mujeres maltratadas sienten vergüenza de sufrir violencia, de no ser capaces de pararla, ni de protegerse a sí mismas y a sus hijos. Se sienten culpables por haber elegido como pareja a un hombre violento o incluso por no haber podido cambiarle. Estos sentimientos les impiden contar lo que les pasa y les lleva a minimizar o negar la violencia”. (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2005)

Gomel (1998) hace una amplia revisión de los estudios que relacionan violencia de género con salud mental. Varios estudios se encuentran **asociación positiva entre la experiencia de violencia y problemas de salud mental** como depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, insomnio y quejas somáticas, aunque no hay estudios concluyentes sobre psicopatología previa y posterior a la vivencia de violencia en la pareja.

NIVELES DE EVIDENCIAS

1++	Mujeres que han sido víctimas de violencia tienen una mayor prevalencia de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abuso de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio. Gomel (1998).
1++	Sólo algunas víctimas de violencia presentan trastornos psicopatológicos bien definidos. En muchos casos, los motivos de consulta pueden ser síntomas físicos y psicológicos poco específicos y trastornos por somatización. Gomel (1998)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	El reconocimiento de síntomas puede llevarnos a la identificación y tratamiento precoz de la violencia y quizás a prevenir la aparición de problemas futuros. (ANEXO 4) Gomel (1998)
---	--

BUENA PRACTICA

- ✓ Disponer de soportes sociales y de experiencias positivas ante las crisis vitales, serían factores de protección y se asocian a niveles más bajos de síndrome de estrés postraumático; las situaciones estresantes durante la infancia y las experiencias negativas frente a crisis vitales, se asocian con mayor frecuencia de trastornos psicológicos que pueden ser la carta de presentación de una situación de violencia.

FIGURA 2
FACTORES IMPLICADOS EN LA VIOLENCIA

INDIVIDUO	FAMILIA/RELACIONES	COMUNIDAD E INSTITUCIONES	SOCIEDAD
Historia personal de violencia en la familia de origen	Control masculino de los bienes	Legitimación institucional de la violencia	Ideas acerca del ejercicio del poder y la obediencia
Aprendizaje de resolución violenta de conflictos	Adopción de decisiones en la familia, el autoritarismo	Modelos violentos (medios de comunicación)	Actitudes hacia el uso de la fuerza para la resolución de conflictos
Autoritarismo en la familia	Conflictos familiares	Tolerancia y legitimación social de la violencia de los hombres	Creencias y valores culturales acerca de mujeres, hombres, niños, familia.
Baja autoestima		Escasez de apoyo institucional para las personas que viven en situación de violencia	Conceptos de roles familiares, derechos y responsabilidades
Consumo frecuente de alcohol		Carencia de legislación adecuada	
		Impunidad	

9.2.5 PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- a) Persistencia de patrones socioculturales que naturalizan la violencia de género lo que se traduce en la negación y desconocimiento del problema en la mayoría de la población y la recreación de mitos a su alrededor.

Según el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres, existen formas y manifestaciones de violencia de género que han sido particularmente desatendidas y poco investigadas como:

- Femicidio y feminicidio, la muerte de mujeres en el marco de la violencia intrafamiliar, sexual.
 - Violencia sexual contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes en los conflictos armados y las situaciones posteriores a los conflictos.
 - Acoso sexual y violencia en los lugares de trabajo
 - Violencia en marcos institucionales y establecimientos penitenciarios
- b) El sistema de administración de justicia, que reproduce estos patrones socioculturales, ha sido altamente revictimizante, discriminante e ineficaz, tanto en cobertura (baja tasa de denuncias), como en productividad (duración de las causas penales, que pueden demorar hasta 785 días), lo que ha generado un alto índice de impunidad.

8 HISTORIA NATURAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Es muy importante mencionar que cuando se aborda la temática de violencia esta incluye la interacción entre las personas y los contextos en los que se produce; incluyendo, por ejemplo, la relación que establecen las personas en cada uno de los escenarios en los que se desarrollan, las relaciones entre dichos escenarios, la influencia que sobre ellos ejercen otros sistemas sociales, y el conjunto de creencias y valores de la persona, comunidad y sociedad.

Cuando se analiza cada caso de violencia desde esta perspectiva, suelen encontrarse múltiples condiciones de riesgo de violencia y escasas o nulas condiciones protectoras en cada nivel. Entre las condiciones de riesgo detectadas en los estudios científicos, y que suelen verse reflejadas en la mayoría de los casos de violencia están: la exclusión social o el sentimiento de exclusión, la ausencia de límites, la exposición a la violencia a través de los medios de comunicación, la integración en bandas identificadas con la violencia, la facilidad para disponer de armas, la justificación de la violencia en la sociedad en la que se producen, entre otras.

8.1 SEVERIDAD DEL PROBLEMA, COSTOS

La consecuencia nuclear de las violencias de género es la privación del goce efectivo, el ejercicio y aún el conocimiento de los derechos humanos y libertades fundamentales, contribuyendo a mantener a la víctima subordinada, limitada o expropiada de sus libertades y derechos humanos, con escasa participación política y a niveles inferiores de educación, capacitación y oportunidades de empleo.

Las consecuencias derivadas de las violencias de género pueden ser individuales, sociales y económicas:

INDIVIDUAL: Las víctimas-sobrevivientes de las violencias de género sufren deterioros en su salud física, especialmente en su salud sexual, salud reproductiva, y su salud psicológica, aumentando las probabilidades de alcoholismo, drogadicción y de presentar disfunciones sexuales, intentos de suicidio, depresión, estrés postraumático y trastornos del sistema nervioso central. Pueden incluso producir la muerte.

La violencia aumenta las probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La violencia contra las mujeres, así como la mortalidad materno-infantil, a causa de agresiones durante el embarazo. La violencia contra las mujeres acarrea no solo riesgo para la madre sino también para el neonato. Los partos prematuros, el sufrimiento fetal y el bajo peso al nacer y el aborto pueden estar asociados a la violencia sufrida por las mujeres.

Los efectos pueden dividirse entre mortales y no mortales (Heise, Ellsberg, y Gottemoeller, 1999; (figura 3). Entre los efectos mortales que puede ocasionar están el homicidio, feminicidio, infanticidio y el suicidio. Los efectos no mortales incluyen tanto alteraciones físicas y trastornos crónicos como alteraciones para la salud mental de las mujeres. Específicamente la enfermedad asociada con mayor frecuencia es el trastorno por estrés postraumático seguido de depresión, ansiedad y problemas de tipo osteo-muscular.

Entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, el 9.6% reportó alguna violencia sexual en el transcurso de su vida. Según CEPAR (2004), El 7.2% reportó alguna violación con penetración y el 3.7% mencionó alguna situación de abuso sexual sin penetración.

SOCIALES: Las violencias de género, como la intrafamiliar, están estrechamente vinculadas a la violencia social. “El hecho de presenciar la violencia doméstica crónica puede marcar la iniciación de una pauta de delincuencia y uso de la violencia en las relaciones personales que durará toda la vida... La violencia en la familia afecta a los niños/as por lo menos de tres maneras principales: en su salud, en su rendimiento educacional y en su uso de la violencia en sus propias vidas” ONU (2006).

ECONÓMICAS: Las violencias basadas en género imponen una carga económica enorme que causa pobreza tanto a nivel individual, familiar, en la comunidad, y en el país, puesto que acarrearán costos que van desde la incapacidad de las víctimas-sobrevivientes de contribuir productivamente por su estado físico y/o psicológico, hasta la pérdida para empleadores de la productividad tanto del agresor como de la persona agredida.

Existen por lo menos tres tipos de costos económicos de las violencias de género:

- **Los costos directos**, en los que una proporción considerable corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a las cargas que impone al sistema de salud pública y en los servicios prestados a las víctimas, como albergues y la administración de justicia para sancionar a agresores. Estos costos son asumidos por el sector público de la economía.
- **Costos indirectos** asociados a la reducción o pérdida de la productividad, asumido por el sector privado. Sucede cuando las víctimas o sus agresores se ausentan del trabajo o pierden el empleo o su productividad a causa de la violencia. “Tanto los trabajadores como los empleadores cargan con los costos resultantes de esa perturbación del

empleo. Si bien las mujeres pueden perder ingresos, los empleadores pueden perder producción y pueden tener que cargar con los costos de la licencia por enfermedad...” ONU (2006).

- **Costos para la víctima** – sobreviviente que son aquellos tanto emocionales como materiales.

8.2 INTERVENCIONES

Las intervenciones que se pueden hacer desde una perspectiva integral son:

- **Prevención primaria:** intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra. Si nos referimos a influir en las causas de la violencia basada en género, el papel del personal sanitario en la prevención primaria es limitado, sin embargo constituye un papel fundamental de los profesionales de salud¹² al realizar actividades de prevención primaria de la violencia ya que fundamentalmente se trata de actuaciones educativas orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no-violencia en el seno de la familia y a la promoción de una cultura igualitaria entre géneros y clases. La parte educativa a crear un clima de no-tolerancia hacia los agresores, a mejorar el status de la mujer en la sociedad y a exigir cambios en las normas sociales. Podemos contribuir a través de la educación para la salud, respecto a las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia.

Otras actividades de prevención primaria que el profesional sanitario puede llevar a cabo son:

1. - Identificar personas con mayor riesgo de sufrir VIOLENCIA DE GÉNERO:

- Mujeres con perfil de riesgo de sufrir maltrato (dependencia, baja autoestima, aislamiento, historia de maltrato en la familia de origen...)
- Hombres con perfil de riesgo de ejercer violencia (hombres violentos y controladores, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos en la familia de origen). Con estas personas el profesional debe intervenir cuando sea posible, y en todo caso debe estar alerta para hacer una detección precoz.

2.- Identificar situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad: Abuso de alcohol, pérdida de empleo, consumo de drogas, embarazo, conflictos, pérdidas o fracasos, separación, disfunción familiar. **Actuando en este nivel de prevención rompemos también el círculo de la violencia trasgeneracional.**

- **Prevención secundaria:** medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención pre hospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.
- **Prevención terciaria:** intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e

¹²

Relacionado directamente a lo establecido en el MAIS

intentos por reducir los traumas o la discapacidad de larga duración asociada con la violencia.

En la prevención terciaria si se llega al diagnóstico, es decir al conocimiento de la existencia de una situación de violencia, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo inmediato: riesgo vital por las lesiones, riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones y riesgo de suicidio. Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos e hijas, los apoyos con los que cuenta).

FIGURA 3

CONSECUENCIAS DE SALUD EN LAS PERSONAS VIOLENTADAS

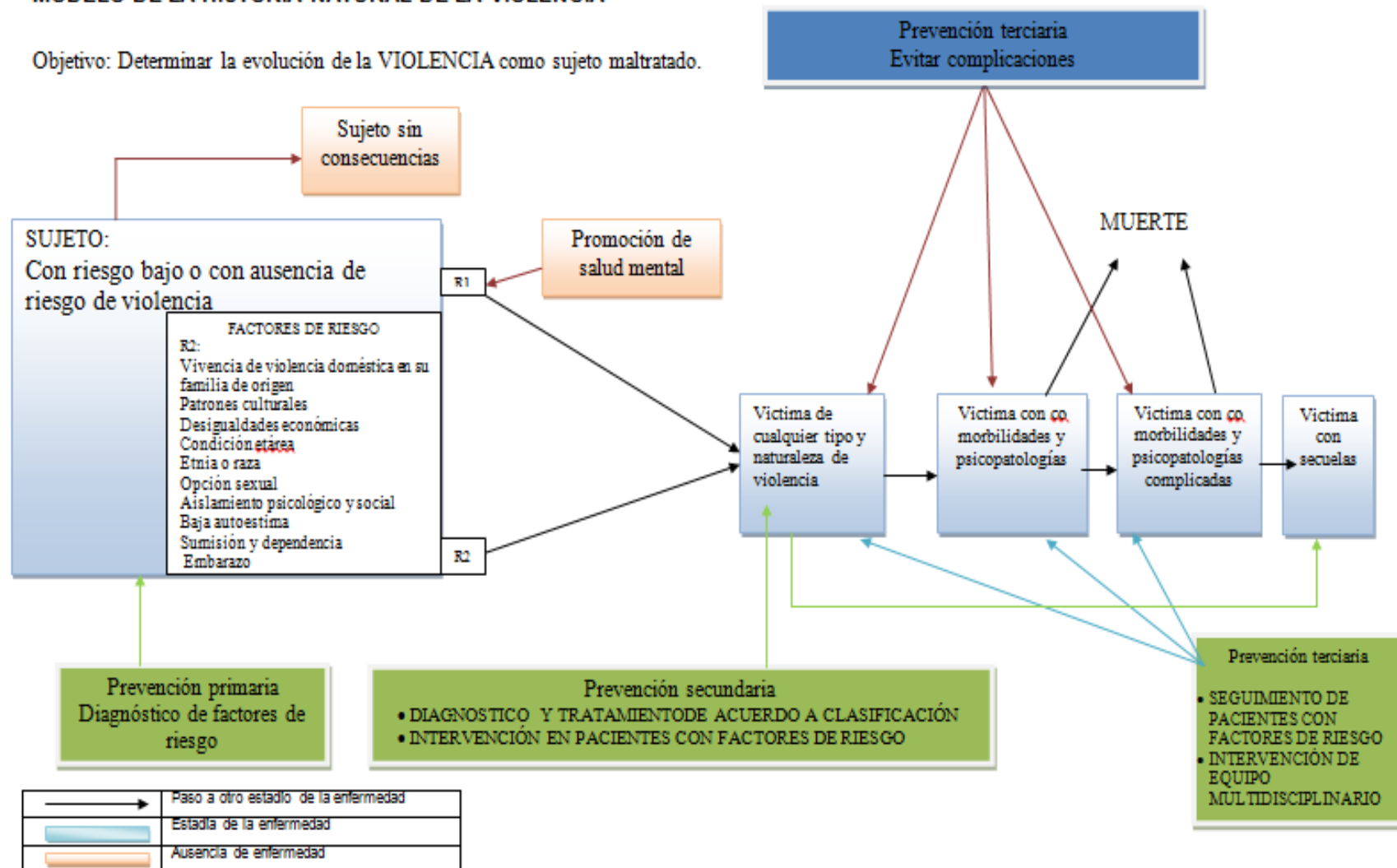
EFFECTOS MORTALES	EFFECTOS NO MORTALES	
Mortalidad relacionada con SIDA	FÍSICOS	• Molestias abdominales/torácicas Alteraciones funcionales • Contusiones y hematomas • Laceraciones y abrasiones • Daño ocular • Salud percibida como deficiente
Mortalidad materna	TRANSTORNOS CRÓNICOS	• Discapacidad permanente • Síndrome de colon irritable • Fibromialgia • Síndrome de dolor crónico • Trastornos gastrointestinales
Homicidio y suicidio	SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	• Trastornos ginecológicos • Disfunciones sexuales • Embarazos no deseados • Complicaciones en el embarazo • Hijos con bajo peso al nacer • Infertilidad • Más abortos y abortos no seguros • Infecciones de transmisión sexual incluye VIH/SIDA • Trastornos de inflamación pélvica
	PSICOLÓGICOS	• Trastornos de estrés postraumático • Depresión • Ansiedad • Trastornos de pánico y fobias • Trastornos de la alimentación y el sueño • Disfunción sexual • Trastornos psicosomáticos • Baja autoestima • Sentimientos de vergüenza y culpa
	COMPORTAMIENTOS	• Abuso de sustancias nocivas

	NEGATIVOS PARA LA SALUD • Conductas sexuales no seguras • Conducta suicida y autolesiones • Tabaquismo • Consumo de alimentos en exceso.
--	--

Apartado de: OMS (2002) Word report on violence and Health y Heise, Elisberg y Gottemoelle (1999)

MODELO DE LA HISTORIA NATURAL DE LA VIOLENCIA

Objetivo: Determinar la evolución de la VIOLENCIA como sujeto maltratado.



9 PREVENCIÓN Y TAMIZAJE

Desde el ámbito de la oferta, la prevención en violencia parte de un enfoque de derechos, que según la Constitución Política de la República del Ecuador (2008) dispone la obligación del Estado de garantizar a todas las personas el libre y eficaz ejercicio, y goce de los derechos humanos establecidos en esta y en las declaraciones, pactos, convenios y más instrumentos internacionales vigentes;

“...dado el grave impacto social que la violencia de género tiene en la sociedad ecuatoriana, con rango de mandato constitucional se establece la obligación del Estado de garantizar el derecho a la integridad personal, prohibir todo procedimiento inhumano, degradante o que implique violencia física, psicológica, sexual o coacción moral, debiendo adoptarse las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia contra los niños, niñas, adolescentes, y mujeres adultas”;

“Que el Gobierno en cumplimiento de lo establecido por la Constitución vigente instrumentos internacionales ratificados por el Ecuador, ha asumido la responsabilidad de construir e implementar una política de Estado, prioritaria para la erradicación de la violencia de género, por constituir sustento de diversas formas de discriminación contra las personas en razón de género, edad, etnia, condición social, opción sexual”

En este contexto la prevención de la violencia basada en género se enfoca en su desnaturalización y en su adecuada identificación, objetivos iniciales claves para ser desarrollados tanto en los espacios de las unidades de salud de primer nivel como en todos los niveles de atención a través de herramientas determinadas con evidencia sustancial.

¿Cómo lograr la desnaturalización y la identificación de la violencia basada en género?

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
A	Cuando no se pregunta específicamente por violencia, se observa que transcurre un intervalo medio de 10 sesiones (16 meses) hasta que la paciente lo relata. Este resultado pone de manifiesto la necesidad de contar con algún sistema de detección de la violencia. En el ámbito de la salud mental, Polo señala que al preguntar específicamente sobre violencia, el índice de detección pasa del 8% al 28%. (Polo, 2001).	1++
B	No se encuentra ningún motivo de consulta concreto, ni diagnóstico asociado en que las mujeres relaten de forma espontánea haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida. (Garriga, 2009)	2++

Preguntar se convierte en una forma de prevención y al mismo tiempo de tamizaje ya que poner de manifiesto la situación de abuso, al igual que revelarlo, se asocia con reducción de la violencia e incremento de conductas de seguridad (McFarlane, Groff, O'Brien and Watson, 2006).

Es bastante frecuente encontrar personas que no tengan conciencia de su situación de violencia, que la minimicen, la consideren natural o que no hablen de ello por diversos motivos o porque su cultura la considera como un evento normal en la vida de mujeres, niñas, niños, adolescentes o personas con orientación sexual o identidad sexo-genérica diversa.

Una valoración sencilla y una explicación de la oferta de recursos disponibles pueden interrumpir y prevenir la recurrencia de la violencia y el trauma asociado.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
A	No hay suficiente evidencia, ni a favor ni en contra, del tamizaje universal para detectar la violencia [U.S. Preventive Services Task Force USPSTF] . Una guía basada en el consenso de personas expertas en USA (2004) recomienda que, independientemente de la presencia o ausencia de indicadores de violencia, se realice el tamizaje de forma rutinaria.	4
A	Aunque no existe consenso respecto a la utilización rutinaria de cuestionarios específicos para el tamizaje de la Violencia basada en género en la población general, se aconseja incluir preguntas sobre la existencia de violencia en el curso de la entrevista clínica, que puede ayudar a la detección. (ANEXO 9 Test de evaluación de la desnaturalización de la violencia)	4

BUENA PRACTICA

-
- ✓ Preguntar sistemáticamente a todas las personas que consulten en nuestros servicios, sobre situaciones de violencia, fortalecerá la detección de cualquier situación de violencia, lo que mejorará la atención, evitando la revictimización¹³, la cronificación y la iatrogenia (ANEXO 5 Modelo de preguntas a utilizar en la consulta)
-

Antes de poner en marcha cualquier sistema de tamizaje:

¹³ **re-victimización:** interrogatorios abusivos, revisiones reiteradas de los médicos forenses sin el cuidado necesario, incredulidad de la policía, interpretaciones y opiniones inoportunas, etc.

BUENA PRÁCTICA

- ✓ Realizar actuaciones previas de carácter formativo ya que el personal sanitario puede no considerar la violencia de género como un problema de salud, al estar inmerso en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad.
(ANEXO 6 Recomendaciones básicas para la entrevista)
-

Creer que la violencia no es tan frecuente, intentar racionalizar la conducta del agresor, así como la experiencia personal respecto a las relaciones de pareja, pueden conducir a una doble victimización de la mujer (maltratada y culpada de su situación de maltrato).

A esto se suma, a veces, el desconocimiento de estrategias para manejar estas situaciones, lo que dificulta la detección y visualización de la violencia. Para ello hacemos uso de Guía de procedimientos y actuación en salud mental ante las mujeres violentadas por su pareja; las recomendaciones son de guías de alta calidad y, aunque algunas versan sobre violencia doméstica, son perfectamente aplicables a la población que sufren violencia de género.

¿Cuál es el rol de los profesionales miembros del equipo de salud para la detección y manejo de violencia?

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
C	Según la Clinical Evidence del British Medical Journal (BMJ), GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA] se recomienda que el personal de salud debe: • Ser consciente de la naturaleza y prevalencia de la violencia. • Conocer la dinámica de la violencia y cómo afecta a la seguridad y autonomía de pacientes afectados. • Ser capaz de preguntar con sensibilidad sobre la violencia doméstica y de género. • Ser capaz de suministrar información sobre las distintas intervenciones. • Ser capaz de realizar una valoración de riesgo y conocer los factores asociados al riesgo de incremento de la violencia, homicidio y suicidio.	2+

BUENA PRÁCTICA

✓	Según el Grupo de trabajo de violencia familiar de Filadelfia adaptado a la red de Salud mental del Servicio Murciano (2010) El rol del personal de salud en violencia debe enfocarse en : En una estrategia que podemos recordar fácilmente con el acrónimo RADAR. (Ver Guía de procedimientos) Este sistema, empieza con la detección en la recogida de datos, realiza una adecuada entrevista y exploración, confirma la situación de violencia, valora los riesgos para la vida de la mujer y termina dirigiéndola a los recursos pertinentes.
---	---

¿Qué profesional es el más indicado para detectar cualquier forma de violencia de género?

En primera instancia todos los profesionales del equipo de salud son aptos para la detección de la violencia basada en género, así como de investigar situaciones sobre existencia de violencia, sin embargo, existe evidencia por consenso de grupos de trabajo acerca de recomendaciones para su detección en la práctica de la actividad de enfermería que por su carácter de formación holística e integral y por ser considerado personal de primer contacto debe estar capacitado para la detección y tamizaje de la violencia de género.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
B	Según el Registered Nurses Association of Ontario RNAO recomienda que enfermería aplique un tamizaje universal rutinario para todas las mujeres.	1++
C	Según el Registered Nurses Association of Ontario RNAO Enfermería desarrollará estrategias de tamizaje y la respuesta inicial responderá a las necesidades de las mujeres considerando las diferencias basadas en la pertenencia a un pueblo o nacionalidad, edad, condición socio-económica, creencias religiosas y orientación sexual.	1++
C	Según el Registered Nurses Association of Ontario RNAO También se recomienda que enfermería sepa qué documentar en el tamizaje para responder al abuso, así como sus obligaciones legales cuando alguien comunica un abuso.	1++
B	Según [Registered Nurses Association of Ontario RNAO] . recomienda que el personal de enfermería realice una práctica reflexiva (introspección) para examinar hasta qué punto sus propias creencias, valores y experiencias influirían en el tamizaje	1++

¿Cómo identificar posibles maltratadores / violentadores en una unidad de salud?

No hay un perfil de maltratador/ violentador ni psicopatología asociada. Se recogen tasas de enfermedad mental, excluyendo alcoholismo, que oscilan entre el 5% y el 7% (Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994).

Lo más característico en el maltratador/violentador es un sistema extremadamente rígido de creencias y actitudes respecto de las relaciones en la pareja, el género, de los roles concebidos como naturales, de la mujer, de la familia, de las relaciones entre padres/madres/hijas/hijos, de la y al uso de la violencia de como forma de resolver conflictos. Esto conduce a unas pautas de conducta que se repiten. La clave de estas pautas no son patologías psicológicas, sino pensamientos pertenecientes a un aprendizaje cultural y a una socialización que tendrá que cambiar (Echeburúa y Corral, 1998).

BUENA PRÁCTICA

✓	Cuestionar la estima personal pone en marcha o acentúa estrategias de dominación. (ANEXO 4 Indicadores de sospecha)
✓	Cuestionar en base al test “situación del agresor” (ANEXO 8 Registro de

	identificación de control y conductas de un posible agresor/maltratador)
✓	Valorar al agresor en base a conductas de violencia (ANEXO 1 Estrategias de control y conductas del maltratador y consecuencias en la víctima)

10 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de lo visible y más aún de lo invisible, exige un conocimiento de aquello que se tiene que encontrar para posibilitar su identificación y abordaje integral. Si no se conocen las manifestaciones de la violencia, los tipos de lesiones físicas y psíquicas que se pueden encontrar y el comportamiento de una persona sometida a la situación de violencia, sus causas, así como la situación de la persona maltratadora/violentadora, difícilmente se podrá relacionar determinadas manifestaciones y actitudes de violencia. (ANEXO 7 Indicadores de peligro extremo)

A continuación se evidencia de acuerdo a la naturaleza de la violencia los posibles hallazgos a diagnosticarse y que están considerados en el CIE-10, respondiendo a la pregunta para la evidencia correspondiente.

12.1 VIOLENCIA FÍSICA

Los casos de violencia contra la mujer niños, niñas, adolescentes y personas con orientaciones sexuales o identidades sexo-genéricas diversas, deben ser valorados por equipos interdisciplinarios, sensibilizados en el tema, adecuadamente capacitados para su manejo, y que puedan dar respuesta a las demandas médicas, psicológicas y del ambiente social y familiar, en todas las fases del proceso desde la detección.

El diagnóstico no reviste dificultades cuando la víctima solicita la atención, pero resulta más complejo si ella oculta el hecho, o lo hace aparecer como accidental. En este caso debemos comprender que la violencia de género es un fenómeno complejo y que debemos abordarla de manera sensible y respetuosa para garantizar la protección de la persona violentado y su asistencia al servicio.

¿Cuál es el abordaje que debe realizarse en caso de violencia de género de naturaleza física?

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
B	Según el ICSI todas las personas necesitan oír un mensaje claro por parte del personal sanitario de que sus preocupaciones actuales son lógicas y de que no merecen ser violentadas. Nadie merece ser violentado.	2++
B	Según el SOGC el personal sanitario debe tomar notas clínicas objetivas, claras y legibles, utilizando las propias palabras de la persona sobre violencia, añadiendo dibujos o fotografías cuando sea oportuno, siempre priorizando el bienestar y la comunidad de la persona agredida.	2++

BUENA PRÁCTICA

✓	La persona debe ser entrevistada sola, sin la presencia de su compañero o de su posible maltratador/violentador.
✓	Permita que la persona se desahogue escuchando atentamente y sin acosarla con preguntas
✓	Evite emitir juicios de valor, juicios morales brinde comprensión y calidez en el trato
✓	Trate de no emitir conceptos sin un conocimiento adecuado.
✓	Se debe elaborar una historia clínica y social clara, detallada, individual y familiar. (Protocolo en construcción)
✓	Se debe realizar una evaluación física completa, y confrontar los hallazgos con la información
✓	El proceso de evaluación de la persona y los hechos violentos, deben permitir la documentación adecuada de la situación. Una buena documentación es esencial en el monitoreo y manejo de los casos de violencia.
✓	Tener en cuenta que la historia clínica de la paciente puede ser una de las principales evidencias de violencia, entre más detallado, claro y legible sea el registro de las intervenciones médicas, mayor será la ayuda a ofrecer a la paciente, sobre todo si decide pedir protección o iniciar una acción legal
✓	Registrar la atención en la historia clínica, en el parte diario y demás formularios con el respectivo código CIE-10
✓	Es preciso indagar sobre la ocurrencia de lesiones anteriores, en caso de que haya niños en el hogar, explorar si estos han sido maltratados o si han tenido que presenciar los eventos violentos
✓	Recordar y especificar las inconsistencias que se puedan encontrar entre el examen físico y las explicaciones que la paciente le puede dar a las diferentes molestias o daños físicos con los que haya aparecido

Examen físico:

a) Signos y síntomas en casos de violencia física

MUJERES, ADULTOS/AS, ADULTOS/AS MAYORES

Antecedentes:

- Historia de acudir a servicios de salud por presentar traumatismos
- Historia de complicaciones y abortos no especificados.
- Historia de partos prematuros y bajo peso al nacer.

Manifestaciones que pueden encontrarse al examen físico:

- Cefaleas frecuentes y otros síntomas inespecíficos
- Heridas o laceraciones.
- Fracturas
- Quemaduras.
- Dolor pélvico crónico.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.
- Lesiones en los senos, abdomen y genitales.
- Malnutrición y anemia.

En la Embarazada

- Amenaza de aborto o aborto espontáneo.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Muerte fetal
- Infección de anexos ovulares (corioamnionitis)
- Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas)

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

- Bajo peso al nacer.
- Retraso en el crecimiento / acortamiento de la talla para edad
- Golpes o heridas.
- Quemaduras.
- Fracturas sin explicación.
- Dificultad al caminar.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas)
- Embarazo en la adolescencia

BUENA PRÁCTICA

✓	Quando la violencia física se acompaña de violencia sexual, se deberá aplicar el protocolo para estos casos
✓	El examen físico debe incluir: fecha en que ocurrieron las lesiones
✓	El examen físico debe ser registrado desde la región céfalo caudal sin considerar lesiones recientes o antiguas cada una investigando el origen.
✓	Evidenciar el origen de las lesiones: contusas, por arma blanca, arma de fuego,

	quemadura u otras
✓	Describir la lesión por: forma, color, longitud, trayecto, fecha y número

BUENA PRÁCTICA

✓	Si existen trastornos psicosomáticos ordenar exámenes para descartar enfermedad orgánica.
✓	Se deben utilizar las ayudas diagnósticas necesarias: Rx, exámenes de laboratorio y remitirla para manejo especializado, si se requiere. Es necesario realizar los contactos con la institución de referencia para garantizar la atención adecuada
✓	Evaluar el estado emocional (angustia bloqueo emocional, pánico, entre otros) y las funciones psíquicas de la persona (el manejo debe ser realizado por un psicólogo/a o por otro profesional según el nivel de atención. (ANEXO 10 Escala de riesgo suicida de Plutchik)
✓	No olvide sospechar un delito sexual en los casos de menores de 14 años, embarazadas, o con enfermedades de transmisión sexual
✓	Es muy importante brindar contención emocional entendida como “hecho de acompañar a la persona afectada en el proceso de la denuncia proporcionándole constantemente seguridad física y emocional, respetando su propio ritmo y espacio” (Ferran Lorente 2008) . El objetivo de la contención es brindar orientación que a corto plazo clarifique las acciones a seguir y la comprensión de la situación que se está viviendo y, al mismo tiempo, favorezca el empoderamiento de la víctima. En el proceso de contención se facilita la expresión de los sentimientos, mediante la escucha activa y la actitud empática, proporcionando con ello un punto de apoyo al mundo emocional de la víctima. Dicho proceso favorece que la víctima exprese y elabore, de forma menos dolorosa, lo que está viviendo. Una manera muy útil y práctica para llevar a cabo la contención es verbalizar y validar el sentir de la persona afectada.
✓	Es importante la valoración del riesgo entendida desde la aplicación de la estrategia Radar (Guía de Procedimientos)

Código Codificación CIE 10 Violencia física

Código	Codificación CIE 10
(T74) (T74.1) (T74.8) (T74.9)	Síndromes de maltrato. Abuso físico. Síndrome (de la, del) esposo/a, niño/a o bebé. Otros síndromes de maltrato. Formas mixtas. Síndrome del maltrato, no especificado. Efecto del abuso en: adulto/a, niño/a.
(Y04.9)	Agresión con fuerza corporal en lugar no especificado.
(Y07)	Otros síndromes de maltrato. INCLUYE: abuso: Físico Sexual Crueldad mental Tortura
(Y07.0) (Y07.1) (Y07.2) (Y07.3) (Y07.8) (Y07.9)	Por esposo o pareja. Por padre o madre. Por conocido o amigo. Por autoridades oficiales. Por otra persona especificada. Por persona no especificada.
(W50 – W64)	Choques y mordeduras.
W50	Aporreo, golpe, mordedura, patada, rasguño o torcedura infringidos por otra persona.

Código	Codificación CIAP 2
A80 A81 Z25	Traumatismo/lesión NE. Traumatismo/lesiones múltiples. Problemas derivados de la violencia/agresiones.
Generalmente coexisten varios tipos de violencia que deben ser registrados como tales en el diagnóstico	
Diagnóstico diferencial S00 - S02, S40 - S49 Traumatismos. S03 Luxaciones, esguinces y torceduras de articulaciones y/o ligamentos. T00 - T07 Lesiones múltiples.	

12.2 VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual y es más difícil de demostrar. En muchas ocasiones no es identificada como agresión sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

¿Cuál es el abordaje que debe realizarse en caso de violencia de género de naturaleza psicológica?

BUENA PRÁCTICA

- ✓ Abrir la historia clínica con la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento del caso; realizar la evaluación psicológica y solicitar ayudas diagnósticas en caso necesario. (ANEXO 11 Protocolo de violencia Intrafamiliar,)

✓	La entrevista inicial debe estar dirigida a escuchar la situación por la que se consulta, pues la/el paciente puede llegar a consultar por ser consciente de su situación y tener claro su problema y su origen, pero también es posible que consulte por situaciones de carácter orgánico o por situaciones que tienen que ver con los hijos.
✓	La primera entrevista y la forma como se atiende a la persona violentada determinarán en gran medida la evolución del tratamiento posterior, por el estado de malestar generalizado en el que usualmente llega la afectada, y por la necesidad de ser escuchada sin ser juzgada, ni subvalorada su actuación.

a) Signos y síntomas psicológicos y psicosomáticos

MUJERES, ADULTOS/AS, ADULTOS/AS MAYORES

Generales:

- Abandono.
- Sentimientos de soledad.
- Indiferencia dentro del hogar.
- Falta de afecto.
- Desvalorización.
- Descuido de su salud.
- Agresividad/pasividad.
- Despojo de sus propiedades.
- Temor a las relaciones sexuales.
- Disminución de la libido o apetito sexual como: frigidez, dispareunia, repulsión a la pareja, anorgasmia, sentimientos de culpa.
- Insomnio o inapetencia.
- Aislamiento social.
- Trastornos psicosomáticos tales como dolores de cabeza, úlceras y asma.
- Dificultades en las relaciones sexuales (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, vaginismo).
- Celos.
- Depresión.
- Concentración disminuida.
- Fatiga
- Palpitaciones
- Vértigo
- Parestesias
- Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible
- Dolor pélvico, dolor torácico atípico.
- Autoagresión.
- Intento de Suicidio
- Uso de somníferos o tranquilizantes
- Rotura de lazos familiares, alcoholismo y drogadicción
- Bajo autoestima

En la embarazada y el post parto:

- Embarazos no deseados.
- Psicosis puerperal transitoria.
- Estrés, depresión, angustia y ansiedad durante la lactancia.
- Otras alteraciones emocionales, temor, tristeza, apatía depresión, intento de suicidio.

En adultas/os y adultas/os mayores

- Presión para que se hagan cargo del cuidado de nietos/as.
- Inseguridad social y laboral.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Conductas extremas:

- Disminución manifiesta de la conducta lúdica, o de juego.
- Rol de adulto / conducta demasiado infantil para la edad.
- Agresividad o pasividad
- Fugas de la casa o de la escuela.
- Intento de suicidio.
- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas de desarrollo emocional, intelectual y conductual.
- Dependencia o mala relación con otros compañeros.
- Comportamiento sexual inadecuado / insinuaciones sexuales.
- Trastornos del sueño, apetito.

BUENA PRÁCTICA

✓	Descartar causas orgánicas.
✓	Dialogar en forma tranquila sin acosar ni juzgar a la agredida.
✓	Remitir a psicología.
✓	Registrar la atención en la historia clínica, en el parte diario y demás formularios con el respectivo código CIE-10

Código Codificación CIE 10 Violencia psicológica

Código	Codificación CIE 10
R45 R45.0 R45.1 R45.2 R45.3 R45.4 R45.5 R45.7 R45.8	Síntomas y signos que involucran el estado emocional. Nerviosismo, tensión nerviosa. Inquietud, agitación. Infelicidad, preocupación. Desmoralización y apatía. Irritabilidad y enojo. Hostilidad. Tensión y estado de choque emocional, no específico. Otros síntomas y signos involucrados en el estado emocional.
(Y07)	Otros síndromes de maltrato. INCLUYE abuso: Físico Sexual Crueldad mental Tortura
(Y07.0) (Y07.1) (Y07.2) (Y07.3) (Y07.8) (Y07.9)	Por esposo o pareja. Por padre o madre. Por conocido o amigo. Por autoridades oficiales. Por otra persona especificada. Por persona no especificada.

¿Cuáles son las repercusiones psicopatológicas que pueden ser diagnosticadas en casos de violencia basada en género?

Las repercusiones psicopatológicas más frecuentes son el trastorno por estrés postraumático (TEPT), que afecta a casi dos tercios de las víctimas y la depresión. Otros trastornos frecuentes son el abuso de alcohol, de drogas, y el suicidio. La reacción principal y estructurante de la respuesta de las mujeres y otras poblaciones vulnerables a la situación de violencia es el miedo y, en consecuencia, los síndromes de clasificación diagnóstica más frecuentes son la reacción por estrés agudo (CIE-10 F43.0) el trastorno por estrés postraumático (CIE-10, F43.1) y los trastornos de adaptación (CIE-10, F43.2).

BUENA PRÁCTICA

✓	Los síndromes de estrés postraumático definen bien el estado sintomático de las mujeres sobre todo cuando se trata de una relación de abuso de larga duración (Villavicencio y Sebastián, 1999; Montero, 2001; Walker, 1991).
✓	El estrés postraumático es el cuadro que mejor recoge las consecuencias de las relaciones de maltrato, tanto físicas, como sexuales y psicológicas. Pero conviene examinar características diferenciales respecto a otras situaciones traumáticas

NIVELES DE PRUEBAS

1++	En los estudios realizados en TEPT con mujeres maltratadas, predominan los síntomas de re-experimentación e hiperactivación, por encima de los de evitación (Echeburúa, Corral y Amor, 1998).
-----	---

Además de las descripciones al uso en las clasificaciones internacionales de enfermedades, existen otros síndromes y clasificaciones que aportan aspectos parciales sobre las consecuencias psicológicas de violencia al no limitarse a la descripción de los síntomas¹⁴.

- **CLASIFICACIÓN DE SLUZKI**

Sluzki hace una clasificación escalonada de las consecuencias psicológicas de la violencia en función de la habitualidad y de la intensidad de las amenazas y el miedo que producen.

- **SÍNDROME DE ESTOCOLMO DOMÉSTICO (SIES-D)**

Se denomina así porque, tras un atraco a un banco de Estocolmo, una cajera se enamoró de uno de los atracadores. Sandor Ferenczi (1873-1933) llamó a este mecanismo de defensa identificación con el agresor, vínculo que se crea cuando una persona se encuentra impotente frente a su agresor en una situación donde su vida corre peligro. El SIES-d es un vínculo interpersonal de protección, construido entre la víctima y su agresor, en el marco de un ambiente traumático y de restricción estimular, a través de la inducción en la víctima de un modelo mental (red intersituacional de esquemas mentales y creencias). La víctima sometida a violencia desarrollaría el síndrome de Estocolmo para proteger su propia integridad psicológica y recuperar la homeostasis fisiológica y conductual. (Montero, 1999)

- **LA TEORÍA DE GRAHAM**

Graham y Rawlings (1991) diseñaron su teoría para detectar la aparición de síntomas del síndrome de Estocolmo en mujeres jóvenes sometidas a abuso por parte de sus compañeros. Está basada en la idea de que el síndrome es el producto de un tipo de estado disociativo que lleva a la víctima a negar la parte violenta del comportamiento del agresor mientras desarrolla un vínculo con el lado que percibe más positivo.

- **LA TEORÍA DEL CICLO DE VIOLENCIA DE L. WALKER**

Se trata de una teoría que explica tanto las consecuencias psicológicas como el modo en el que esas consecuencias psicológicas contribuyen a explicar el mantenimiento en la relación de violencia. Lenor Walker, utilizando el modelo de la teoría del aprendizaje social, mantiene que las mujeres maltratadas no pueden visualizar alternativas para salir de esta situación. El maltrato se produce al principio de la relación y los intentos iniciales para cambiar la situación fracasan (Walker, 1979). Fue la primera autora que habló del síndrome de la mujer maltratada.

- **TEORÍA DE LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA**

Strube (1988) señala que la mujer permanece en la relación violenta por el compromiso establecido a través del matrimonio. Se basa en tres modelos teóricos, la teoría de la acción razonada, la teoría de los costos y beneficios y la teoría de la dependencia psicológica. Según el autor la mujer únicamente saldrá de la relación violenta después de comparar las consecuencias positivas y negativas y del apoyo que reciba de sus seres queridos. Guía de práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja

- **TEORÍA DE LA UNIÓN TRAUMÁTICA**

¹⁴

Considerar otras teorías de orden específico para cada grupo poblacional.

Dutton y Painter (1981a, b) señalan que el desequilibrio en el poder e intermitencia en el tratamiento bueno-malo son los dos factores que provocan que la mujer maltratada desarrolle un lazo traumático con el agresor a través de conductas de sumisión, lealtad y docilidad.

- **LA TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE SELIGMAN**

Cuando una persona se enfrenta a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas, aprende que es incontrolable. De esta teoría partió L. Walker para concluir que las actitudes pasivas de la mujer lo eran sólo después de haber ensayado activamente todo el repertorio de habilidades personales para defenderse y anticiparse a las agresiones. Como consecuencia, la mujer aprende que está completamente indefensa porque, haga lo que haga, el maltrato es imprevisible y continuará.

- **PERSUASIÓN COERCITIVA**

Se trata de un síndrome descrito por vez primera por Schein en 1961. En la persuasión coercitiva la persona destinataria es física o psicológicamente sometida a continuas situaciones de presión para su «desocialización» (Escudero et al, 2005a).

BUENA PRÁCTICA

✓	La identificación de los diferentes síndromes ayuda a comprender el conjunto de factores por los que una mujer continúa en este tipo de relación.
✓	Es necesario conocer la relación de causalidad entre estrategias de abuso, coerción o dominación del maltratador, el ciclo de la violencia y sus consecuencias psicológicas en el contexto de una cultura machista.
✓	La escucha de los episodios violentos vividos permite ver la telaraña en la que está inserta la mujer y reconocer los mecanismos de coerción y control a los que le ha sometido el agresor. Así podrá contar lo que está ocurriendo y recabar el apoyo de la familia, los amigos, los profesionales y la sociedad en general.

12.3 VIOLENCIA SEXUAL

“Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo”(Ley 103, RO No. 839, 1995).

Según esta misma ley, la violencia sexual incluye lo siguiente:

- Las violaciones que ocurren dentro de la relación de pareja, en relaciones íntimas, o que son causadas por personas extrañas.
- Las violaciones sistemáticas y/o selectivas que ocurren en los conflictos armados.
- Las violaciones sistémicas o agresiones sexuales que ocurren hacia niñas, niños y adolescentes por parte de familiares, conocidos o extraños.

- Las propuestas sexuales sin acuerdo mutuo y el acoso sexual, lo que incluye las demandas de sexo a cambio de favores.
- Los matrimonios forzados o la cohabitación, que incluye los matrimonios adolescentes y de niños.
- La negación del derecho a la anticoncepción, al acceso de medidas de protección contra las infecciones de transmisión sexual.
- Los abortos forzados.
- Los actos de violencia contra la integridad sexual de las mujeres (exámenes forzados de virginidad, examen médico genital - demanda de tercero) intervenciones médicas sin consentimiento o autorizadas por varones para realizar procedimientos gineco - obstétricos (histerectomía, esterilización forzadas, inseminación artificial forzada).
- El trabajo sexual forzado y trata con fines de explotación sexual.

En el código penal ecuatoriano en su artículo 512 establece: “Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o, la introducción, por la vía vaginal o anal de los objetos, dedos u órganos distintos del miembro viril, a una persona de cualquier sexo, en los siguientes casos:

1. Cuando la víctima fuere menor de catorce años;
2. Cuando la persona ofendida se hallare privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa no pudiera resistirse;
3. Cuando se usare la violencia, amenaza o de intimidación.

El abordaje de violencia sexual en esta Guía está diseñado para la atención de personas víctimas de violaciones¹⁵ u otras formas de violencia sexual en cualquier etapa de sus vidas. La mayor parte de los cuidados médicos y medidas preventivas incluidas son de aplicación inmediata, entre las primeras horas y hasta cinco o seis días posteriores a la violación, las mismas están dirigidas a evitar la revictimización y a garantizar la no impunidad.

Sin embargo, pueden recibirse consultas sobre violaciones que se produjeron hace más de seis meses, ya que es habitual que la persona tarde un tiempo en poder contar lo que le ha sucedido. En esos casos deben evaluarse las demandas y dar las respuestas pertinentes, con recursos intra o extra hospitalarios. Una de las solicitudes más frecuentes es la de atención psicológica, ya que la experiencia traumática de la violación, si no fue elaborada en su momento, puede causar malestar psíquico o trastornos sicosomáticos a mediano o largo plazo.

La violación es una emergencia legal, jurídica, psicológica, médica, social y familiar que necesita un abordaje integral e interdisciplinario con enfoque de derechos (intergeneracional, intercultural y de género) y de acuerdo con las necesidades de la persona (corporalidad e identidades sexuales).

¹⁵ Los casos de Abuso Sexual Infantil (ASI), otra de las problemáticas de la violencia sexual que provoca serios daños y tiene una importante dimensión cuantitativa, por tratarse de situaciones que ocurren en el ámbito intrafamiliar o entorno cercano y de una manera crónica o reiterada requieren un abordaje médico, psico- social y jurídico diferentes del que está previsto en este Protocolo. Por tanto, las niñas, niños o adolescentes víctimas de abuso sexual, deben ser derivados a servicios o equipos especializados. Las consultas de varones adultos que hayan sido víctimas de violación serán evaluadas por los equipos de salud a fin de determinar las derivaciones pertinentes.

¿Cuál es el abordaje que debe realizarse en caso de violencia de género de naturaleza sexual?

Para el abordaje para violencia de género de naturaleza sexual inicialmente se recomienda:

BUENA PRACTICA

✓	ABORDAJE En caso de violación la persona afectada se va a encontrar desbordada de sentimientos por la situación traumática experimentada, por lo que es necesario hacer una contención e intervención en crisis, encaminada a: • Facilitar la expresión del dolor o sufrimiento, a través del lenguaje verbal. • Brindar apoyo psicológico (especialista). • Realizar acciones de información y actuación para la prevención de las secuelas de la violación, como embarazo no deseado, transmisión de VIH y otras ITS. (manual de procedimientos)
✓	En lo posible la entrevista debe realizarse a solas con la persona potencialmente afectada de violencia y se le debe informar sobre sus derechos.
✓	Evaluar la condición anímica y de conciencia: observe de manera sutil y no invasiva sus actitudes y manifestaciones emocionales (lenguaje verbal y no verbal).
✓	Facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones (ira, silencios, llanto).
✓	Mantener en todo momento una actitud empática y de escucha activa, de forma tal que facilite la comunicación (déjela que hable libremente).
✓	Expresar claramente que nunca está justificada la violencia y hágala sentir que ella no es culpable de esta situación. Ayúdela a no sentir vergüenza.
✓	Demostrar que le cree, no poniendo en duda los hechos o comentarios vertidos.
✓	No emitir juicios, intentando neutralizar el miedo que la persona manifiesta por el abuso de que es objeto
✓	Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas. Cuando esté preparada, aborde directamente el tema de la violencia.
✓	Ayudar a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones que favorezcan cambios a su situación actual.
✓	Alertar a la persona sobre potenciales riesgos, pero acepte su elección. No imponga sus criterios o decisiones.
✓	PERSONA EN CRISIS El personal de salud de unidades de salud que no sean hospitalarios y que reciban a una persona con señales de violencia sexual debe referirla lo más rápido posible y en ambulancia al Centro de salud u hospital más cercano, salvo que exista gravedad y riesgo vital que los obligue a un tratamiento médico inmediato.
✓	Es importante destacar que se remitirá a la víctima, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de felación es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.
✓	Realizar un abordaje interdisciplinario, o bien derivar a los servicios de Psicología

El indicador de mayor certeza de que la víctima está sufriendo de abusos sexuales es la revelación del suceso. Nunca se puede dudar de una persona que denuncia haber sido víctima de violencia sexual. Según la capacidad de la víctima y las posibilidades que tenga de comunicarse, mostrará una serie de cambios en su conducta o emociones, que si bien, aisladamente no son elementos diagnósticos de certeza, si ayudan a detectar que algo le está ocurriendo, o que quiere llamar la atención sobre algún problema. Se trata de indicadores de sospecha, que los profesionales deben tener en cuenta como elementos de detección de abuso sexual.

Los indicadores que se muestran a continuación deben valorarse de forma global y conjunta, ya que no se puede establecer una relación directa entre un solo síntoma y la violencia. Pero la sola presencia de uno de estos síntomas hace necesaria la aplicación del proceso de investigación sobre violencia.

¿Qué indicadores permiten diagnosticar violencia sexual?

El manejo de la historia clínica permite determinar un diagnóstico adecuado.

a) ANAMNESIS

La anamnesis contemplará:

- Datos de la víctima
- Antecedentes de la víctima: médicos, quirúrgicos, toxicológicos, sexuales, ginecológicos y de agresores anteriores.
- Datos de la agresión y del /los agresores.

BUENA PRACTICA

✓	Transcribir los hechos referidos por la persona en relación con la agresión: • Edad (si se trata de un /una menor de edad –avisar inmediatamente al turo o responsable) • Hora, lugar, tipo de agresión sexual • Tiempo transcurrido desde la agresión (si esta dentro de las 72 horas del hecho se puede evaluar el tratamiento preventivo para ITS/VIH y embarazo, así como la recolección de evidencia. • Estado en que se encuentre la víctima (si presenta signos o lesiones que pongan en riesgo la vida, realizar la Atención médica y psicológica inmediata)-plan de riesgos- • Actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, entre otros), a demás de la historia ginecológica: menarquía, fecha de la última menstruación (FUM), método anticonceptivo, última relación sexual y disfunciones sexuales.
✓	Llamar a: • Autoridades (fiscalía, comisaría de la zona o unidades especializadas judiciales para el efecto) • Familiar o tutor responsable (en caso de tratarse de una menor de edad). De ser mayor de edad a la persona de confianza que ella solicite, guarde la confidencialidad en respecto de los derechos de la persona • Profesional en psicología o psiquiatría • Profesional en trabajo social (evaluará la seguridad y riesgo en que se encuentre la víctima. Especialmente en caso de menores de edad y mujeres violentadas.
✓	FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (es preciso informar a la víctima de todas las exploraciones que se le vayan hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo, recalcando que puede negarse en cualquier momento del examen (ANEXO 12 Consentimiento informado)
✓	Escribir la historia clínica con letra legible y si tachones ya que es un documento legal que puede servir como prueba importante en el proceso judicial. La historia clínica es de propiedad de la persona, esta no puede ser socializada a cualquier persona, ni siquiera a los jueces su permiso.

b) EXAMEN FÍSICO:

Cuando se habla de violencia sexual, se asocia inmediatamente a una gran violencia física. La realidad es que en la gran mayoría de los casos no se encuentra lesiones, o cuando éstas existen son de muy poca entidad clínica (contusiones, heridas leves...) debido al modus operandi del agresor (amenazas con armas, relación de superioridad), que no deja huellas físicas visibles. Cuando existen cuadros lesionales son debido generalmente a la desproporción en tres las partes anatómicas de víctima y agresor (en el caso de menores), y a la propia brutalidad del acto en sí, lo que causa desgarramiento y laceraciones externos e internos y lesiones de diversas índole (Kvito, 1986, Cobo, 1998).

El examen físico debe identificar todas las lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse un minucioso examen ginecológico (genitales internos y externos), consignando y registrando todas las observaciones.

El examen físico abordará:

- Examen segmentario
- Examen ginecológico y
- Examen génito urológico
- Examen proctológico

• EXAMEN SEGMENTARIO:

Cara y cráneo

Describe la presencia de hematomas, excoriaciones, quemaduras y lesiones cortantes a nivel de piel y/o mucosas. Especial atención requiere la observación de la parte interna de la boca.

Tórax

Realice examen de mamas, consignando las lesiones encontradas, estas deberán describirse en forma anatómica.

Abdomen

Inspección: describa las lesiones traumáticas indicando la región anatómica. Se describirán patologías médicas o quirúrgicas, tumores, cicatrices, etc. Palpación: para búsqueda y descripción de órganos y lesiones (estómago, vesícula, útero, entre otros.). En caso de sospecha de embarazo, por palpación de útero por vía abdominal, éste debe ser descartado en lo posible a través de ECOSONOGRAFÍA o ultrasonografía.

• EXAMEN GINECOLÓGICO:

Debe realizarlo el médico legista o el/a profesional de salud capacitado¹⁶

Inspección de la región vulvar: características del vello pubiano, labios mayores y menores, descripción de eventuales lesiones traumáticas en periné: clítoris, horquilla vulvar.

SIGNOS DE COITO: Se puede evidenciar signos de coito vaginal, anal o bucal.

¹⁶

Aunque este apartado es netamente de especificidad para el médico legista el personal de salud debe conocer en virtud de preparar a la víctima para la valoración y sobre todo para sobreguardar las pruebas encontradas.

- **COITO VAGINAL:** A efectos de este delito debe entenderse por coito la penetración en la cavidad vaginal, no siendo necesario que sea completa ni prolongada, ni que haya eyaculación de semen en el interior de la cavidad vaginal. **Signos físicos:** es la defloración y desgarros¹⁷. En el caso de la mujer adulta no necesariamente tiene que sufrir desgarros, este dependerá de la brutalidad del agresor. La importancia de la defloración radica en que es el signo anatómico del coito por tanto evidenciará violación. El diagnóstico de la data de la defloración (antigua o reciente) se realizará valorando el estado de cicatrización del himen.¹⁸ Así como el periné, el tabique vaginorrectal, los fondos de saco vaginales, capaces incluso de producir la muerte. Otro signo importante a considerar es la presencia de esperma, si ha existido eyaculación, presencia de pelos pubianos del agresor.

- **COITO ANAL: Signos físicos:**
 - +Desgarros:** Al igual que en el coito vaginal los signos dependerán de la brutalidad del acto, y de la desproporción anatómica agresor/ víctima. En los atentados agudos pueden producir lesiones locales anorrectales y perineales: enrojecimientos, erosiones, desgarros y laceraciones. Los desgarros en el esfínter anal, al igual que sucede en los genitales se representarán en el sentido figurado de la esfera horaria.

 - + Paralización del esfínter anal:** de tipo transitorio como reacción a la agresión, se pueden encontrar signos inespecíficos, como dolor en la zona o picores. En ocasiones el coito anal no deja huellas, sobre todo si transcurrió un tiempo más o menos prolongado antes de la exploración.

 - + Otros signos:** Presencia de esperma, si ha existido eyaculación; presencia de pelos pubianos del agresor.

- **COITO BUCAL:** Generalmente no suele haber desgarros o signos físicos. Al igual que en casos anteriores pueden hallarse otros signos: Presencia

¹⁷ Para describir la localización de los desgarros suele utilizarse como referencia una esfera horaria, que se superpone en sentido figurado al contorno himeneal, indicando el número de la hora corresponde a la localización del desgarro, la profundidad llega hasta el borde de inserción del himen. Este dato es importante porque permite distinguir los desgarros de los arañazos o de las muescas congénitas. Los bordes de los desgarros producidos por la defloración no se sueldan jamás. Es muy importante considerar la existencia de hímenes elásticos.

¹⁸ La cicatrización del himen es rápida va de 3 a 4 días por lo que es conveniente que la mujer sea reconocida en breve plazo de tiempo tras la agresión, en el caso que la mujer no es virgen, se deben valorar otros signos.

de esperma, si ha existido eyaculación; presencia de pelos pubianos del agresor. Contagio de ITS.

SIGNOS DE OTRAS CONDUCTAS SEXUALES: Los tocamientos, frotamientos o masturbación, normalmente no dejan huella externa. En ocasiones pueden encontrarse a veces signos como:

- Tras un reciente episodio de caricias o frotamientos repetidos pueden hallarse eritema, edema localizado o petequias en zonas genitales, este signo, a veces poco específico, desaparece pronto y en menores se puede confundir con el eritema del pañal.
- Traumatismos genitales, arañazos, hematomas, entre otros
- Infecciones genitales, picores, enrojecimiento, vulvovaginitis, entre otros
- Dilatación del orificio himeneal en niñas
- La piel tras muchos y reiterados frotamientos presenta una alteración histológica, es decir cambios a nivel microscópicos.

• **EXAMEN GÉNITO-UROLÓGICO (VARÓN):**

BUENA PRÁCTICA

✓	Deberán describirse anatómicamente: pene, prepucio, escroto y testículos, consignando eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas).
✓	En caso de visualizar lesiones papulares o ulcerativas se deberán sospecharse infecciones de transmisión sexual: sífilis, condilomas acuminados, herpes genital y otros.

• **EXAMEN PROCTOLÓGICO EN AMBOS SEXOS:**

BUENA PRÁCTICA

✓	Se deberá realizar una inspección cuidadosa, en lo posible con uso de colposcopio buscando erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis o hematomas o cicatrices antiguas. Se consignará la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con la salida de gases y materias fecales.
✓	En el caso de contar con Servicio de Proctología y existiendo dudas sobre la tonicidad del esfínter anal, se recomienda realizar una manometría del esfínter o electromiografía, la que resulta de mayor facilidad en adultos. En esta parte del examen, es posible tomar muestra del contenido ano-rectal, con torunda estéril humedecida con suero fisiológico para búsqueda de semen y espermatozoides en caso de que la denuncia sea precoz, dentro de las 24 a 48 horas.

-
- ✓ Si existiera sospecha de lesión rectal, se debe realizar tacto rectal buscando posible rotura de recto o presencia de cuerpo extraño que requiera tratamiento quirúrgico de urgencia. En presencia de lesiones papulares y ulcerativas solicitar examen de VDRL y VIH (con consentimiento informado). Si hubiera tumoración papilomatosa pensar en condiloma acuminado.
-

c) INDICADORES EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES

- Alteraciones del sueño y de la alimentación. Estas pueden acompañarse de síntomas psicofisiológicos como son problemas gastrointestinales y alteraciones menstruales.
- Inseguridad, desconfianza.
- Cambios bruscos de conducta: conducta internalizante (problemas de inhibición y miedo, miedo a estar sola a los hombres o a un determinado miembro de la familia. Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales. Falta de integración, disminución de la actividad social, lúdica y laboral, aislamiento social, reserva) conducta externalizante (problema de agresividad, ira, hostilidad, conflictividad con la familia y amistades. Co-existencia de comportamientos autolesivos, intentos de suicidio.)
- Resistencia a desnudarse y bañarse
- Problemas o rechazo a la escuela o centro
- Fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama)
- Tendencia al secretismo
- Tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de los otros
- Pensamientos obsesivos en relación con la agresión (pesadillas, pensamientos recurrentes
- Problemas en la atención, memoria, concentración
- Síntomas de ansiedad y depresión (visión negativa de la vida
- Abuso de sustancias
- En cuanto a las relaciones interpersonales, afecto y relaciones sexuales se puede encontrar: rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico, conductas seductoras, especialmente en niñas
- Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad.
- Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos
- Agresión sexual de un menor hacia otros menores
- Confusión sobre la orientación sexual
- Mala adaptación sexual, dependencia, agresividad.

BUENA PRÁCTICA

-
- ✓ El diagnóstico de sospecha se referirá al examen físico realizado sin la revelación del suceso y deberá ser realizado de forma rutinaria en todos los pacientes, independientemente de la causa de consulta.
-
- ✓ Dar a elegir a todo paciente el sexo del profesional que puede valorarlo (en el caso que no es posible ofrecer acompañamiento en la valoración)
-
- ✓ Si el diagnóstico de violencia sexual se da por revelación del suceso y este es dentro de las primeras 72 horas el examen físico deberá realizarlo el médico legista, o un perito capacitado en violencia sexual.
-
- ✓ En caso que la persona presente una crisis emocional que no le permita ser
-

	examinada, solicite apoyo y/o realice intervención en crisis. Si aún así no es posible la exploración, debe suspenderse el examen a menos que exista urgencia de una intervención clínica o quirúrgica por riesgo de vida de la persona, registrando la situación para informar a la administración de justicia de esta dificultad. Lo más importante es el bienestar de la persona.
✓	Durante el examen físico general se debe describir en forma detallada, todas las lesiones, desde la región cefálica hacia la región caudal (erosiones, mordeduras, excoriaciones, contusiones equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc.).
✓	Evitar que tenga que repetir lo ocurrido: Unificar el registro de datos en la historia clínica.
✓	Explicar la importancia de la denuncia como derecho y forma de buscar la reparación

d) PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE APOYO

Deben realizarse estudios cito bacteriológicos y análisis de sangre basales. Se realizan de acuerdo a la disponibilidad de recursos del centro asistencial.

BUENA PRÁCTICA

✓	Se debe aclarar desde el principio que ningún paso será dado sin el consentimiento de la víctima.
---	--

• ANÁLISIS DE SANGRE BASALES

BUENA PRÁCTICA

✓	• Biometría hemática y química sanguínea • SÍFILIS: VDRL en el momento para descartar enfermedad previa (y prueba confirmatoria si fuera positivo). • Test de Elisa, IFI o AP para VIH (previo consentimiento y asesoramiento). • HBs Ag, AntiHBc (si no tienen vacunación completa), AntiHBs (si tiene vacunación previa), Hepatitis C. • Hemograma, hepatograma y pruebas de función renal. • Pruebas toxicológicas en orina y sangre en caso de sospecha de intoxicación por drogas (cocaína, marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc.). • Pruebas toxicológicas en orina y sangre en caso de sospecha de intoxicación por alcohol. • Test de embarazo en orina o sangre (diagnóstico de embarazo previo). La falta de este estudio, NO contraindica el inicio de los tratamientos.
---	--

• IMÁGENES

BUENA PRÁCTICA

✓	Ecosonografía. y Colposcopia dependiendo la necesidad
---	---

- **ESTUDIOS CITO-BACTERIOLÓGICOS (COMPETENCIA DE MÉDICOS LEGISTAS)**

BUENA PRÁCTICA

- ✓ Las tomas dependen del lugar de violación que se haya sufrido:
FROTIS, para microscopia directa y gran
CULTIVO ENDOCERVICAL, y de cada sitio en que hubo penetración o intento para gonococo y clamidia

- **ESTUDIOS LEGALES**

BUENA PRÁCTICA

- ✓ Contenido **VAGINAL, VULVAR Y PERIVULVAR** para búsqueda de semen y espermatozoides incluyendo moco cervical
- ✓ Contenido rectal para búsqueda de semen y espermatozoides. Contenido bucal (delante y detrás de incisivos superiores) para búsqueda de semen y espermatozoides.
- ✓ Flujo vaginal para examen bacteriológico y parasitario (hongos, tricomonas, gardnerella, gonococo, entre otros.)
- ✓ Flujo uretral y/o anal, para examen bacteriológico, incluyendo gonococo y/o chlamydia y parasitario.
- ✓ Examen de ADN en espermatozoides o medios biológicos (pelos, sangre, entre otros)
- ✓ Estudio de manchas en ropas (búsqueda de semen, espermatozoides, sangre, estudio de ADN).

Para el diagnóstico confirmatorio el profesional de salud se guiará de acuerdo a la nomenclatura CIE-10 DE VIOLENCIA SEXUAL.

Código Codificación CIE 10 Violencia sexual

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
Y05 Y05.0 Y05.1 Y05.2 Y05.3 Y05.4 Y05.5 Y05.6 Y05.7 Y05.8 Y05.9 (Y07)	Agresión sexual con fuerza corporal. Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda. Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial. Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas. Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo. Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras. Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios. Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción. Agresión sexual con fuerza corporal, en granja. Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado. Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado. Otros síndromes de maltrato. INCLUYE abuso: Físico Sexual Crueldad mental Tortura
(Y07.0) (Y07.1) (Y07.2) (Y07.3) (Y07.8) (Y07.9)	Por esposo o pareja. Por padre o madre. Por conocido o amigo. Por autoridades oficiales. Por otra persona especificada. Por persona no especificada.

11 TRATAMIENTO

El tratamiento incluye el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) o, si ya se produjo el embarazo, el acceso al aborto no punible en caso de corresponder, el tratamiento antirretroviral para prevención del VIH y los tratamientos para otras ITS, una serie de vacunas además de un tratamiento psicológico y apoyo de trabajo social.

El tratamiento en forma general debe favorecer en tres factores importantes: recuperación, protección y reparación.

RECUPERACIÓN: es el conjunto de medidas y cuidados preventivos o terapéuticos en relación a los daños físicos y psicológicos, que corresponde mayoritariamente a la tarea de los equipos interdisciplinarios de la salud.

PROTECCIÓN: es el conjunto de medidas que tienen por objetivo el resguardo de la víctima. Está a cargo de las instancias integrantes del sistema integral de protección para personas víctimas de violencia que comprende al Ministerio de Salud, Ministerio de desarrollo social, al Ministerio del Interior, Policía Judicial, Consejo de la judicatura y redes sociales de apoyo, aunque también puede ser muy importante el papel del entorno familiar y las redes naturales de sostén.

REPARACIÓN¹⁹: es el conjunto de medidas destinadas a resarcir a la persona por los daños a la integridad, libertad, dignidad y sentido de justicia. Desde una perspectiva institucional, la reparación está en manos del sistema Judicial, sin embargo existen alternativas de reparación fuera del ámbito judicial que pueden resultar muy útiles para el proceso de la persona: la actitud de la familia de condena al agresor suele resultar parte de la reparación, incluso y especialmente en los casos donde el violador es integrante de la familia.

13.1 TRATAMIENTO DE LESIONES CORPORALES Y GENITALES

El examen médico debe identificar todas las lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse un minucioso examen ginecológico (genitales internos y externos), consignando y registrando todas las observaciones.

13.2 ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección. Se han postulado varios mecanismos de acción, según la fase del ciclo en que se use la anticoncepción de emergencia:

- Inhibición de la ovulación,
- Alteración del moco cervical,
- Alteración del transporte de gametos y
- Alteración de la función lútea.

¹⁹ La reparación evidencia todas las medidas orientadas a evitar riesgos, descritas en la Guía de procedimientos.

- ❖ No hay evidencia científica de que se inhiba la implantación.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	La administración de la PAE debe ser lo antes posible y hasta 5 días después de la violación. Cuanto antes se tome la pastilla, mayor será la efectividad. A medida que pasa el tiempo, la efectividad va disminuyendo. Si se toma dentro de las primeras 12 horas la eficacia es del 95%. Cuando ya van entre 49 y 72 horas del episodio la efectividad es del 58%. (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (2005)
---	---

BUENA PRACTICA

✓	Informar al paciente sobre uso y efecto de la AOE
✓	La administración de la AOE no es obligatoria, se debe considerar la decisión autónoma de la paciente, posterior a la asesoría donde se brinda toda la información necesaria sobre la misma.

TABLA 1: DOSIS DE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

DROGA	DOSIS
Levonorgestrel 1,5 mg	1 solo comprimido de 1,5mg
Levonorgestrel 0,75 mg	2 comprimidos de 0,75 mg (pueden tomarse los dos comprimidos juntos o tomarse 1 y a las 12 horas el siguiente)

FUENTE: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).Emergency contraception. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 May. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 112).

13.3 EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN

En embarazos producto de una violación debe realizarse la contención en caso de crisis y dar apoyo interdisciplinario (privilegiando el psicológico) a la mujer. La atención debe brindarse desde un enfoque de derechos y género, donde se privilegie la confidencialidad, la calidad, el respeto y la promoción de la autonomía.

El personal de Salud debe dar información completa y actualizada sobre los servicios disponibles y su funcionamiento. Para estos servicios la recepción de la usuaria constituye un factor fundamental para evitar la pérdida de oportunidades de atención y disminuir los riesgos asociados al aborto inseguro.

El Ministerio de Salud contempla la necesidad de brindar asesoría en caso de un embarazo tomando en cuenta el deseo de la mujer de continuar con el mismo o interrumpirlo. En caso de desear continuar con el embarazo debe realizarse una referencia al servicio de atención prenatal más cercano al lugar de referencia de la usuaria, en caso contrario debe darse a la usuaria asesoría sobre reducción de daños de abortos inseguros o sobre adopción y desvinculo, según su requerimiento. También debe prevenirse el VIH/SIDA, ITS y realizarse los demás procedimientos descritos en esta guía.

El embarazo resultado de una violación no se encuentra contemplado como una de las causales legales de interrupción del embarazo en el Código Penal del Ecuador. En embarazos producto de una violación debe informarse que el aborto es ilegal en Ecuador, salvo para casos en los que corra riesgo la vida o salud de la mujer, o si el embarazo es de una mujer con trastornos mentales que le impidan un cabal discernimiento de la situación. Sin embargo, es necesario que el personal médico asesore a la mujer para reducir riesgos y daños asociados con el aborto practicado en situaciones de riesgo.

BUENA PRACTICA

EMBARAZO EN VIOLENCIA

✓	Brindar “ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA”
	• Dar asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud para que éstas cuenten con toda la información para la toma de decisiones. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados y el riesgo de los mismos, siempre respetando la decisión informada de la usuaria. • En los casos en que la usuaria manifieste la decisión de interrumpir el embarazo, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y que procuren disminuir las complicaciones inmediatas que son el preámbulo de las complicaciones mayores y de la muerte materna. Educación preventiva-educativa, Información sobre prácticas de menor riesgo, y consulta de seguimiento post- procedimiento. (ANEXO) • Es obligación informar sobre las situaciones de riesgo para la salud (en caso de que la decisión de la mujer no desee seguir el curso de embarazo) y orientar sobre su prevención hablar de aspectos legales no exime de plantear aspectos médicos/biológicos/sanitarios. • El profesional de salud debe respetar la confidencialidad de la información clínica de la paciente, como una medida de protección de la usuaria y brindarle la atención que requiera para lograr un estado de salud óptimo.
✓	Referir a la mujer al centro de salud de la zona, para que continúe con el proceso de asesoramiento para una maternidad segura
✓	En el caso de detectar una violación anterior y con referencia de aborto se consultará a la persona si desea apoyo de Rehabilitación integral.

13.4 PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA-TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

La prevención del VIH con tratamiento antirretroviral debe comenzar inmediatamente, ideal antes de las 2 horas de producida la situación de violación y hasta las 72 horas: luego de ese lapso evaluar el riesgo/beneficio. (GPC ARGENTINA)

NIVELES DE PRUEBAS

4	Esquema de prevención antirretroviral se determina con la consideración de evidencia científica actual, la experiencia de programas de VIH/sida y los adelantos en materia de tratamiento de la infección por VIH. Esas recomendaciones se concentraron principalmente en GUÍA MATRIZ DE LA OMS: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf .
---	---

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

B ADMINISTRAR ESQUEMA TABLA 2-3.

BUENA PRACTICA

✓	NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA: Todos los casos confirmados de infección por VIH, son de reporte epidemiológico obligatorio por los laboratorios de la red de salud pública (IESS, FFAA, Policía, MSP) y de la red de salud privada, al INH provincial y este al regional
✓	Todos los casos de sida confirmados, así como embarazadas VIH positivas y expuestos perinatales serán notificados por las Unidades de Atención Integral a las Direcciones Provinciales de Salud, utilizando el formato correspondiente del Sistema de Vigilancia para mayores y menores de 13 años, SVE-SIDA 002 y 003.
✓	CONSEJERÍA / EDUCACIÓN: Realizar la contención emocional que implica la posibilidad de enfrentar una infección de por VIH/SIDA y otras ITS.
✓	Evaluar el grado de exposición al virus del VIH, Hepatitis, herpes, sífilis y otras ITS.
✓	Promover elementos que mejoren el bienestar físico, psicológico y social del paciente.
✓	Ofrecer Consejería a familiares

Para mayor información referirse al *Manual de Normas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida e ITS del MSP 2008*.

TABLA 2: RIESGO DE TRANSMISIÓN DE HIV

RELACIÓN SEXUAL	CALIFICACION
Anal receptiva	AR
Vaginal receptiva	MR
Anal insertiva	AR
Vaginal insertiva	MR
Oral receptiva con eyaculación	BR

NOTA: Receptiva se entiende cuando la penetración la realiza una persona HIV positiva. Inserta es cuando la penetración la realiza una persona HIV negativa a una persona HIV positiva. (AR) alto riesgo (MR) mediano riesgo (BR) bajo riesgo.

FUENTE: GPC ARGENTINA

TABLA 3: TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE VIH SEGÚN RIESGO

RELACIÓN SEXUAL	CALIFICACIÓN	
VAGINAL	Receptiva insertiva	Régimen ampliado Régimen básico
ANAL	Receptiva insertiva	Régimen ampliado Régimen básico
ORAL	Con eyaculación Sin eyaculación	Régimen básico

NOTA: Régimen **básico**: 2 INTR (inhibidores nucleósicos de la transcriptasa reserva)

Régimen ampliado: Régimen básico + INNTR (Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reserva) o IP (inhibidores de la proteasa).

FUENTE: GPC ARGENTINA

BUENA PRACTICA

✓	Tomar muestras en el día cero para diagnóstico y seguimiento de VIH, sífilis, hepatitis B, Herpes y coloración gram.
✓	Se debe valorar el caso fuente de la exposición, en relación a su estado serológico, su condición clínica, inmunológica y virológica.
✓	Se debe valorar el estado las características de la exposición
✓	Cuando se desconoce la condición serológica del violador siempre se considera una relación receptiva. Por lo tanto la profilaxis se realiza con régimen ampliado.

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN EL ECUADOR

BUENA PRACTICA

✓	Para decidir cuáles son los regímenes a prescribir, se debe tener en cuenta la eficacia, toxicidad y tolerancia de los Antiretrovirales (ARV).
---	--

TABLA 4: CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIRRETROVIRALES EXISTENTES EN EL ECUADOR

ITRN	ITRN	IP	INHIBIDOR DE INTEGRASA
ZIDOVUDINA (AZT)	EFAVIRENZ (EFV)	LOPINAVIR+RITONAVIR (LPV/RTV) o LPV/r	
LAMIVUDINA (3TC)	NEVIRAPINA (NVP)	SAQUINAVIR (SQV)	RALTEGRAVIR (RLV)
DIDANOSINA (ddI)	ETRAVIRINA (ETV)	ATAZANAVIR (ATZ)	
ABACAVIR (ABC)		DARUNAVIR (DRV)	
TENOFOVIR (TDF)			
EMTRICITABINA (FTC)			
DOSIS FIJAS COMBINADAS			
AZT+3TC			
ABC+3TC			
TDF+FTC			
TDF+FTC+EFV			

BUENA PRACTICA

✓	La administración de la profilaxis post-exposición PPE, debe ser realizada en las primeras 2 horas de la exposición, máximo hasta las 72 horas. No es recomendable la PPE después de las 72 horas.
✓	La duración de la PPE debe ser de 4 semanas
✓	Cuando existe sospecha de resistencia a ARV en la persona fuente, se debe incluir fármacos sin resistencia cruzada
✓	Cuando existen dudas sobre la necesidad de administrar PPE, se debe administrar la primera dosis y ser valorada su continuación por un experto
✓	Para el tratamiento antirretroviral de adultos/as, según Guía de VIH Ecuador usar dos inhibidores nucleósicos de la transcriptasa reversa+ un inhibidor de la proteasa reforzado. Como se indica en los esquemas 1 y 2.

TABLA 5: TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL-ADULTOS/OS, ECUADOR

Esquema # 1		
	PRESENTACIÓN	DOSIS
TDF + FTC	TDF: Comprimidos de 300mg FTC: Comprimidos de 600mg	1 comprimido cada 24 horas
(LPV/r)	Comprimidos 200/50mg	2 comprimidos cada 12 horas

Esquema # 2		
	PRESENTACIÓN	DOSIS
AZT +3TC	Comprimidos 300/150 mg	1 comprimido cada 12 horas
(LPV/r)	Comprimidos 200/50mg	2 comprimidos cada 12 horas

Como alternativa, utilizar dos inhibidores nucleótidos de la transcriptasa reversa + un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa, como se indica en los esquemas 3 y 4.

Esquema # 3		
	PRESENTACIÓN	DOSIS
AZT+3TC	Comprimidos 300/150 mg	1 comprimido cada 12 horas
EFV	Comprimido 600mg	1 comprimido cada 24 horas (utilizar de preferencia en la noche)

Fuente: Ministerio de Salud Pública – **Estrategia** Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA ITS.

NOTA: Para tratamiento en menores de tres años debe tener asesoría del programa VIH/SIDA.

Esquema # 4		
PRESENTACIÓN		DOSIS
TDF 300MG + FTC	Comprimido 600 mg	1 comprimido cada 24 horas
EFV	Comprimido 600mg	1 comprimido cada 24 horas

13.5 PROFILAXIS DE OTRAS ITS (INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)

Realizar exámenes de VIH, VDRLK, HbsAg y anti HVC , el día 1, con el fin de determinar la condición serológica basal de la persona expuesta, sin que ello implique retardo en el inicio de la profilaxis.

La profilaxis en otras Infecciones de Transmisión Sexual busca evitar se contraigan gonorrea, sífilis, chlamydia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana.

La dosis es diferente para adultos y niñas/os.

TABLA 5: PROFILAXIS ITS: ADULTOS

PROFILAXIS ITS-ADULTOS/AS	
DE ELECCION	ALTERNATIVA
Ceftriaxona 250mg im	Ciprofloxacina 500mg
+	
Azitromicina 1g VO	Doxiciclina 100mg cada 12 horas por 7 días. No dar doxiciclina en caso de embarazo.
+	
Metronidazol 2g VO	---

FUENTE: GPC ARGENTINA

PROFILAXIS DE ELECCIÓN ITS-ADULTOS/AS
Ciprofloxacina 500mg + Azitromicina 1g VO (para gonorrea y clamidia) + Penicilina benzatinica 2400.000 U.i. una ampolla I.M (para sífilis)

FUENTE: ESTRATEGIA DE VIH / SIDA

TABLA 6: PROFILAXIS ITS: PEDIATRÍA

DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Ceftriaxona 125 mg IM en una sola dosis	Cefixima 8 mg/kg (máximo 400mg) una dosis VO
+	
Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1g) VO, monodosis	Eritromicina 50 mg/kg/día divididos c/6 horas 10 a 14 días o Doxiciclina 100mg c/12 horas durante 7 días
+	
Metronidazol 15 mg/kg/día VO 3 veces por día durante 7 días (o máxima 2g en una sola dosis	

FUENTE: GPC ARGENTINA

13.6 VACUNACIÓN

13.6.1 PROFILAXIS HEPATITIS B

Sin vacunación previa o vacunados sin títulos de anticuerpos conocidos: indicar vacuna antiHBV (3 dosis: 0, 1 y 6 meses).

13.6.2 VACUNACIÓN ANTITETÁNICA

Si no estuviera vacunada en los últimos 10 años: Vacuna Antitetánica o doble adulto.

Una vez administrado tratamiento es recomendable:

BUENA PRACTICA

✓	Recomendar la Importancia de concurrir al control médico (actividades tabla 7)
✓	Entregar profilaxis para VIH por 3 días o hasta poder realizar control con Infectología.
✓	La profilaxis para VIH se realiza 4 semanas.
✓	Es necesario referir para consulta con el Servicio de Infectología para detectar nuevas posibles infecciones adquiridas durante o después de la violación
✓	Recomendar la confidencialidad en todo sentido para que el paciente regrese al servicio de salud

TABLA 7: CONTROLES MÉDICOS

FECHAS/CONTROLES	ANÁLISIS A REALIZAR
A los 7-10 días	- HMG y hepatograma, si profilaxis para VIH
A las 4 -6 semanas	- Serología para VIH, VDRL, antiHBc, Ag, HBs, anti HBs, Hepatitis C - Vacuna anti HBV - HMG y hepatograma al completar profilaxis para vih - Test de embarazo en caso de retraso menstrual
A los 3 meses	- Serología para VIH, VDRL, antiHBc, Ag HBs, antiHBs, Hepatitis C
A los 6 meses	- Serología para VIH, VDRL, antiHBc, Ag HBs, antiHBs, Hepatitis C, Vacuna anti HBV

FUENTE: GPC ARGENTINA

13.7 ABORDAJE PSICOLÓGICO Y SOCIAL

El abordaje psicológico a una víctima de violación incluye la contención inicial, evaluación de riesgos e interconsulta psiquiátrica si se considera necesario.

BUENA PRACTICA

✓	En las semanas siguientes se debe planificar un tratamiento breve y focalizado (6-8 entrevistas), destinado a elaborar síntomas post traumáticos, y reorganizar la vida cotidiana, dejando abierta la posibilidad de prolongarlo si la situación lo requiere, por derivación intra o extra hospitalaria
✓	También se debe tener en cuenta la atención de familiares y allegados de las víctimas
✓	Se recomienda una entrevista diagnóstica de problemáticas familiares, sociales, laborales y orientación y asesoramiento para el fortalecimiento de la víctima en el ejercicio de sus derechos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

B	Según la APA (1999) las intervenciones deben tratar los síntomas sin olvidar la dimensión psicosocial implicada, teniendo en cuenta otros aspectos como la integración en el mundo laboral, mejora de la autonomía, capacidad de resolución de problemas o adaptación a la vida cotidiana.
---	--

Además de las intervenciones inmediatas, existen varios tratamientos psicoterapéuticos a largo plazo, la mayoría provienen del ámbito de la psicología, aunque con aportaciones de trabajo social y componentes psico-educativos. Suelen ser intervenciones breves, en grupo, generalmente ambulatorias, con uno o dos terapeutas (Echeburúa y Corral, 1998). El más frecuente es el “grupo de trabajo”. Tienen como objetivo, por un lado, la mejora de los niveles de salud física y psicológica y, por otro, la readaptación de las mujeres a su ámbito de vida cotidiano.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

B	Según la revisión sistemática sobre prevención y tratamiento de la violencia contra las personas del grupo de trabajo canadiense de salud preventiva (2001) no hay suficiente evidencia para recomendar o no intervenciones específicas para mujeres expuestas a la violencia machista [I] fuera de las intervenciones inmediatas en casa de acogida [
---	--

Aunque no existe mucha investigación controlada sobre la eficacia de las intervenciones terapéuticas, no se pone en duda su utilidad. Estos trabajos se han centrado en evaluar el cambio terapéutico del malestar general a través de variables como el Trastorno por estrés pos trauma (TEPT), la autoestima y/o depresión (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta 1996).

GRADOS DE RECOMENDACIÓN		EVIDENCIA
A	Utilizar programas multicomponentes cognitivos conductuales en trastorno por estrés pos trauma (TPET) individual y el tercero grupal, la sintomatología se reduce. Se mejora las puntuaciones de depresión, autoestima y culpa. El tiempo de aplicación va de 6 meses a 1 año. Según Echeburúa et al (1996) Kubany, Hill, Owens, Iannce-Spencer, McCaig, Tremayne et al. (2004) y Rincón (2003).	1++
B	La terapia de exposición (exposición sistemática a memoria traumática en entorno seguro) es bastante efectiva con mujeres atacadas sexual o no sexualmente, así como con mujeres que han sufrido abuso sexual en la infancia. La terapia de apoyo y consejo es menos efectiva que la exposición, pero es mejor que la no terapia (Foa y Street, 2001).	1+
B	Hay poca evidencia sobre la mayoría de los tratamientos habituales para víctimas. Hay más pruebas que apoyan el uso de tratamientos para el trauma de la víctima y sobre el abuso de sustancias para maltratadores.	2++
B	Son beneficiosas las intervenciones inmediatas (defensa), el consejo de cuidado más conciencia de peligro frente al consejo sólo, el consejo cognitivo-conductual frente al no consejo, la terapia cognitiva del trauma frente al no tratamiento, el apoyo del grupo de iguales y los planes de seguridad. En el resto de los casos se desconoce la Todo ello no superó la fuerza de evidencia moderada, o fue baja o muy baja.	2+
B	No existe evidencia de la efectividad en consejo versus no consejo, diferentes tipos de consejo versus otros y casas de acogidas, y es improbable que sea beneficioso únicamente el apoyo y guía de enfermería. Sadowski (2009)	

13.8 OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL DE SALUD-

La violencia intrafamiliar es un delito de instancia pública, por tanto, es un hecho que debe ser investigado de oficio por parte de la fiscalía. Sin embargo, es una obligación del profesional de la salud, informar al fiscal distrital de cualquier caso de posible violencia basada en género o intrafamiliar que llegue a su conocimiento, ya sea de manera verbal o por escrito.

Al respecto, el Art. 4. Literal c) de la Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia dispone que:

“Para los efectos de esta Ley, se considera:

a) Violencia Física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas

agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación;

b) Violencia Psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado;

c) Violencia Sexual.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.”

Es así que el Art. 10 del mismo cuerpo legal manda que:

“Estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento: 1. Los agentes de la Policía Nacional; 2. El Ministerio Público; y, 3. Los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimiento de los casos de agresión”.

Los funcionarios y profesionales de la salud de entidades públicas o privadas que tomen contacto con un caso de supuesto maltrato intrafamiliar o de violencia de género, están obligados por ley a poner en conocimiento de las autoridades competentes el hecho con el fin de precutelar la vida e integridad física y mental de la posible víctima. Es facultativo u opcional que esta denuncia sea presentada con respaldo de las autoridades de la institución y dando intervención a los organismos competentes en la defensa de los derechos de la infancia.

Para poner en conocimiento del fiscal el posible delito de violación, el profesional de la salud puede hacerlo de manera verbal acudiendo a la fiscalía distrital o mediante oficio que deberá contener los siguientes requisitos:

1. Nombres y apellidos del profesional de salud que atendió a la presunta víctima.
2. Nombres y apellidos de la presunta víctima.
3. Contar los hechos mediante los cuales llegó a la presunción denunciada.

Es indispensable mencionar que no se requiere de patrocinio de un profesional del derecho para poner en conocimiento de la autoridad un posible caso de maltrato intrafamiliar o violencia de género.

En todo caso de violencia de género el profesional de la salud está obligado a informar, pero se enfatiza esta obligatoriedad en los posibles casos de violación sexual, sobre todo:

- 1) cuando sea una persona menor de 18 años deberá preverse informar a la Junta de Protección de Derechos.
- 2) cuando además de delitos sexuales hay riesgo de vida o lesiones graves o gravísimas;
- 3) en los casos de menores de 18 años cuando se considere que la niña o niño esté en riesgo;
- 4) en los casos de menores de 18 años independientemente de quien sea el agresor pero con especial atención cuando se sospeche que los padres, tutores o familiares pueden estar involucrados en la infracción o en el encubrimiento de la misma.

Entiéndase por violación lo estipulado en el Art. 512 del Código Penal violación es

“el acceso carnal, con introducción parcial o total del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o, introducción, por vía vaginal o anal de los objetos, dedos u órganos distintos del miembro viril, a una persona de cualquier sexo, en los siguientes casos:

- 1.- cuando la víctima haya sido menor de 14 años;*
- 2.- cuando la persona ofendida se hallare privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa no pudiese resistirse; y,*
- 3.- cuando se usare de violencia amena o intimidación.”*

BUENA PRACTICA

-
- | | |
|---|---|
| ✓ | Denunciar es una decisión personal. La denuncia NO debe condicionar la atención ni el tratamiento médico y psicológico. |
|---|---|
-

13.9 PLAN DE SEGURIDAD Y/O EMERGENCIA

El **Plan de Seguridad y/o de Emergencia** está constituido por medidas preventivas que contribuyen para reducir el riesgo de las personas víctimas de violencia, y brindarles protección, incluye la revisión conjunta con las personas víctimas de las circunstancias de riesgo y posibles precauciones, así como una serie de medidas que tienen como objetivo preparar a la víctima de violencia sobre cómo evitar situaciones de riesgo.

Este plan puede incluir estrategias para la salida del hogar, cuando esté en riesgo su integridad y vida o la de alguno de los miembros de su familia.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

- | | |
|----------|---|
| A | Todos los servicios sanitarios deben tener copias de un plan de seguridad/huida genérico disponible para usar en su momento, o para que la mujer se lo lleve sin peligro. |
|----------|---|

BUENA PRACTICA

-
- | | |
|---|---|
| ✓ | Además de la entrega del plan de emergencia debe proporcionar a la usuaria asesoría sobre la ley vigente en el país y los mecanismos para realizar una denuncia, considerando que esta es la medida más efectiva para protegerse y evitar un nuevo acto violento. |
|---|---|
-

Según Weslwy Shelter, Inc. Ending Violence-Saving lives determina al plan de seguridad y/o emergencia como plan de escape con los siguientes puntos adaptados:

PLAN DE ESCAPE PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA

La próxima vez que estés en peligro inminente de ser atacada/o, el tener un plan de escape preparado puede ayudarles a ti y a tus hijos e hijas en caso que tengas que salir rápidamente de una situación peligrosa.

Estos son los pasos a seguir:

1. Elegir un momento en que la situación en el hogar sea tranquila.
2. No dar ningún indicio de la intención de huida.
3. Decide de antemano a dónde vas a ir e infórmaselo a la persona que escogiste, de esta manera, estará sobre aviso para cuando llegues, ya sea de día o de noche, en caso de una emergencia. Si no tienes a donde ir considera servicios locales (anexo)
4. Considera la transportación y la forma para salir de la casa: policía, taxi, transportación pública, en el auto de amistades o familiares.
5. No difundir la dirección del lugar en el que te vas a alojar.
6. Identificar a uno o más vecinos a quienes pueda hablarles y pedirles ayuda. Coordina con los vecinos (en los cuales confías) señales o claves que le indiquen cuando llamar a la policía.
7. Preparar una lista de teléfonos de amigos y familiares.
8. Prepara una maleta con lo que aparece a continuación y guárdala en casa de una vecina, familiar, amigo de confianza o escóndela en algún lugar de confianza:

- Medicinas habituales
- Ropa y artículos de aseo
- Agenda de direcciones
- Certificados médicos
- Cédula de identidad, y otras documentaciones de valor
- Dinero para cubrir las necesidades básicas
- Duplicado de las llaves de la casa
- Actas de nacimiento
- Acta de matrimonio
- Carnet del seguro social
- Certificado de votación
- Tarjeta de teléfono
- Directorio telefónico de las personas que puedan ayudarle
- Objetos con valor afectivo

SI YA ESTAS FUERA DE CASA

- Evitar los lugares donde pueda encontrarse con el agresor.
- Cambiar constantemente las rutas para ir y venir cuando salga de casa o trabajo.
- Informar a la escuela, colegio, la guardería, sobre quién tiene autorización para recoger a sus hijos e hijas.
- Desarrollar un plan de seguridad con los hijos e hijas para cuando no se esté con ellos.

SI ESTAS ANTE UNA AGRESIÓN INMINENTE

Ten precaución:

- Aléjate de la cocina o de donde se guarden cuchillos que puedan ser utilizados como armas.
- Evita entrar en espacios cerrados o habitaciones pequeñas donde la puedan atraparte
- Corra y utilice inmediatamente la ruta de escape previamente planificada. Si ésta ha sido bloqueada debe dirigirse a la habitación habilitada para cerrarse por dentro y encerrarse
- Alerta y llame a los niños u otros familiares
- Llame a la policía.
- Como último recurso, si todo le ha fallado y está siendo golpeada, debe ponerse en una esquina contra la pared y agacharse, acercando la cabeza lo más posible a las rodillas y protegiéndose la cara y cabeza con las manos y brazos. Debe utilizar los codos para cubrir las costillas, ya que al estar contra la pared podrá proteger su espalda, parte trasera de las costillas y órganos como los riñones.
- Enseñar a los niños, familiares dependientes, a no interferir en una agresión, recomendar ponerse a salvo y llamar a la policía dando la dirección y el número de teléfono exacto
- Ante la menor oportunidad debe correr y ejecutar el plan de acción
- Si ha sido víctima de maltrato físico, debe buscar ayuda médica y denunciar el hecho (si no lo ha realizado).
- En cuanto reciba atención debe tomarse fotos de las heridas o lesiones que tenga
- Utiliza recursos de ayuda: Si has sido atacada, ve a una sala de emergencia, aunque tus golpes o heridas no sean visibles. Infórmele al personal de la sala que has sido víctima de violencia doméstica. Pide una copia de tu expediente médico, esto te ayudará en caso de que decidas procesar a tu agresor.
- Comunícate con personas que te puedan ayudar, ya sean parientes, amistades, o profesionales de ayuda, como trabajadores sociales, psicólogos, abogados, etc.

BUENA PRACTICA

-
- ✓ Es muy importante, que la persona violentada sepa que **no debe utilizar estas medidas para enfrentar reiteradas agresiones**, ya que en la próxima ocasión el agresor conocerá su modo de operar y se adelantará a sus acciones.
-

Según experiencia ecuatoriana, en caso de agresiones reiteradas se debe hacer un cercamiento de la víctima para que continúe un proceso de acompañamiento psicológico y para que se integre a un grupo de apoyo, autoayuda y autodefensa contra la violencia.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

- | | |
|----------|--|
| A | Tenga en cuenta que las agresiones más violentas y, en muchos casos aquellas que acaban con la vida de una persona, suceden cuando se están realizando los trámites de separación o cuando la mujer decide abandonar el domicilio. |
|----------|--|

RECUERDE:

Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, deberán notificar a autoridad judicial competente un informe del caso, debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.

En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Para toda forma de violencia se recomienda realizar el informe de referencia cuando el caso clínico lo amerita y según su capacidad resolutoria, utilizando el formulario correspondiente. Es fundamental sin embargo que la unidad que reciba a la persona víctima de violencia realice la contención en crisis.

La referencia puede estar orientada en diversas direcciones, reconociendo que existe una ruta para el abordaje integral de la violencia de la cual se debe informar a la mujer y a la cual se la debe direccionar:

- Servicios de salud de mayor complejidad (Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Traumatología, Neurología, Control prenatal, asesoría sobre reducción de riesgos en abortos inseguros, otros.)
- Servicios legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos. Fiscalía, Policía Judicial o Policía Nacional.
- Servicios Sociales: Casas de acogida.

Ver Guía de servicios (Lista general de Instituciones u Organizaciones que brindan servicio según provincias). MSP, 2009

De igual manera, se espera que la persona retorne a la unidad de salud que hizo la referencia para realizar el seguimiento.

SEGUIMIENTO DE LOS CASOS

El seguimiento debe ser realizado por el personal de salud de primer nivel que atendió el caso o al que fue referido el caso por primera vez, en función de las necesidades y demandas de la persona y de la gravedad de la violencia diagnosticada.

Se programarán consultas periódicas y/o visitas domiciliarias de seguimiento en las que se valorará aspectos relativos a la evolución del caso:

- Estado de las lesiones previas y la posible aparición de otras nuevas.
- Incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de violencia sufrido.
- Extensión de agresiones a otros miembros de la familia en el mismo domicilio.
- Modificación del riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de drogas, alcohol, pérdida del trabajo).
- Respuesta de la red social de apoyo.
- Eficacia de las estrategias del Plan de Emergencia.

12 APLICABILIDAD E IMPLEMENTACIÓN

Según el MAIS (2012) Las prioridades nacionales se orientan a movilizar los recursos en función del logro de objetivos y metas de corto y mediano plazo. Son estrategias que requieren una intervención intersectorial y que se orientan a modificar los factores o determinantes críticos que generan la prioridad sanitaria, por el impacto en la población y en el desarrollo del país. En este contexto se enmarcan en las políticas y metas nacionales establecidas en el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, una de ellas es la ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTES -ENIPLA- la cual es el puntal para el desarrollo y aplicabilidad de la presente guía de Atención Integral en Violencia de Género, que recoge la necesidad de los Equipos de atención de salud en cuanto a contar con un instrumento de apoyo técnico que oriente y facilite su labor profesional en el abordaje de la violencia.

12.1 FACTORES FACILITADORES PARA LA APLICACIÓN

- **ENFOQUE DE LA ATENCIÓN**

La Guía de Atención Integral en Violencia de Género considera el enfoque de la atención Según lo emitido en el MAIS (2012) el cual define a la Atención Integral como acciones sistemáticas y coordinadas desde la perspectiva de reconocer el enfoque integral, imponiéndose el abordaje de su problemática con un enfoque de interculturalidad, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

ATENCIÓN INDIVIDUAL

Para la atención individual en cualquier forma de violencia se reconocerá el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida.

La atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y auto-cuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada momento de su ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de violencia y rehabilitación de la funcionalidad.

La atención individual debe basarse en el respeto y el reconocimiento tanto del equipo de salud y de la persona, de los derechos y responsabilidades en salud.

ATENCIÓN FAMILIAR

El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de la familia, de cada uno de sus miembros y en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento.

El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud.

La Atención Familiar se fortalece con la Atención de salud mental en los servicios de salud de los tres niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud, para lo cual se debe garantizar la incorporación de la salud mental como una dimensión de la salud que complementa el enfoque biológico.

ATENCIÓN INTERCULTURAL

En los servicios de salud se deberá garantizar el respeto hacia toda forma de cultura, promoviendo y facilitando el ejercicio de derechos.

• CONJUNTO DE PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA

El conjunto de prestaciones de servicios para la atención en violencia está basado en el Modelo de Atención Integral- MAIS (2012). Por lo tanto, el equipo integral de salud en las unidades operativas de los tres niveles de atención deberá considerar el conjunto de prestaciones (MAIS 2012) acorde a las necesidades específicas de los grupos poblacionales y las modalidades de atención, direccionándolo a la atención y prevención de la violencia de género.

El objetivo de la prestación de salud será específico para el Cuidado de la Salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, en situaciones de violencia de género.

Se implementará acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria y rehabilitación, fortalecimiento la coordinación intersectorial para actuar en razón de la atención integral. Además el equipo integral de salud estará obligado a realizar seguimiento y evaluación de las personas identificadas con factor de riesgo a través de visitas domiciliarias con la elaboración previa de un plan de intervención.

12.2 BARRERAS PARA LA APLICACIÓN

La Guías de Práctica Clínica (GPC) son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los pacientes y profesionales en las decisiones relativas al cuidado apropiado de la salud en circunstancias clínicas específicas; reduciendo la variabilidad inadecuada, mejorando los resultados clínicos y haciendo más previsible y racional la utilización de los recursos. A pesar de sus reconocidos beneficios, es frecuente que su adopción sea resistida y la extensión de su utilización sea limitada o fracase en lograr cambios que se mantengan en el tiempo.

Las principales barreras para la implementación y que deben ser consideradas para su operativización son:

- Desconocimiento sobre la existencia y manejo de Guías de Práctica Clínica (GPC), su concepto y su utilidad

- Desconocimiento de las Prácticas basadas en evidencia y sobretodo de la Medicina Basada en Evidencia
- Sobrecarga de trabajo operativo
- Falta de motivación y barreras del entorno que inducen a la resistencia al cambio.

12.3 HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

Para que la Guía de Atención Integral de Violencia pueda llevar a la práctica las recomendaciones generadas en la misma se considerará la implementación del set de instrumentos que acompañan a esta guía:

- Guía de Atención Integral en Violencia de Género (Guía de bolsillo)
- Guía de procedimientos para la atención Integral de Violencia de Género
- Guía del ciudadano sobre la atención Integral de Violencia de Género.

Además propone una serie de instrumentos validados en la guía base²⁰ aplicable en distintos puntos de desarrollo de la guía.

12.4 IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

La implementación de la guía considerará puntos prioritarios a tomar en cuenta: la difusión, sensibilización, capacitación metodológica y conceptual y la organización del servicio de salud.

- **DIFUSIÓN DE LA GUIA**

Esta estrategia debe contemplar tanto la publicación física, cuanto electrónica de la Guía, si es posible debe contar con versiones para dispositivos de comunicación y para redes sociales.

- **SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL USO DE LA GUÍA**

Emprender una campaña de edu-comunicación que a partir de las necesidades de los equipos de salud en relación al manejo de Violencia, se presente la Guía como instrumento de apoyo para la toma de decisiones en el manejo de los y las usuarias de nuestros servicios de salud.

²⁰ Estos instrumentos propuestos requieren de validación interna de acuerdo al contexto social de la parte operativa.

- **CAPACITACIÓN METODOLÓGICA AL PERSONAL DE SALUD**

En salud, el ojo clínico puede definirse como el don que poseen algunos médicos para realizar diagnósticos rápidos y certeros. Este término, antaño popular, ha caído en desuso y en la actualidad se utiliza con mayor frecuencia en ambientes no médicos, para resaltar la habilidad de anticipar acontecimientos o de calibrar a simple vista aspectos ocultos de la naturaleza humana. Por el contrario, el concepto evidencia científica es claramente actual. La medicina basada en la evidencia se define como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales.

La mejor práctica clínica involucra por un lado la capacidad para utilizar la mejor evidencia disponible, su pericia como profesional para combinar estos aspectos, con las características y preferencias del paciente, en un entorno en el cual la disponibilidad de recursos es limitada y es capaz de amalgamar estos principios para la mejor toma de decisiones en el manejo de los problemas de salud de las personas.

Al ser reconocida como barrera tanto el conocimiento y dominio de la Medicina basada en evidencia y la construcción y utilización de las guías de práctica clínica, es necesario un proceso de capacitación metodológica que al menos abarque los siguientes temas:

- Conceptos básicos de la MBE
- Procesos de elaboración y manejo de las GPC.

Es importante considerar las Universidades tomarán en cuenta estos contenidos para la formación de nuevos profesionales.

- **CAPACITACIÓN CONCEPTUAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Trabajar en el campo de la violencia y, específicamente en la atención a víctimas de violencia, conlleva a enfrentar con mayor intensidad y cualitativamente diferentes situaciones que se presentan tanto en el contexto de la propia atención, en las víctimas que acuden a los servicios, como en relación a las propias experiencias de los profesionales de la salud que realizan esta labor. Los/las profesionales de la salud que proporcionan atención a personas víctimas de violencia tienen la responsabilidad de brindar una atención adecuada y de calidad a cada caso que llega a su servicio/ institución es por ello que en primera instancia los profesionales deben capacitarse en:

- Elementos conceptuales de violencia
- Manejo de violencia desde: prevención y tamizaje, diagnóstico, tratamiento, referencia y contra-referencia, algoritmos, entre otros.
- Trabajo en equipo para el manejo general de violencia

Si bien el cumplimiento de sus funciones requiere de una práctica profesional basada en los conocimientos y la ética, implica además la ocurrencia de otras situaciones que muchas veces pasan desapercibidas y/o que no siempre son tomadas en cuenta en la cotidianidad del trabajo.

Entre algunas de estas circunstancias y que son importantes para realizar capacitación se encuentran:

- Manejo de historias gráficas
- Victimización y re-victimización
- Implicaciones de la atención (convertirse en testigo indirecto de tragedias y traumatismos)
- La confidencialidad
- Soporte emocional como ser humano para dar atención (por implicaciones de la atención como: Retener y recordar imágenes dolorosas de gran impacto, escuchar constantemente historias de violencia, enfrentar el riesgo de sufrir alguna agresión de parte del victimario, constatar que las víctimas no logran la rotura del ciclo de violencia).

Estas capacitaciones deben mantenerse en secuencia y debidamente monitoizadas.

• ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

La organización de todo servicio de salud tomará en cuenta aspectos importantes como:

- Consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes en las distintas especialidades involucradas.
- Prever servicios con personal calificado que garanticen la atención las 24 horas.
- Disponer del kit de medicamentos (anticoncepción, profilaxis de VIH e ITS y vacunas).
- Disponer del kit para medicina legal
- Crear las condiciones para que el relato del hecho sea realizado solamente una vez, al profesional capacitado para la intervención, evitando la revictimización.
- Derivación personalizada intra o extra al servicio.
- Informar a todo el personal de servicios de salud de todos los niveles de atención tanto: médico, técnico y administrativo- a fin de que las personas que llegan a cualquier servicio y a cualquier hora, reciban la orientación precisa.
- Informar a todo el personal de servicios de salud de todos los niveles de atención tanto: médico, técnico y administrativo- que están en la capacidad de identificación de posibles personas violentadas y de posibles agresores, a fin de establecer medidas de apoyo para la salud en general.
- Informar a la comunidad de la necesidad de la consulta inmediata.
- Llevar un registro de casos en el parte diario y en la ficha única de registro de violencia Intrafamiliar y de género, teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en casos de denuncia y tienen valor legal al igual que la historia clínica (Ficha de registro de violencia intrafamiliar y de género en construcción).
- Facilitar que la atención sea realizada por un profesional del mismo sexo, si la víctima así lo requiere.
- Para la atención en violencia de género se deberá considerar las siguientes responsabilidades profesionales del personal de salud:

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO INICIAL: ENFERMERA/O
DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO Y MANEJO: MÉDICO
TRATAMIENTO: MÉDICO, OBSTÉTRIZ, PSCIÓLOGO, PSIQUIÁTRA
REFERENCIA: ENFERMERA/O

12.5 CRITERIOS DE MONITORIZACIÓN Y/O INDICADORES

Se recomienda que la implantación de la guía se acompañe de la evaluación de estos indicadores para valorar los cambios producidos por las recomendaciones de la guía en la práctica clínica.

Entre los datos e indicadores se propone:

1. Porcentaje de niños/as, adolescentes, adultos jóvenes (mujeres/hombres), adultos mayores, Gays, Lesbianas, Bisexuales, Trans, e Intersex que han sufrido algún tipo de violencia.

Indicador: Porcentaje respecto al total de población que consultan en el mismo tiempo. Comparación con estudio previo.

2. Diagnósticos asociados al sufrimiento de violencia de género.

Indicador: Porcentaje de diagnósticos en el grupo de población comparado con el de población que no refiere violencia. Comparación con estudio previo.

3. Porcentaje de ideación/intentos suicidas en población violentada.

Indicador: Número de casos detectados con ideación y/o intentos suicidas.

4. Tipo y frecuencia de las estrategias del maltratador y correlación con sintomatología presente y gravedad en la población.

Indicador: Número y porcentaje de las distintas estrategias de control detectadas.

Indicador: Correlación entre estrategias y diagnóstico.

Indicador: Correlación entre estrategias y presencia de ideación/intentos suicidas.

5. Presencia de co-morbilidad.

Indicador: Porcentaje por tipo de co-morbilidad o segundo diagnóstico.

6. Duración y/o número de sesiones de tratamiento, comparado con la muestra de población que no refiere violencia. Comparación con estudio previo.

7. Determinar la adecuación de la prueba de cribado en el ámbito de la salud mental con la confirmación posterior por entrevista clínica.

Indicador: Porcentaje de falsos positivos y/o falsos negativos.

8. Determinar número de derivaciones a trabajo social, psicología.

Indicador: Numero y porcentaje de casos derivados a trabajo social, psicología. Comparación con estudio previo.

9. Determinar número de derivaciones a recursos específicos, de informes al juzgado.

Indicador: Número de informes de derivación a recursos específicos. Comparación con estudio previo.

Indicador: Número de informes clínicos y de violencia enviados al juzgado.

10. Determinar número de derivaciones de hijos/as a recursos de salud mental.

Indicador: Número de informes de derivación a salud mental infanto-juvenil.

Indicador: Número de informes derivación a pediatría.

11. Tiempo transcurrido entre la confirmación de violencia y la siguiente sesión de un profesional del centro.

Indicador: Número de días desde el relato confirmatorio y las siguiente sesión.

Comparación con estudio previo.

12. Valoración de casos de violencia con situación de riesgo extremo.

Indicador: Número casos considerados de riesgo extremo.

13. Seguimiento de la recomendación de asegurar la vida de la víctima.

Indicador: Número de planes de huida entregados.

14. Efecto del tratamiento terapéutico favoreciendo la salida de la situación de violencia.

Indicador: Número y porcentaje de cambios positivos tras la detección y tratamiento.

Indicador: Número de altas terapéuticas y porcentaje comparado con muestra total de la población.

15. Efecto de violencia sexual en cuanto a embarazos.

Indicador: Número y porcentaje de embarazos tras la violencia sexual.

13 ÁREAS Y TEMAS PRIORITARIOS DE INVESTIGACIÓN FUTURA.

En este punto se recogen y se adaptan las propuestas de investigación futura.

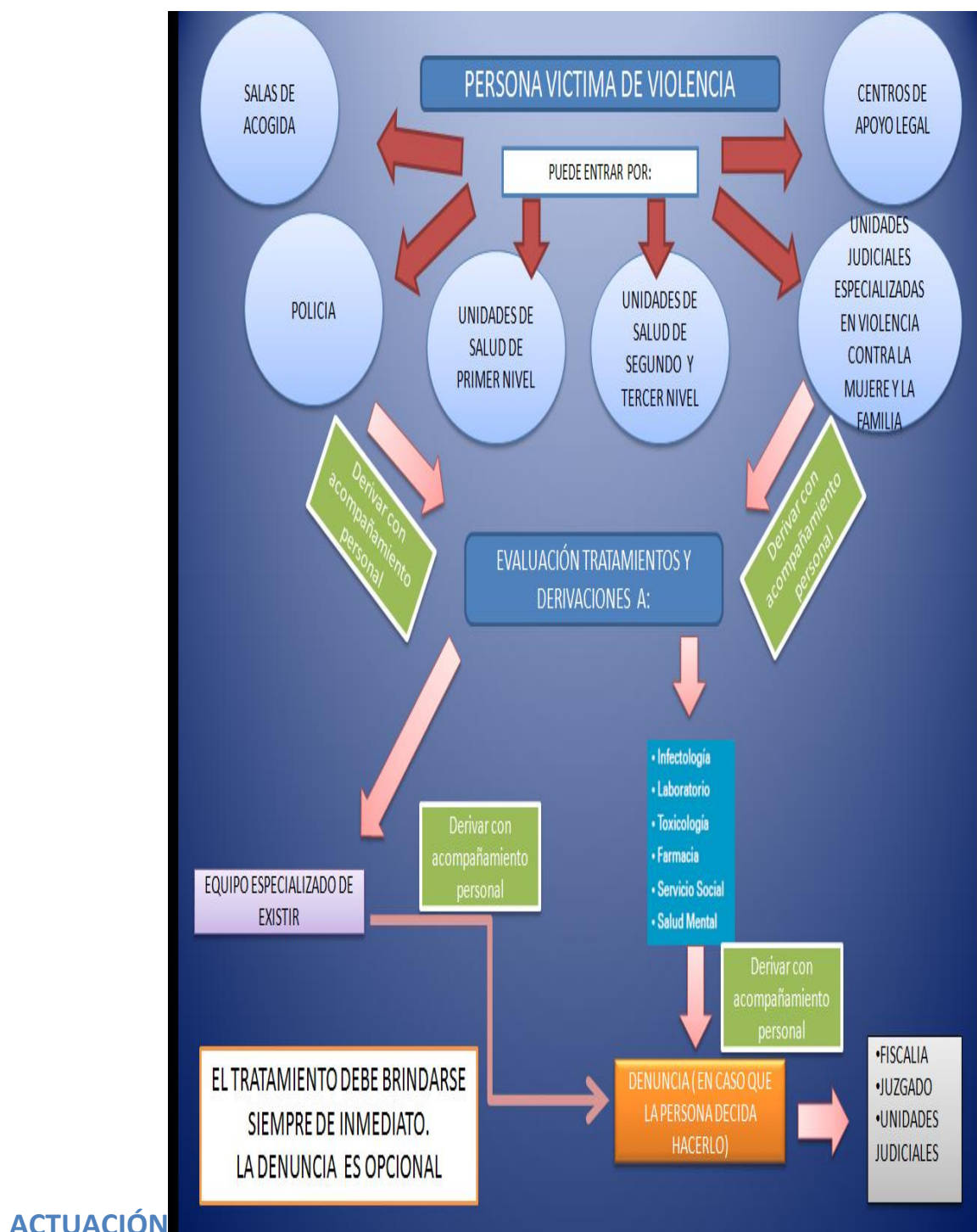
Se determinan las líneas e indicadores en base a dos circunstancias:

1. Hasta ahora los datos recogidos sobre las repercusiones de la violencia en salud mental son mayoritariamente los del ámbito de la atención primaria y en los centros de acogida específicos de atención. Resulta de sumo interés determinar la prevalencia real en la población de todos los grupos de edad que consultan en servicios de salud, averiguar si se confirma la presencia de determinados trastornos mentales derivados del maltrato y la sintomatología predominante en estos casos, la diferencia en el curso del trastorno con respecto al mismo trastorno en población sin sufrimiento de violencia , así como la descripción del maltrato y de las estrategias del maltratador sufridas en relación con la consecuencias emocionales en la víctima. En el colectivo de poblaciones que consultan en salud es donde más oportunidades existen de detectar e investigar acerca de cualquier tipo de violencia.
2. Estudio previo de: prevalencia, sintomatología y diagnóstico asociado, tiempo o número de sesiones que tarda la víctima en contar la violencia a la que es ejecutado, tipo, relación con el agresor, número de sesiones realizadas en determinado tiempo y/o duración del tratamiento, abandonos, e intervenciones posteriores de los profesionales.

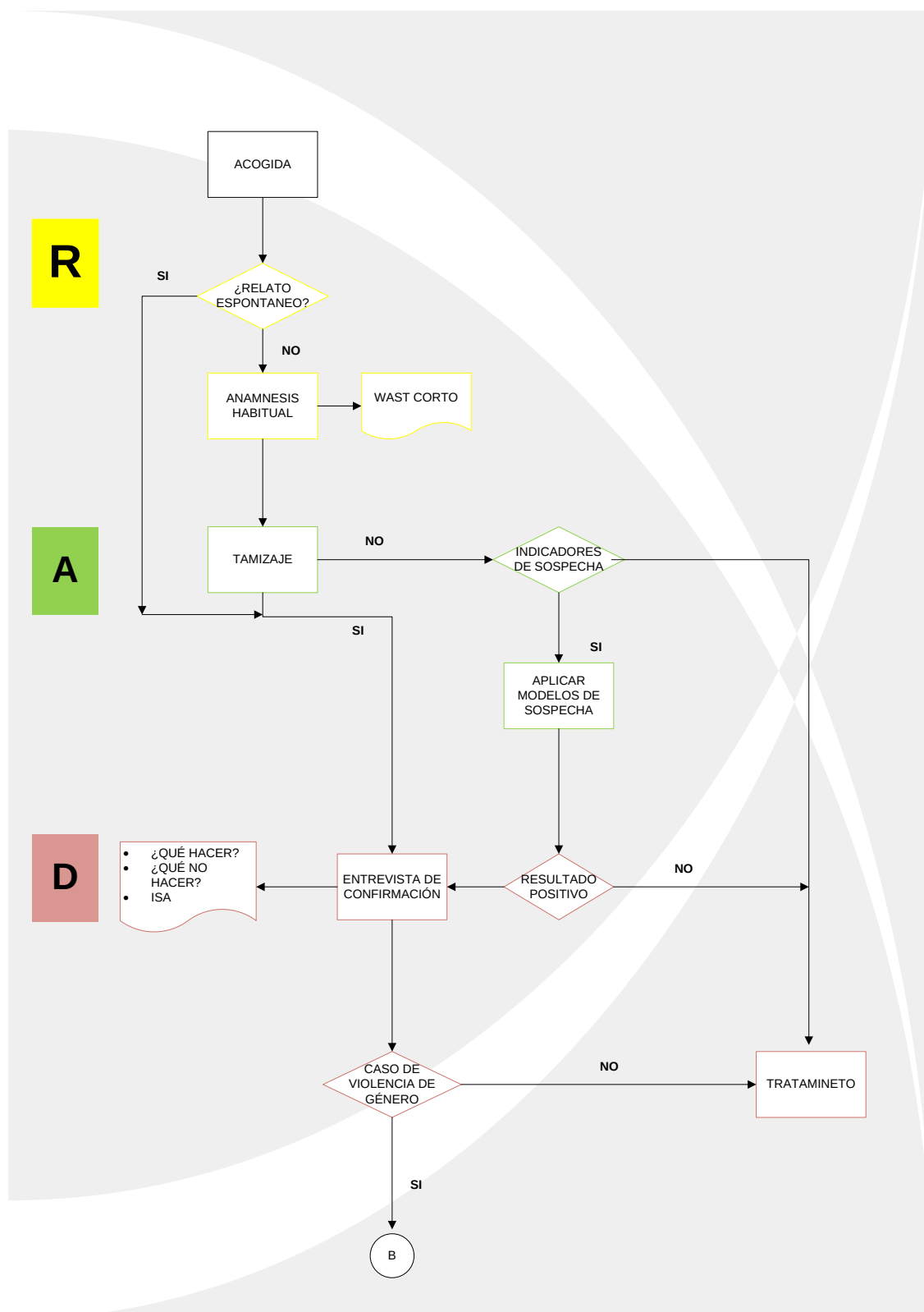
14 ALGORITMOS

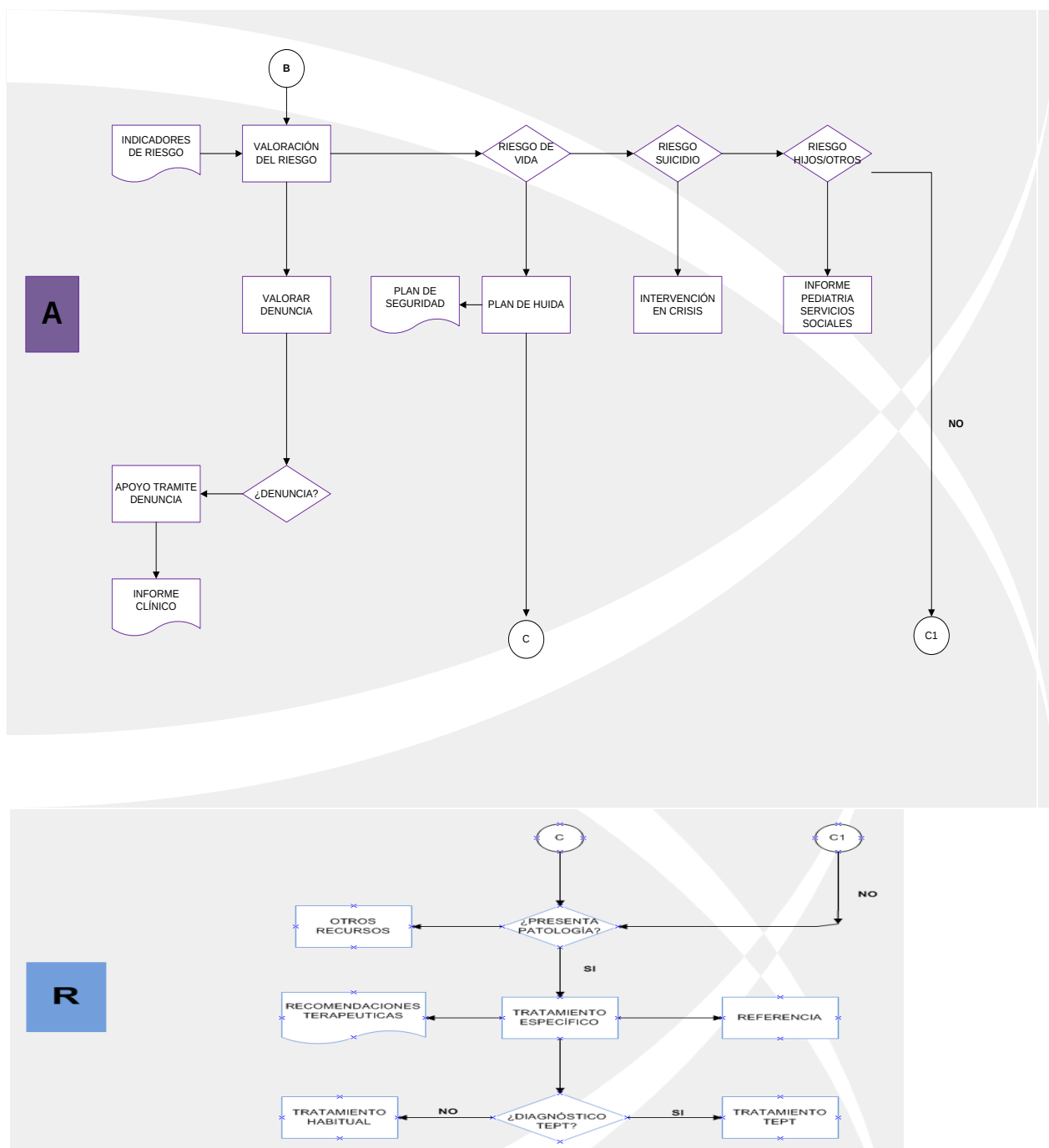
Antes de la presentación de algoritmos es necesario conocer el modelo de organización de la atención en violencia. Y a partir de ello se determinará los algoritmos a seguir.

ALGORITMOS DE



ALGORITMO DE ACTUACIÓN (RADAR)





15 ACTUALIZACIÓN

Una vez publicada la presente Guía en violencia de Género se estima su actualización cada 2 años según los nuevos avances, modificaciones legales y criterios científicos en temas relacionados.

16 ABREVIATURAS

APS. Atención Primaria en Salud
APA American Psychiatric Association
AZT Zidovudina
BMA British Medical Association
BMJ Clinical Evidence Del British Medical Journal
CIE Clasificación internacional de enfermedades
CTFPHC Canadian Task Force on Preventive Health Care
DESNOS Disorder of extreme stress not otherwise specified
ENIPLA Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes
ECA Ensayo Clínico Aleatorizado
FTC Emtricitabina
GPC Guía de Práctica Clínica
HC Historia Clínica
ITS Infección de transmisión sexual
LPV/RTV Lopinavir+ritonavir
MSP. Ministerio de Salud Pública
NBPG Nursing Best Practice Guidelines
NGC National Guideline Clearinghouse
NICE National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS Organización Mundial de la Salud
OPS. Organización panamericana de la Salud
PIFOVIG Plan Integral de Formación en Violencia de Género
PPE Profilaxis post-exposición
PSTD Posttraumatic Stress Disorder
RCPsych Royal College of Psychiatrists
RNAO Registered Nurses Association of Ontario
SIES-d Síndrome de Estocolmo Doméstico
SOGC Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada
SSR. Salud Sexual y Reproductiva
TC Lamivudina
TCC Terapia Cognitivo-Conductual
TCC-ft Terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma
TDF Tenofovir
TEPT Trastorno por Estrés Postraumático.
USPSTF U.S. Preventive Services Task Force
VG Violencia de Género
VIH. Virus de inmunodeficiencia Adquirida
WAST-corto Woman Abuse Screening Tool
WHO World Health Organization

17 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRUNDTLAND, D. G. (2002). *INFORME MUNDIAL SOBRE VIOLENCIA Y SALUD*. GINEBRA: OMS.
- CEPAR. (2004). *ENCUESTA ENDEMAIN*. ECUADOR: CEPAR.
- DÍAZ HUERTAS JA, CASADO FLORES J, GARCÍA E, RUIZ MA, ESTEBAN J. (1998) ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO. MADRID. INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA.
- ECUADOR, CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. (2003) TÍTULO IV ART. 72, 73 Y 80. LEY Nº100, CODIFICACIÓN NO. 2002-100, R.O. 737 DE 3 DE ENERO DEL 2003.
- ECUADOR, CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, (2008) TÍTULO II, CAPÍTULO 4, SECCIÓN QUINTA DE LOS GRUPOS VULNERABLES: NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, ECUADOR.
- ECUADOR, DECRETO PRESIDENCIAL NO. 620 QUE DECLARA COMO POLÍTICA DE ESTADO LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, ECUADOR 1997.
- ECUADOR, LEY CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y LA FAMILIA. LEY NO 103, APROBADA EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1995 Y PUBLICADA EN ECUADOR EN EL REGISTRO OFICIAL NO 839 DEL 11 DE DICIEMBRE DEL MISMO AÑO.
- ECUADOR (2006), LEY ORGÁNICA DE SALUD, LEY NO 67, APROBADA EL 14 DE DICIEMBRE DEL 2006 Y PUBLICADA EN EL SUPLEMENTO DEL REGISTRO OFICIAL NRO. 423 DEL 22 DE DICIEMBRE DEL 2006, ECUADOR.
- ECUADOR (2007), PLAN NACIONAL PARA COMBATIR LA TRATA, EXPLOTACIÓN SEXUAL, LABORAL Y OTROS MEDIOS DE EXPLOTACIÓN DE PERSONAS, NOVIEMBRE 2007.
- ECUADOR, POLICÍA JUDICIAL., ESTADÍSTICA DIRECCIÓN NACIONAL DE LA POLICÍA JUDICIAL, QUITO, 2006.
- ELU, MARÍA DEL CARMEN, ET AL. (2002), ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE MUJERES EMBARAZADAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. SECRETARÍA DE LA SALUD, MÉXICO TERCERA REIMPRESIÓN.
- *GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE VIOLENCIA DE GENERO*. (2012). Recuperado el SEPTIEMBRE de 2012, de GRUPO TERAPEUTICO DE MUJERES MALTRATADAS: <http://grupodeayudaparamujeresmaltratadas.blogspot.com/2012/08/guia-de-practica-clinica-de-atencion-de.html>
- HENAES, C. (2007). *GUIA CLINICA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA*. MÉXICO.
- HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA. (2011). *GUIA DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO*. BARCELONA: CLINIC CORPORACIÓN SANITARIA.
- INSTITUTO AUSTURIANO DE LA MUJER. (2008). *GUIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA*. PRINCIPADO DE ASTURIAS.

- INSTITUTO CANARIO DE LA MUJER. (2009). *GUIA PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES CON VIOLENCIA DE GENERO*. INSTITUTO CANARIO.
- INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA. (2012). *MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS POLICIALES EN VIOLENCIA DE GÉNERO*. ESPAÑA.
- MA. LUISA CATALINA ZAMORA, (1999) SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES. EN ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO, COMUNIDAD DE MADRID, 2DA EDICIÓN.
- MANDELA, *NIFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y SALUD*. GINEBRA: OMS.
- MANUAL BÁSICO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL. (2002), 2DA ED., BOGOTÁ: EDITORES LTDA.
- MCFARLANE, ET AL., (1996) "ABUSE DURING PREGNANCY: ASSOCIATIONS WITH MATERNAL HEALTH AND INFANT BIRTHWEIGHT" IN NURSING RESEARCH.
- MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA. (2011). *PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL*. ARGENTINA.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. (2007). *VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA*. CHILE.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2009). *NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POR CICLOS DE VIDA*. ECUADOR.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONUSMO. (2005). *GUIA DE BUENA PRACTICA CLINICA EN ABORDAJE DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GENERO*. ESPAÑA: OMC.
- MSP URUGUAY (2009) *ABORDAJE DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LAS MUJERES*, URUGUAY.
- MSP . (2007). *INDICADORES DE SALUD COMÚN DE INFORMACIÓN*. ECUADOR.
- MSP, (2009) *MANUAL OPERATIVO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL*.
- MSP (2011), *SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA*, MSP.
- MSP (2008), *TRANSFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD*, MSP.
- OMS-OPS. (2003), *INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD*. WASHINGTON, D.C., ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OFICINA REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- OPS, *EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD*, HOJA INFORMATIVA, WASHINGTON D. C. 2001.

- OPS, (2004-2005) GUÍA PARA EL ANÁLISIS Y MONITOREO DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD.
- OPS-PMS, LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DE DERECHOS HUMANOS, EN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: RESPONDE EL SECTOR SALUD.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2002). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD*. GINEBRA: OMS.
- RAMOS, L. (2010). *GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON POSIBLES PROBLEMAS PSICOSOCIALES POR VIOLENCIA*. MÉXICO.
- SERVICIO MURCIANO DE SALUD. (2010). *GUÍA DE PRACTICA CLINICA EN ACTUACIÓN DE SALUD MENTAL A MUJERES MALTRATADAS*. MURCIA.
- SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY. (2002) *INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO*, MONTEVIDEO.
- UNICEF-MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. (2011). *GUÍA CLÍNICA DE ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES*. CHILE.

GUÍAS UTILIZADAS PARA LAS RECOMENDACIONES

- Registered Nurses Association of Ontario (2005). *Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response*”. Toronto Canada: Nursing Best Practice Guidelines [RNAO]. http://www.rnao.org/Storage/12/655_BPG_Women_Abuse.pdf
- Institute for Clinical Systems Improvement (2006). *Domestic Violence*. Bloomington (MN). National Guideline Clearinghouse [ICSI], <http://www.vahealth.org/Injury/projectradarva/documents/older/pdf/ClinicalGuide.pdf>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (2005) *Intimate Partner Violence. Consensus Statement. SOGC Clinical Practice Guidelines*, 157, Abril. [SOGC]. <http://www.sogc.org/guidelines/public/157E-CPG-April2005.pdf>
- Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]). <http://www.nice.org.uk/CG26>

REVISIONES SISTEMÁTICAS UTILIZADAS PARA RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Prevention and treatment of violence against women: Systematic review &*

recommendations. CTFPHC Technical Report #01-4. September, 2001. London, ON: Canadian Task Force. [CTFPHC].

<http://canadianmedicaljournal.ca/cgi/reprint/169/6/582>

- Ramsay, J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, Hegarty K, Rivas C, Taft A and Warburton. Intervenciones en defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [http:// www.update-software.com](http://www.update-software.com) (traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD005043. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd). [Cochrane]
- Sadowski, L. (2009) Intimate partner violence towards women. Clinical Evidence, 02:1013. BMJ Publishing Group Ltd. [BMJ] <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/woh/1013/1013-get.pdf>
- U.S. Preventive Services Task Force, 2004 Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement Annals of Family Medicine 2:156-160 [USPSTF]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466657/>



Para más información, por favor contactarse con:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dirección Nacional de Normatización.

Av. República del Salvador 36-64 y Suecia Quito - Ecuador Teléfono: 593-2 381-4400

www.msp.gob.ec

23 ANEXOS

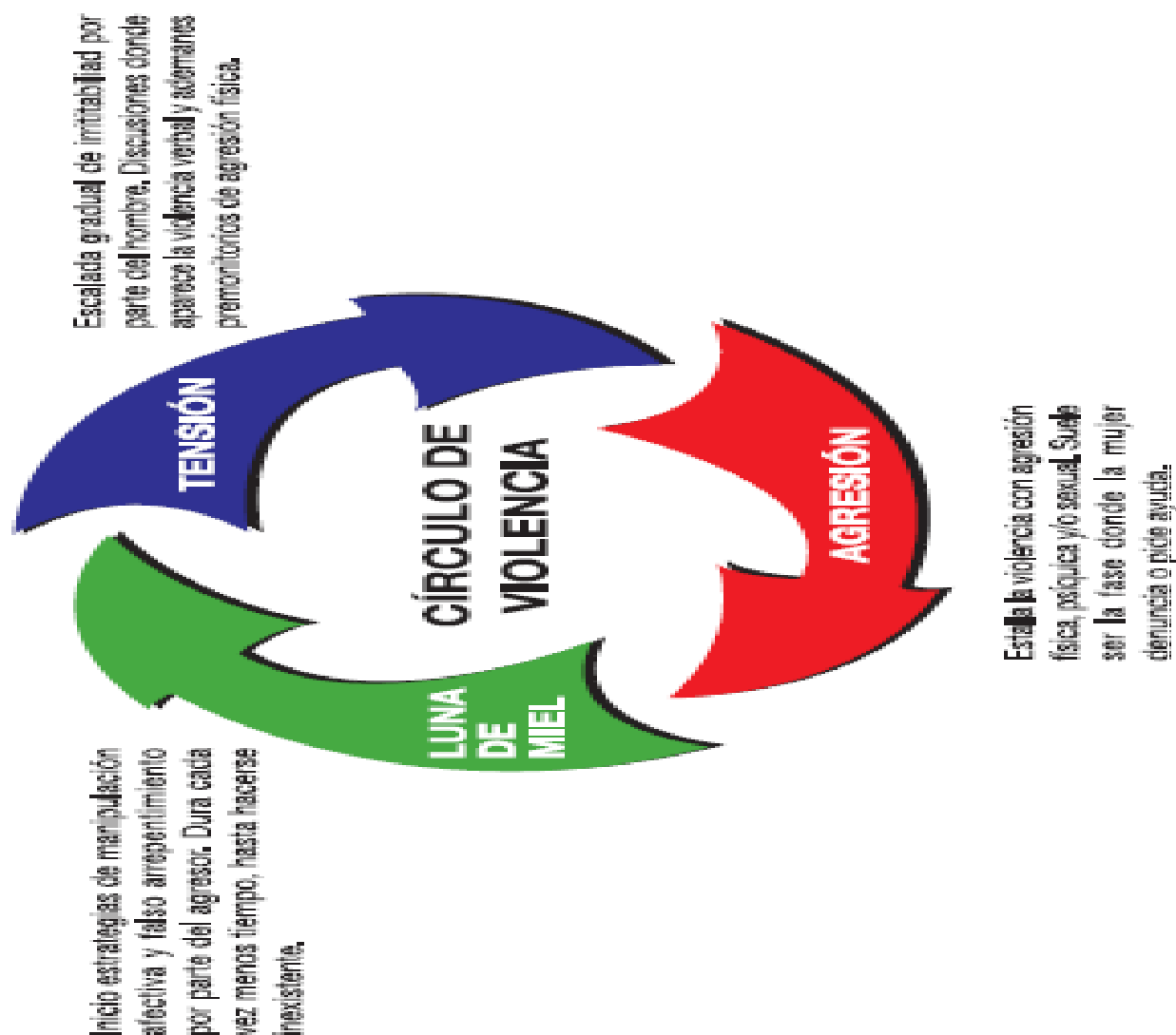
ANEXO 1 ESTRATEGIAS DE CONTROL Y CONDUCTAS DEL AGRESOR/MALTRATADOR Y CONSECUENCIAS EN LA VÍCTIMA

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	CONSECUENCIA O DAÑO PSICOLÓGICO
DEGRADACIÓN Reducir o rebajar el valor esencial e inherente de la persona	1. Tratar a la persona como inferior, estúpida e inútil. 2. Insultar a la persona: "puta", "tonta/o", "bruja", "loca/o", "marimacho", "maricón", "tortillera" 3. Realizar observaciones maliciosas sobre la imagen y apariencia física de las personas. 4. Buscar errores y fallos constantemente. 5. Evidenciar defectos y debilidades. 6. Criticar la falta de habilidad en cada rol. 7. Descalificar sus habilidades, capacidades y recursos. (Ni siquiera sirves para..."). 8. Despreciar sus normas, metas y actitudes. 9. Ridiculizar todo lo que para la persona es importante y valioso. 10. Burlarse de lo que hace o dice. 11. No expresar reconocimiento por sus cualidades y aciertos. 12. Sabotear sus éxitos y logros. 13. Manifestar desprecio hacia la familia de origen. 14. Humillar y desacreditar públicamente. 15. Desautorizar delante de terceros. 16. Mostrar conductas sexuales en presencia de terceros.	1. Destrucción de la autoestima: - Incompetencia para afrontar la vida. - Dependencia del agresor/a o maltratador/a - Desaprobación de sí misma/o. - Merecedor de desprecio y rechazo (del maltrato) 2. Desequilibrio emocional generado (o potenciado) por la situación de violencia.
DEFENSIVAS Trasladar la responsabilidad de las conductas violentas a la víctima	1. Minimización: restar importancia o gravedad a los hechos, argumentando que no han sido tan graves. 2. Fundamentación: argumentar para que parezca que es correcto lo que hizo. 3. Racionalización: explicar coherentemente y desde la lógica, motivaciones, conductas y hechos. 4. Desviación del problema: achacar su violencia a circunstancias externas y ajenas a sí mismo/a. 5. Negación abierta de la violencia, utilizándolo como defensa para restar credibilidad al relato de la víctima. 6. Olvido: asegurar no recordar lo ocurrido. 7. Chantaje emocional (estrategia de arrepentimiento): Inducir sentimientos de lástima, pena.	1. La persona se siente culpable de la violencia que sufre. 2. Alteraciones en la percepción del agresor/a o maltratador/a Asumir creencias distorsionadas. 3. Idealización del agresor/a o maltratador/a. 4. Preocupación porque al maltratador/a se le haga daño.
REALIDAD SUBJETIVA Transformar su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria	1. Negar valor o credibilidad a las observaciones de la persona. 2. Utilización sistemática de argumentos contradictorios. 3. Usar la ilusión de alternativas. 4. Utilizar un lenguaje vago, impreciso y confuso ("perverso"). 5. Convertir aspectos triviales, en razones profundas. 6. Tergiversar conversaciones y acuerdos. 7. Manipular a través del malhumor. 8. Elogiar y humillar alternativamente. 9. Realizar pequeñas concesiones (regalos, sorpresas...) para luego ser retiradas. 10. Mantener una imagen social opuesta a la que tiene en privado. 11. Apelar a la superioridad de su lógica o razón. 12. Monopolizar la definición de "seriedad". 13. Olvidar sus promesas. 14. Engañar, mentir o negar lo evidente. 15. Hacer acusaciones de deslealtad, infidelidad o paternidad dudosa. 16. Trasladar o cambiar objetos deliberadamente. 17. Manipular el estado físico (alterar el sueño y el reposo, inducir a tomar tranquilizantes...).	1. Cuestionamiento de la validez del mundo. 2. Sensación de confusión e irrealidad ("existencia surrealista"). 3. La duda permanente. 4. Desestabilización psicológica. 5. Amnesia. 6. Episodios disociativos transitorios y despersonalización. 7. Credibilidad nula ante la sociedad.
SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES Exigir que se haga	1. Tratar a la persona como si tuviera que estar siempre disponible y a su servicio. 2. Revisar las tareas domésticas y exigir su estricto cumplimiento. 3. Crear un tiempo de descanso o diversión a costa de la sobrecarga de la persona violentada. 4. Definir como "impostergables" actividades que en realidad no lo son	1. Maternización de la relación. 2. Sobreesfuerzo que impide su propio desarrollo

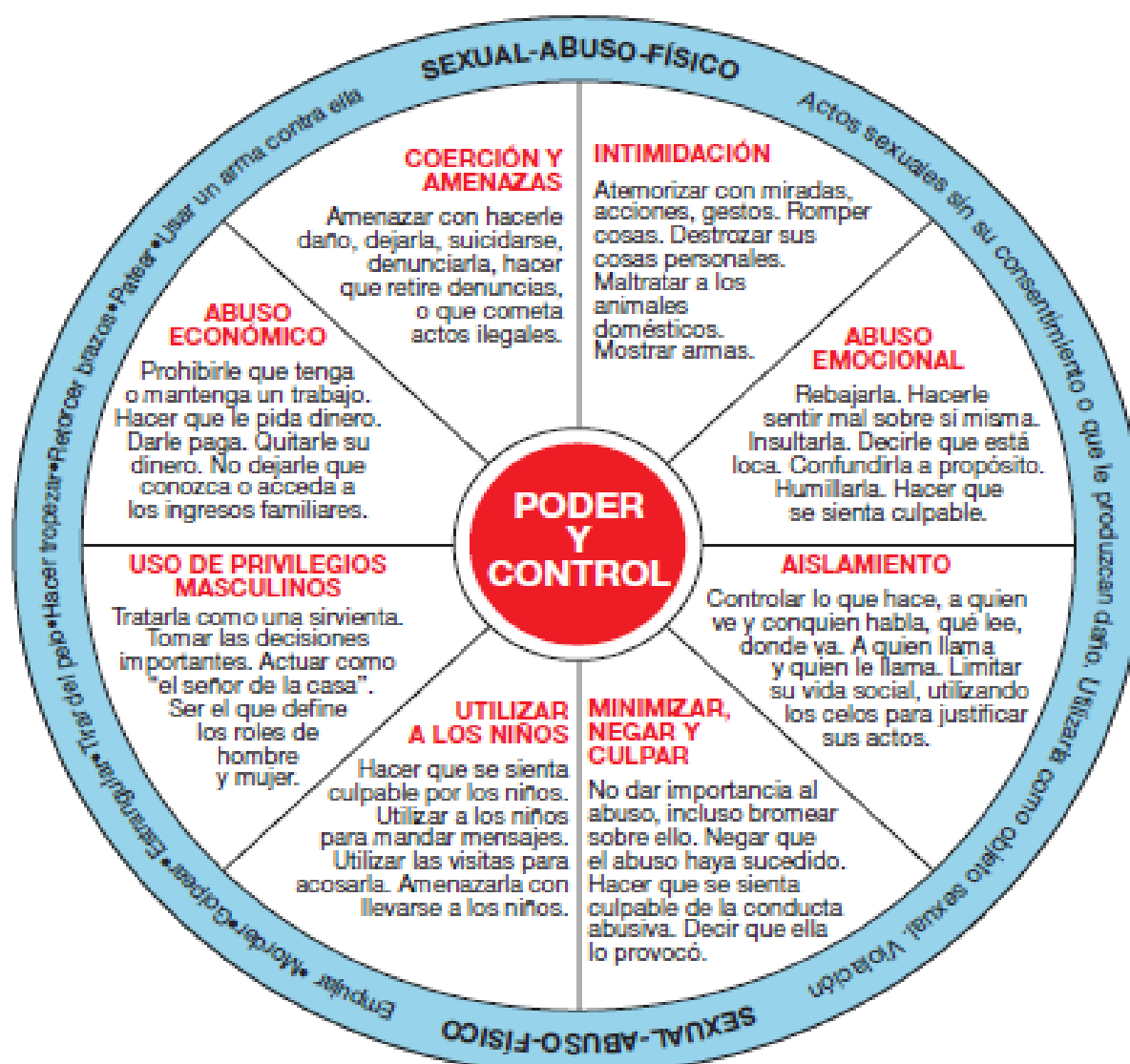
cargo por entero de los problemas y responsabilidades.	5. Imponer tiempos y espacios. 6. Exigir que adivine sus pensamientos, deseos o necesidades. 7. Realizar demandas triviales para polarizar su atención en él. En situación específica de parejas: 8. Actuar como si fuera dueño/a de la casa. 9. No participar en las tareas del hogar y del cuidado de sus hijos e hijas. 10. Mostrarse celoso/a y competitivo con los hijos/as. 11. Negarle su derecho a ser atendida/o y cuidada/o. 12. Culpar de cualquier problema o conflicto familiar.	vital: Espacio privado nulo 3. Proyecto de vida dañado.
PRIVACIÓN Limitar o reducir la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)	EN CASO DE ADULTOS/AS 1. Controlar o restringir salidas y horarios. 2. Decidir dónde puede y dónde no puede ir. 3. Impedir que le acompañe a actos sociales o exigir que acuda cuando él quiere. 4. Prohibir las relaciones familiares y sociales. 5. Sabotear o generar situaciones incómodas para que las demás personas se alejen. 6. Retener en el hogar. 7. Desconectar el teléfono o la conexión a internet cuando el violentador/a se va. 8. Ocultar información sobre los ingresos o la situación económica. 10. Denegar el acceso a los bienes comunes (cuentas bancarias, tarjetas de crédito...). 11. Entregar asignaciones insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares (frecuentemente con reproches). 12. Interferir en las decisiones de trabajo y/o formación profesional. 13. Obligar a rendir cuentas detalladas de todos los gastos realizados. 14. Endeudarse sin su conocimiento y/o su consentimiento. 15. Llevarla a procedimientos costosos para ella/él, destruir los bienes comunes, no pagar la manutención a sus hijos/as.	1. Separación de cualquier otro referente externo al propio maltratador/a ("Confinamiento mental"). 2. Inseguridad respecto al futuro. 3. Incapacidad para cambiar las circunstancias vitales. 4. Dificultad para buscar ayuda y apoyo. 5. Tensión cotidiana que agota y debilita.
INTIMIDACIÓN Causar o infundir temor, miedo o terror	1. Amenazar (con echar de casa, con destruir el patrimonio, con quitar los/las hijas, con incrementar el maltrato, de muerte, de secuestro, de suicidio...). 2. Agredir físicamente: empujar, zarandear, abofetear, perseguir, golpear con objetos, patear, escupir, pellizcar, tirar del pelo, morder, agarrar del cuello, quemar, provocar abortos... 3. Agredir sexualmente/violar. 4. Utilizar gestos, miradas, posturas o tonos de voz amenazantes. 5. Gritar y hacer ostentación del tamaño físico. 6. Acosar telefónicamente, perseguir, vigilar... 7. Romper o lanzar objetos. 8. Destrozar enseres. 9. Crear desorden, ensuciar a propósito, desparramar basura. 10. Atacar a los animales domésticos. 11. Conducir de manera temeraria, poniendo en riesgo su seguridad. 12. Ocupar la cama con elementos que la atemorizan (armas, material pornográfico...).	1. Estado de alerta constante ante agresiones siempre impredecibles, incontrolables e inevitables. 2. Hiperactivación del Eje III (Endocrino) de la respuesta fisiológica de estrés (Trastornos psicofisiológicos). 3. Atrapada y paralizada (sin posibilidad de Escape). 4. Desarrollo de trastornos de ansiedad.
COSIFICACIÓN Convertir a la persona en un objeto: Sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias	1. Ignorar su presencia y lo que la persona le dice. 2. Negarle la palabra como forma de castigo. 3. Tomar decisiones de manera unilateral, sin respetar su opinión o sin contar con ella. 4. Invadir espacios privados e íntimos. 5. Espiar continuamente lo que hace. 6. Destruir o dañar objetos con valor afectivo (fotos, cartas, recuerdos...). 7. Privar de necesidades básicas (alimento, aseo, sueño, cuidados médicos...). 8. Descuidar en situaciones críticas (durante el embarazo, en enfermedades o lesiones...). 9. Desdeñar el derecho a su privacidad, intimidad e iniciativa. 10. Imponer las relaciones sexuales o la penetración. 11. Obligar a prácticas sexuales no deseadas (desagradables, dolorosas...). 12. Mostrar desconsideración durante las relaciones sexuales. 13. Exigir el modo en que debe ir vestida, peinada/o o maquillada/o. 14. Imponer qué libros tiene que leer o que música debe escuchar. 15. Dar órdenes constantemente. 16. Exigirle obediencia.	1. Deconstrucción de su identidad personal ("silenciar al yo"). 2. Negación de su autonomía, individualidad y libertad personal. 3. Obstaculización de su crecimiento y desarrollo personal: dignidad quebrada.

Adaptado (Soria, 2009)

ANEXO 2 CICLO DE LA VIOLENCIA



ANEXO 3 RUEDA DE PODER Y CONTROL



Adaptado de: Pence E y Paymar M. Education groups for men who batter: the Duluth model (1993)

ANEXO 4 INDICADORES DE SOSPECHA

El primer paso para reconocer los indicadores de sospecha de violencia, es la actitud de sensibilidad y alerta del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad.

EN LA MUJER, ADULTO/A, ADULTO/A MAYOR:	
Indicadores clínicos	Indicadores psicológicos
Antecedentes: • Historia de acudir a servicios de salud por presentar traumatismos • Historia de complicaciones y abortos no especificados. • Historia de partos prematuros y bajo peso al nacer. Manifestaciones que pueden encontrarse en la consulta médica: • Cefaleas frecuentes y otros síntomas inespecíficos • Heridas o laceraciones. • Quemaduras. • Dolor pélvico crónico. • Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA. • Lesiones en los senos, abdomen y genitales. • Malnutrición y anemia. En la Embarazada • Amenaza de aborto o aborto espontáneo. • Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta • Muerte fetal • Infección de anexos ovulares (corioamnionitis) • Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas) después del parto o después de un aborto.	• Abandono. • Sentimientos de soledad. • Indiferencia dentro del hogar. • Falta de afecto. • Desvalorización. • Descuido de su salud. • Agresividad/pasividad. • Despojo de sus propiedades. • Temor a las relaciones sexuales. • Disminución de la libido o apetito sexual como: frigidez, dispareunia, repulsión a la pareja, anorgasmia, sentimientos de culpa. En la embarazada y el post parto: • Embarazos no deseados. • Psicosis puerperal transitoria. • Estrés, depresión, angustia y ansiedad durante la lactancia. • Otras alteraciones emocionales, temor, tristeza, apatía depresión, intento de suicidio. En adultas/os y adultas/os mayores • Presión para que se hagan cargo del cuidado de nietos/as. • Inseguridad social y laboral.

FUENTE: Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de Vida.

EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	
Indicadores clínicos	Indicadores psicológicos
Bajo peso al nacer. • Retraso en el crecimiento / acortamiento de la talla para edad • Golpes o heridas. • Quemaduras. • Fracturas sin explicación. • Dificultad al caminar. • Infecciones de transmisión sexual.	Conductas extremas: • Disminución manifiesta de la conducta lúdica, o de juego. • Rol de adulto / conducta demasiado infantil para la edad. • Agresividad o pasividad • Fugas de la casa o de la escuela. • Intento de suicidio. • Bajo rendimiento escolar. • Problemas de desarrollo emocional, intelectual y conductual. • Dependencia o mala relación con otros compañeros. • Comportamiento sexual inadecuado / insinuaciones sexuales. • Trastornos del sueño, apetito.

ANEXO 5 TRANSTORNOS CONDUCTUALES Y SIGNOS DE ABUSO SEXUAL

TRASTORNOS CONDUCTUALES Y SIGNOS DE ABUSO SEXUAL (ADAPTADO DE 19,26,28,29,30,31)	
Trastornos de conducta específicos De abuso sexual	Signos y síntomas específicos de abuso sexual
• Relato de abuso sexual • Conocimiento inapropiado del Comportamiento sexual adulto • Masturbación compulsiva • Curiosidad sexual exagerada	• Lesiones o evidencias de abuso en el área genital • Fisuras y laceraciones rectales • Infecciones de transmisión sexual • Embarazo
Trastornos de conducta inespecíficos	Signos y síntomas inespecíficos
• Miedos excesivos, fobias • Temor a dormir solo, temores nocturnos • Fugas • Comportamiento agresivo • Intento de autoeliminación • Cualquier cambio brusco de conducta • Anorexia, bulimia • Aislamiento • Sentimientos de culpa • Síntomas depresivos • Síntomas ansiosos • Comportamientos agresivos	• Dolor Abdominal • Enuresis • Disuria • Encopresis • Flujo vaginal • Supuración uretral • Dolor rectal

21

²¹ GUÍA CLÍNICA de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. Ministerio de Salud de Chile y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

ANEXO 6 CONSECUENCIAS A LARGO Y CORTO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LA SALUD MENTAL

CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO EL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LA SALUD MENTAL (ADAPTADO DE 18,23,6)	
Enfermedades o síndromes CIE 10	Síntomas aislados
CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	
• Reacción de estrés agudo (F43.0) • Trastorno de estrés postraumático (F43.1) • Crisis de pánico (F41.0) • Episodio depresivo(F32) • Trastornos emocionales de comienzo en la infancia (F 93): ansiedad de separación, fobias • Trastornos de sueño(F51): terrores nocturnos, pesadillas, insomnio • Trastornos de la ingestión de alimentos (F50): anorexia, bulimia, obesidad • Otros trastornos disociativos(F44,82) • Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y orientación sexual (F66) • Trastorno oposicionista desafiante (F91.3) • Pérdida del control de esfínteres: enuresis (F98.0) y encopresis(F98.1) no orgánicas	• Intento de suicidio o ideas suicidas • Desmotivación • Bajo autoestima • Sentimientos de culpa • Conducta hiperactiva • Dificultades de atención y concentración • Trastornos de aprendizaje • Alteración del funcionamiento cognitivo y rendimiento académico, repitencias escolares • Aislamiento social, menos amigos • Hostilidad, agresividad, rabia • Rechazo a figuras adultas • Hostilidad hacia el agresor • Fugas del hogar • Deserción escolar • Interés excesivo por juegos sexuales • Conducta sexualizada que corresponde a la edad ni etapa evolutiva
CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO	
Trastorno depresivo recurrente (F33) • Trastornos de ansiedad (F40-F42) • Trastornos por estrés postraumático(F431) • Disfunciones sexuales(F52) • Trastornos de personalidad y comportamiento en adultos(F60-F69)	• Explotación sexual comercial • Baja autoestima • Estigmatización Conductas de riesgo, ausencia de autoprotección • Ideas suicidas e intentos de suicidio • Fracaso escolar • Abuso y dependencia de alcohol y/o drogas • Conductas delictuales • Relaciones familiares conflictivas • Negligencia en obligaciones • Aislamiento social, menos interacciones sociales, baja participación en actividades comunitarias • Dificultad en las relaciones de pareja elevado

	índice de ansiedad social, estilo parental permisivo, percepción negativa de sí misma/o como madre o padre, uso de castigo físico ante conflicto con sus hijos/as • Re victimización • Trasmisión intergeneracional
--	---

22

ANEXO 7 SUGERENCIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

SUGERENCIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA DETECCION DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL					
Datos disponibles				Respuesta	
Historia o relato	Síntomas conductuales	Examen físico	Otros test diagnósticos	Grado de presunción	Primera respuesta
Relato claro	Presente o ausente	Normal o anormal	Test(+) o test(-)	Alto	Primera respuesta
Relato vago o sin relato	Presente o ausente	Normal o no específico	Tes(+)*	Alto	Primera respuesta
Relato vago o sin relato	Presente o ausente	Hallazgos específicos	Test(+) o test(-)	Alto	Primera respuesta
Relato vago o solo por padres o adultos acompañantes	Presente o ausente	Normal o no específico	Test(-)	Intermedio	Seguimiento
Sin relato	Presente	Normal o no específico	Test(-)	Intermedio	Seguimiento

Hallazgos físicos específicos

- Semen o liquido seminal en el cuerpo del niño/a
- Fisuras o laceraciones rectales
- Lesiones o evidencia de abuso en área genital
- Embarazo

Test (+)

- Cultivo (-) Neisseria gonorrhoeae (descartada transmisión vertical)
- Cultivo (+) Chlamydia trachomatis (descartada transmisión vertical)
- Serología (+) Sífilis (descartada transmisión vertical)

Serología (+) VIH (descartada transmisión vertical o transfusional)

- Tricomonas vaginales
- Herpes simple genital
- Condiloma acuminado genital
- Test de embarazo (+)

Indicadores de screening para apoyar el examen físico

Questionnaire for Child sexual abuse (Salvagni & Wagner)

- Curiosidad anormal por los genitales
- Miedo a ser dejado solo con una persona determinada
- Cambios emocionales o conductuales repentinos
- Abandono de hábitos de juego previo
- Heridas ano-genitales²³

²³

GUÍA CLÍNICA de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. Ministerio de Salud de Chile y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

ANEXO 8 Manifestaciones de la sexualidad infantil

Una de las primeras cosas que hemos de aprender respecto a un niño o niña es que su desarrollo es un proceso evolutivo, que pasa por diferentes etapas y cada una de ellas tiene sus necesidades y sus posibilidades.

En este sentido, la sexualidad es entendida como un proceso que se inicia desde el vientre de la madre y se desarrolla durante todo el ciclo vital. El desarrollo sexual infantil se encuentra enmarcado en el respeto a la corporalidad individual y la visualización de la sexualidad como parte fundamental del desarrollo humano, integrada como parte del proceso de aprendizaje afectivo.

Asimismo, los especialistas en psicología infantil afirman que los niños y niñas son sexuados y que tienen un cuerpo que les da placer y curiosidad tocar, donde los juegos de proximidad física son solo una forma de manifestarlo.

Otro aspecto esencial es el marco ecológico del desarrollo de la sexualidad. Una persona se desarrolla dentro de diferentes entornos, todos ellos aportan algo a ese desarrollo. El primero y principal es la familia, pero el grupo de iguales, la escuela, los medios de comunicación o la misma sociedad son factores esenciales a evaluar (1)

Por ello, es importante reconocer aquellas manifestaciones de la sexualidad que presentan los niños y niñas durante las distintas etapas del desarrollo infantil.

EXPERIENCIAS SEXUALES TÍPICAS
0-2 años
• Exploran las diferentes partes del cuerpo, incluso los genitales • Experimentan placer genital. Desde el nacimiento los niños tienen erecciones y las niñas lubricación vaginal • Son animados por la familia y el entorno para que desarrollen su identidad masculina o femenina • Aprenden algunas conductas propias de los niños y las niñas • Erección refleja • Lubricación con la succión • Masturbación • Comienzan a desarrollar una actitud positiva o negativa respecto al propio cuerpo
2-8 años
• Manifiestan curiosidad por el embarazo y nacimiento

- Son conscientes y muy curiosos respecto a las diferencias corporales de género
- Juegan a los médicos, imitan actividades u otros juegos sexuales con los amigos y hermanos
- Hacen bromas respecto a la sexualidad
- Lenguaje sexual
- Masturbación
- Exhibicionismo
- Orgasmo
- Juego genital con pares

(8-12 años)

- Se hacen más reservados y manifiestan deseos de tener vida privada
- Masturbación focalizada
- Orgasmo
- Juegos sexuales con pares de igual genero
- Secreto de pensamientos propios
- Bromas sexuales
- Tienen fantasías sexuales y románticas
- Tienen sentimientos muy fuertes de enamoramiento o amistad con sus amigos, como otros adolescentes, con artistas o profesores, entre otros.

24

ANEXO 9 CUESTIONARIO PARA LA CONSULTA

Con texto Introductorio		
“La violencia en la vida de la mujer es un problema frecuente y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si han sufrido o sufren algún tipo de violencia a lo largo de su vida”		
Sin introducción		
1. Le veo preocupada	5. ¿Ha sentido miedo alguna vez?	9. ¿Le ha amenazado alguna vez?
2. ¿Cómo van las cosas en su familia?	6. ¿Le controla sus salidas?	10. ¿Tiene armas en casa?
3. ¿Tiene algún problema con su pareja?	7. ¿Se siente segura?	11. ¿Se lo ha contado a algún amigo o familiar?
4. ¿Siente que no le tratan bien en casa?	8. ¿Le controla el dinero?	
Circulares: generan reflexión sobre la experiencia vivida y exploran el entorno de la mujer		
¿Qué diría su madre si usted sufriera maltrato por parte de su pareja? ¿Qué dirían sus amigas? ¿Y sus hijos?		
Dirigidas		
Ante la información obtenida de sus antecedentes	➤ “He revisado su historia y encuentro algunos aspectos que me gustaría comentar con usted (relatar los hallazgos) ¿A qué cree que se debe?, ¿cree que todo está relacionado?	
Ante síntomas emocionales	➤ La encuentro nerviosa y triste, ¿tiene algún problema con su pareja?, tal vez con sus hijos o con su trabajo? ➤ ¿Qué opina su marido de lo que pasa? , ¿Con qué lo relaciona él?	
Ante lesiones físicas	➤ Tengo alguna duda sobre esta lesión. ¿Puede ser consecuencia de algún tipo de agresión sufrida por usted? ➤ En muchos casos, el tipo de problemas que usted presenta (cicatrices, fracturas antiguas o actuales, hematomas, abortos espontáneos...) son debidos a algún tipo de violencia que está recibiendo la mujer, ¿es ese su caso?	

ANEXO 10 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA ENTREVISTA: QUE NO HACER



ANEXO 11 INDICADORES DE PELIGRO EXTREMO EN CASO DE VIOLENCIA

- La persona declara temer por su vida o la de sus dependientes (niños, adolescentes, adultos mayores)
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio a la persona o sus dependientes.
- Amenazas o intentos de suicidio de la víctima.
- Malos tratos a menores u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento de la víctima.
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol u otras drogas por parte de la víctima.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

FUENTE: Adaptado de GPC Murcia.

ANEXO 12 REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTROL Y CONDUCTAS DE UN POSIBLE AGRESOR/ MALTRADOR

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	MARCAR SI USTED A PROVOCADO LA SITUACIÓN
DEGRADACIÓN Reducir o rebajar el valor esencial e inherente de la persona	1. Tratar a la persona como inferior, estúpida e inútil.	
	2. Insultar a la persona: "puta", "tonta/o", "bruja", "loca/o", "tortillera", "Maricón".	
	3. Realizar observaciones maliciosas sobre la imagen y apariencia física de las personas.	
	4. Buscar errores y fallos constantemente.	
	5. Evidenciar defectos y debilidades.	
	6. Criticar la falta de habilidad en cada rol.	
	7. Descalificar sus habilidades, capacidades y recursos. (ni siquiera sirves para...).	
	8. Despreciar sus normas, metas y actitudes.	
	9. Ridiculizar todo lo que para la persona es importante y valioso.	
	10. Burlarse de lo que hace o dice.	
	11. No expresar reconocimiento por sus cualidades y aciertos.	
	12. Sabotear sus éxitos y logros.	
	13. Manifestar desprecio hacia la familia de origen.	
	14. Humillar y desacreditar públicamente.	
	15. Desautorizar delante de terceros.	
	16. Mostrar conductas sexuales en presencia de terceros.	
ESTRATEGIAS DEFENSIVAS Trasladar la responsabilidad de las conductas violentas a la víctima	1. Minimización: restar importancia o gravedad a los hechos, argumentando que no han sido tan graves.	
	2. Fundamentación: argumentar para que parezca que es correcto lo que hizo.	
	3. Racionalización: explicar coherentemente y desde la lógica, motivaciones, conductas y hechos.	
	4. Desviación del problema: achacar su violencia a circunstancias externas y ajenas a sí mismo.	
	5. Negación abierta de la violencia, utilizándolo como defensa para restar credibilidad al relato de la víctima.	
	6. Olvido: asegurar no recordar lo ocurrido.	
	7. Chantaje emocional (estrategia de arrepentimiento): Inducir sentimientos de lástima, pena.	
DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA Transformar su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria	1. Negar valor o credibilidad a las observaciones de la persona.	
	2. Utilización sistemática de argumentos contradictorios.	
	3. Usar la ilusión de alternativas.	
	4. Utilizar un lenguaje vago, impreciso y confuso ("perverso").	
	5. Convertir aspectos triviales, en razones profundas.	
	6. Tergiversar conversaciones y acuerdos.	
	7. Manipular a través del malhumor.	
	8. Elogiar y humillar alternativamente.	
	9. Realizar pequeñas concesiones (regalos, sorpresas...) para luego ser retiradas.	
	10. Mantener una imagen social opuesta a la que tiene en privado.	
	11. Apelar a la superioridad de su lógica o razón.	
	12. Monopolizar la definición de "seriedad".	
	13. Olvidar sus promesas.	
	14. Engañar, mentir o negar lo evidente.	
	15. Hacer acusaciones de deslealtad, infidelidad o paternidad dudosa.	

	16. Trasladar o cambiar objetos deliberadamente.	
	17. Manipular el estado físico (alterar el sueño y el reposo, inducir a tomar tranquilizantes...).	
SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES Exigir que se haga cargo por entero de los problemas y responsabilidades.	1. Tratar a la persona como si tuviera que estar siempre disponible y a su servicio.	
	2. Revisar las tareas domésticas y exigir su estricto cumplimiento.	
	3. Crear un tiempo de descanso o diversión a costa de la sobrecarga de la persona violentada.	
	4. Definir como "impostergables" actividades que en realidad no lo son	
	5. Imponer tiempos y espacios.	
	6. Exigir que adivine sus pensamientos, deseos o necesidades.	
	7. Realizar demandas triviales para polarizar su atención en él.	
	En situación específica de parejas:	
	8. Actuar como si fuera dueño de la casa.	
	9. No participar en las tareas del hogar y del cuidado de sus hijos e hijas.	
	10. Mostrarse celoso/a y competitivo con los hijos/as.	
	11. Negarle su derecho a ser atendida/o y cuidada/o.	
	12. Culpar de cualquier problema o conflicto familiar.	
PRIVACIÓN Limitar o reducir la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)	EN CASO DE ADULTOS/AS	
	1. Controlar o restringir salidas y horarios.	
	2. Decidir dónde puede y dónde no puede ir.	
	3. Impedir que le acompañe a actos sociales o exigir que acuda cuando él quiere.	
	4. Prohibir las relaciones familiares y sociales.	
	5. Sabotear o generar situaciones incómodas para que las demás personas se alejen.	
	6. Retener en el hogar.	
	7. Desconectar el teléfono o la conexión a internet cuando el violentador se va.	
	8. Ocultar información sobre los ingresos o la situación económica.	
	10. Denegar el acceso a los bienes comunes (cuentas bancarias, tarjetas de crédito...).	
	11. Entregar asignaciones insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares (frecuentemente con reproches).	
	12. Interferir en las decisiones de trabajo y/o formación profesional.	
	13. Obligar a rendir cuentas detalladas de todos los gastos realizados.	
	14. Endeudarse sin su conocimiento y/o su consentimiento.	
	15. Llevarla a procedimientos costosos para ella, destruir los bienes comunes, no pagar la manutención a sus hijos/as.	
INTIMIDACIÓN Causar o infundir temor, miedo o terror	1. Amenazar (con echar de casa, con destruir el patrimonio, con quitar los/las hijos, con incrementar el maltrato, de muerte, de secuestro, de suicidio...).	
	2. Agredir físicamente: empujar, zarandear, abofetear, perseguir, golpear con objetos, patear, escupir, pellizcar, tirar del pelo, morder, agarrar del cuello, quemar, provocar abortos.	

	3. Agredir sexualmente/violar.	
	4. Utilizar gestos, miradas, posturas o tonos de voz amenazantes.	
	5. Gritar y hacer ostentación del tamaño físico.	
	6. Acosar telefónicamente, perseguir, vigilar...	
	7. Romper o lanzar objetos.	
	8. Destrozar enseres.	
	9. Crear desorden, ensuciar a propósito, desparramar basura.	
	10. Atacar a los animales domésticos.	
	11. Conducir de manera temeraria, poniendo en riesgo su seguridad.	
	12. Ocupar la cama con elementos que la atemorizan (armas, material pornográfico...).	
COSIFICACIÓN Convertir a la persona en un objeto: Sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias	1. Ignorar su presencia y lo que la persona le dice.	
	2. Negarle la palabra como forma de castigo.	
	3. Tomar decisiones de manera unilateral, sin respetar su opinión o sin contar con ella.	
	4. Invadir espacios privados e íntimos.	
	5. Espiar continuamente lo que hace.	
	6. Destruir o dañar objetos con valor afectivo (fotos, cartas, recuerdos...).	
	7. Privar de necesidades básicas (alimento, aseo, sueño, cuidados médicos...).	
	8. Descuidar en situaciones críticas (durante el embarazo, en enfermedades o lesiones...).	
	9. Desdeñar el derecho a su privacidad, intimidad e iniciativa.	
	10. Imponer las relaciones sexuales o la penetración.	
	11. Obligar a prácticas sexuales no deseadas (desagradables, dolorosas...).	
	12. Mostrar desconsideración durante las relaciones sexuales.	
	13. Exigir el modo en que debe ir vestida, peinada/o o maquillada/o.	
	14. Imponer qué libros tiene que leer o que música debe escuchar.	
	15. Dar órdenes constantemente.	
	16. Exigirle obediencia.	

ANEXO 13 TEST DE EVALUACIÓN DE LA DESNATURALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

La violencia contra las personas es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la persona y, a menudo, ni siquiera es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda, marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no convive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).					
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.					
3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.					
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no					
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando la persona piensa que deberían estarlo.					
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o					
7. Mi pareja me da puñetazos.					
8. Mi pareja me dice que soy feo/a y poco atractivo/a					
9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada/o personal.					

11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.					
12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.					
14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la					
15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa,					
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, etc).					
17. Mi pareja me exige que me quede cuidando a los niños.					
18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.					
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.					
20. Mi pareja no es una persona amable.					
21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os					
22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.					
23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.					
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.					
25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
26. Mi pareja me da órdenes constantemente.					
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.					
28. Mi pareja me asusta y me da miedo.					

29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.					
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.					

Físico: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30

No Físico: 1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29

Versión Española del INDEX OF SPOUSE ABUSE (ISA)
Hudson y McIntosh, 1981

ANEXO 14 ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Ud. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO"

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre si misma?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasada que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimida ahora?		
10. ¿Esta UD separada, divorciada o viuda?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna veza?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadada que había sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

ANEXO 15 DECLARACIÓN DEL HELSINKI

Yo _____ con cédula de identidad N° _____ Declaro conocer el método investigativo, porque ha sido muy bien informada y reconozco que el Dr. _____ me ha explicado muy claramente que el propósito de los chequeos y estudios de laboratorio son únicamente válidas para el proceso judicial. Doy mi consentimiento con esta declaración.

**FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA
O PERSONA QUE CONSCIENTE**

ANEXO 16 DETECCIÓN DE VIOLENCIA EN NIÑAS Y NIÑOS

Marca con una "x" lo que para ti sea cierto.

Me cuida con exageración y no me deja solo...

1. Papá ()
2. Mamá ()
3. Un familiar ()
4. Un hermano mayor ()
5. El maestro ()
6. Nadie ()

Mis padres trabajan y...

1. No me hacen caso ()
2. Me gritan ()
3. Me ofenden ()
4. Me dejan hacer lo que quiera ()
5. Me culpan de todo ()

A veces tengo...

1. Moretones ()
2. Señales de mordeduras ()
3. Quemaduras de cigarro ()
4. Quemaduras de Plancha ()
5. Señales de que amarran ()

Me he roto algún hueso...

1. Nunca
2. A veces ()
3. Casi siempre ()
4. Muy seguido ()
5. Siempre ()

Muchas veces...

1. Me siento bien ()
2. Ando sucio ()
3. Tengo piojos ()
4. Me siento ()
5. Tengo hambre y sueño ()

Cuando me castigan...

1. No me pegan ()
2. Me pegan con la mano ()
3. Me pegan con un cinturón ()
4. Me pegan con un mecate mojado ()
5. Me pegan con algún otro objeto ()

Cuando me porto mal, me jalan del cabello...

1. Mi maestro ()
2. Mi mamá ()
3. Mi papá ()
4. Mi hermano mayor()
5. Mis abuelos ()
6. Nadie ()

Cuando me porto mal...

1. No veo televisión ()
2. Me pellizcan()
3. No salgo a jugar ()
4. Me dan coscorriones ()
5. Me pegan en la boca ()
6. No me dicen Nada ()

25

25

Mazadiego, Teresa (2005), Detección de Maltrato Infantil en una muestra de escuelas primarias, Instituto de Enseñanza e Investigación en Psicología, Universidad de Veracruz, México.

ANEXO 17 PREGUNTAS Y ESTRATEGIAS PARA EVALUAR A VÍCTIMAS ADULTAS O ADOLESCENTES

El siguiente es un ejemplo de preguntas y estrategias recomendables para la detección.

A continuación se presenta una lista de preguntas que pueden sugerir una estrategia que evite incomodidad.

Preguntas para ambientar la introducción del tema:

- Como la violencia es un problema tan frecuente y que nos afecta a todos yo he decidido preguntarle a todos mis pacientes sobre esto
- Me preocupa, porque creo que sus síntomas pueden indicar que pudieran ser causados por alguien que le golpea o maltrata o abusa o lastima.
- No sé si esto es o ha sido un problema para usted, pero muchos de mis pacientes están enfrentándose con relaciones abusivas o maltratadoras o con problemas de violencia entre los distintos miembros de la familia. Algunos de ellos están con mucho miedo o incomodidad que dificulta hablar sobre estos asuntos y por eso le estoy preguntando a todo el mundo, mas como una rutina.

Preguntas directas:

- ¿Está con alguien que la/o golpea, maltrata, amenaza o lastima?
- ¿Alguien en su familia la/o está lastimando o maltratando?
- ¿Alguien le hizo estas heridas? ¿Fue su pareja? O ¿Fueron sus padres?
- ¿Su pareja o ex le ha golpeado o herido alguna vez?
- ¿Sus padres le ha golpeado o herido alguna vez?
- ¿Se siente o ha sentido que su pareja le controla o impide que se junte con sus amigos o familiares? ¿Siente que hace que se aislé?
- ¿Se siente o ha sentido que su familia le controla o impide que se junte con sus amigos, o pareja?
- ¿Usted le teme a su pareja o ha sentido miedo o cree que está en peligro?
- ¿Usted le teme a su padre/madre o ha sentido miedo o cree que está en peligro?
- ¿Es seguro regresar a su casa ahora?

- ¿Su pareja le exige u obliga tener relaciones sexuales cuando usted no ha querido? ¿Su pareja se ha resistido o negado a tener relaciones sexuales?
- ¿Algún familiar le exige u obliga tener relaciones sexuales cuando usted no ha querido?

Anexo 18: Asesoría para una Maternidad Segura

El aborto no especificado, en nuestro país constituye la primera causa de egresos hospitalarios de mujeres, los mismos son atribuidos a complicaciones secundarias a la realización del aborto en condiciones de riesgo e insalubridad. Según expertos^{26,27} el factor más importante en la salud materna, para determinar el tipo de complicaciones que conlleva la práctica del aborto son “*las condiciones en que se lo provoca*”. El aborto puede desarrollarse en condiciones seguras para la paciente, en un contexto institucional y con personal entrenado o, por el contrario, en condiciones de riesgo, caso en que se registra mundialmente altos índices de morbilidad y mortalidad de mujeres por esta causa.

La alta incidencia de abortos (42.541 casos reportados en el 2011), realizados en la clandestinidad y el riesgo en nuestro país, nos muestra que en muchas circunstancias la necesidad de interrumpir un embarazo es tan fuerte, que las mujeres no escatiman riesgos para interrumpir un embarazo en la clandestinidad, y la esta práctica es una realidad que existe y seguirá existiendo con absoluta independencia de lo que los profesionales de la salud opinemos en términos individuales y/o colectivos sobre la misma. Esto nos lleva también a cuestionarnos sobre nuestro rol como profesionales de la salud para evitar estos riesgos y complicaciones derivadas de interrupciones realizadas en la clandestinidad, de acuerdo los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, y a la necesidad de abordar la interrupción del embarazo como una realidad sobre la que debemos incidir para disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna.

Las acciones que los profesionales de Salud podemos emprender para garantizar una Maternidad Segura, deben estar enfocadas en brindar información a las mujeres sobre cómo manejar situaciones de riesgo relacionadas con una interrupción del embarazo. Debido a la legislación vigente en nuestro país, los profesionales de Salud no pueden realizar un aborto excepto cuando corre riesgo la vida o salud de la mujer, el embarazo ha sido producto de violación a una mujer con discapacidad mental o existe una emergencia médica es decir un aborto en curso, diferido o incompleto²⁸, pero si es responsabilidad del Estado y de los profesionales de la salud evitar el riesgo asociado a la interrupción insegura de un embarazo,

26 OMS. Complicaciones del aborto, 1995.

27 Briozzo, Leonel y otros. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. 2002

²⁸ Es importante recordar, que un aborto en curso, incompleto y diferido son emergencias medicas, donde debemos atender a las pacientes respetando sus derechos, sin requerir información innecesaria para la atención médica y centrándonos en brindar atención integral y de calidad a las mujeres que llegan en esta situación. Al respecto la constitución de la república establece: "Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley".

actuando de esta manera para disminuir complicaciones inmediatas que son el preámbulo de las complicaciones mayores y de la muerte materna.

Es así que, los profesionales de la Salud, podemos y debemos informar a la mujer como evitar riesgos cuando la misma ha decidido optar por una interrupción del embarazo, esto de acuerdo a los principios constitucionales, bio-éticos²⁹ y a nuestro profesionalismo médico, respetando los derechos de la mujer a una atención digna; a la vida, salud e integridad; a la información y goce de los avances científicos; a la autonomía; la intimidad; la confidencialidad y a la protección de datos de carácter personal. Y haciendo respetar nuestro derecho a brindar servicios de calidad y al secreto profesional³⁰, que es el fundamento de una buena relación médico-paciente, pues nos permite generar las condiciones de confianza para que nuestros/as pacientes puedan decir la verdad y con ello permitirnos hacer lo mejor para su salud.

De esta manera como profesionales de la Salud tenemos la obligación de brindar información confidencial, oportuna y adecuada que nos permita garantizar el bienestar de nuestros pacientes de acuerdo a los principios bio-éticos de beneficencia y justicia y en concordancia, con los Artículos 18, 25 y 66, de la Constitución de la República norma suprema de nuestro Estado, que establecen que las personas tenemos derecho a *"Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, y sin censura"*, *"a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales"* y *"El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuantas hijas e hijos tener"*.

Esta información debe ser dada con respeto, recordando que de acuerdo al principio bioético de autonomía, nuestro rol es crear las condiciones para que las mujeres tomen decisiones consientes sobre su vida y salud, evaluando alternativas, riesgos y contando con toda la información para que su decisión sea informada. Al respecto en el ámbito médico, es fundamental el respeto a la confidencialidad, que según la Organización Mundial de la Salud implica que las y los proveedores de servicios de salud tienen la obligación de proteger la información de las y los pacientes, y no divulgarla sin su autorización. También deben asegurarse de que las y los pacientes que realmente autorizan que dicha información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara.

²⁹ No maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

³⁰ Existe numerosa doctrina, legislación y trabajo académico sobre la importancia del secreto médico para garantizar la calidad y el profesionalismo en los servicios de Salud. El secreto profesional y en este caso el secreto médico es un derecho que permite a los profesionales de la salud no revelar la información secreta y confidencial, confiada por sus pacientes a ellos. Y los exime de la obligación denunciar hechos, que puedan poner en peligro la integridad, libertad, confidencialidad o vida de sus pacientes, esto basado en la necesidad prioritaria de garantizar los derechos de las personas y en los principios bioéticos de la no maleficencia.

El deber de confidencialidad obliga a las y los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de sus pacientes o en su examen médico, a aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el tratamiento de las y los pacientes, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellos profesionales que recibieron información sin el consentimiento expreso de las y los pacientes.

CONSULTA DE ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA

Según el modelo de iniciativas sanitarias, cuando nos enfrentamos a una situación de un embarazo no planificado, debemos considerar que enfrentar esta situación no es fácil para ninguna mujer, sin importar la decisión que se tome al final de la asesoría. Por esta razón debemos abstenernos de realizar juzgamientos y de usar nuestra moral para intentar influenciar la decisión que tome la mujer. Lo mejor que podemos hacer es Generar un vínculo inicial con ella, al mostrarnos interesados en su situación y comunicarle que todo lo que ella nos diga en la consulta totalmente es confidencial.

En la consulta de asesoramiento no sólo se debe dar información, se debe posibilitar un apoyo integral a la mujer que le permita reflexionar y tomar una decisión de forma informada y responsable. Explíquese que su derecho es ser asesorada y que la consulta está enmarcada dentro de ley pues se basa en el derecho a la información, que el profesional de la salud no puede realizarle una interrupción por las limitaciones legales, pero que nuestra obligación es darle toda la información para disminuir riesgos y revisarla posteriormente al procedimiento para garantizar la no existencia de complicaciones y dar asesoría sobre anticoncepción post-evento obstétrico.

La consulta de asesoramiento para una maternidad segura se dividen en dos momentos: la consulta llamada como consulta de asesoramiento y la consulta post-procedimiento, a continuación daremos algunos lineamientos a los profesionales sobre cómo actuar en las mismas.

¿Qué hacer en la consulta de asesoramiento?

- Genere un vínculo inicial: llame a la usuaria por su nombre y muéstrese interesado/a por la situación motivo de la consulta.
- Explíquela que la consulta se enmarca dentro de la ley, que ella tiene derecho a recibir información adecuada y a ser asesorada sobre como disminuir riesgos
- Asegúrele que todo lo dicho en la consulta se mantendrá en absoluta confidencialidad
- Confirme el embarazo, la viabilidad del mismo y la edad gestacional, solicitando una ecografía
- Explique la importancia de la ecografía y pregúntele si desea ver o no la pantalla del ecografo. Explíquela que tiene derecho a no verla si no desea, y ponga explícitamente esto en el pedido.
- Solicite el grupo sanguíneo y factor RH. Explique a la usuaria la importancia de conocer este dato.
- Detecte y evalúe la existencia de factores de riesgo: situaciones de violencia, adicción a sustancias psicoactivas, patologías médicas, entre otras.
- Evalúe como se posiciona la mujer respecto a la decisión de interrumpir un embarazo.
 - a. Tiene dudas con respecto a la resolución
 - b. ha tomado una decisión difícil de modificar
- Identifique los motivos por los cuales está considerando la posibilidad de interrumpir el embarazo y apórtela información confiable, objetiva y pertinente para aclarar estos puntos (por ejemplo la usuaria puede necesitar información: sobre su riesgo vital al continuar con el embarazo, sobre los riesgos de cromosopatías, el riesgo de transmisión vertical de VIH, etc.)
- Si corresponde explíquela que su caso está considerado dentro del marco legal, y asesórela sobre los pasos a seguir para realizarse una interrupción legal.
- Infórmele sobre las prácticas de mayor riesgo para la interrupción del embarazo: En el contexto de considerar a la interrupción del embarazo provocada como un proceso de riesgo se debe informar cuales son las prácticas de mayor riesgo evitando así que la paciente las desarrolle. Estas prácticas se pueden caracterizar como las de mayor riesgo en base a las complicaciones infecciosas, sepsis y muertes reportadas donde se usaron alguno o más de uno de estos procedimientos: 1. maniobras de introducción de elementos en la cavidad uterina: armadores, agujetas, venenos, otros elementos, 2. maniobras realizadas por terceros: colocación de sonda vesical dejándola en la cavidad, interrupciones en condiciones inseguras con elementos no esterilizados sin condiciones de sanidad, 3. prácticas auto-lesivas: lanzarse por las escaleras, golpearse el estomago con piedras, entre otras.

- Información sobre prácticas de menor riesgo: se debe informar sobre los procedimientos más seguros disponibles en el país, dependiendo de la edad gestacional del embarazo. Informe sobre el AMEU, Misoprostol, LIU y otros procedimientos seguros para la interrupción de un embarazo.
- Informe sobre los síntomas normales que pueden presentarse después de cada uno de estos métodos, explicitando que los mismos no requieren que la persona vaya al hospital, y de consejos sobre cómo manejar el dolor.
- Información sobre síntomas de complicaciones: hemorragia, llenar dos toallas higiénicas de sangre durante una hora durante dos horas seguidas (es decir un sangrado severo y continuado en el tiempo, que no disminuye por si solo) y infección: fiebre, malestar corporal, mal olor, después del segundo día, entre otros. Infórmele que en caso de tener estos síntomas tiene que acercarse de manera inmediata a un hospital, donde debe ser atendida pues está atravesando por una emergencia médica.
- Infórmele que en caso de no tener síntomas de complicaciones no es necesario que se acerque al servicios, pero que sería importante que acuda a una consulta post-procedimiento para descartar complicaciones, realizar una rehabilitación integral y asesorarla sobre anticoncepción post-evento obstétrico.
- Antes de finalizar la consulta asegúrese que la usuaria ha entendido la información recibida y que la misma se adecua a sus necesidades: repase aspectos importantes, pregúntele si tiene dudas.
- Haga explícito que cualquiera que sea la decisión tomada por la usuaria puede volver a consultar.

¿Qué hacer en la consulta de asesoramiento post-procedimiento?

Atención Integral post-procedimiento de menor riesgo

- Determine la vacuidad uterina: realizar examen clínico y ecográfico
Útero sin restos: continúe con el siguiente paso

Útero con restos: proceda a la evacuación uterina por medio del AMEU u otro método o refiera a la paciente a un servicio que tenga la capacidad de hacer este procedimiento.
- Descarte infección

No hay infección: siga al siguiente paso
Dudas sobre la presencia de infección: proceda según los protocolos dando terapia antibiótica, explique síntomas de alarma y realice un control la siguiente semana
Hay infección: continúe el protocolo de máximo riesgo
- Indique la inmunoprofilaxis cuando corresponda, a fin de disminuir el riesgo de conflicto pro factor RH en futuras gestaciones
- Realice la asesoría en anticoncepción inmediata.
- De el anticonceptivo requerido por la usuaria

- Genere un vínculo inicial: llame a la usuaria por su nombre y muéstrese interesado/a por la situación motivo de la consulta.
- Explíquele que la consulta se enmarca dentro de la ley, que ella tiene derecho a recibir asesoría para evitar complicaciones derivadas de una interrupción del embarazo realizada en la clandestinidad y para evitar un nuevo embarazo no planificado
- Asegúrele que todo lo dicho en la consulta se mantendrá en absoluta confidencialidad
- Pregúntele sobre el método utilizado para la interrupción y en qué condiciones se llevo a cabo
- Evalúe los signos y síntomas del aborto y su evolución
- Detecte la presencia de complicaciones
- Evalúe las repercusiones psico-afectivas de la decisión
- Evalúe e identifique el riesgo de la interrupción efectuada y proceda de acuerdo a ello
- Detecte o evalúe presencia de otros factores de riesgo: violencia, adicción, patologías, etc.

Atención post-aborto de alto riesgo o complicado

- Recuerde que esta situación constituye una emergencia médica y debe ser atendida sin dilatación de manera urgente
- Realice el ingreso de la usuaria o refiérala a un nivel de mayor complejidad de acuerdo a la complicación a atenderse
- Identifique la complicación y proceda según lo especificado para la misma en guías, protocolos y normas.